



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales
Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**Pertinence d'une pédagogie de danse
contemporaine en milieu psychiatrique**

Enquête auprès de l'équipe soignante au CHRU de Tours

Dimitrios Tsiapkinis
Porto, 2014



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales
Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

Pertinence d'une pédagogie de danse contemporaine en milieu psychiatrique

Enquête auprès de l'équipe soignante au CHRU de Tours

Directeur: Prof. Dr. Danis Bois

Dimitrios Tsiapkinis
Porto, 2014

Pertinence d'une pédagogie de danse contemporaine en milieu psychiatrique

Enquête auprès de l'équipe soignante au CHRU de Tours

Abstract

Cette recherche qualitative porte sur les enjeux pédagogiques et sociaux d'un atelier de danse contemporaine en milieu psychiatrique. Le champ théorique expose les dialectiques fondamentales entre art, danse contemporaine et santé, ainsi que la pratique spécifique utilisée dans l'atelier, au carrefour de la danse contemporaine et de la psychopédagogie perceptive. À partir d'entretiens individuels de l'équipe soignante, une analyse catégorielle, puis herméneutique du matériau de recherche a permis de mieux comprendre les apports de cette pratique pédagogique et de mettre en lumière la pertinence sociale et thérapeutique de l'alliance entre danse contemporaine et la psychopédagogie perceptive en milieu psychiatrique. Le résultat révèle un fort intérêt thérapeutique et social à l'introduction de la danse contemporaine dans le monde de la santé mentale.

Pertinência de uma pedagogia de dança contemporânea em meio psiquiátrico

INVESTIGAÇÃO JUNTO DE UMA EQUIPA DE TRATAMENTO EM CHRU E TOURS

Resumo

Esta investigação qualitativa debruça-se sobre as questões pedagógicas, sociais e de saúde num atelier de dança contemporânea em meio psiquiátrico. No campo teórico expõe-se as dialéticas entre a arte, a dança contemporânea e a saúde, bem como a especificidade da prática utilizada no atelier, no cruzamento entre a dança contemporânea com a psicopedagogia perceptiva.

A partir de entrevistas individuais da equipa de tratamento, de uma análise categorial seguida de um tratamento hermenêutico do material de investigação permitiram compreender melhor os contributos desta prática pedagógica e colocar em evidência a pertinência social e terapêutica da aliança entre dança contemporânea e a psicopedagogia perceptiva num meio psiquiátrico. O resultado revela um importante interesse terapêutico e social da introdução da dança contemporânea no mundo da saúde mental.

Remerciements

Un grand merci à tous ceux qui m'ont soutenu pour l'élaboration de ce projet de recherche, et spécialement :

Danis Bois, mon directeur de mémoire, pour son soutien tout au long de mes études.

Eve Berger, responsable de la formation, pour son enseignement rigoureux et passionné.

Hélène Bourhis, pour son soutien tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Emmanuelle Duprat, pour son accompagnement pédagogique rigoureux.

Karine Grenier, pour son attention chaleureuse et son accompagnement structurant.

Didier Austry, pour son accompagnement pendant ma formation, pour ses cours passionnants.

Marc Humpich, pour son accompagnement aussi et son rigueur scientifique.

Nadine Quéré, de m'avoir initié à une formation passionnante extraordinaire, le Mouvement Corporel Educatif pour les artistes (1996-1999)

A tous les professeurs talentueux de cette aventure de MCE : Myriam Valet, Jean Humpich, Thierry Hendrickx.

Tout professeur qui a accepté d'intégrer le jury de la soutenance publique de ce mémoire.

Tous mes co-chercheurs du groupe UFP 2011-2013, Master 2 en PPP pour leur aide, leur bienveillance, et leur humour !

Les six soignants du CHRU de Tours qui se sont laissé interviewer par moi.

Le CHRU de Tours pour l'acceptation de mon projet de recherche au sein de l'hôpital.

Toute l'équipe de Point d'Appui-Institut Académiquement Affilié de l'Université Fernando Pessoa.

Roland Lebreton pour sa relecture et son engagement pour l'éducation artistique des personnes souffrants des psychopathologies.

Claire Guillaume, pour sa relecture patiente et pertinente, et son soutien constant pour mes projets artistiques et pédagogiques.

Tous les membres actifs de l'association Omnivion pour leur bienveillance pendant la phase difficile de l'écriture.

Mon épouse Ahlam Ettamri pour son soutien constant pendant cette aventure universitaire.

Mes amis pour le soutien moral toute au long du processus.

SOMMAIRE

Abstract	5
Remerciements	7
SOMMAIRE	9
Introduction	12
Pourquoi cet objet de recherche ?	14
PREMIÈRE PARTIE	15
.....	15
CHAMP THÉORIQUE ET PRATIQUE	15
Chapitre 1	16
Problématique	16
.....	16
1.1. Pertinence personnelle	16
1.2. Pertinences professionnelles	20
1.3. Pertinences sociales	27
1.4. Pertinences scientifiques	31
1.5. Formulation de ma question de recherche	31
1.6. Objectifs généraux	33
1.7. Objectifs opérationnels	33
Chapitre 2	35
Champ théorique	35
2.1. Intégration de l'art dans les institutions de la santé en France ..	35
2.1.1. Artiste ou soignant?	36
2.1.2. Entre art et thérapie.....	37
2.2. Réflexion théorique autour du concept art et thérapie en milieu hospitalier	37
2.2.1. Définition sommaire de l'art-thérapie	37
2.2.2. Les différents courants d'art-thérapie	38
2.2.3. Les invariants conceptuels de l'art-thérapie	39
2.2.4. Musique-thérapie, Dramathérapie et Expressive arts therapy....	43
2.3. Réflexion théorique autour du concept danse et soin	43
2.3.1. Définition sommaire de la danse-thérapie.....	44
2.3.2. Les différents courants de la danse-thérapie.....	45
2.3.3. La danse comme thérapie sociale.....	48
2.3.4. La spécificité de la danse contemporaine dans le monde des soins	49
2.3. Réflexion théorique autour du concept art, mouvement et pédagogie	56
2.4.1. Genèse	56

2.4.2.	Une nouvelle pédagogie centrée sur le corps	57
2.4.3.	Le champs des pratiques somatiques	61
2.4.4.	La Psychopédagogie perceptive (PPP) au service de l'expressivité et de la créativité en danse	62
2.4.5.	Le rapport à soi et à l'autre : un rapport au corps	63
2.4.5.	La pédagogie de l'expressivité et de la créativité.....	67
2.4.7.	Résumé	72
Chapitre 3.....		74
Cadre pratique.....		74
		74
3.1. Cadre pédagogique générale de l'atelier de danse contemporaine Indigo en milieu psychiatrique		74
3.1.1.	La place de la posture heuristique du pédagogue dans la réalisation d'un atelier de danse contemporaine en milieu psychiatrique	74
3.1.2.	La place et la posture des soignants dans le déroulé de la séance 75	
3.1.3.	La place et la posture des personnes hospitalisées dans le déroulé de la séance	76
3.2. Cadre pédagogique de l'atelier de danse contemporaine ciblé sur l'enrichissement des potentialités perceptives		77
3.2.1.	La perception spatiale.....	77
3.2.2.	La perception temporelle.....	79
3.2.3.	La perception de soi	84
3.2.4.	La perception de l'autre	85
3.2. L'expressivité et la créativité chorégraphique		87
DEUXIEME PARTIE		91
		91
CHAMP ÉPISTÉMOLOGIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE		91
Chapitre 4.....		92
Posture épistémologique et devis méthodologique		92
		92
4.1. Posture épistémologique qualitative, compréhensive, phénoménologique et praticien chercheur		92
4.2. Méthodologie de recherche		94
4.2.1.	Les participants à la recherche	95
4.3. Recueil des données		96
4.3.1.	Organisation du guide d'entretien	97
4.3.2.	Application du guide d'entretien.....	97
4.3.3.	Le déroulement de l'entretien.....	98
4.4. La méthode d'analyse des données qualitatives		98
4.4.1.	Construction d'une grille classificatoire.....	98

4.4.2. Analyse phénoménologique cas par cas	99
4.4.3. Synthèse et conclusion	100
TROISIEME PARTIE	101
.....	101
ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES	101
CHAPITRE 5	102
Méthodologie d'analyse	102
.....	102
5.1. Analyse phénoménologique cas par cas	102
5.1.1. Analyse phénoménologique de Rose	102
5.1.2. Analyse phénoménologique de Katerina	109
5.1.3. Analyse phénoménologique de Julie	119
5.1.4. Analyse phénoménologique de Victor	126
5.1.5. Analyse phénoménologique de Béatrice	135
5.1.6. Analyse phénoménologique d'Angélique	144
CHAPITRE 6	156
DISCUSSIONS ET RÉSULTATS DE RECHERCHE	156
.....	156
Introduction	156
6.1. Résultat à propos des critères institutionnels et d'acceptation du projet de l'atelier danse	157
6.2. Phase d'intégration et d'opérationnalité du projet atelier danse par le personnel soignant.	157
6.3. Modalités d'intervention des soignants avant, pendant, après l'atelier	158
6.3.1. Engagement et posture des soignants dans l'atelier de danse ..	159
6.3.2. Impacts de l'atelier danse auprès de l'équipe soignante	160
6.4. Le point de vue du personnel soignant sur l'action de l'atelier 161	
6.4.1. La valeur ajoutée de l'atelier danse dans le cadre thérapeutique (action thérapeutique)	161
6.4.2. Les effets sur les patients.....	164
6.5. Regard des soignants sur la pertinence de la pédagogie déployée et des instruments utilisés dans le cadre de l'atelier de danse	167
6.5.1. Posture du pédagogue	167
6.5.2. La pédagogie déployée	168
CONCLUSION	171
BIBLIOGRAPHIE	173
LIVRES, ARTICLES ET TRAVAUX UNIVERSITAIRES	173
.....	179
ANNEXES	179
.....	180

[...] tu me sembles ignorer absolument que l'art de la danse n'est pas nouveau. Ce n'est ni d'hier ni d'avant-hier qu'il a pris naissance; il est antérieur à nos ancêtres et aux leurs. Les écrivains qui nous donnent la généalogie la plus authentique de la danse te diront qu'elle date de l'origine même de l'univers et qu'elle est aussi ancienne que l'amour. Le chœur des astres, la conjonction des planètes et des étoiles fixes, leur société harmonieuse, leur admirable concert, sont les modèles de la première danse. Peu à peu elle s'est développée et, de progrès en progrès, elle semble être arrivée aujourd'hui à sa plus haute perfection, composant un tout varié, d'un accord parfait et dans lequel se fondent toutes les muses.

Lucien de Samosate, (0125?-0192?, p.481)

Introduction

Ce projet vise à étudier la pertinence d'un atelier de danse contemporaine en milieu psychiatrique. Il vise aussi à élucider les processus de développement des capacités expressives et créatives des personnes hospitalisées en psychiatrie. Je commencerai par exposer les racines de cette recherche dans mes pertinences personnelles et professionnelles. La souffrance psychique, les stratégies de résilience et l'expressivité sont des thèmes qui me touchent depuis l'enfance. De ce fait et pour diverses raisons, je me suis passionné pour la psychologie et la pédagogie, dès l'âge de 12 ans. Aujourd'hui, je suis danseur professionnel, professeur de danse avec une formation en danse contemporaine de niveau universitaire (UNSCA¹) et avec 23 ans d'expérience professionnelle. En parallèle je porte le titre de psychopédagogue de la perception avec un D.U. de l'Université moderne de Lisbonne.

Mon niveau d'études et d'expériences empiriques, m'a permis d'accéder à un réseau professionnel dans l'avant-garde de la recherche chorégraphique et pédagogique. J'ai travaillé notamment, pendant de longues périodes dans deux centres chorégraphiques nationaux en France (CCNRB & CCNT)² et j'ai collaboré avec d'autres compagnies européennes dans plusieurs projets internationaux.

¹ University of North Carolina School of the Arts: Université de la Caroline du nord, Ecole des Arts du Spectacle, U.S.A.

² CCNRB : Centre Chorégraphique National de Rennes et de Bretagne; CCNT : Centre Chorégraphique National de Tours, France.

Ma formation en *psychopédagogie perceptive*³ (PPP) entreprise depuis 17 ans, a transformé ma vision du monde et mon identité professionnelle. Plus précisément, elle m'a permis :

- dans un premier temps, d'enrichir et redéfinir mes acquisitions techniques en danse, ma présence scénique et mon esthétique artistique
- dans un deuxième temps, elle m'a permis de développer mon identité de pédagogue dans le milieu de la danse contemporaine.

De plus, ma formation universitaire dans le même domaine, commencée en 2007, m'a permis d'affirmer et de développer davantage ma posture de praticien chercheur. Le croisement entre l'art de la danse et la psychopédagogie perceptive a généré des nouveaux champs d'expérimentation. L'expressivité et la créativité sont devenues mes priorités premières pour l'art performatif et la pédagogie de danse. En parallèle, mon réseau professionnel m'a permis de rencontrer et d'échanger avec des publics socialement et culturellement très divers, où j'y ai observé les effets de ma transmission artistique et pédagogique (: confiance à ses capacités expressives et créatives, vitalité, motivation, détente etc.).

Grâce à ce réseau professionnel, j'ai pu initier un projet pédagogique de longue durée qui est au centre de ma présente recherche ; celui des ateliers de danse en milieu psychiatrique. J'ai dirigé ces ateliers pendant cinq ans sous la direction de Bernardo Montet⁴, au Centre Chorégraphique National de Tours (CCNT) et trois ans au sein de l'association artistique Omnivion / Arts d'être corps. C'est une collaboration avec le CHRU de Tours⁵ et depuis 2011, aussi avec l'Hôpital psychiatrique de Château-Renault. L'objectif vise à déployer l'expressivité et la créativité des participants à travers le geste ; dans un premier temps à des fins pédagogiques et dans un deuxième temps à des fins artistiques. Les outils pédagogiques principaux reposent sur les fondamentaux de la danse contemporaine, mais aussi sur quelques outils de la psychopédagogie perceptive. Ma recherche porte précisément sur ce projet pédagogique et artistique. Il s'agit

³ Une discipline qui « [...] propose des modalités d'accompagnement des personnes ou des groupes qui recrutent des cadres d'expérience centrés sur le rapport au corps et au mouvement. [...] » (Bois, 2006). *[Son] but [...] est la transformation des représentations conceptuelles à partir de l'expérience corporelle. »* (Bourhis & Austry, 2004, p.8)

⁴ Bernardo Montet : chorégraphe Français ; « *Après avoir codirigé le Centre Chorégraphique National de Rennes avec Catherine Diverrès, Bernardo Montet réunit une équipe et poursuit son propre travail en affinant tout ce qui touche à la conscience des corps. [...] En 2000, il devient artiste associé au Quartz, scène nationale de Brest [...] et en 2003, il succède à Daniel Larrieu à la direction du Centre Chorégraphique National de Tours.* » (Brochure officielle du CCNT, 2009, p.2)

⁵ Proposition à l'initiative de la psychologue Evelyne Rebbob-Flaschner et du chorégraphe Bernardo Montet. La motivation première a émané des échos sur le travail chorégraphique mené avec un groupe des femmes au foyer, initié par Christiane Livebardon, directrice du centre social de la Rabière, à Joué-lès-Tours. Rebbob-Flaschner a voulu l'appliquer dans la clinique B du CHRU et en a parlé à son directeur, le psychiatre Serge Drylewicz, puis à l'équipe soignante. Le projet démarra alors avec enthousiasme.

d'une enquête auprès de l'équipe soignante. Les données scientifiques dans ma possession (bilans et observations écrites de l'équipe soignante) et qui concernent cet atelier sont éparpillées, fragmentées et nécessitent une actualisation, une mise en relief et en contexte avec d'autres recherches dans mon domaine ou dans des domaines voisins. C'est pour cette raison et pour re-actualiser mes compétences, que j'ai organisé une enquête auprès de cette équipe.

Pourquoi cet objet de recherche ?

J'ai choisi cet objet de recherche pour plusieurs raisons :

- D'abord, parce qu'il permet d'explorer le croisement entre art, pédagogie et thérapie qui m'intrigue depuis mon adolescence et me questionne sur les liens entre danse et psychisme.
- Deuxièmement, parce que cette expérience se base sur des longues années sur le terrain : 18 ans en danse contemporaine et 8 ans d'expérimentation artistique et pédagogique en milieu psychiatrique.
- Troisièmement, parce que des témoignages et des bilans sur cette pratique commencent à être assez visibles et provoquent la curiosité d'autres professionnels, aussi dans des terrains professionnels voisins (psychanalystes, psychologues, art-thérapeutes, psychopédagogues de la perception et autres).
- Et finalement, j'ai la conviction qu'une étude scientifique de la danse contemporaine en psychiatrie peut apporter des nouvelles connaissances dans le croisement entre art, pédagogie et thérapie.

Après avoir décrit les pertinences personnelles et professionnelles, sociales et scientifiques, je passerai à une présentation du cadre théorique et pratique, de la méthode de recherche et de l'analyse des données pour en tirer des conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

CHAMP THÉORIQUE ET PRATIQUE

CHAPITRE 1

PROBLEMATIQUE

1.1. Pertinence personnelle

Dans une quête personnelle sur mes stratégies de résilience, j'aboutis à la prise de conscience suivante : mon tout premier élan pour cette recherche, semble venir de mon rapport à la souffrance psychique et physique et à l'expressivité personnelle. En effet, j'ai une question qui perdure depuis l'adolescence : est-ce que la prise de conscience de certains aspects du psychisme a des effets sur les états de souffrance et la capacité de communiquer et si oui, quels effets et de quelle façon?

Les origines : Un autre regard sur la souffrance

À l'âge de douze ans, un peu par hasard et un peu par questionnement existentiel lié à mon contexte social⁶, je découvrais la psychologie et les concepts de la psychanalyse. C'est surtout le concept de l'inconscient qui m'a bouleversé : y-aurait-il alors des raisons « cachées » derrière nos actes et nos états de souffrance? Jusqu'à quel point mon raisonnement ou ma vie émotionnelle est-il affecté par mon inconscient? Ce sont des questions qui ont formé un cheminement intellectuel spécifique dans mon adolescence. Le hasard voulait que mes lectures incluent des œuvres d'Alfred Adler⁷, qui a beaucoup influencé les artistes chorégraphiques du début du 20^{ème} siècle : Ted Schawn et Ruth St. Denis, Marian Chace, Lilyan Espenak et autres. C'était une des influences majeures en rapport à ma filiation aux courants existentialistes, plus tard dans mon parcours artistique. Un peu plus tard, vers l'âge de quinze ans, je découvrais le concept de l'*éducation non-autoritaire* (A.S.Neill⁸) et commençais à me projeter dans l'avenir

⁶ Fils aîné d'une famille ouvrière, des années '70, en Grèce, juste après la dictature du Régime des Colonels.

⁷ Médecin et psychologue autrichien (1870-1937). Élève de S. Freud de 1902 à 1910, il quitta la psychanalyse rapidement pour développer son propre système, la *psychologie individuelle*.

⁸ Alexander Sutherland Neill : Pédagogue britannique (Forfar 1883-Aldeburgh, Suffolk, 1973). [...] promoteur d'un courant pédagogique s'appuyant sur la psychanalyse. Il a fondé l'école expérimentale de Summerhill. Pour lui, l'enfant est bon naturellement ; il pense aussi que, laissé en liberté, l'enfant peut se développer aussi complètement que ses capacités le lui permettent. Il a écrit notamment *Libres Enfants de Summerhill* (1960). (Repéré à : Encyclopédie Larousse).

comme pédagogue ou psychothérapeute. Cette projection était nourrie de la conviction que l'être humain est très complexe, mais fondamentalement « bienveillant » et que la « bonne éducation » est primordiale pour le développement des citoyens heureux et intelligents.

La danse et l'estime de soi

Dans un contexte familial où régnaient les conflits et les souffrances psychiques, ma première tentative dans le monde de la danse était le *disco*⁹, également à l'âge de 15 ans. Mes motivations - vu par le prisme de la psychanalyse - pourraient être liées à mon développement *narcissique*¹⁰. La danse semblait renforcer mon estime de moi face aux autres et surtout face aux jeunes femmes et procurait des sensations de singularité, de vitalité et de virilité (même si la virilité d'un danseur était perçue comme assez ambiguë, surtout dans mon contexte socioculturel de la Grèce du Nord les années '80¹¹).

Le disco et plus tard la danse jazz, semblaient me soulager des soucis affectifs et existentiels. Je commençais à exister en étant maître de ma posture physique, d'une certaine esthétique, d'une agilité corporelle et d'une expressivité nouvelle. C'était une première « preuve » que les aventures artistiques ont des impacts quasi-immédiats sur *l'image du corps et le schéma corporel*. C'était les débuts naïfs d'une longue quête artistique sur les états d'être, voire des états qui questionnent la dualité *corps-esprit*. Ainsi, je construisais une nouvelle posture de vie face aux projections inconscientes de mes parents et au sein d'un cadre social et d'un système éducatif national qui avait des effets néfastes sur mon estime de moi et ma capacité à m'exprimer. Bonenfant (2006) souligne l'influence que peuvent avoir les normes sociales sur la capacité expressive de l'individu :

« Étant entré en formation à la psychothérapie corporelle en tant que chanteur et interprète, j'étais déjà très conscient de la façon dont la régulation sociale de la vocalisation tend à avoir des effets néfastes, sur l'expressivité vocale des étudiants et des artistes-interprètes. Nos cultures encore profondément patriarcales ont tendance à circonscrire le droit au son et au geste avec liberté » (2006, p.122).

⁹ Disco : Style de musique populaire américaine spécialement destiné à la danse, à la mode de 1975 au début des années 1980. (Source : Encyclopédie Larousse)

¹⁰ Narcissisme : « PSYCHOL. Amour excessif (de l'image) de soi, associant survalorisation de soi et dévalorisation de l'autre, habituel chez l'enfant, courant chez l'adolescent, compensatoire chez l'adulte. – PSYCHANAL. Investissement de la libido sur le Moi (qui est point de départ et de retour des investissements sur les objets d'amour extérieurs) et effort visant à rendre les actes et les représentations du sujet conformes aux images idéales du Moi. » [Source : Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL)]

¹¹ Valeurs patriarcales et conservateurs, rapports humains fusionnels et possessifs etc.

Ce droit au son et au geste est devenu progressivement une revendication importante dans mes pertinences artistique et sociale, surtout à partir de la deuxième moitié de ma carrière.

Par défaut et par manque d'accompagnement, j'ai décidé de devenir professeur d'éducation physique et je me suis inscrit à l'Université Libre de Berlin Ouest en Allemagne (F.U. Berlin, en 1987¹²). La psychothérapie et la danse, semblaient encore inaccessibles pour quelqu'un de mon milieu social et j'envisageais alors de danser dans des programmes amateurs, tout en continuant mes lectures aléatoires sur le psychisme humain. Mais ça n'a duré que quelques mois, jusqu'au moment d'une réalisation radicale.

La danse comme métier : technicité ou expressivité?

En 1987, après un premier cours très décevant à l'Université Libre de Berlin en Science d'Éducation Physique, j'ai pris la décision radicale de me consacrer à l'étude de la danse. Le grand volume des données sur la technicité du geste, pour un but aussi trivial à mes yeux que la performance athlétique, m'a profondément découragé et la décision à prendre m'a semblé claire. À ce moment-là, l'étude du mouvement, à travers l'expérience esthétique et subjective du geste dansé, me semblait être plus pertinente par rapport à mon parcours, tout en ayant encore des motivations inconscientes liées à l'estime de soi, évoquées plus haut. L'expressivité gestuelle devint ainsi le cœur de mes aspirations professionnelles et après cinq ans d'études artistiques intenses¹³, je démarrais ma vie de danseur professionnel. Tout au long de cette période, j'étais confronté à la question de ma motivation à danser : Pourquoi et pour qui je danse ? Est-ce inévitable de subir des douleurs physiques et psychiques pour être un danseur professionnel ? Est-ce que je pourrais gagner ma vie avec ce métier ? Est-ce que la danse peut améliorer ma vie et la vie des spectateurs ? Comment ce que l'on est communiqué à travers notre posture et notre gestuelle ? Après quatre ans de d'interprétations chorégraphiques diverses et des mal-être psychiques avec des somatisations importantes (douleurs articulaires récurrents, lombalgies aiguës, troubles digestifs etc.), je décidais de quitter la danse si au bout d'un an je ne trouvais pas du sens dans ce « métier » Ce fut le cas, justement un an plus tard.

Maturité artistique et professionnelle : danse et perception sensible

¹² Freie Universität Berlin, Berlin de l'Ouest, Allemagne de l'Ouest (1987)

¹³ Dans des écoles privées à Berlin de l'Ouest en Allemagne (1986-1988) et à l'Université de la Caroline du Nord / École des arts du spectacle, aux USA (1988-1991+1994)*

En 1995, il y a eu une synchronisation de faits qui a transformé profondément mon rapport à la souffrance et à mon métier. La rencontre avec une dimension existentielle – sensible de la danse, à travers la vision artistique de Bernardo Montet et le biais de la psychopédagogie perceptive qui m'ont progressivement conduit vers une perception de soi porteuse de sens et de bien-être. Les points communs de ces deux champs d'action étaient la *lenteur*, l'*immobilité* et l'*attention tournée vers l'intérieur de soi*. Depuis, j'ai été persuadé que ces trois points sont primordiales pour la connaissance de soi, la vie en communauté et les acquisitions techniques ou théoriques. A travers ces pratiques, j'ai commencé à développer un rapport sensible au monde qui semblait questionner mes discours intellectuels d'avant. Dans mon quotidien et dans des situations des lésions physiques, j'avais des nouveaux outils pour me soigner tout seul ; totalement ou partiellement. Dans des situations d'anxiété et de stress j'avais le choix de pratiquer mon art autrement et vivre des nouvelles émotions et sensations. Les vécus et les applications artistiques, formatives mais aussi dans la vie quotidienne étaient tels, que pendant cinq ans je vivais des états de joie inimaginables auparavant. Est-ce que cette joie immense vient de mon corps ? Et si mon corps c'est moi, alors cette joie vient de mon rapport à moi-même ? Ça marquera le début d'une longue période d'expérimentation dans mon art et dans mon quotidien, qui m'apportait des émotions positives ainsi qu'à mon entourage.

Rapport réflexif, créatif et sensible avec la vie

J'avais de plus en plus des indices que la connaissance de soi à travers les pratiques somato-sensorielles et artistiques citées ci-dessus, peut enrichir les facultés expressives et créatives dans la vie professionnelle, publique, mais aussi dans la vie privée. Dans toutes ces expériences, j'ai vécu comment mon rapport à la souffrance évoluait d'une façon positive. La prise de temps avec moi-même, l'intégration de lenteurs dans mes élans expressifs et la confrontation de ces élans avec celles de mon entourage dans des espaces extra-quotidiennes, m'ont donné des moyens pour mieux vivre avec, ou transcender, mes souffrances somato-psychiques. Je suis convaincu que vivre et transmettre un rapport sensible envers soi, l'autre et le monde est un acte d'auto-formation continu avec des effets positifs sur ses projets de vie et ses liens sociaux. Comment approfondir ma pratique pour vivre des relations passionnantes avec les autres, sans conflits destructifs et comment la transmettre à mon entourage ? Devenir plus authentique dans mon rapport aux autres, accueillir ma propre souffrance et celle des autres sans perdre mes repères, donner et me donner les moyens d'aller au-delà de mes contraintes est devenu un mode de vie pour moi. Je souhaite que cette recherche contribue à l'évolution de ma formation continue dans l'art de la résilience et de la communication humaine, validant ainsi un rapport

réflexif, créatif et sensible avec la vie dans le but de *réalisation de soi* et d'un *mieux vivre ensemble*.

1.2. Pertinences professionnelles

Ma profession d'artiste chorégraphique, associée à une posture de praticien chercheur, est devenue l'expression concrète de ce rapport réflexif et créatif avec la vie. Je suis passé d'une constante quête de sens, à un jeu créatif d'évolution de sens : passé d'une quête acharnée des nouvelles connaissances à une production de nouvelles connaissances, tout en continuant d'apprendre des autres. Tout y est : expression personnelle, transmission des compétences et une pratique pédagogique avec des effets thérapeutiques.

Être un acteur du post-modernisme : la danse contemporaine et multiréférentielle

La danse contemporaine¹⁴ est un domaine artistique assez hétérogène et complexe. Ses caractéristiques principales sont le pluralisme esthétique, le fait qu'elle mette l'individu au centre des préoccupations philosophiques, la posture critique face aux événements sociaux et son autodéfinition constante et revendicatrice à travers les pratiques chorégraphiques. Cet art difficile à définir me passionne surtout pour son caractère ouvert. Elle n'est pas a priori limitée par des stylisations culturelles, même si les influences esthétiques sont multiples. Elle possède l'audace des alchimistes où tout (ou presque) est permis, à la recherche ou l'actualisation de ses vérités. Je trouve très pertinent d'appliquer le concept de la *multiréférentialité*¹⁵ pour mieux expliciter cette pluralité des manifestations esthétiques et pédagogiques. Sur le site de **CIFPR** on trouve une définition qui nous aiderait à mieux cerner la pensée complexe, la multiplicité des perspectives de cet art :

« La multiréférentialité c'est l'art de conjoindre ce qui n'est pas toujours conjoignable, de rechercher des articulations parfois problématiques, entre au moins deux disciplines distinctes. C'est l'art de faire tenir ensemble, en tension, ce qui tient mal ensemble, ou même ne le saurait. Il y faut du talent et des principes d'organisation de savoirs

¹⁴ « La danse aujourd'hui nommée danse contemporaine débute approximativement en Europe et aux États-Unis après la Seconde Guerre mondiale. Elle fait suite à la danse moderne et débute, pour certains, avec les courants postmodernistes. » (Encyclopédie Britannica : resRepéré à)

¹⁵ « Il s'agit bien de considérer l'approche **multiréférentielle** comme une "manière de voir et d'écouter" selon plusieurs perspectives. Jacques Ardoino, dans un modèle d'intelligibilité devenu classique, en distingue cinq majeures dans son ouvrage *Éducation et Politique* (1977). Une perspective centrée sur l'individu, sur l'interrelation, sur le groupe sur l'organisation et sur l'institution. L'idée clé reste que le chercheur n'est jamais séparé de son objet, même s'il peut s'en distinguer. Il est impliqué conflictuellement, d'une manière inéluctable. Il doit aborder son objet de recherche de ces différents points de vue en interaction. C'est la raison pour laquelle il examine l'objet en distinguant sa complication de sa complexité. » (Barbier, 1997, page web)

complexes, d'un savoir feuilleté. Le sens de l'inconfort et de la complexité. Le pionnier du concept est alors Jacques Ardoino » (CIFRP, 2014, page web).

Justement, cette capacité de créer des liens entre éléments « mal joignables » correspondait bien à mon tempérament personnel et professionnel. Faire coexister des dissonances dans une œuvre chorégraphique devenait un défi amusant. Il fallait quelques années avant de passer progressivement de la peur du chaos et de l'incohérence, à la joie d'inventer des nouvelles recettes esthétiques, face aux complexités et hétérogénéités des contenus chorégraphiques (imaginaires, sensoriels, rationnels).

La danse contemporaine est un art souvent très politique et revendicateur et on y retrouve beaucoup de thèmes des révolutions socioculturelles du 20^{ème} siècle. Déjà en danse moderne - la matrice de la danse contemporaine - une posture critique envers le conditionnement social des corps était évidente :

« Les artistes de la grande modernité - la danse moderne d'avant 1950 - ayant d'abord cherché à libérer le corps de tout modèle imposé et à inventer un corps autre, une corporéité propre à chacun, invitaient, comme le prône la phénoménologie, à un retour au 'corps propre' se défaisant du 'corps objet' » (Guhery, 2004, p.45)

Ce concept du *corps propre* ou *corps sujet* restera central dans la recherche chorégraphique de la danse contemporaine et se manifestera entre autre, avec l'intégration des concepts et des outils de diverses pratiques dites somatiques (ou somato-sensorielles), comme FM *Alexander*, *BMC*, *Feldenkrais*, *Psychopédagogie perceptive* etc. dans ses fondamentaux. Ainsi, sa nature interrogative et multiréférentielle semble être la raison qui favorise des approches artistiques, pédagogiques, voire thérapeutiques inédites.

La spécificité de mon travail en danse contemporaine aujourd'hui, est enracinée dans des courants de pensée qui explorent surtout une subjectivité expressive « *sensible* » loin de déterminismes esthétiques ; les états de corps qui laissent apparaître l'intériorité du danseur d'une façon poétique et abstraite qui libèrent de l'obsession avec l'esthétisme du beau geste. Ma curiosité m'a attiré vers un courant de danse qui inclue et transcende les différents états de corps, dans une globalité expressive au service d'une *authenticité*¹⁶ où la forme du geste demeure secondaire. Pour ce rapport intense avec le vécu subjectif, je nommerai ici ce courant la *danse sensible existentialiste*¹⁷. Mon expérience de ce courant est fondée principalement sur

¹⁶ « *L'authenticité, c'est aussi la consonance intérieure. On dit parfois : j'ai senti qu'en posant tel ou tel geste, j'aurais forcé ma nature, rompu ma consonance avec moi-même. La racine de l'authenticité est dans ce sentiment par lequel, le plus souvent sans le savoir, nous empêchons le geste faux de prendre forme. C'est par un sens de la consonance analogue que l'artiste élimine les traits incompatibles avec son idéal encore implicite.* » (Source : Encyclopédie de l'Agora en ligne)

¹⁷ Existentialisme : « *Doctrine philosophique qui met l'accent sur le vécu humain plutôt que sur l'être et qui affirme l'identité de l'existence et de l'essence, ou leur parfaite complémentarité.* » (Source : Larousse)

le travail du chorégraphe français Bernardo Montet. Je ne vais pas insister à décrire mon appartenance artistique ici, pour mieux focaliser sur la pratique pédagogique qui concerne ma recherche. Il y aura des éléments qui éclairent ma posture artistique dans le cadre pratique de ma recherche (Chapitre 3). Par contre, je continuerai ci-dessous en décrivant une étape charnière entre ma posture artistique et ma posture de pédagogue qui concerne une période de formation et de recherche.

Une approche du mouvement inédite

La motivation à effectuer cette recherche s'enracine dans mon expérience des phénomènes qui se révèlent grâce aux hybridations des approches et des outils que j'applique dans les processus expressifs et créatifs. Les apports artistiques et pédagogiques de ces expériences ont été tels, qu'ils m'ont incité à multiplier les interrogations théoriques et pratiques. Notamment, avec l'application de la psychopédagogie perceptive, j'ai vécu une transformation radicale du comportement gestuel et de la *qualité de présence* : « *Je ne sais pas ce que tu pratiques comme méthode, mais continue!* », étaient les mots de Bernardo Montet, codirecteur à l'époque du centre chorégraphique national de Rennes et de Bretagne (1996), qui exprimait une satisfaction sur l'évolution de mes qualités performatives. Y-voyait-il plus d'authenticité expressive ? Ça faisait seulement quelques mois en formation PPP, où je pratiquais la perception de soi sur le mode du *Sensible*¹⁸ et il me paraissait que j'avais accès à une nouvelle forme de connaissance. Qu'est-ce qui change dans la qualité du mouvement lorsqu'on est en lien avec cette forme de connaissance? D'abord c'est le **sentiment d'exister** qui est modifié : on se déplace avec une richesse du ressenti corporel inédite. Chaque geste résonne dans sa propre anatomie d'une façon nouvelle : épaisseur, densité ou chaleur des éléments anatomiques, liens variables entre les différents segments, changements d'état d'âme, motivation du geste ancré dans le ressenti d'un segment corporel, effets sur la vitalité etc. En suite la perception spatio-temporelle est également transformée : on est surpris d'une liberté (relative¹⁹) de prise de temps pour l'expression personnelle dans le contexte d'une répétition chorégraphique, on crée des dialogues abstraits avec l'architecture du lieu de travail et des personnes à proximité etc.

¹⁸ « *La dimension du Sensible est née d'un contact direct et intime avec le corps. C'est à partir de cette expérience que se construit, chez le praticien, une nouvelle nature de rapport à soi, aux autres et au monde et la mise en lumière d'une nouvelle forme de connaissance. Ce rapport place la présence à soi au centre du processus d'accès à la connaissance* » (Bois; Austry, 2007, p.1)

¹⁹ Relativité du sentiment de liberté liée aux structures hiérarchiques des processus représentationnels dans les arts performatifs occidentaux.

Avant la découverte de cette pratique, j'abordais la danse avec beaucoup de volontarisme et un excès émotionnel ; les blessures et arrêts maladies étaient fréquents. Je la décrirais aujourd'hui, comme une gestuelle *héroïque* qui cherche à se faire valider par le regard de l'autre, du public, du *maître*. Elle était probablement le résultat de ma problématique personnelle liée aux rapports familiaux et sociaux et l'expression d'une envie d'exister qui dépendait du regard et de l'admiration des autres. C'est une posture très courante dans le monde de l'art et je la nommerais ici *l'expressivité narcissique*. Ce rapport inconscient à mon propre geste limitait ainsi mon potentiel expressif. Il y avait une sorte de masque expressif sur mon visage, qui permettait peu de variations. Même si j'étais un danseur expérimenté, il fallait beaucoup d'effort laborieux pour varier mes modes d'expression. Comme le décrit Leão, ce rapport au *corps performatif* est en lien avec l'autre et/ou le public : « [...] n'est-il pas vain, pour un acteur ou un danseur, de prétendre installer un état d'empathie avec les spectateurs avant que ne soit installé un état d'empathie avec son propre corps ? », (Leão, 2003) Existe-t-il une forme d'empathie envers soi et l'autre qui transcende une posture narcissique? En effet, avec la *réciprocité actuante*²⁰, le corps sujet développe une forme d'empathie qui n'est pas dans un rapport affectif envers lui-même et l'autre. Elle développe la *présence à soi*, une forme de *neutralité active*²¹ qui accueille potentiellement tous les états d'être. En parallèle et d'une façon très partielle, j'ai étudié d'autres pratiques somatiques, pour comparer les approches et j'ai finalement insisté sur la PPP pour des raisons que je vais développer dans mon champ théorique (2.4.4).

Progressivement, je me suis posé plusieurs questions : est-ce que la danse est un métier dangereux pour la santé ? Les chorégraphes et pédagogues exploitent-ils le potentiel expressif des interprètes/étudiants, tout en les mettant en danger ? Est-ce que le rapport que le danseur entretient avec son propre corps en est (aussi) responsable ? Est-on obligé de se faire mal pour s'exprimer en danse ? Ce fut le début d'une posture réflexive par rapport à mon art. Mes carnets de bord commençaient à déborder avec des questionnements artistiques et philosophiques. Depuis, j'ai démarré une forme de laboratoire dans ma propre corporéité et j'ai longuement étudié les modalités de la PPP dans la recherche chorégraphique. Ce laboratoire, je l'ai appliqué aussi dans des créations chorégraphiques avec des danseurs professionnels et amateurs. Les apports que j'ai observés sur les danseurs (professionnels et amateurs) étaient les suivants :

²⁰ Réciprocité actuante (PPP) : «...une *réciprocité active* entre le sujet et son expérience, à la faveur d'un investissement fort dans l'acte perceptif en direction du corps et du mouvement » (Bois ; Humpich, 2007)

²¹ Neutralité active : « La part de neutralité correspond à un 'laisser venir à soi' les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu précis à venir. [...] Le 'laisser venir à soi' est un 'savoir attendre' qui consiste d'abord à ne pas anticiper ce qui va advenir. [...] La part active consiste à procéder à des réajustements perceptifs permanents en relation avec la mouvance que l'on accueille. [...] La posture de neutralité active procède d'une infinité de précautions afin de ne pas peser sur les phénomènes qui émergent de la relation au Sensible » (Bois ; Austry, 2007, p. 10).

- une diminution radicale des blessures
- une forme de lucidité gestuelle qui procurait des sensations inédites
- une expressivité enrichie et ouverte à la nouveauté, sans répétitions laborieuses
- un état de créativité accessible et « sur commande » qui semblait transcender l'état affectif, ou les impératifs représentationnels de la posture chorégraphique

Cette expérience a constitué la charnière entre mes identités professionnelles. Mes expériences d'autoformation et de transmission à travers les créations chorégraphiques, me conduisaient progressivement vers une identité de pédagogue, spécialiste en expressivité.

Transmettre l'authenticité par la pédagogie

Un autre laboratoire s'installa dans la même période et celui-ci au sein de mes activités pédagogiques : comment transmettre aux étudiants l'accès à cet état d'être extraordinaire, qui semble inspirer une richesse expressive et stimuler la créativité? Ce fut la question centrale tout au long de mon parcours de pédagogue en danse. La rencontre avec le chorégraphe Bernardo Montet était également une introduction extraordinaire à une autre pédagogie du mouvement. Filiberti (2003) écrit que Montet explore « *l'identité au sens le plus archaïque : premier désir, première étreinte, rapport au sol, à la marche, à la voix* ». Il transmet une posture de chercheur exigeant, ciblant à un *engagement total dans l'acte dansé* et à la perception fine de cette acte, dans la lignée de la recherche d'authenticité de la danse contemporaine, mais avec l'intensité farouche du Butō (ou Butoh)²². Grâce à son accompagnement, ce fameux état de danse que nos professeurs avaient du mal à nous transmettre par le biais d'un académisme chorégraphique institutionnalisée, devenait accessible par des épreuves perceptives. La forme gestuelle était un prétexte pour laisser apparaître la singularité du danseur et le rapport lucide avec son scénario expressif. On visait surtout à des états d'être abstraites en deçà de l'affect, tout en interrogeant nos représentations socio-culturelles.

Cette posture artistique, couplée à ma découverte de la PPP, m'a ouvert un vaste champ d'exploration. Depuis, dans un long parcours éducatif, j'intégrais progressivement des

²² « *Le butō est une danse contemporaine d'origine japonaise développée il y a un peu plus de quarante ans par Tatsumi Hijikata. Depuis ses origines, elle est avant tout un questionnement sur le corps et sur ses possibilités expressives. [...] Hijikata avait la conviction que la danse butō ne consiste pas à considérer le corps comme un moyen mais comme une fin. Il ne voulait pas utiliser le corps pour porter une parole mais, au contraire, il cherchait à le questionner, le repenser, le recréer. Il avait cette idée que la danse ne réside pas dans une composition linéaire et un arrangement syntaxique de mouvements mais qu'elle réside plutôt dans l'exploration de la profondeur du corps lui-même. Il voulait non pas articuler un discours mais creuser un sens* » (Veillette, 2003, p.2).

éléments, je fusionnais des pratiques, j'improvisais avec des idées des collègues et j'inventais ou réinventais diverses approches. L'objectif restait le même : donner accès à l'étudiant à une expressivité riche, inédite et qui concerne profondément sa personnalité. Mon allié fidèle, tout au long de ce parcours, était ce rapport sensible au geste dansé, aux sons et à la musique, à l'espace, aux étudiants : *la réciprocité actuante*. Je prenais progressivement conscience que les limites entre art, pédagogie et thérapie n'étaient pas clairement définies dans ma pratique. Cette perméabilité entre ces trois postures a stimulé ma recherche et a généré une série d'interrogations dans la pratique de mon métier : Peut-on soigner par le mouvement ? Qu'est exactement la danse-thérapie et en quoi mon approche diffère-t-elle ? Est-ce que l'art de la danse est primordial pour l'éducation de l'individu ? Quels effets thérapeutiques peut-on observer suite à des actions pédagogiques ? Quelle problématique éthique et/ou juridique représente l'utilisation du mot « thérapie » dans le métier du danseur-pédagogue et/ou psychopédagogue de la perception ?

Ma pédagogie de danse contemporaine en psychiatrie : L'atelier Indigo

Ces questionnements, coïncidaient avec l'initiation de l'expérience pédagogique au CHRU de Tours (2005). J'ai nommé cet atelier de danse *Indigo*, tout en y intégrant d'autres pratiques et disciplines, comme la psychopédagogie perceptive et des éléments danse-thérapeutiques. Même si j'applique certains outils de la danse-thérapie (voire champ théorique et pratique), mon approche ne converge pas avec l'objectif principal de cette méthode qu'est la thérapie.

Mon objectif central est la transmission pédagogique de la créativité et de l'expressivité en danse contemporaine.

Comme on a vu plus haut, l'expressivité – créativité qui m'intéressait à vivre et à transmettre, était ancrée dans un courant existentialiste sensible, loin de déterminismes esthétiques et de formatages *athlético-performatifs*.

Les séances débutent en générale avec des exercices d'éveil sensoriel et/ou rythmique. Je cherche à remettre du lien, à relier *l'être-corps-sujet* avec le sol, avec l'espace, avec le temps, avec soi-même et l'autre. Les improvisations qui suivent ce travail de préparation, visent à stimuler l'authenticité expressive dans un jeu de création presque constant. Tout geste devient ainsi simultanément un acte de création et un acte d'expression. Pour un contenu plus détaillé des ateliers voir section cadre pratique (chapitre 3).

Dans mon approche, il n'y a pas une hiérarchie verticale absolue des savoirs artistiques entre les patients, entre eux et moi, entre eux et les danseurs et entre eux et les soignants. Je valorise la mise en action, mais j'accueille aussi les refus et j'encourage les déviations constructives dans

la mesure où ils n'empêchent pas l'intégrité du groupe. Enfin, j'accueille ma propre fragilité sans trop me soucier d'être exposé devant les étudiants, patients comme soignants, restant ainsi cohérent par rapport au principe d'authenticité expressive et de la réciprocité actuante.

Les premiers essais furent très difficiles. Les capacités motrices et perceptives des patients étaient très diversifiées et affectées par leur pathologie. Même si pour d'autres chercheurs, la danse semble-t-elle « *spécifiquement indiquée auprès des patients psychotiques ou névrosés* » (Vennat, 2009, p.201), il s'avérait difficile pour moi de moduler les applications pédagogiques aux patients concernés sous traitement avec des neuroleptiques. Très vite, j'ai cherché des voies de passage pour tester les outils de la psychopédagogie perceptive. Comme dans mes cours avec les danseurs, la réciprocité actuante était toujours mon alliée constante : transmettre à travers **une posture empathique qui inclut le ressenti corporel**. Plus tard, je tentais des ateliers de pratique autour du *toucher de relation sensible*²³ spécifique à la PPP et des extraits du mouvement codifié de la *gymnastique sensorielle*²⁴. Les modalités du toucher de relation sensible étaient difficiles d'accès pour la majorité des patients, mais je suis persuadé qu'une approche plus élaborée pourrait considérablement enrichir l'expérience pédagogique. Toutefois, je continue à rester vigilant parce que le toucher est un sujet qui provoque des débats dans le monde des soins psychiques :

« La question du toucher est un point aussi névralgique que central en psychothérapie! En effet, si de nombreux psychothérapeutes y compris psychanalystes, réfléchissent, "parlent autour" du toucher et l'utilisent même parfois en pratique, cet outil thérapeutique reste extrêmement tabou et chargé de nombreuses représentations. Dans certains pays comme les États-Unis, les interdits religieux conditionnent encore une idée du toucher qui ne peut se départir d'une connotation sexuelle. Mais outre cette influence dont tous les psychothérapeutes sont conscients, c'est surtout la connotation "affective" du toucher qui nous semble responsable de la méconnaissance et de la stigmatisation de la thérapie manuelle dans le domaine de la psychothérapie » (Duprat 2007, p. 53).

Je suis toujours en situation de laboratoire pour étudier les modalités de ce genre de toucher non-affectif.

En ce qui concerne l'exécution des mouvements lents et fluides de la gymnastique sensorielle, ça paraît moins difficile pour une grande partie des participants. D'ailleurs, très vite, certains soignants commençaient à en demander pour les patients tout en profitant eux-mêmes de cette pratique. Dans mes bilans personnels et dans ceux des soignants participants, on constatait des

²³ « *Le toucher du Sensible est une forme de toucher de relation qui met en jeu le « corps Sensible » ou le « Sensible du corps ».* Le Sensible du corps est cette rencontre pour le soignant comme pour le soigné avec des sensations organiques de volume, de complétude, d'unité, de chaleur et de profondeur; amplifiant l'agréable sentiment d'être impliqué dans un dialogue où tout de soi est concerné. Ces perceptions participent intensément aux soubassements somato-psychiques du sentiment de soi et du goût de soi » (Repéré à : <http://www.fasciatherapie-patient.com>)

²⁴ « *La gymnastique sensorielle est une activité physique douce [...] sur et à partir des perceptions corporelles et c'est ce rapport conscient établi avec le geste qui donne la dimension 'sensorielle' à cette gymnastique* » (Repéré à : <http://www.fasciatherapie-patient.com>)

effets sur leur expressivité et créativité avec des impacts positifs sur leur quotidien : prise de parole devant un groupe, vitalité posturale, facilité de communication, expressions de joie etc. On examinera les vrais impacts de la pratique pédagogique appliquée dans les résultats de la recherche (chapitre 6).

Pour conclure, je souhaite que ma recherche élucide ma posture de pédagogue-chercheur et m'aide à structurer mon discours sur mes intentions pédagogiques-artistiques dans le monde des soins.

1.3. Pertinences sociales

Moi, l'espace, le temps : est-ce un tout indissociable ? Question philosophique ? Oui, mais pas seulement. On semble tous être confrontés à ce phénomène très récurant du « *on n'a pas le temps* » ou « *on a peu de temps* » ; est-ce un fait du contexte socio-économique actuel, où règne une survalorisation de processus de production ultra-efficaces ? L'organisation sociétale marchande et paternaliste est souvent dénoncée et depuis longtemps, par les divers courants de la danse moderne et contemporaine. Le corps étant ultime tabou de toute société, siège de notre mortalité, lieu de souffrances atroces, mais aussi lieu de libération extatique à travers des pratiques diverses, demeure - malgré tout - refuge unique pour nos consciences, face aux épreuves des paradoxes existentiels. La danse, et l'art en général, offre la possibilité non seulement d'agir sur nos perceptions de soi et du monde, mais aussi sur nos conceptions de celles-ci. C'est des lieux de liberté, des laboratoires sociaux où l'on peut expérimenter d'autres durées, d'autres rythmes, d'autres espaces et surtout d'autres intentions *non utilitaires*. *Moi, l'espace, le temps* peuvent redevenir indissociables, par un désir d'universel qui germe ou contient le singulier. On peut retrouver une notion d'unité par des pratiques artistiques, somatiques et autres, qui n'attendent pas des preuves scientifiques pour exister autrement que par les normalités périodiques, imposés par des paradigmes socio-économiques.

Je considère mes pertinences sociales sur deux axes : **la promotion de l'autonomie par la pédagogie et la présence de la danse dans le monde de la santé.**

- **L'autonomie par la pédagogie**

En effectuant des recherches dans mon cadre théorique, j'ai réalisé que ma posture de pédagogue-artiste prenait des formes qui se rapprochaient du concept de la *thérapie sociale*, comme décrite plus loin dans le cadre théorique (sous-chapitre 2.3.5.). J'ai la double posture de celui qui se forme constamment dans un élan de transcendance et de celui qui cherche à agir

dans la société pour un mieux vivre avec soi et avec l'autre. Je cherche à appliquer mes outils pédagogiques à différentes populations, avec le but de former de citoyens sensibles et intelligents, capables de participer à des projets qui font évoluer nos sociétés vers des nouveaux paradigmes; chaque citoyen à son échelle, comme dans la légende amérindienne du colibri face à l'incendie de la forêt²⁵. Mes objectifs principaux sont de valoriser et de promouvoir des pratiques éducatives qui soutiennent des processus de transformation et d'émancipation au-delà de contraintes socio-économiques ; participer à un réseau éducatif qui propose des alternatives aux approches purement positivistes et paternalistes, comme à celui du Groupe Français d'Education Nouvelle (GFEN) qui promeut l'autonomie de l'individu :

« Les situations et les conditions nécessaires pour que les contenus de savoir et de formation ne soient plus simplement transmis comme produits finis - pseudo-évidences qu'il faut accepter - mais construits par le sujet lui-même, prennent corps dans la notion et la pratique de " démarche d'auto-socio-construction " [...] mettant en acte toutes les potentialités cognitives et créatrices dont il est authentiquement porteur, devenant ainsi, se transformant lui-même, auteur de sa propre formation » (Repéré à : <http://www.gfen.asso.fr>)

Une pédagogie de danse contemporaine enrichie d'une pratique somato-sensorielle viserait aussi à déconstruire des conditionnements socioculturels concernant l'image du corps et **accueillir les altérités / singularités complexes, même dans les cas extrêmes de la psychiatrie**. Foucault dénonce l'instrumentalisation du corps dans l'ère moderne :

« Il y a eu au cours de l'âge classique toute une découverte du corps comme objet et cible du pouvoir [...] Le grand livre de l'Homme-Machine a été écrit simultanément sur deux registres: celui anatomo-métaphysique dont Descartes avait écrit les premières pages et que les médecins, les philosophes ont continué; celui technique-politique, qui fut constitué par tout un ensemble de règlements militaires, scolaires, hospitaliers et par des procédés empiriques et réfléchis pour contrôler ou corriger les opérations du corps. L'Homme-Machine de La Mettrie est à la fois une réduction matérialiste de l'âme et une théorie générale du dressage au centre de laquelle règne la notion de docilité qui joint au corps analysable le corps manipulable » (Foucault, 1975, p. 138).

Si l'on adhère à cette citation de Foucault, on devrait regarder hors des circuits institutionnels pour avoir accès à des apprentissages émancipateurs. Au contraire, dans notre cas, il y a un projet initial entre deux institutions (CHRU et CCNT) et ensuite sous la garantie du CCNT le projet était repris par une association (Omnivion). Est-ce que c'était un « accident heureux » d'avoir eu cette collaboration pour un projet « émancipateur » ? Une éducation par exemple qui promeut la pensée unique, chère encore aux discours de certains cycles politiques

²⁵ Légende du colibri : « il y eut un immense incendie de forêt. Tous les animaux terrifiés, atterrés, observaient impuissants le désastre. Seul le petit colibri s'activait, allant chercher quelques gouttes avec son bec pour les jeter sur le feu. Après un moment, le tatou, agacé par cette agitation dérisoire, lui dit : " Colibri ! Tu n'es pas fou ? Ce n'est pas avec ces gouttes d'eau que tu vas éteindre le feu !" Et le colibri lui répondit : " Je le sais, mais je fais ma part" » (Pierre Rabhi. Repéré à : <http://www.colibris-lemouvement.org>)

contemporains²⁶, semble être en dissonance avec la promotion de la singularité et de la pluralité engendrée par l'art. D'interroger les intentionnalités socio-politiques à l'arrière-plan de ces conventions, serait une entreprise complexe et nécessiterait un autre projet de recherche.

Devenir autonome et sensible aux autres par l'éducation, me semble-t-être un idéal pertinent pour toute société démocratique. Effectuer des recherches sur des projets chorégraphiques dans le milieu hospitalier s'inscrit dans cette perspective optimiste d'autonomisation par l'apprentissage, et aiderait à reconsidérer le rapport au corps dans un contexte non marchand.

- **La présence de la danse dans le monde de la santé**

Le développement de l'éducation artistique dans les institutions nationales, est un acte citoyen qui promeut les principes démocratiques, en résonance avec, entre autre, la mouvance du *Réseau en Pratiques de Pairadvocacy*²⁷. L'artiste se permet de transcender les normes sociales et questionner l'ordre établi par des positionnements esthétiques et participe ainsi à l'évolution des valeurs sociales. Il y a des études qui démontrent les bénéfices de l'art en général pour l'individu et la société²⁸, mais pour le contexte spécifique des hôpitaux psychiatriques, je privilégierais l'art de la danse, attaché à une pratique somato-sensorielle qui revendique **l'unité corps-esprit**. Le lien entre corps et esprit reste un sujet complexe, voire obscure pour nos sociétés occidentales et en France il semble y avoir une suspicion persistante contre les discours autour du lien entre corps et esprit²⁹. Ma longue expérience dans l'art de la danse et l'étude des diverses pratiques somatiques ne m'ont pas conduit à des telles polarités philosophiques. Au contraire, si l'on étudie l'histoire des pratiques somato-sensorielles et leur intrication avec l'art

²⁶ « [...] 41 associations étudiantes dans 19 pays (France, Canada, Allemagne, Israël, Brésil...) publient un manifeste pour réclamer davantage de "pluralisme théorique". Autrement dit, qu'une seule école de pensée n'accapare pas toutes les énergies : l'école dite "néoclassique", donc partisane du libéralisme économique, du libre-échange, du moins d'Etat etc. » (Gonzague, A., extrait d'article du magazine *Nouvel Observateur*, 07-05-2014 : <http://tempsreel.nouvelobs.com/education/20140507.OBS6385/economie-des-etudiants-disent-non-a-la-pensee-unique.html>)

²⁷ « Des citoyen-nés agissant avec différentes associations de lutte contre toutes formes de discriminations créent le réseau citoyen en pratique de pairadvocacy » (Repéré à : <http://www.pairadvocacy.eu/>)

²⁸ Bénéfices intrinsèques des arts : plaisir esthétique, plaisir créatif, capacité étendue pour l'empathie, croissance cognitive, création de liens sociaux, expression de sens collectif. (McCarthy; Ondaatje; Zakaras, 2005, p.34)

²⁹ D'une interview avec le psychiatre Christophe André : « Les liens entre le corps et l'esprit ont longtemps suscité une grande méfiance en France. Comment l'expliquez-vous ?
'Nous sommes une nation plus intellectuelle que sentimentale, et cela a exercé une influence sur notre rapport au corps. Longtemps, nous l'avons traité comme un outil. Nous en attendions le silence, c'est-à-dire la santé ; la jouissance des organes et des sens, l'obéissance - pour nous transporter et nous servir' » Chartier, C. (2014, septembre 27). *Le corps et l'esprit sont très étroitement connectés*. *L'Express*. (Extrait de : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/le-corps-et-l-esprit-sont-tres-etroitement-connectes_1578754.html)

chorégraphique, on peut apprécier leur contribution au développement des techniques d'entraînement, mais aussi une réactualisation des théories sur l'expressivité.

Je souhaite également développer des nouvelles approches au croisement entre art, pédagogie et thérapie et transmettre ces savoirs à des artistes, des praticiens en PPP et à d'autres professionnels de l'éducation et de la santé. Le réseau **MICSM³⁰ atteste d'une volonté sociale de réintégration citoyenne des personnes souffrantes des psychopathologies.**

Peut-être la présence des artistes chorégraphiques dans le monde de la psychiatrie serait une petite contribution à une telle entreprise. Abassade (2000) semble valoriser l'ouverture de l'hôpital à la cité par les actions artistiques :

« Les expériences de Mathilde Monnier et José Montalvo répondent aussi à la nécessité du rôle de l'artiste engagé dans la cité pour le décroisement des univers, celui du médical et celui de l'art. Dans une intention de partage ils favorisent la rencontre et la circulation entre l'en dedans et l'en dehors de l'institution soignante. Ils incitent à regarder, à percevoir autrement : ils dédramatisent et construisent, sans interprétation psychopathologique. » (Abassade, 2000, p. 6).

D'ailleurs le monde de soins semble s'ouvrir progressivement aux approches dites préventives qui cultivent des états de « bien-être » comme en témoigne le projet Culture à l'Hôpital de l'État Français (Voir chapitre 2.1.). Pareillement, l'OMS semble permettre aux hybridations entre arts et thérapies d'aborder la question de la maladie plus ouvertement :

« Aujourd'hui, "Thérapie" s'entend au sens classique d'une action thérapeutique sur le mal-être du aux désordres psychiques, comportementaux, addictifs, somatiques...secondaires à un état pathologique. Au sens plus large d'actions (auto-)soignants, elle touche à la recherche de "mieux-être" par des pratiques d'affirmation de soi et de développement personnel ; cet aspect approchant la préservation de la santé que l'OMS définit par "un état de 'bien-être' physique, psychologique et social, plutôt que l'absence d'une maladie ". » (Vaysse, 2009, p. 76).

En 2010 j'ai été interviewé par une personne travaillant pour l'agence gouvernementale Culture O Centre. Elle participait à une étude « Territoire et ressources des compagnies en France », et semblait être intéressée par le projet Indigo comme idée à promouvoir pour la reconversion professionnelle pour les danseurs. Serions-nous prêts pour une approche plus créative de la souffrance psychique dans le monde des soins ? Vaysse semble d'en être persuadée :

« La danse est le moyen d'intervenir d'une manière non verbale, de sensibiliser le public dans certains causes. Les danseurs / euses, offrent de venir - sans velléité ou

³⁰ **MICSM** : Mouvement international citoyenneté et santé mentale ; Organisme à but non lucratif qui fait la promotion des actions individuelles et sociétales qui favorisent la dignité et la reconnaissance de la pleine citoyenneté des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. [...] Nous souhaitons donc promouvoir les valeurs de la psychiatrie citoyenne du rétablissement par la solidarité internationale, la liberté et l'égalité. [Repéré à : <http://pleinecitoyennete.com/vision-mission-et-objectifs/>]

soignante – au secours du monde médical et peuvent apporter un aide au personnel (infirmiers, médecins...) comme aux patients pour faire face à la maladie et la mort, chacun puisant dans la danse le réconfort qu'il peut y trouver [...]. » (Vaysse 2009, p. 81)

En tout cas, ces possibilités d'ouverture semblent coïncider avec une période où la diminution de ressources humaines aux hôpitaux devient la norme.

1.4. Pertinences scientifiques

Ma recherche vise aussi à la production de connaissances valides pour la communauté professionnelle de la danse, de la danse-thérapie, de l'art-thérapie, de la santé, de la PPP, et d'autres disciplines centrées sur l'expressivité et la créativité. Vu le petit nombre des travaux universitaires sur le sujet, ça pourrait développer l'intérêt de la danse contemporaine et de la psychopédagogie perceptive à la recherche en psychiatrie et en psychothérapie. Les écrits scientifiques sur la danse sont limités. Susanne Langer a inclus la danse dans ces écrits sur l'esthétique et a noté : « *Aucun art ne souffre plus de malentendus, des jugements sentimentaux et des interprétations mystiques, que l'art de la danse.* », (Langer 1953, p.169). Le but est de stimuler l'expérimentation et la recherche dans ce domaine, tout en démystifiant cet art et discerner à long terme les pratiques pédagogiques pertinentes.

1.5. Formulation de ma question de recherche

Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à la pertinence de ma recherche, j'ai acquis une expérience plutôt solide en pédagogie de danse contemporaine. Tout au long de ces longues années de pratique, je me suis forgé un savoir important et notamment auprès d'une population de danseurs professionnels et amateurs, donnant lieu à une connaissance empirique satisfaisante, à savoir :

→ Que les fondamentaux de la danse contemporaine³¹ ont des effets positifs sur l'expressivité (disponibilité, spontanéité, diminution des inhibitions).

³¹ Fondamentaux de la danse contemporaine : conscience et agilité gestuelle, éveil du rapport à l'espace et au temps (musicalité), créativité, expressivité.

- Que les rythmes percussifs binaires ont des effets immédiats sur la vitalité et le bien-être.
- Que le *toucher de relation sensible*, a des effets positifs sur la perception de soi des étudiants.
- Que l'exécution des mouvements lents avec les principes de la PPP, soulage les tensions corporelles et procure des états d'être positifs chez un grand nombre d'étudiants.
- Que l'application de la *réciprocité actuante* dans la transmission pédagogique, m'offre une vision plus globale du groupe et m'aide à trouver rapidement des propositions qui correspondent à leur potentiel expressif et leurs élans de créativité.

Cependant, ma recherche touche une population différente dans la mesure où cette fois-ci je ne m'adresse plus à des danseurs, mais à des personnes qui souffrent de troubles psychopathologiques. Je n'exerce plus mon art sur une scène, ou dans un lieu danse mais dans un hôpital psychiatrique. Cette perspective nouvelle constitue un véritable défi qui va probablement m'obliger à adapter ma pédagogie de danse contemporaine en m'appuyant sur les instruments pratiques, que j'ai développé tout au long de ma formation continue en danse et en psychopédagogie perceptive. Je vais devoir, pour répondre à cette nouvelle situation, métisser mes deux expertises construites de pédagogue de la danse contemporaine et pédagogue de la perception, pour l'adapter à une population de personnes souffrantes. Il y a là un enjeu à associer deux arts du mouvement, la danse contemporaine et la psychopédagogie perceptive, qu'il me faudra déployer et créer. En effet, si la pédagogie perceptive a déjà fait l'objet de recherches dans l'art performatif (Léao, 2005) et dans l'art théâtral (Aprea, 2007) ou l'art lyrique (Lemos, 2011), elle n'a pas été jusqu'à lors étudiée ni évaluée dans un cadre psychiatrique et appliquée à la discipline de la danse contemporaine. La thématique de ma recherche me place donc dans une situation inédite, soulevant un certain nombre de points d'interrogation qu'il me faudra relever et évaluer. Je porte ainsi en moi, des points de tension qui tournent autour de la pertinence d'utiliser la danse contemporaine auprès des personnes hospitalisées en psychiatrie. Je me trouve donc face à des inconnus concernant justement la pertinence d'introduire cette discipline dans ce cadre particulier.

Le mot pertinence me semble justifié car il emporte avec lui l'idée d'adéquation ou d'inadéquation de la transposition de la danse contemporaine dans une visée non-thérapeutique qui répond pourtant à une demande des patients et de l'équipe soignante. Dans cette perspective je porte un certain nombre de questions que je souhaite mieux comprendre. Ma pratique pédagogique est-elle adaptée au contexte institutionnel ? Apporte-t-elle une valeur ajoutée à la

prise en charge psychiatrique ? A-t-elle des impacts sur les conduites des patients ? Et surtout, ma pratique présente-t-elle des risques potentiels sur cette population particulière ?

Pour toutes les raisons déployées ci-dessus, ma question de recherche se décline de la manière suivante :

Quelle est la pertinence de proposer un atelier de danse contemporaine, en milieu psychiatrique? Enquête auprès de l'équipe soignante au CHRU de Tours.

1.6. Objectifs généraux

En cohérence avec mes pertinences personnelles, professionnelles et scientifiques, je définie les objectifs généraux suivantes :

- mieux cerner l'intérêt d'introduire la danse contemporaine en milieu psychiatrique à travers le métissage de plusieurs approches, alliant l'art, la pédagogie et la santé.
- construire un matériau de recherche, qui me permettra de socialiser la pertinence d'utiliser la danse contemporaine dans l'éducation des patients et de l'individu en général, dans le cadre des réseaux institutionnels et associatifs.

1.7. Objectifs opérationnels

Après avoir défini les objectifs généraux, j'ai procédé à la formulation des *objectifs opérationnels* qui constituent une matrice essentielle dans mon processus de recherche dans la mesure où ils génèrent la construction de la grille classificatoire, où chacun des objectifs donnera appui à la définition des catégories.

Les objectifs opérationnels se déclinent alors ainsi :

- Mesurer l'implication de la direction du CHRU et l'évolution de cette implication dans l'activité & redéfinir et affiner les modalités de collaboration entre les différents acteurs de l'atelier
- Identifier les dangers potentiels de cette activité artistique et pédagogique
- Redéfinir et affiner les modalités de collaboration entre les différents acteurs de l'atelier
- Identifier les apports de cette pédagogie dans la vie quotidienne des patients au sein de l'hôpital psychiatrique

- Définir des modalités d'accompagnement pertinentes dans un atelier de danse en psychiatrie
- Identifier les outils pédagogiques qui stimulent la créativité et expressivité des patients
- Identifier des éventuels effets thérapeutiques de cette pédagogie
- Recueillir le point de vue des soignants sur la pertinence de l'atelier de danse.

CHAPITRE 2

CHAMP THEORIQUE

Cette section comprend trois parties, à savoir une brève introduction sur l'inscription des activités culturelles à l'Hôpital, une inscription de l'art dans les institutions psychiatriques donnant lieu à une définition de l'art- et danse-thérapie et une argumentation en faveur de la danse dans sa dimension thérapeutique et enfin une pédagogie de danse et du mouvement appliquée en milieu psychiatrique.

2.1. Intégration de l'art dans les institutions de la santé en France

Depuis quelques années, on note une volonté de la part des pouvoirs publics en France de promouvoir la culture dans les hôpitaux et qui a donné lieu en mai 1999 à une convention interministérielle culture/santé et qui a été renouvelé pour la dernière fois en 2010³². L'objectif de cette convention suppose des patients qui soient en mesure d'apprécier la culture sous ses différents angles. La culture peut s'exporter à travers des expériences concrètes, dans le cadre d'ateliers de découverte, proposant des voies de passage pragmatiques à l'expérience esthétique. Ma recherche vise à introduire la pratique de la danse contemporaine en milieu psychiatrique et s'inscrit par conséquent dans ce projet politique et culturel. La danse contemporaine n'a pas une vocation thérapeutique proprement dite, cependant la création chorégraphique peut s'avérer bénéfique auprès des personnes hospitalisées en psychiatrie. Je mettrai l'accent tout au long de ma recherche sur la pédagogie de l'expression et de la créativité à travers le mouvement corporel et souhaite évaluer la pertinence d'un tel projet. L'introduction de la danse contemporaine dans le secteur psychiatrique s'inscrit dans une longue tradition qui la relie avec l'art thérapie et la danse thérapie, c'est pourquoi j'ai pris soin de les développer ultérieurement. Je tiens à préciser toutefois, que mon projet de recherche ne vise pas à évaluer spécifiquement la dimension thérapeutique des actions chorégraphiques proposées dans le cadre de mes ateliers, mais de mieux comprendre la pertinence et les exigences de son application dans ce milieu. (Même si on remarquera certains effets considérés par l'équipe soignante comme thérapeutiques et ainsi en concordance avec la question de la pertinence générale). Parmi les exigences, certaines sont structurelles comme « *la notion de jumelage adaptée aux établissements de santé, implique pour l'hôpital de faire appel aux ressources*

³² Voir Annexe 1.

culturelles de son environnement, l'action artistique n'étant pas de son ressort ». ³³ Mon activité culturelle dans le cadre hospitalier a été possible grâce au jumelage entre deux institutions nationales : le Centre chorégraphique national de Tours (CCNT) et le Centre hospitalier universitaire (CHRU) de Tours. Il reste que durant toute mon activité pédagogique, j'ai rencontré des exigences directement liées au contexte et à l'environnement hospitalier, qui ne facilite pas l'application de ce moment culturel tels que le degré de participation active des cadres soignants, l'adéquation de l'architecture hospitalière, les états des patients sous médication et enfin un certain nombre de problématiques lié au budget attribué influencent aussi la durée et le nombre des séances pédagogiques. Ces exigences non répertoriés dans la convention sont pourtant omniprésents dans l'introduction de la culture dans l'hôpital.

Le terrain de ma recherche est l'univers de la psychiatrie et ses articulations possibles avec le monde de l'art et plus particulièrement avec l'art de la danse contemporaine. Cette situation me conduit à cibler le champ théorique sur le croisement de la danse, de la santé et de la pédagogie. Pour parvenir à cette fin, il me faut questionner la posture à adopter et définir rapidement ce qui relie l'art et la thérapie. Puis, je discuterai autour de l'art thérapie et la danse thérapie comme lieux d'ancrage historiques et socio-culturels, dans le but d'inscrire la danse contemporaine dans un courant pédagogique adapté à la population visée.

2.1.1. Artiste ou soignant?

Au premier abord, on voit mal comment deux mondes aussi distincts que ceux de l'art et de la santé peuvent conjuguer leurs efforts dans une même direction. Nous sommes en présence de mentalités si différentes... La question « faut-il être davantage soignant ou artiste ? » trouble les esprits. Dans un pays (la France) où les partenaires de la santé sont souvent corporatistes, l'arrivée d'artistes dans les institutions médicales peut poser parfois problème. En effet, l'artiste a la réputation d'être avant tout créatif et intuitif, projetant dans son œuvre sa sensibilité la plus intérieure, qu'il ne perçoit pourtant pas encore de manière claire. Cette représentation ne facilite pas l'intégration de l'artiste dans le cadre réputé rigoureux de la psychiatrie. Et pourtant, c'est justement ce qui fait sa force, dans un monde où la « folie » est omniprésente. Sa maîtrise de l'imaginaire, lui autorise des va-et-vient entre le monde de l'imaginaire et celui de la réalité dans lequel se trouvent certaines personnes souffrantes de troubles psychopathologiques. Quelles nouvelles perspectives sur la folie pourrait-il apporter ?

³³ Extrait des actes du séminaire Culture et Hôpital, Ministère de la Santé et des Solidarités 2004, page 8.

2.1.2. Entre art et thérapie

Boyer-Labrousche, dans son *manuel d'art-thérapie*, s'interroge sur une série de paradoxes, tous inscrits dans l'association de ces deux mots : *art et thérapie* :

« Doit-on employer le terme d'art-thérapie ou lui préférer d'autres appellations telles que psychothérapie par l'art, psychothérapie médiatisée, psychothérapie expressive orientée ? 'Art-thérapie' répond plutôt à l'esprit anglo-saxon. Les français, plus respectueux devant 'l'art', préfèrent d'autres termes dont aucun n'est pleinement satisfaisant. » (2000, p. 1).

Mon affinité avec la danse contemporaine m'amène naturellement dans ce contexte à placer l'art, le corps et le mouvement au premier plan rejoignant ainsi le point de vue de Schott-Billmann :

« chacun de nous en a fait l'expérience : entendre une musique met le corps en mouvement : oscillations du pied, de la tête, balancement du corps, mouvements, rythmes, sont autant de manifestations de la présence en nous d'une instance silencieuse et énigmatique qui s'est trouvée éveillée par l'appel sonore et y répond par un élan musculairement perceptible, ébauche motrice qu'il suffit d'amplifier pour en faire de la danse » (2000, p. 15).

2.2. **Réflexion théorique autour du concept art et thérapie en milieu hospitalier**

Cette section comprend une définition sommaire de l'art-thérapie et ses différents courants, puis les différents invariants conceptuels de l'art-thérapie.

2.2.1. Définition sommaire de l'art-thérapie

L'art-thérapie ne doit pas être un terrain d'occupation du temps pour le malade, de distraction ou de simple plaisir. En disant cela, on dénonce d'une certaine façon les attitudes qui consistent à proposer des ateliers d'activités artistiques dans le but d'alléger la charge des équipes de soignants en occupant le patient à peindre ou à danser.

J'ai conscience que le mouvement de conceptualisation de l'art-thérapie est trop complexe pour viser l'exhaustivité. Cependant, dans un souci de clarté pédagogique j'ai dégagé quatre grandes lignes de l'art thérapie :

- Dans le terme art-thérapie, *l'art* s'entrevoyait comme création, tandis que la *thérapie* renvoie à la re-création de soi.

- L'art-thérapie tend à favoriser et à accompagner la créativité personnelle dans le but de devenir auteur de sa vie.
- Découlant du point précédent, il n'y a comme exigence pour le thérapeute, concernant la qualité de la production, que de repérer le stéréotype, le répétitif, qui empêche le processus de création de se déclencher.
- L'art-thérapie procède d'une visée de recentrement sur soi, afin que puissent surgir des faits de conscience immédiats.

2.2.2. Les différents courants d'art-thérapie

Il me paraît nécessaire de présenter en quelques idées clés les différents courants de l'art-thérapie. Pour la circonstance, j'ai répertorié six courants :

- Le courant médicopsychologique,

comme son nom l'indique, la place du psychologue est primordiale. On peut le résumer de la façon suivante : l'artiste fait peindre et le psychologue interprète. On lui fait le reproche d'annihiler tout ce que l'art peut apporter de bouleversant.

- Le courant « terre d'asile » ;

il met l'accent sur la liberté et la découverte d'un processus dans l'immédiat. La terre d'asile est en réalité un lieu d'exil pour le patient où, grâce à l'énonciation par le média de l'art, il s'exprimera dans une production énigmatique. L'œuvre artistique est mise au second plan, ainsi que la problématique du patient; ce qui compte avant tout, c'est le processus, ou mise à l'œuvre.

- Le courant du psychodrame ;

il vise la redite de la souffrance. Le sujet produit les figures de son malheur mais ne se limite pas à leur reproduction. Il va jusqu'à représenter, au sens le plus théâtral, ces figures qui reviennent inlassablement et se transmettent quelquefois de génération en génération. Le patient joue son propre rôle, tout en gardant une certaine distance avec les événements.

- Le courant psychanalytique ;

Il analyse les symboles et l'imaginaire. Il convie le thérapeute à chercher la présence authentique du corps non dans l'expérience psychologique ou phénoménologique du vécu de la conscience, mais dans le langage qui exprime les fantasmes et les relations libidinales originaires d'une situation œdipienne.

- Le courant « new age » ;

il envahit le marché, utilisant le fait que l'art-thérapie ne fait pas encore l'objet d'une législation aboutie. Dans ce cadre viennent se greffer toutes sortes de méthodes en lien avec le corps, la méditation, l'éveil de la conscience, dans une recherche holistique.

- Et enfin, **les courants pluridisciplinaires (intégratives)** qui associent plusieurs de ces paradigmes.

2.2.3. Les invariants conceptuels de l'art-thérapie

Mes objectifs concernant l'atelier danse n'ont pas beaucoup de points communs avec celles citées ci-dessus, sauf peut-être avec le courant « terre d'asile ». Néanmoins, je me sens en résonance avec un concept majeur de l'art-thérapie : **privilégier la personne plutôt que la maladie**. De la même façon, j'ai sollicité le processus de création de chaque participant et j'ai reformulé la « folie », en la considérant comme allié de la personne, plutôt qu'un handicap. En effet, le plus souvent j'ai traité les patients comme des *performeurs* avec une certaine intelligence esthétique, indépendamment de leur diagnostic. Et dans ce sens, j'étais en accord avec un des concepts de l'art-thérapie.

- **Approche centrée sur la personne**

Ce premier concept découle directement de la prise de position des rénovateurs de la psychologie humaniste. On trouve, à travers cette démarche, une certaine volonté de renoncer à faire des sciences humaines et sociales une science exacte et permettre une posture d'artisan sensible, à l'écoute de la souffrance de l'autre et avec le moins d'a priori possible. J.-P. Klein, tente d'endiguer des comportements qui lui apparaissent dépassés, voire inadaptés, de la part des institutions mais aussi de ses confrères psychiatres :

« Face à cette folie, des machines congelantes se mettent en place : le diagnostic psychiatrique, la prescription massive de médicaments qui ralentissent le corps et la pensée de l'individu, l'institution qui chronicise. » (2001, p.112).

Cette prise de position, qui peut paraître très partisane, est en réalité motivée par la tendance trop systématique à penser le patient uniquement en termes de pathologies, d'objet de la pathologie, dont il finit par être prisonnier. Plutôt que de la fondre dans le générique d'un diagnostic, ou de la maintenir dans l'anonymat d'une institution, l'art-thérapie tente de remettre la personne en mouvement par une création d'œuvre personnelle. Chaque procédure thérapeutique est un projet mené avec le patient, à partir de ce que celui-ci offre comme changement positif de lui-même.

Une autre raison à cette révolution du milieu psychiatrique et psychologique traditionnel tient au fait que les patients — notamment psychotiques — ne trouvent pas de réponse suffisante dans les méthodes verbales. Il semble y avoir comme une « faillite » du langage avec certains patients, qui invite à reconsidérer le mode de communication utilisé. Dans l'art-thérapie, l'art vient prendre la place du langage verbal, de la psychothérapie traditionnelle, en proposant des suppléances des modes de communication verbaux, qui permettent de dire autrement, avec d'autres formes d'expression, ce qui ne peut pas se dire avec des mots.

- **Sollicitation d'un processus de création**

Ce deuxième concept découle directement du précédent : se préoccuper de la personne signifie lui permettre de retrouver le lieu d'elle-même qui reste encore à découvrir et à potentialiser. Dans cette perspective, la potentialité est entrevue comme un pouvoir de création. La notion de création n'est ici validée que si elle permet à la personne de déployer son sens artistique au contact d'un acte artistique ou d'une performance à accomplir.

- **Mutation de la notion de folie**

«La folie ne fait pas le malheur de l'homme puisqu'elle est conforme à sa nature.» (Érasme, 1511, p. 58)

Ici, le terme « folie » n'est pas à entendre dans son acception psychopathologique, mais comme force de création aliénée, c'est-à-dire qui n'a pas pu se révéler et s'exprimer de façon constructive dans les forces vives du sujet. On retrouve, à travers cette définition, celle de Montaigne, qui acceptait la folie comme *« une potentialité de tout homme »*, alors que Descartes récusait cette forme de folie.

Cette définition véhicule également l'idée qu'il peut y avoir une réappropriation de la réalité à partir de l'imaginaire, du symbolique. Ainsi, comme le dit Boyer-Labrousse, *« dans une relation privilégiée avec le thérapeute, le patient va imaginer, inventer un monde qui lui sera propre, qu'il façonnera de façon à le maîtriser ; grâce à cette maîtrise, il pourra trouver une place plus confortable dans le monde réel »* (2000, p.39).

On peut même dire, avec R. Huyghe, que *« c'est dans ces intuitions que réside l'avenir ; en elle, s'ébauche la réaction salvatrice contre l'arrêt d'un présent qui s'immobilise dans ses fixations abstraites et bloque le futur »* (1980, p.245). Et, citant Freud lorsqu'il parle de l'art, *« les images de l'art, de même que les images du rêve, peuvent être déchiffrées comme une projection des pulsions intérieures, des hantises de l'âme secrète. »* (Huyghe, 1980, p.248).

Le monde imaginaire et symbolique apparaît donc comme un moyen de transcrire l'intériorité, qu'il s'agit d'extraire de l'anonymat du refoulement pour la manifester dans un sentiment intime, une expression qui transforme l'individu. En réalité, l'art-thérapeute accorde *a priori* à l'imaginaire de son patient une fonction libératrice et signifiante, qui semble faire écho à une force créatrice positive.

- **Une expression non-souffrante**

Contrairement à l'idée couramment répandue, que l'on retrouve d'ailleurs dans nombre de méthodes « new age », l'art-thérapeute ne pousse pas la personne au bout de l'expression langagière, émotive, corporelle, en vue d'un soulagement momentané perçu sur un mode exorciste comme expulsion définitive. Comme le dit J.-P. Klein,

« l'art-thérapie n'agit pas dans le forcing du symptôme, ni dans le confort des résistances déjà installées. [...] L'art-thérapie est un parcours à bonne distance, ni dans le ressassement des douleurs ni dans le loisir désimpliqué. » (2001, p.5-6)

En effet, la souffrance n'est pas seulement la souffrance ; c'est la faille, l'endroit où l'on bute, qui se manifeste par des hésitations, des retenues, peut-être même par une incapacité à aller plus loin. Mais en même temps, cet arrêt momentané du processus est peut-être le signe qu'il y a un enjeu important, que l'on est à la surface d'une création à venir. C'est peut-être justement le moment et l'endroit où le changement est possible. Parfois, ce blocage — « là, je m'arrête ; là, j'ai peur ; là, je confusonne » — est l'antichambre d'une solution à venir. Et il n'est simple de maintenir le patient-étudiant dans cet entre-deux, où il est présent à ce qui se passe, mais non trop impliqué. Trop souvent dans mon parcours artistique je ressentais un accompagnement de la part du formateur ou du chorégraphe qui prêtait à la confusion : ils semblaient être focalisés sur mes blocages expressifs voire psychiques visant à faire abandonner des préoccupations narcissiques pour accéder à des *états de grâce*, des états d'authenticité. Cette focalisation créait des nouvelles inerties expressives et entretenait mon manque de confiance à mes capacités. Mais, jusqu'à quel point et comment accompagne-t-on les besoins narcissiques de l'étudiant ? Il existe, pour réussir cet exploit, des stratégies de détour qui permettent de ne pas travailler dans le refoulé, de respecter les résistances, mais on verra ça dans le cadre pratique.

J.-P. Klein précise que « *l'art-thérapie ne se meut pas dans les facilités de la personne.* » (2001, p.5). La souffrance est le matériau de base sur lequel nous devons inmanquablement solliciter le patient-étudiant, mais il s'agit de ne pas l'aborder de front, car on risquerait alors de créer des résistances spécifiques. La souffrance est reconnue et les propositions faites au patient sont en conformité avec les capacités de la personne.

Ainsi, l'art-thérapie accorde à la souffrance un statut particulier. Elle peut traduire une phase ponctuelle de stagnation du processus qui mène à la création, ce qui signifie que l'on est en train de toucher à quelque chose de très impliquant. Mais elle peut aussi être un blocage permanent quand le sujet n'apprend plus rien de sa vie. En effet, il faut parvenir à relancer un désir, une envie, une motivation, qui permette de modifier un point de vue, une opinion arrêtée, un regard. Peut-être même de déporter la problématique pour ne plus s'adresser qu'à la potentialité qui ne demande qu'à jaillir. I. Darrault-Harris explicite également de manière pertinente la production de la souffrance et le rapport que le patient entretient avec elle :

« Le premier lieu est celui de la souffrance, le lieu vital où le sujet parle en direct de ce qui le transperce et qui serait, si je peux dire, le lieu de 'diction' de la souffrance, on pourrait même ajouter le lieu d' 'addiction' parce qu'il y a souvent un rapport addictif entre le sujet et sa souffrance, c'est ce qu'on appelle l'amour du symptôme ou l'investissement narcissique du symptôme. Le deuxième lieu se situe à bonne distance, à juste distance, c'est le lieu de 'fiction' de la souffrance et peut-être que l'art-thérapie, c'est justement cela : passer d'un lieu de diction et d'addiction à un lieu de fiction. » (p.37)

Ici, la souffrance parle, la personne s'est identifiée à elle parce qu'elle existe à travers elle, à travers les bénéfices secondaires qu'elle en retire. La diction ne se limite pas au langage verbal : la souffrance peut se dire dans le dévoilement d'un geste, d'une scène, où le sujet va pouvoir représenter son malheur de façon symbolique, accompagné par un thérapeute qui sait laisser libre cours à la reproduction.

- **Le dessein de l'art-thérapie n'est pas d'expliquer le passé mais de l'ouvrir à des anticipations imaginaires de soi-même avec des figurations énigmatiques**

Les configurations énigmatiques dont il s'agit ici peuvent être visuelles, auditives, kinesthésiques. Mais elles comprennent dans tous les cas quelque chose d'inconscient et qui pourtant se présente comme un modèle identificatoire. Nous sommes là dans le territoire du symbolique, émanation imprévisible que l'on va juste tenter de réactiver dans une option avantageuse. Le parcours symbolique offre des révélations, des indications, qui empruntent la voie de la transversalité et qu'il faudra recontextualiser dans des analogies formelles entre les productions et les figures de répétition aliénantes.

L'intérêt, semble-t-il, de cette œuvre inconsciente, est que le discours qu'elle offre ne s'offre pas de manière trop « brute » ; il s'agirait d'une « authenticité travestie » ne mettant pas le patient face à la chose telle qu'elle est.

Certains courants soutiennent que l'art-thérapie ne comprend pas de démarche cognitive, pas plus qu'il n'a la volonté à rechercher la signification des productions, l'important n'étant pas

l'analyse sémantique des symptômes ou des productions mais leur **accompagnement à travers des supports symboliques**.

2.2.4. Musique-thérapie, Dramathérapie et Expressive arts therapy

Comme leur nom l'indique, ces thérapies se situent également dans un rapprochement entre pratiques psychothérapeutiques et pratiques artistiques. En dramathérapie³⁴ et sa cousine le psychodrame³⁵ on retrouve, outre leur spécificité liée au théâtre comme les jeux de rôles, et la représentation, un point commun avec d'autres arts du soin : **l'improvisation** (souvent sans texte écrit et sans séparation entre acteurs et spectateurs).

L'expressive arts therapy se différencie légèrement des autres par le fait qu'elle jongle avec toute discipline artistique, plutôt que d'en choisir une. C'est la forme d'art thérapie développée et promue par la danseuse-chorégraphe Anna Halprin.

2.3. Réflexion théorique autour du concept danse et soin

La danse dans le monde des soins est considérée dès fois comme activité ludique et/ou culturelle, d'autres fois comme acte thérapeutique et d'autre fois comme outil d'intégration social :

« Les articulations et les liens qui existent entre danses, maladies et soins se sont formalisés au fil des siècles selon divers besoins, allant de la réponse à des préoccupations religieuses et/ou sociales débordant le cadre de la santé, à l'introduction officielle de la danse dans le champ thérapeutique » (Vaysse, 2009, p.72).

Comme démontré dans ma problématique générale, j'ai été souvent confronté à la difficulté de définir clairement les frontières entre thérapie, pédagogie et art de la danse. Dans ce chapitre, je vais tenter de développer une réflexion, qui tantôt définit des frontières, tantôt permet de les transcender.

³⁴ Dramathérapie : « une approche qui souligne l'appréciation du théâtre de créativité en tant que moyen d'expression de soi et l'interaction ludique de groupe et qui fondent leurs techniques sur l'improvisation et des exercices de théâtre » (Johnson 1984, p. 105).

³⁵ Psychodrame : « Représentation théâtrale, sous la direction d'un thérapeute, d'une scène vécue ou imaginaire, destinée à extérioriser les ressorts d'un conflit que le sujet réactualise dans sa relation avec les autres acteurs de la scène. Cette méthode psychothérapeutique, créée par le psychologue américain Jakob Lévy-Moreno (1892-1979), permet l'analyse du comportement par la pratique collective du jeu théâtral. Elle est surtout indiquée en cas de problèmes professionnels ou familiaux, mais aussi dans le traitement de l'anorexie mentale, de certaines toxicomanies, voire de troubles schizophréniques. Il existe des psychodrames analytiques (inspirés des théories psychanalytiques) et d'autres utilisant des techniques en rapport avec le comportement ou la communication. » (Repéré à : <http://www.larousse.fr>)

2.3.1. Définition sommaire de la danse-thérapie

Cette section comprend une définition sommaire de la danse-thérapie et ses différents courants, puis ses différents invariants conceptuels. J'appliquerai ici le terme au pluriel, *danse-thérapies* parce qu'il y a des multiples approches dans ce domaine. Comme souligne Lesage :

« Si c'est la danse moderne qui a historiquement le plus influencé les danse-thérapeutes, certains se réclament de la danse classique et d'autres font référence au courant primitiviste qui se rattache historiquement à la mouvance jazz » (Lesage, 2005, p. 335).

Vaysse la considère principalement attaché à la danse contemporaine :

« La danse-thérapie actuelle adhère aux accents de la danse contemporaine : être le porte-parole « muet » des idéaux spirituels, des contestations politiques, des soubresauts socio-économiques ou sanitaires... » (2009, p.75).

D'ailleurs, je rappelle que cette recherche se limite aux principaux courants de danse-thérapie occidentaux et n'intègre pas des approches d'autres paradigmes socioculturels. Une telle tentative d'intégration ne serait pas pertinente pour l'étendu et la spécificité socioculturelle de cette étude.

Quand est-ce que la danse devient thérapie ? Une définition laconique des conditions qui transforme la danse en danse-thérapie est celle de Patrick Paul et Rémi Gagnayre :

« La danse devient une thérapie dès que des objectifs de traitement sont posés et qu'ils sont adaptés à la pathologie, aux besoins et la réalité du patient. Ils s'inscrivent au niveau du développement moteur, psychique, cognitif et social du sujet » (2008, p.70).

Dans cette conception de la danse thérapie on cerne sa raison d'être et notamment son **intention thérapeutique**.

Même si je ne suis pas formé en danse-thérapie et je ne pourrais pas proposer une séance de cette pratique, j'ai appliqué des exercices qui me semblent être pratiqués communément par des danse-thérapeutes et d'autres praticiens expérimentaux. J'ai notamment eu la chance d'avoir participé à un stage de formation pour danse-thérapeutes, dirigé par France Schott-Billmann³⁶ et j'ai redécouvert avec étonnement le potentiel expressif et thérapeutique des actes dansés simples et universelles. Ils semblaient tellement simples qu'ils mettaient à l'épreuve mes a priori sur des gestuels que je considérais comme *enfantins*. En faisant un effort de transcender mes jugements, je réalisais avec étonnement la puissance émotive de *l'expression primitive* (Voir sous-chapitre suivant : 2.3.4.). Il s'agissait des gestes et des rituels qu'on retrouve dans des danses traditionnelles et même dans les fondamentaux de la danse contemporaine.

³⁶ France Schott-Billmann : psychanalyste, danse-thérapeute et professeure de la danse-thérapie aux universités Paris Sorbonne et Paris IV, en France.

Qu'est-ce qui est thérapeutique dans la danse ? Vaysse parle d'une *mouvance intérieure* qui apporte de la cohérence :

« Il s'agit donc d'induire, à partir d'une mobilité expressive (extérieure), des mouvements (intérieurs) constructifs et réflexifs ; de stimuler les processus d'énonciation, de changement et de créativité ; de capter les troubles de l'image du corps, de l'estime de soi et de l'identité. [...] A terme c'est engendrer le fonctionnement intégratif et ré-organisateur du corps, y compris au niveau de la pensée qui n'a de réelle existence qu'incarnée » (Vaysse, 2009, p.80).

Cette mouvance intérieure s'exprime dans un cadre que les danse-thérapeutes définissent souvent comme le « *contenant de l'expérience émotionnelle* » (Allison, 1999, p. 334). On voit ici un point commun de la posture du danse-thérapeute et celle du pédagogue en danse contemporaine : l'atelier de la danse contemporaine devient un contenant où tout élan expressif – émotionnel ou sensoriel – peut se réaliser sous le regard plus ou moins empathique du pédagogue-danseur.

Danser en danse thérapie serait alors un acte instaurateur qui fabrique du sens, non pas de la narration, mais de la relation ; relier par la poétique des gestes :

« ce qui relie et raconte, une geste qui est aussi gestation. Il s'agit alors de se tenir en deçà de l'instrumentalisation des gestes, là où ils n'ont pas encore décelé totalement leurs potentialités, et là donc d'où peut se produire ce petit miracle poïétique où, créant une forme gestuelle le danseur se met au jour et s'éprouve autrement » (Lesage, 2010, p.2).

2.3.2. Les différents courants de la danse-thérapie

Les différents préoccupations artistiques, thérapeutiques ou philosophiques des pionniers de la danse-thérapie ont donné naissance à des courants et des approches très diverses. Tout de même, sur le site officiel de la Société Française de Danse-Thérapie on retrouve leurs points communs :

« Tout style de danse peut être utilisé en danse-thérapie (citons aussi la danse indienne, les danses folkloriques, la danse-contact-improvisation) quand il permet d'axer le travail sur la production-expression de mouvements dansés libres, improvisés et/ou sur leur mise en forme. Le but thérapeutique commun aux danse-thérapeutes est de déclencher, par le processus de changement et de créativité, des remaniements intérieurs (connexions entre sensations, affects et représentations, accès à la symbolisation, travail sur une Image de Corps fragile ou fragmentée, revalorisation narcissique, restructuration psycho-motrice), et l'émergence de sens à relier à l'histoire personnelle de chacun.³⁷ »

- **L'expression primitive**

³⁷ Repéré à : http://sfdt.free.fr/crbst_7.html

L'expression primitive est basée sur la théorie psychanalytique et sur la transe comme état essentiel pour le développement de l'être humain. Une de ses représentants le plus connus est la Docteur en psychanalyse et danse-thérapeute France Schott-Billmann. Elle promeut une transcendance des dualismes par le rythme des percussions et la voix :

« [...] Ces rythmes premiers qui "miment" les processus vitaux du cœur, du souffle et de la répétition, amènent le danseur-chanteur à participer tout naturellement et avec tout son corps (geste et voix) à la musique. Uni au battement vital, [...] le sujet renouvelle l'expérience enthousiasmante du fort-da et la jouissance de la non-contradiction des "opposés" corps/esprit, individu/groupe, dedans/dehors, nature/culture, réel/symbolique, masculin/féminin, humain/divin. » (Billmann, 2005, p.144)

On aperçoit ici, une conception de rythme qui questionne notre rapport au chaos et propose à renouveler nos homéostasies psychocorporelles à travers les états extatiques. On verra plus tard (2.4.4) une alternative à des états extatiques pulsionnels : des états extatiques déclenchés par un paroxysme perceptif comme en psychopédagogie perceptive.

Il semble y avoir aussi des approches d'expression primitive qui intègrent la danse jazz, reconnus et accueillies au sein d'hôpitaux universitaires. On en témoigne des effets positifs sur des états dépressifs : « *Les sentiments dépressifs diminuent clairement après la leçon de danse jazz - et notamment chez tous les participants, indépendamment de l'âge et du sexe* »³⁸. Enfin, un représentant reconnu de l'expression primitive ne se considère pas danse-thérapeute : « [...] un danseur Haïtien de la compagnie Dunham, Hérn Duplan pratique l'« expression primitive » à caractère soignant dans les milieux des français de la santé, sans se vouloir danse-thérapeute. » (Vaysse, 2009, p.62)

• La Dance Movement Therapy

Il faut aussi noter que les principaux courants en danse-thérapie sont basés sur la théorie psychanalytique et en occurrence il y a une grande recherche autour de la symbolique gestuelle. Entre autre, dans le courant de la *Dance Movement Therapy*, « *Marian Chace cherche [...] à provoquer une évolution psychique par un travail sur le geste ou la posture, qui correspond à une sorte de "reformulation non-verbale" qui ouvre à la symbolisation.* » (Lesage 2006, p. 335). Ce courant se définit comme « *une utilisation psychothérapeutique du mouvement comme processus pour promouvoir l'intégration physique et psychique d'un individu.* » (Cité par Lesage, 2006, p. 335).

³⁸ Séance de Jazz danse-thérapie rapporté par une journaliste du journal DIE ZEIT, à la clinique universitaire de Bonn en Allemagne. (Article en ligne : <http://pdfarchiv.zeit.de/1981/18/bewegende-gefuehle.pdf>)

De même pour les approches jungiennes de Trudi Schoop et de Mary Whitehouse où l'émotion et l'image sont au centre de leur pratique.

- **Le mouvement authentique**

La pratique du **mouvement authentique** est une forme d'improvisation ritualisée qui intègre deux postures concernant le « soigné » : alterner entre une posture de danseur face à l'autre ou au groupe et une posture de témoin devant l'expression de l'autre. On la pratique généralement avec des yeux fermés pour permettre surgir des images de l'inconscient. Les mouvements : *« surgissent dans un «laisser-faire» [...] dans un «laisser-aller» déroulant des mouvements d'allure informelle mais révélateurs inespérés de contenus latents; »* (Vaysse, 2009, p.77). Le thérapeute-pédagogue accompagne verbalement ou silencieusement les improvisations et préside aux échanges autour des vécus que les participants souhaitent partager. Le mouvement authentique promu en Europe par Janet Adler, était élaborée par Mary Whitehouse, adepte de la psychanalyse jungienne et le travail de Laban. Toutefois, cette approche est centrée sur le développement personnel et ne vise pas à s'intégrer dans les réseaux psychiatriques.

- **Laban et Bartenieff**

Laban même s'est intéressé plus à l'analyse du mouvement pendant que ses élèves comme I. Bartenieff ont expérimenté plus la dimension thérapeutique du mouvement. C'est pour cette raison qu'on associe son nom à cette approche qui est un croisement entre analyse du mouvement et analyse psychanalytique jungienne. Leurs outils de lecture du mouvement sont très répandus parmi les danse-thérapeutes et certaines écoles de danse contemporaine. Cette approche peut se catégoriser aussi dans le contexte des pratiques dites somato-sensorielles. Comme pionniers de la recherche somatique leur œuvre a été très étudiée par des multiples disciplines, et a inspiré beaucoup d'artistes.

On verra plus loin (sous-chapitre 2.4.1), la place de Laban dans la généalogie des pratiques somatiques.

- **Autres courants**

Je nommerai ici d'autres courants de la danse-thérapie mais qui ne sont pas en lien avec cette recherche comme celles de Trudi Shoop ou Laura Sheen (approches jungiennes), Elaine Siegel ou Rose Gaetner (approches freudiennes centrées sur la danse classique), etc. Pour une étude

plus approfondie des divers courants, le chercheur pourrait se diriger aux travaux de Benoit Lesage (2006) ou de Jocelyn Vaysse (2009).

2.3.3. La danse comme thérapie sociale

Un exemple de la danse comme thérapie sociale³⁹, bien avant que le terme soit inventé, est celui de l'américaine Katherine Dunham :

« danseuse et diplômée en anthropologie, crée la "modern primitiv dance" et le premier "Ballet Negre". Sans prétendre à une dimension thérapeutique, elle va imposer l'art dans les ghettos pour combattre la violence et la ségrégation raciale et elle offre aux enfants noirs déshérités les fonctions éducative, revalorisante et resocialisante de la danse. Elle arrive à la conclusion que "la danse n'est pas une technique mais un acte social et qu'elle doit se ressourcer là d'où elle vient, c'est-à-dire au cœur de l'homme et dans sa conception de la société" [...] » (Vaysse, 2009, p. 75)

Dans cette perspective, la danse devient alors un acte social et éducatif, pour « soigner » l'homme de sa violence.

Du côté des spectateurs, on pourrait aussi appliquer cette dimension didactique et resocialisante. En Grèce antique, même si souvent la danse était considérée comme un entraînement martial, il semble avoir fait partie de l'éducation générale du citoyen :

« [...] m'entendre te dire quelques mots sur la danse, en quoi elle est honnête, comment elle n'est pas seulement agréable, mais utile au spectateur, quelles leçons elle nous donne, ce qu'elle nous enseigne, à quel rythme elle assouplit l'âme de ceux qui la voient comment elle nous exerce par un beau spectacle, nous occupe par de suaves harmonies et nous initie aux rapports qui unissent la beauté physique à la beauté morale ? Loin de lui faire un crime d'employer à cet effet la musique et le rythme, on doit plutôt lui en savoir gré. » (Lucien de Samosate, 0125?-0192, p.6)

En mettant l'expressivité corporelle au centre, comme moyen de développement personnel et de cohésion sociale, cette conception de la pédagogie me semble résonner avec mes pertinences personnelles et sociales. On pourrait aussi citer un phénomène qui se répand depuis les années 80 et agit sur la cohésion sociale et le bien-être :

« La danse intégrée (integrated dance) vise à ouvrir au plus grand nombre la pratique de la danse. Elle apparaît dès les années 1980 en Angleterre et aux États-Unis. Depuis quelques années, en France, certaines compagnies ont ouvert leurs ateliers aux personnes en situation de handicap et produisent des spectacles. » (Guigou, 2010, p. 4 / couverture).

³⁹ Thérapie Sociale : « ...une tentative de relier développement de l'individu et développement social. Certes, elle est une forme de psychothérapie mais aussi une éducation à la vie démocratique et en ce sens un moyen de prévenir la violence ; elle constitue une réponse à un défi très actuel, la nécessité de vivre et de travailler ensemble » (Rojzman, 2009, resRepéré à : <http://www.institut-charlesrozman.com>)

Dans le croisement entre danse thérapie et thérapie sociale, on trouve des laboratoires comme celle de *Dance To Empower (Texas, USA)*, compagnie de danse composée par des artistes et une psychothérapeute. Elles - ils interrogent des phénomènes psychologiques à travers la recherche chorégraphique et partagent leurs expériences dans leur région, dans le réseau professionnel et amateur, sous forme de performances et de stages d'expressivité chorégraphique et de sensibilisation. Les thématiques sont aussi variées que: intimidation et suicide, image du corps négative, dépression, désordre obsessionnel compulsif, abus sexuel, viol, violence domestique etc.

2.3.4. La spécificité de la danse contemporaine dans le monde des soins

J'ai hésité longtemps à placer la pédagogie de danse contemporaine dans le « bon endroit » concernant le chapitrage de cette recherche. D'un part c'est une pédagogie artistique, d'autre part elle a des effets thérapeutiques et fait partie des outils de l'équipe soignante dans le processus thérapeutique. Ce n'est pas une thérapie mais elle pourrait participer à la « *Réflexion théorique autour du concept danse et soin* ». Comme c'est un projet de danse en milieu psychiatrique, je la place provisoirement dans ce chapitre qui interroge les liens entre danse et thérapie. Commençons alors par ses fondements artistiques.

- Universalité de la danse

Pendant toute ma carrière professionnelle, j'ai considéré la danse comme une constante dans l'histoire de l'humanité, voire la matrice de toute art, étant donné que sans mouvement, sans mobilisation entière ou partielle de ce qui nous constitue comme être vivants, il n'y pas d'expression. L'imaginaire du peintre ou sculpteur se formalise à travers le geste de sa main, son pied, sa bouche ou son corps entier sur une surface bi- ou tridimensionnelle. Le musicien est traversé par un mouvement organique et rythmé, qu'il canalise dans son instrument. Pour certains, danse et musique sont indissociables : sans mouvement pas de son et puis tout son est mouvement même s'il n'est pas audible. C'est peut-être plus facile à cerner ce caractère musical du geste, pour ceux qui ont eu l'opportunité de voir des danseurs s'exprimer sans musique. Les élans, les pas, les souffles, les lenteurs, créent une partition semi-audible, riche en rythmicités qui stimule nos sensibilités temporelles et notre ressenti :

« *Et le rythme est la vérité de cette communication première avec le monde, en quoi consiste essentiellement l'aesthesis d'où l'esthétique tire son nom, la sensation dans laquelle le sentir s'articule au mouvoir.* » (Maldiney, 1983, cité par Guisgand, 2004, p. 4).

Pour Paul Valéry, la danse c'est l'abstraction de tout acte créateur de l'humain :

« J'ai voulu vous montrer comment cet art, loin d'être un futile divertissement, [...], est tout simplement une poésie générale de l'action des êtres vivants : elle isole et développe les caractères essentiels de cette action, la détache, la déploie et fait du corps qu'elle possède un objet dont les transformations, la succession des aspects, la recherche des limites des puissances instantanées de l'être, font nécessairement songer à la fonction que le poète donne à son esprit, aux difficultés qu'il lui propose, aux métamorphoses qu'il en obtient, aux écarts qu'il en sollicite et qui l'éloignent, parfois excessivement, du sol, de la raison, de la notion moyenne et de la logique du sens commun » (Valéry, 1936).

En conséquence, on pourrait confirmer que la danse et la musique ce sont les seuls arts, où l'artiste et l'œuvre s'identifient : mon corps c'est moi ; cette danse qui jaillisse de mon corps c'est moi en action poétique (du grec ancien *poiésis* : création). **Je mets en scène mon éprouvé intime en temps réel**, dans une symphonie actée par mes multiples intelligences : kinesthésique, intellectuelle, musicale, émotionnelle, spatiale etc.

Ainsi, je fais référence à une **dimension universelle de la danse**, pour démontrer que par sa nature globalisante de nos diverses dimensions (*corps, esprit, âme, ego, mental etc.*), son champ d'action est très étendu : Je peux apprendre à bouger avec une richesse gestuelle et du ressenti, je peux entraîner mon attention à des nuances perceptives, je peux danser ma croyance, comme mon doute ; ma connaissance du corps, comme mon handicap moteur ; mon expression sensible et structurante, comme ma transe dionysiaque. A travers la liberté d'interpréter physiquement ma musicalité ou celle de l'autre, je réorganise mon rapport au temps ; je soigne les effets d'un temps trop imposé par l'extérieur, par la société. Le rapport au temps fait partie des fondamentaux de la danse contemporaine. Je peux également créer mon espace, le confronter avec l'espace des autres d'une façon poétique, et le restructurer dans un dialogue des formes et d'états de corps.

- Dimension thérapeutique intrinsèque de la danse

Ce rapport riche et avec soi et le monde promu par la danse nous dévoile sa dimension thérapeutique : tout en étant dans un processus d'éducation artistique structurant, je profite des effets bénéfiques au niveau de ma santé psychocorporelle. A travers la liberté de créer des nouvelles formes, je me libère, momentanément ou à long terme, du poids des con-formismes sociaux. En faisant référence et opposition à cet utilitarisme conformiste, Lesage parle d'*instauration de sens* et nous introduit à cette dimension soignante de la danse :

« Danser serait alors un acte instaurateur, qui fabrique du sens, non pas de la narration, mais une relation : ce qui relie et raconte, une geste qui est aussi gestation. Il s'agit alors de se tenir en deçà de l'instrumentalisation des gestes, là où ils n'ont pas encore décelé totalement leurs potentialités et là donc d'où peut se produire ce petit miracle

poiétique où, créant une forme gestuelle le danseur se met au jour et s'éprouve autrement. » (Lesage, 2010, p. 2).

L'éprouvé d'un imaginaire et/ou d'un état de corps dynamique, qui se déploie physiquement et sans contraintes (ou avec des contraintes inventés par l'auteur-chorégraphe et/ou le danseur-étudiant lui-même), semble alors pouvoir **redonner des nouveaux sens et des nouveaux élans d'agir**, étant acteur-protagoniste de sa propre vie.

S'ancrerait là-dedans la **dimension thérapeutique intrinsèque de la danse** ? Pourrait-elle réarranger nos rythmicités décalées avec la réalité gravitationnelle, personnelle et contextuelle ? Pourrait-elle « soigner » notre posture au monde ? Pourrait-elle nous soigner aussi d'une inertie introvertie ou une agitation extrovertie ? Pourrait-elle redéfinir le *bon milieu* personnel, réactualiser nos rapports aux polarités physiologiques, expressives, communicatives, existentielles ? Pour la psychomotricienne Vennat, qui reconnaît la danse comme forme de thérapie valide, ces nouveaux sens sont très spécifiques :

« Par la danse, mobilisant chaque fonction psychomotrice, nous pouvons donner naissance à des situations psychocorporelles venant mettre en jeu le tonus, le dialogue tonico-émotionnel, les coordinations dynamiques générales, le schéma corporel, l'image du corps, l'espace-temps et la relation » (Vennat, 2009, p.202).

Même dans les paradigmes sociétales où des éléments mythologiques sont encore présentes, comme chez les Gnawa au Maghreb, la personne n'a quasiment pas besoin de connaître le contexte chamanique pour tomber dans une transe qui la soulage de ses souffrances. Le contraste du son basse du gembri avec le son aigu des crotales, intrigue le public et l'invite à des danses qui peuvent durer toute la nuit. J'en ai fait personnellement l'expérience et j'ai pu témoigner des effets intéressants sur des non-pratiquants. Toutefois, leur description et analyse ne serait pas pertinente ici. Midol & Praud évoquent le potentiel de la danse d'actualiser le rapport entre individu et société qui semble traverser les civilisations et les âges :

« Dans toute civilisation, la danse est partie prenante dans la construction d'un imaginaire, qu'il soit singulier ou collectif. [...] Elle est un extraordinaire miroir des civilisations, qu'elle se déploie dans l'espace spirituel pour certaines communautés ou bien dans l'espace artistique et social pour d'autres, elle participe toujours à des régulations sociales comme à des enjeux politiques. Le recul anthropologique permet de penser que toutes les danses, quelles qu'elles soient, partagent le même statut ontologique, celui d'exprimer sa propre manière d'être au monde et d'inscrire les mythes fondateurs au plus profond des corps dansants. [...] En Occident, notre héritage grec et romain oriente le grand partage esthétique sur deux versants très distincts : soit les forces du chaos appellent le déchaînement dionysiaque, soit celles de l'organisation et de la mesure structurent la composition apollinienne » (Midol et Praud, 2009, p.11-12)

La danse, comme on voit ici, est un terrain d'expérimentation inédit avec des potentialités transformatives dans la vie intime, sociale et politique ; se *libérer* à travers le geste extatique du

contenu pesant d'un inconscient encore difficile à définir et/ou re-structurer l'*image du corps*, à travers une exploration poétique du déplacement corporel. Un exemple très connu dans le monde de la danse est celui de la danseuse-chorégraphe Anna Halprin qui a utilisé la danse contre son cancer :

« [...] leader dans la post-modern dance américaine du mouvement de la Judson Church à New York, lit le corps dansant selon une approche psychosomatique : elle considère (à juste titre) les liens intra-corporels psyché-soma et les phénomènes de balancements intérieurs comme des facteurs participant à la régulation des impacts traumatiques encaissés par le sujet (Vaysse 1996). En 1972, elle subit une intervention mutilante due à un cancer colorectal et elle invente une technique de "visualisation psychokinétique" (psychokinetic visualization) qui consiste à dessiner sa perception subjective de son état physique puis à le danser, faisant de la vie "un processus créatif constant". Trois ans après, elle surmonte une rechute et installe un état durable de rémission impliquant le rôle de la danse au-delà de la dimension esthétique du "corps glorieux". » (Vaysse, 2009, p. 83)

Il y a de plus en plus d'études qui démontrent les impacts de la danse contemporaine à la santé de l'individu comme la **flexibilité cognitive** :

« Nos résultats suggèrent que l'improvisation de danse avec un niveau d'attention élevé améliore la commutation de l'attention chez les personnes âgées, [...] l'improvisation en danse contemporaine peut être un moyen utile pour stimuler la flexibilité cognitive qui est connue de diminuer même chez les personnes âgées en bonne condition (Coubard et al., 2011) avec un impact utile dans la vie quotidienne (Vaughan et Giovanello, 2010). » (Coubard, Duretz, Lefebvre, Lapalus, Ferrufino, 2011, p.10).

Il a une autre étude sur le contrôle posturale (Coubard, Ferrufino, Tetsushi Nonaka, Zelada, Bril, Dietrich, 2014) et dans celle-ci, on trouve des preuves sur une multitude d'effets bénéfiques :

« Par rapport à des activités telles que l'exercice, la marche ou la lecture un instrument, la danse a l'avantage de combiner beaucoup de fonctions diversifiées, y compris l'activité physique, l'interaction sociale et émotionnelle, chacun d'entre elles bien documentée pour avoir des effets bénéfiques. Cette propriété unique pourrait être une des raisons de son acceptation générale et sa grande conformité. Notre étude fournit des preuves que la danse promeut un large éventail d'effets bénéfiques qui ne sont pas limités au comportement moteur, à la posture et l'équilibre, mais couvre également la perception et les capacités cognitives. » (Kattenstroth, Kolankowska, Kalisch, Dinse, 2010, p.8)

- La danse contemporaine en psychiatrie

Les données ci-dessus démontrent le potentiel éducatif et thérapeutique de cet art et expliquent les tentatives qui s'observent depuis quelques décennies dans le monde des soins. Les premiers essais de danse moderne / contemporaine en milieu psychiatrique se situent dans les années 40-50 aux USA. Ces expériences deviennent les précurseurs de la danse- thérapie : *« [...] il s'agit de danseuses qui s'adressent à des populations handicapées ou malades, en intervenant en milieu hospitalier. » (Lesage 2002, p. 335).* Le fait de focaliser sur le potentiel thérapeutique de

la danse, a donné forme aux divers courants de la danse thérapie et à certaines pratiques somatiques qu'on a examinées plus haut.

La danse contemporaine affirme la singularité de l'individu promu par l'existentialisme, mais hélas principalement à certaines classes sociales. Le *corps sujet* commençait doucement à se démocratiser⁴⁰. On se libère progressivement du dressage des corps vers ce que revendiquait Isadora Duncan au début du 20^{ème} siècle : « *danser c'est exprimer sa vie intérieure* » (Citée par Izrine, 2002, p. 39). Je ne nie absolument pas le potentiel d'autres danses pour l'authenticité expressive, mais j'insiste sur le potentiel étendu de la danse contemporaine grâce à la multiréférentialité, qui multiplie les perspectives, les méthodes et les choix esthétiques : ce ne n'est pas le style de danse qui va me porter ; c'est moi qui choisit le style, le courant, l'esthétique dans **un processus de renouvellement constant**. Si j'ai envie, je peux intégrer le jazz, le classique, le hip hop, le traditionnel, etc. Ce qui prévaut c'est la dialectique entre soi et soi, soi et l'autre et soi et le monde. Abassade justifie ici, la pertinence d'un atelier de danse contemporaine à l'Institut Marcel Rivière :

« parce que par de-là des codes classiques, elle [la danse contemporaine] s'intéresse et intègre des corporéités diverses, elle invente de nouvelles images, elle renvoie des émotions, elle questionne l'humanité sur ses représentations, elle introduit d'autres représentations du corps, d'autres gestes, d'autres regards, d'autres façons d'appréhender l'espace et le temps. Dans l'espace et le temps de la maladie, elle réintroduit du jeu, de la sensualité, du plaisir à vivre, à ressentir, à travailler, à découvrir, de façon individuelle et collective. » (2000, p.5)

Ainsi, on se renouvelle avec *d'autres façons d'être au monde*, d'autres façons d'être et de prendre corps. La nature intégrative de la danse englobe et même génère des approches psychocorporelles, voire spirituelles, avec ou sans objectifs prédéfinis qui donnent naissance à des pratiques de soin hybrides entre danses et thérapies. Sa perméabilité a contribué entre autre à l'évolution et à la promotion des techniques somatiques qu'on discutera au sous-chapitre 2.4.3. Tout de même, il ne s'agit pas pour l'artiste de prendre la place du soignant. L'artiste demeure un expert pédagogue de l'expressivité-créativité qui enrichit avec ces propositions les processus thérapeutiques dirigés par des professionnels de la santé. Abassade nous transmet l'avis d'un psychiatre sur la dimension thérapeutique de la danse contemporaine :

« [...] est-ce que la pratique de la danse contemporaine dans l'enceinte de l'institution soignant est thérapeutique ? Nous reprenons la réponse de Jean Garrabé, ancien médecin directeur de l'Institut Marcel Rivière "elle est thérapeutique parce qu'elle ne l'est pas". Pour ce psychiatrique est thérapeutique tout ce qui intervient pour le mieux être du patient. » (Abassade, 2000, p. 15)

⁴⁰ Surtout aux classes moyennes occidentales.

Comme dans ce dernier exemple c'est aussi le cas, rappelle que mon projet est d'intention artistique-pédagogique et *non thérapeutique* et c'est pour cette raison qu'il y résident des potentialités inédites, qui peuvent procurer des sentiments de bien-être : « *Je suis danseuse et chorégraphe et non porteuse de thérapie, cependant, je sais que mener à bien un travail de danse, être à l'écoute de soi et des autres à travers la danse, aide à aller mieux.* » (Béatrice Mazalto. Repéré à : <http://www.beatricemazalto.fr>). Nos outils d'artiste font appel à d'autres compétences qui ne sont pas soumis à des impératifs protocolaires. On voit cette liberté d'agir dans l'exemple de Vaysse :

« Parfois on se dit qu'elle (Mathilde Monnier) va trop loin, qu'on n'aborde pas un autiste par le dos (espace arrière), qu'il va avoir peur, devenir violent. On réagit en psy...Mathilde avance sans aucun a priori, mai avec un travail précis, très rigoureux. C'est un oxygène extraordinaire... ». (2009, p. 82)

D'ailleurs, dans les résultats de la présente recherche on trouvera des récits similaires qui expriment l'appréciation de de l'équipe soignante de cette absence d'a priori qui stimule les patients.

Enfin, à travers mes recherches bibliographiques, j'ai réalisé, qu'il y très peu de documents accessibles qui témoignent de projets de danse contemporaine *non-thérapeutiques*, au sein des hôpitaux psychiatriques. J'en n'ai pu trouver que deux projets de recherche universitaires en France. Dans l'un de ces projets, les Jose Montalvo et Mathilde Monnier semblent être dans cette voie de transmission. Abassade souligne le caractère non-thérapeutique de l'approche de ces deux chorégraphes Français :

« Distinctes des approches thérapeutiques et en particulier de celles de l'art-thérapie, les pratiques de Mathilde Monnier et Jose Montalvo tracent la voie à la présence de la danse contemporaine auprès des malades mentaux. A l'hôpital, ils introduisent d'autres façons de se mouvoir, dans le temps et dans l'espace, ils ouvrent l'accès à la diversité du ressenti des émotions. » (Abassade, 2000, p. 5)

Si l'on considère la particularité de la danse contemporaine, on ne peut généraliser les préoccupations artistiques des chorégraphes cités ci-dessus. Les questionnements philosophiques et esthétiques sont très variables d'un chorégraphe à un autre. Qu'est-ce qu'on transmet dans un atelier de danse contemporaine ? Transmet-on que les fondamentaux communiqués par l'état ? Vaysse énonce une des difficultés de telles entreprises dans un autre exemple :

« La danseuse Julie Nioche (2006), quant à elle, relate des expériences très riches lors de diverses confrontations au handicap et à la maladie mentale, l'obligeant à contourner l'aspect "improductif" des corps et à s'adapter de manière positive aux réalités de la souffrance. » (2009, p. 82).

L'extrait de presse suivant nous transmet des informations sur un projet de danse en psychiatrie (Le Mans, Pôle santé sud) qui semble être en résonance avec mon approche :

« Agathe Pfauwadel entame son atelier danse avec une dizaine de patients hospitalisés en psychiatrie. Régulièrement, cette danseuse professionnelle intervient auprès de personnes dépressives, schizophrènes ou souffrant de troubles bipolaires. [...] "L'atelier n'est pas un cours où chacun tente de copier la prof pour apprendre un pas de valse ou de rock. Le but est d'éveiller la perception du corps, de créer un dialogue avec l'autre, un jeu d'écoute, en sollicitant chacun dans son vécu, son imaginaire", résume Agathe Pfauwadel - qui, tout en instaurant "une relation de confiance" - invite au contact, pour provoquer des réactions, des émotions. » (Article par Jérôme Lourdaïs ; Ouest-France, Repéré à : http://www.lemans.maville.com/actu/actudet_-La-danse-donne-du-rythme-aux-soins-psychiatriques_52734-2140542_actu.Htm)

- Danse et autonomie

Toutefois, cette forme d'art - malgré elle « thérapeutique » et « libératrice » - risque de devenir aussi instrumentalisée par des intentionnalités politiques :

« Du fait même de son institutionnalisation, la danse des années 90 aboutit à une sorte de symbiose entre l'idéologie du corps développée tout au long des vingt années qui précèdent et le corps qu'elle déploie prêt à toutes les virtuosités. Elle est soumise à des contraintes de production et de diffusion qui ont tendance à unifier les propositions. Elle doit se plier à des règles qui entraînent la standardisation d'un style qui se voulait hors norme. Cette normalisation porte autant sur le corps et le niveau technique des danseurs que sur la durée des spectacles ou l'organisation des compagnies. » (Izrine, 2011, p.4).

On a bien vu le danger du formatage des corps, même avec des bonnes attentions de relier corps et esprit de Laban qui a fortement intéressé la partie Nazi en Allemagne avant la guerre. Finalement la partie Nazi a censuré Laban pour des incompatibilités avec ses dogmes. Toutefois, ça démontre encore une fois la tendance de tout régime autoritaire à chercher de dresser les corps pour mieux contrôler les populations. Cette volonté de modélisation de l'image du corps, trouve des racines, entre autres, dans les sociétés de l'antiquité grecque qui intégraient la danse dans l'intentionnalité militaire :

« Les Lacédémoniens, qui passent pour les plus vaillants des Grecs, ayant appris de Castor et de Pollux la caryatique, espèce de danse que l'on enseigne à Carye, ville de la Laconie, ne font rien sans l'assistance des muses, à ce point qu'ils vont à la guerre au son de la flûte, et qu'ils marchent d'un pas réglé. Chez eux, c'est la flûte qui donne le premier signal du combat, et voilà pourquoi ils ont toujours été vainqueurs, conduits par la musique et par le rythme. Tu peux voir encore, de nos jours, que leurs jeunes gens n'apprennent pas moins à danser qu'à faire des armes » (Lucien de Samosate, 0125?-0192?, p.10).

Même dans l'histoire récente en France, Izrine observe des actes d'instrumentalisation qui se manifestent pendant la montée de la gauche les années 70 :

« La danse contemporaine, comme émanation des idéaux de 68, tant sur le plan de la libération des mœurs que comme apparente puissance contestataire, était un reflet parfait. Le libéralisme moral affiché alors par l'institution correspondait très bien à ce que la danse affirmait. Elle devenait donc un vecteur de choix pour exprimer le nouveau visage de l'institution et la représenter, y compris à l'extérieur de nos frontières. En réalité, le rapport entre la danse et l'institution ne s'était pas modifié, il était resté ce qu'il avait toujours été : l'artifice privilégié de l'expression du pouvoir. » (Izrine, 2002, p. 117)

D'où la nécessité pour les artistes chorégraphiques d'entretenir une posture de chercheur réflexif et s'ouvrir aux pratiques somato-sensorielles, aux interrogations philosophiques contemporaines, mais aussi aux sciences et aux autres arts : passer de la formation semi-passive à l'autoformation active continue. Le sujet et l'objet de la recherche chorégraphique demeure le corps dans sa dimension sensible, biologique, affective, sociopolitique et même spirituelle. Les danseurs-pédagogues, comme tout artiste qui cherche à prendre une responsabilité d'accompagnement, nécessiteraient d'aiguiser leur sens de discernement, pour sauvegarder leur autonomie et l'authenticité de la recherche artistique et pédagogique ; c'est la dimension politique de la danse.

2.3. Réflexion théorique autour du concept art, mouvement et pédagogie

Le corps semble rester une source de questionnement importante dans le monde de l'éducation et la nécessité de l'éducation artistique n'est pas toujours évidente. Bois observe que :

« Malgré l'immense intérêt des travaux des grands psychologues de l'apprentissage (Bandura, Vygotski, Piaget, Wallon...) et des pédagogues modernes (Pestalozzi, Freinet, Montessori...), un fond de questionnement persiste aujourd'hui sur la prise en compte de l'implication corporelle et du sensible dans les méthodes d'apprentissage. Même les recherches orientées vers l'apprentissage expérientiel (Courtois, Pineau, Andrieu...) ne parviennent pas à combler l'espace entre connaissance théorique, connaissance pratique et connaissance sémantique. » (Bois, 2003, p. 5)

2.4.1. Genèse

L'évolution des pratiques chorégraphiques se fait parallèlement à celle de l'art théâtral. Quand un historien se propose d'investiguer l'histoire de la danse occidentale, il se trouve confronté à un ensemble d'orientations complexes, qui convoque l'histoire des chorégraphes, celle des danseurs, celle des conditions de production des œuvres. Je souhaite privilégier l'histoire d'une expérience corporelle, dans la mouvance de I. Launay, qui resitue le travail de Laban et Wigman : *« A leurs début du moins, Laban et Wigman ne travaillaient d'abord 'pour l'art' et préféraient plutôt parler de leur 'expérience de danse' ou de leur 'expérience du mouvement'. » (1996, p.*

28) C'est précisément cette « *expérience du mouvement* » qui m'intéresse dans l'histoire des danses d'aujourd'hui. Dans cette perspective, un travail de réflexion autour du mouvement, ou de formulation du mouvement, s'impose.

Cela renvoie à la dimension socioculturelle du corps comme le précise G. Vigarello : « *le corps est le premier lieu où la main de l'adulte marque l'enfant, il est le premier espace où s'imposent les limites sociales et psychologiques données à sa conduite.* » (2004, p. 9) Une histoire des tactiques qui veulent « redresser le corps » dévoile une volonté de maîtriser le maintien postural afin que le mouvement ne se livre pas trop au regard d'autrui. Au 17^{ème} siècle, les modèles dominants sont celui du « moule » ou du « tuteur ». Longtemps ensuite, malaxage et compression ont contribué à modifier la forme du corps dans le but d'atteindre une rectitude de bon aloi. Dans le courant du 19^{ème} siècle, maillots et corsets de toutes sortes apparaissent quasi barbares.

Déjà au 18^{ème} siècle, les hygiénistes tentent de rétablir la place du mouvement dans le processus du développement. « *Nous sommes, dans cet âge tendre, si remplis d'humeurs, que sans un mouvement continuel, il ne pourrait s'en faire une circulation et une dépuration parfaite* » (Vandermonde, cité par Vigarello, 2004, op. Ci., p. 37). Ainsi peut naître une nouvelle pédagogie *des postures*, dans une véritable rupture avec le passé. Apparaissent alors des méthodes d'apprentissage plus dynamiques, où la fonction musculaire est sollicitée. On va même jusqu'à considérer que les catégories de mouvement sont trop limitées dans leur intensité. C'est la danse qui fera le premier pas pour rompre avec le passé.

Bien plus tard, l'apparition de la danse moderne fera logiquement l'objet d'un débat violent entre défenseurs de la danse classique et rénovateurs. A l'époque, le mouvement est encore asservi à des causes socioculturelles, religieuses, qui ploient sous le lourd héritage laissé par Descartes (le corps n'est qu'une machine étendue)... Le geste *est* représentation, parce qu'il est toujours *en* représentation. Les consciences ignorent tout de ses subtilités. Il faudra, pour arriver à accepter l'idée que le mouvement est un « événement intérieur », rompre progressivement avec des mentalités pesantes et être suffisamment avant-gardiste pour déployer sa curiosité en interrogeant la place du mouvement comme instrument de l'intériorité.

2.4.2. Une nouvelle pédagogie centrée sur le corps

Les premiers élans d'une danse « émancipée », les prémices de la danse moderne, étaient étroitement liés et mutuellement potentialisés avec les pratiques corporelles qui ont fait leur

apparence au 19ème siècle. Ces pratiques, développées par des artistes-pédagogues-théoriciens ont su accueillir et promouvoir des nouvelles idées qui promeuvent la perception de soi et la singularité de l'individu dans des contextes très autoritaires et paternalistes de tradition. Tous ces théoriciens n'étaient pas nécessairement danseurs.

F. Delsarte (1811-1871), chanteur, théoricien du mouvement et pédagogue français, s'est consacré à l'étude méthodique du lien entre le geste et le psychisme et a publié le résultat de ses observations à l'université de médecine. Waille affirme qu'il « [...] veut asseoir son système expressif et sa méthode d'enseignement sur un savoir précis et fondé. » (2009, p.82) Même si son travail était consolidé par une rigueur scientifique on y trouve des questionnements métaphysiques qui examinent la dualité corps-esprit :

« Par la lecture juste qu'il effectue de l'Aquinate, grâce à son intuition, son expérience et sa formation et aussi sans doute à ses sources ésotériques (en particulier hébraïques), il a retrouvé la vitalité de la pensée thomasiennne, dans laquelle il n'y a rien de paradoxal à concevoir dynamique spirituelle et dignité du corps humain. » (Waille 2009, p.845)

En effet, il s'était aperçu que l'intensité du sentiment résonnait dans l'intensité du geste. Il pose ainsi une première hypothèse qui affirme, comme le rapporte Izrine, que « *le corps entier est mobilisé pour l'expression, le discours est inférieur au geste parce qu'il correspond au phénomène de l'esprit alors qu'un simple mouvement fait affleurer notre être total* » (2007, p.37). Cette découverte resta théorique, Delsarte se contentant d'un enseignement oral.

Dans les années 1842 à 1894, Mac Kaye, acteur, metteur en scène, dramaturge, pédagogue, propose une méthode qui reprend les travaux de Delsarte en y introduisant des exercices de relaxation, d'équilibre et de coordination psychomotrice. Le monde de l'art, déjà à cette époque, participe de façon efficiente aux progrès de la rééducation médicale.

E. J. Dalcroze (1865-1950), lui aussi homme de l'art, chef d'orchestre et compositeur, apportera une contribution importante à la compréhension du mystère contenu dans le rythme. C'est parce qu'il est un véritable pédagogue du mouvement qu'il introduit tout naturellement le corps dans sa méthodologie d'apprentissage. Il fait du corps le passage obligé entre la pensée et la musique. L'idée essentielle de sa méthode est de considérer que la musique suscite dans le cerveau une image qui, à son tour, donne l'impulsion au mouvement. On verra que Dalcroze influencera R. Laban et participera activement à la poussée de la danse moderne. En mettant en exergue l'importance de l'alternance contraction/relâchement des muscles, il inspirera « *le fameux "tension/release" de Martha Graham et le "tension/détente" de Laban.* » (Izrine, 2002, p. 38)

L'une des élèves de Delsartes, Geneviève Stebbins, fait avancer un peu plus la danse : sous son impulsion, la sensation dans le geste apparaît. Elle fait jouer toute la sensibilité féminine en

ouvrant la voie de la chorégraphie aux femmes. Son idée centrale, c'est « *danser pour exprimer sa vie intérieure* » (Izrine, 2002, p. 39)

Mais c'est Isadora Duncan qui va rompre définitivement avec la technique et supprimer le corps corseté, en prônant une danse naturelle liée à la respiration et à la gravité : la technique l'intéresse peu, elle veut retrouver les mouvements innés de l'homme. Elle fascine l'Europe entière. Avec elle, nous entrons dans une danse intériorisée, métaphysique. En supprimant de la danse tous les déterminismes qu'elle contenait, elle veut mettre à l'honneur l'unité corps/esprit, en y ajoutant une dimension toute spirituelle : « *je suis venue en Europe pour exprimer la beauté et la sainteté du corps humain par le mouvement.* » (Citée par Izrine, p.38). Elle fonde ce qui sera l'essentiel de la danse moderne.

Dans les années 1920, apparaît une figure emblématique de la danse américaine : Martha Graham. A l'évidence, elle s'oppose à une danse qui suit aveuglément les itinéraires de la voie intérieure les impulsions intérieures ; dans une véritable rupture avec cette danse libre et inventera une danse disciplinée, concentrée. Mais en même temps, elle réactualise les grands principes de Delsarte en réintroduisant le rapport entre geste et émotion. Apparaît alors une danse faite de pulsions et impulsions en profondeur, allant jusqu'à une force convulsive impressionnante. Ses mouvements de contraction/release portent en eux, à l'heure où naît la psychanalyse, une charge érotique libidinale ; tensions, torsions, liées à une volonté d'introspection, vont donner à sa recherche toute son amplitude.

Pendant ce temps, R. Laban, homme aux multiples facettes, travaillant dans des domaines aussi différents que la peinture, le dessin et la caricature, l'architecture, finit par extraire de son travail l'analyse du mouvement, la thérapie par la danse. Il s'intéresse aux méthodes de gymnastique de Mensendieck et à la rythmique de J. Dalcroze. Au départ, Laban s'attache à pénétrer la perception du présent. Comment inscrit-il le mouvement dans le présent ? En définissant son travail comme « *expérience du mouvement* » ou *expérience de danse*. Il s'intéresse à l'homme moderne dépourvu d'expérience et en fait une lecture qui montre les nombreux décalages existant entre la personne et son corps. Il se pose alors la question : comment créer un mouvement qui ne se confonde pas avec l'agitation ? Car selon lui, la danse moderne demande : qu'est-ce que le présent, quel présent mon corps perçoit-il, par quel moyen sauver sa qualité essentielle de présent ? Questionnement que Launay réduit à : « *Comment rendre plus présent le présent et avec quel corps ?* » (1996, p. 39)

On constate deux points essentiels dans le travail de Laban : d'une part l'expérience est centrale, d'autre part le présent est autorité. C'est à travers ces deux points qu'il conçoit une série de singularités. Seulement, ces deux éléments fondamentaux n'ont de sens que si la personne entretient avec son corps un rapport particulier : elle doit notamment cesser de considérer son

corps comme un outil, pour y voir maintenant un terrain de découvertes. « *La danse moderne n'a de sens que si elle s'attache à la qualité d'un mouvement et à la cohérence globale de ce que ce mouvement modifie dans la corporéité tout entière.* » (Launay, 1996, p. 49).

Laban sera l'instigateur d'une nouvelle approche de la danse. Selon lui, chaque mouvement a sa forme et les formes sont créés par et dans le mouvement. Probablement influencé par les travaux de Delsarte, ses recherches vont également dans le sens d'une notation du mouvement. Dans un premier temps, celle-ci reste du domaine de la notation quantitative ; mais plus tard, à la fin de sa vie, il invente une écriture chargée de retranscrire n'importe quel mouvement. La « labanotation » sera au point en 1929 ; elle prend en compte la donnée subjective à travers ce qu'il dénomme « la notion de l'effort ». Les paramètres de l'effort qu'il analyse sont l'espace, le temps, le poids, le flux, l'intensité, dans leur caractère subjectif. La danse, pour Laban, restera le moyen de dire l'indicible, révélant à l'homme ses tendances profondes.

Dans les années 1920, un autre réformateur de la danse en Allemagne, Kurt Jooss, crée une symbiose entre mouvement extérieur et vécu intérieur. Soucieux de trouver le « geste juste », il met au point une gestuelle claire et dynamique. Il formera Pina Bausch.

Le courant esthétique de la danse contemporaine, de Cunningham à Trisha Brown, a fait évoluer le travail du performeur en affirmant le parti pris esthétique et technique d'une recherche du « mouvement pur » et l'exploration de l'intelligence physiologique du corps et du mouvement. Ainsi, comme l'écrit M. Leão :

« dans le projet de retour aux sources du mouvement, un premier pas a sans doute été franchi par la danse de M. Cunningham. Celui-ci rompt avec le pathos d'une danse expressionniste et propose un travail plastique sur le mouvement, dans lequel interprétation et affectivité surajoutée sont supprimées, dans la mesure où l'expression se doit de résider dans l'acte de mouvement lui-même. » (Leão, 2003, p. 27)

Avant les années 1970, proposer un mouvement à l'état pur, dépouillé d'une formalisation ou d'un cadre esthétique, aurait semblé un projet presque naïf. Or, c'est exactement ce qui a été tenté par les performers de la Judson's Church, véritable laboratoire de la Post Modern Dance. Le défi de ces chercheurs était de fonder l'expérience du mouvement dans le mouvement lui-même, entrevu dans la concrétude de la physiologie, sans pour autant que le performer se départisse de son rapport intime avec l'expérience sensible. Leur préoccupation était de se mouvoir en dehors des styles ou des formes pré-établies, préoccupation sous-tendue par la question : que reste-t-il après abstraction des déterminismes culturels et esthétiques du mouvement, appareils décoratifs, compositions répertoriées de la danse classique ou moderne ?

Cette question est au cœur de ma propre réflexion : qu'est-ce qu'une action authentique ? Qu'est-ce qu'un mouvement expressif, en amont des stylisations esthétiques et des jeux d'interprétation ? La Post Modern Dance répondra en reformulant radicalement les habitus

perceptifs et moteurs du performer ; il s'agit de partir en quête des sources d'un mouvement pur qui doit forcément être mouvant, sensible, évitant aussi bien l'apathie d'un mouvement formel, duquel l'être percevant est absent, que l'emphase d'un mouvement au service des émotions et du symbolisme.

I. Launay suggère les conditions de la possibilité d'une expérience de ce mouvement pur : « *Pour découvrir les virtualités d'un corps libéré de son image socialisée et esthétisée, encore faut-il percevoir "l'événement intérieur", ce "presque rien", ce "peu" qui met le corps en mouvement.* » (Launay, 1996, p. 39) Nous reprenons donc la question majeure posée par Trisha Brown, « *qu'est-ce un mouvement pur ?* », en prenant soin d'éviter le piège d'une formalisation vidée de tout rapport sensible avec la perception du mouvement. Le mouvement pur est un mouvement dépouillé de toute charge émotionnelle ou représentationnelle, certes, mais il est aussi un mouvement intensément éprouvé, investi jusque dans les moindres détails d'un rapport sensible à la physiologie du mouvement naturel.

2.4.3. Le champs des pratiques somatiques

Les courants de pensée qu'on a introduit au chapitre précédent ont constitué les fondations pour des multiples écoles de pratiques *somatiques*⁴¹ ou *somato-sensorielles* contemporaines. Sans oublier les reprises et les hybridations avec des pratiques orientales comme le Chi Qong, le Tai Chi, l'Aikido, le Yoga, le Shiatsu, etc. On procédera ici à une introduction sommaire de ce champ de connaissance. Ces principaux représentants sont : Gerda et FM Alexander, Feldenkrais, Gindler, Laban, Mensendieck, Middendorf, Mézières, Rolf, Todd, et Trager (Eddy, 2009, p.6) et Bonnie Bainbridge Cohen. En France elles sont souvent regroupées sous le nom d'*analyse fonctionnelle du mouvement dansé* et fait l'objet d'une formation professionnelle reconnue par l'état. On se demande : Pourquoi autant de pratiques somatiques ? Quel besoin reflètent-elles ? Mes recherches personnelles semblent confirmer que ces pratiques ont été initiées dans **un élan d'auto-guérison et alors d'autonomisation** :

« Se soigner par le corps a été redécouvert, dans la tradition hippocratique, par les pionniers des thérapies corporelles en Occident qui étaient eux-mêmes malades, ou en échec dans les traitements classiques. L'enjeu est d'utiliser la conscience corporelle pour prendre le contrôle de sa propre santé en se dépolluant. L'auto-guérison est un mode d'expérimentation par l'adhésion aux thérapies holistiques. L'alternative sensorielle définit des guides d'auto-santé pour se maintenir dans un optimum et

⁴¹ Le terme *somatique* (*somatic*) a été introduit par Thomas Hanna (Eddy, 2009, p. 3).

actualiser les potentiels inusités. La médecine de soi-même est une technique de subjectivation de son propre corps. » (Andrieu, 2010, page 7)

On a vu aussi l'enracinement de ses pratiques, dans les courants des arts performatifs depuis le 19^{ème} siècle. Outre l'art, Eddy avance que les influences ont été multiples : psychanalyse et psychologie, architecture, existentialisme, éducation, médecine, phénoménologie, etc. (2009, p. 2) Leur transmission aujourd'hui semble attirer principalement les artistes de tout horizon, les pédagogues et les professionnels de la santé. Pourrait-on voir dans ce nouveau paradigme une tendance à l'émancipation de l'individu à travers l'art et la pédagogie ? Question passionnante et complexe, elle nécessitera une analyse approfondie mais ce n'est pas le propos de ma recherche ici. Il me suffira d'interroger l'intégration des pratiques somato-sensorielles dans le monde de la danse. Pourquoi sont-elles tant sollicitées par les danseurs ? Fouilhoux considère que les approches somatiques libèrent les danseurs d'un marché culturel qui formate le geste du danseur :

« Dans le processus de sa formation, le danseur est amené à se confronter à plusieurs modes de production du geste dansé – de l'organisation hiérarchique des compagnies de danse aux collaborations plus informelles sur la base d'une compatibilité corporelle, intellectuelle et autre. L'hybridation de styles comme phénomène postmoderne amplifie un besoin de polyvalence sur le marché chorégraphique qui s'avère être une source d'enrichissement mais aussi parfois une perte de repères difficile à gérer. Il semble qu'une manière pour les danseurs d'aujourd'hui de se re-approprier leurs corps est le retour vers l'expérience somatique du geste et l'éveil d'une réflexivité sensitive sur leur activité. » (Fouilhoux, 2013, p. 1)

Leur point commun semble être évident : **la conscience par le mouvement**. Même si mon expérience directe avec certaines de ces techniques m'a révélé des similitudes, j'ai aussi observé de différences et notamment concernant l'expérience du *corps sujet*. Ceci n'étant pas sujet de ma recherche, je ne vais pas procéder à une analyse comparative. Je vais seulement introduire des concepts d'une jeune méthode que j'ai intégrée depuis presque deux décennies, dans mes expérimentations artistiques et pédagogiques : **la psychopédagogie perceptive (PPP)**.

2.4.4. La Psychopédagogie perceptive (PPP) au service de l'expressivité et de la créativité en danse

La plupart des méthodes somatiques que j'ai rencontrées abordaient le mouvement d'une façon analytique, en cherchant le fonctionnel, le biomécanique. Le résultat était impressionnant : détente musculaire, réagencement postural et une meilleure mobilité articulaire. Le terme *analyse fonctionnelle du mouvement* semblait bien approprié pour ces approches. Leurs outils

sont très répandus dans – et souvent fusionnés avec – les pédagogies de danse contemporaine. Ma raison principale d’avoir choisi la pratique de la PPP plutôt qu’une autre, était **la profondeur** et **l’intensité** des phénomènes perceptives dans le vécu corporel et ses impacts bouleversantes sur ma vie professionnelle.

2.4.5. Le rapport à soi et à l’autre : un rapport au corps

La PPP transcende des intentions volontaires ou thérapeutiques envers le mouvement pour aller vers des états de corps qui résonnent dans l’ensemble de l’unité psychocorporelle :

« [...] la signification de ce que nous entendons par expérience prend ici tout son poids. Au-delà du simple acte coupé du soi, froid, insensible, contrôlé, décidé, au-delà aussi de l’expérience émotionnelle et affective, l’expérience dont je parle est toujours associée à la perception. [...] Seules certaines conditions de paroxysme perceptif peuvent rendre compte totalement du phénomène ressenti dans l’expérience du sensible. » (Bois, 2001, p.35)

Je peux très bien identifier certaines de mes expériences en danse avec cette description du mouvement « *coupé des soi* ». Souvent je fais appel au **sentiment d’ennui**, lorsque je cherche à transmettre la notion de justesse du ressenti corporel aux étudiants. Je tends à croire que si on s’ennuie de notre propre expression gestuelle, on n’est pas en contact avec une authenticité d’action. C’est pour cette raison qu’une expérience extra-quotidienne est nécessaire pour relancer l’organicité posturale et éprouver la globalité corporelle d’une manière qui **nous touche**. On parle alors de *résonance* : non seulement j’arrive à sentir des nuances dans mon mouvement, mais j’en suis également **ému profondément** en deçà de l’affectif. Je sens que tout mon être est concerné dans cet éprouvé du corps sensible.

La définition du *corps sensible* en PPP me semble transcender et intégrer plusieurs perspectives pertinentes de considérer le corps et la conscience :

« [...] le corps dont il sera question dans cette contribution est le corps sensible (Bois, 2001 ; Leão, 2002), au sens du corps de l’expérience, du corps considéré comme étant la caisse de résonance de toute expérience, qu’elle soit perceptive, affective, cognitive ou imaginaire. Une caisse de résonance capable tout à la fois de recevoir l’expérience et de la renvoyer au sujet qui la vit, la lui rendant palpable et donc accessible ; capable aussi, par des voies dépassant les outils quotidiens de l’attention à soi, de dévoiler des facettes de l’expérience inapprochables par le retour purement réflexif : subtilités, nuances, états, significations, que l’on ne peut rejoindre que par un rapport perceptif intime avec cette subjectivité corporelle et qui pourront ensuite nourrir les représentations de significations et de valeurs renouvelées. » (Berger, 2005, p.2)

Dans ce texte on voit un être-corps en état de création permanente ; un potentiel d’expression qui inclut la personne dans toutes ses facettes et volumes. Ce rapport au corps semble-t-être

plus qu'une compétence à transmettre. C'est une transmission d'un **mode de vie autoréflexif et incarné**. Ce rapport au corps instaure des états contemplatifs, ancrés dans la matière corporelle qui, pour Bois, promeuvent progressivement **l'autonomisation** de l'étudiant :

« Et enfin, l'étudiant découvre un sentiment d'exister et prend simultanément conscience qu'il existe pour lui - même et en lui - même : j'existe en tant que moi et non plus à travers le regard des autres. De la même façon, il se valide à partir de ce qu'il est et non plus à partir de ce qu'il fait : je me valide dans ce que je suis et non plus par ce que je fais. Sur la base de ce vécu, l'étudiant pénètre dans un processus d'autonomisation. » (Bois, 2007, p. 288)

Un défi pour le pédagogue se présente : quels outils pédagogiques pour transmettre ce rapport créatif-expressif avec soi qui inclut le corps ? Quelle expérience extra-quotidienne nous donnerait accès à ces états d'être ? Dans la PPP, on parle d'entraînement de l'attention :

« [...] nous avons introduit des tâches gestuelles et introspectives dans nos programmes d'intervention pédagogique, car nous en avons mesuré leur valeur éducative sur l'acquisition des compétences perceptives et attentionnelles auprès des étudiants en formation. Les tâches gestuelles et l'introspection sensorielle favorisent l'exploration de la subjectivité corporéisée. Elles exigent un déploiement de l'attention, de la perception, du sujet en formation expérientielle. » (Bourhis, 2007, p.56)

Dans la citation ci-dessus on rencontre deux outils pédagogiques de la PPP : *l'introspection sensorielle*⁴² et la *gymnastique sensorielle*⁴³ (tâches gestuelles). Je ne vais pas développer ici les modalités d'application de l'introspection sensorielle, parce que je ne l'utilise pas dans le projet Indigo en psychiatrie, les patients étant trop affectés par la maladie pour supporter les états d'immobilité proposées. Je développerai par contre plus loin, la *gymnastique sensorielle* qui concerne également le rapport à soi, mais en invoquant les propriétés spatiotemporelles du mouvement.

Au chapitre pertinences professionnelles (3.3. par.3) j'ai présenté le concept de la *réciprocité actante*, lequel est une forme d'empathie organique qui inclue la corporéité de soi et de l'autre. Dans diverses expériences professionnelles il me semblait être le mode de perception le plus pertinent, par rapport à une posture pédagogique qui promeut l'expressivité et la créativité : être

⁴² L'introspection sensorielle : *« Cette pratique ne consiste pas en une simple contemplation des états intérieurs, elle invite à une analyse introspective très active et demande un réel effort de concentration de la part de la personne. Cette pratique sollicite les processus perceptifs et cognitifs à travers des tâches, des consignes, des objectifs qui mobilisent l'attention corporelle. Il est alors possible de répertorier et de décrire les moindres phénomènes qui apparaissent durant l'introspection sensorielle. Le sujet mis dans cette situation s'appréhende lui-même dans sa profondeur. »* (Bois, 2005, p. 81)

⁴³ *« La gymnastique sensorielle est une activité physique douce [...] sur et à partir des perceptions corporelles et c'est ce rapport conscient établi avec le geste qui donne la dimension 'sensorielle' à cette gymnastique »* (Source : <http://www.fasciatherapie-patient.com>)

en écoute sensible de son état intérieur et simultanément accueillir l'autre pour mieux répondre aux multiples demandes du jeu créatif et expressif. Comme décrit Bois, N. :

« [...] l'état créateur réside en la capacité à saisir, à percevoir, à devenir conscient du sens et du contenu des mouvements qui émergent de notre corps sensible et à leur donner une forme dans le monde visible, grâce à l'expressivité qui se déploie. » (Bois, N. 2007, p. 84).

Cette expressivité sensible est ancrée à une *motivation immanente*, plutôt que à un objectif imposé par une *pensée désincarnée* ou par l'autrui. C'est devenue une sorte de condition de base dans mes ateliers, de cultiver chez l'étudiant ou chez l'artiste, un état d'être qui accueille son intériorité d'une façon sensible : permettre la fatigue, les tensions, l'émotion, les pensées et les mettre en mouvement progressivement et avec douceur. C'est un processus de renouvellement de soi constant avec un effort minimal qui ranime ses potentialités⁴⁴ ; ses capacités de répondre avec de façons nouvelles face aux complexités de la vie affective, sociale et professionnelle. On parle alors de *modifiabilité perceptivo-cognitive*⁴⁵.

- **Le Toucher de relation**

Le *mouvement interne* et les nuances perceptives qu'il génère en nous est plus facilement accessible par le toucher et plus précisément par le toucher de relation :

« La relation au sensible, telle que nous l'entrevoions, est née d'un contact direct avec le corps. C'est bien à travers le toucher manuel que s'est élaborée la donnée d'un sensible incarné. Cette vision du sensible s'inspire de la phénoménologie, en ce qu'elle fait appel aux expériences subjectives qui émergent du champ de l'immédiateté, d'une phénoménologie considérée en tant que pratique, et élargie à une pratique du toucher; l'appréhension du corps sensible ne prend sens pour un sujet que si ce dernier l'a vécu dans sa propre chair. » (Bois, 2007, p. 61)

Dans mon parcours professionnel, j'ai pu témoigner dans ma « *propre chair* » cette expérience du sensible et je la considère indispensable pour atteindre un niveau de profondeur élevé. La puissance de ce travail à deux démultiplie la capacité attentionnelle de l'étudiant, mais aussi celle du praticien. Si l'on garde un certain niveau d'exigence, inspirés du toucher de relation dans la pratique chorégraphique, les rapports des corps se transforment dans l'espace, dans le temps : on impulse les processus créatifs et expressifs.

- **Le rapport à l'espace-temps / La gymnastique sensorielle**

⁴⁴ « On définit ici la potentialité comme étant l'être profond qui conduit toujours vers un plus, une amélioration, une force de changement qui invite à la modifiabilité cognitive », (Bois, 2003, p. 20).

⁴⁵ « [...] transformation des représentations conceptuelles à partir de l'expérience corporelle » (Bourhis & Austry, 2004, p. 7).

Le rapport à l'espace-temps doit être considéré ici comme une autre facette du rapport à soi. Je renouvelle la relation à moi-même en étudiant ma perception spatiale et temporelle. La lenteur spécifique du mouvement interne, avec un engagement de la totalité posturale dans une intention gestuelle avec des consignes d'amplitude : voilà la gymnastique sensorielle. On y accède à un accordage somato-psychique et un enrichissement de la perception spatiotemporelle. La lenteur en soi est l'outil le plus précieux de la méthode. C'est une lenteur qui n'est pas dans le retenu : il est fluide, avec une vitesse constante et il concerne la globalité posturale même si certaines parties du corps ne sont pas dans un déplacement « objectif ». Face à l'accélération des temporalités dans les sociétés postmodernes et un usage comptable du temps, il devient urgent, vital, d'inventer, de préserver « *des espaces de ralentissement* »⁴⁶ où la seule contrainte sera celle de la recherche, de la critique, de la discussion, du débat fertile.

- **Aspect thérapeutique de la PPP**

A mon avis, la dimension thérapeutique de la PPP est en résonance avec l'étymologie du mot même : θεραπεία, therapéia, du grec ancien (« cure ») dérivé du verbe θεραπεύω, therapévô (« servir, prendre soin de, et, par extension, soigner, traiter »), issu de θέρων, thérapō (« serviteur »). Prendre soin, donner tout son attention à l'autre pour qu'il trouve la force de résilience en lui, dans sa propre matière. L'accompagnement pédagogique en PPP aide à trouver un ancrage dans la matière ; un appui solide au sol et ainsi éviter les errances et déviations destructrices des délires mentales et psychologiques. Une pédagogie de lucidité sensorielle qui s'enracine dans la subjectivité, qui à son tour se nourrit de l'intersubjectivité :

« Ce que nous aimerions faire ressortir de cette étude de la psychopédagogie curative, c'est que l'aspect curatif ne se situe pas dans la psychologie, mais dans la pédagogie appliquée à la psychologie. Nous ne ferons pas non plus l'économie de la question qui tourne autour du dilemme auquel est confronté l'art-thérapie : faut-il, pour être art-thérapeute, être davantage psychologue qu'artiste, ou davantage artiste que psychologue ? Face à cette question, nous tenterons de trouver une troisième voie de réponse en mettant au premier plan le rôle de la pédagogie elle-même. » (Bois, 2003, p.4)

Dans cette pédagogie, qui semble en désaccord avec un rapport psychologique à l'image et le symbolisme des actes, on ne ressent pas le besoin d'une image pour se lancer dans l'action créative. La créativité s'exprime à travers la sensorialité. Une sorte de force créatrice qui se ressource dans la matière corporelle sans symbolique personnelle ou culturelle :

« Nous accédons avec Maslow à une nouvelle façon d'envisager les possibilités de l'homme et de sa destinée. En effet, il ouvre un débat qui entrevoit la nature humaine de manière plus totale que ne le font la psychanalyse ou le behaviorisme. Selon lui, on ne peut pas voir la dynamique humaine à partir du simple point de vue de l'inconscient et

⁴⁶ Terme utilisé souvent par Bernardo Montet pour désigner une responsabilité de l'artiste contemporain comme créateur des espaces de ralentissement. (Littérature grise)

des pulsions inconscientes, ni du simple point de vue qui se fie trop aux comportements. Maslow assimile la potentialité à une « force intérieure » en partie inconsciente et qui joue un rôle important dans la régulation biologique et physiologique du corps humain. Cette nature intérieure, au contact du monde extérieur (éducation, société, peurs), peut être atteinte dans sa force de propulsion et générer une maladie. » (Bois, 2003, p.13)

Les apports de la psychopédagogie perceptive à la pédagogie de danse contemporaine en milieu psychiatrique :

- Stimulation du schéma corporel par la restructuration de la coordination sensori-motrice, la perception spatio-temporelle et les échanges tactiles avec les participants et le pédagogue.
- Renouveau de ses capacités expressives à travers le *mouvement sensible libre*⁴⁷.

2.4.5. La pédagogie de l'expressivité et de la créativité

Dans les procédés chorégraphiques il me paraît difficile de distinguer expressivité et créativité. A partir du moment où ma corporéité rentre dans le jeu expressif elle plonge dans le processus créatif. La subjectivité perceptive, le psychotonus actuel, les aléas du fonctionnement cognitif avec la présence ou absence de l'imaginaire créent une symphonie gestuelle jamais identique d'une fraction temporelle à l'autre. Même avec des mouvements visiblement identiques, il y a un réagencement postural, une recherche sensorielle pour recréer une forme. Ce processus de recherche est un processus créatif : je trouve, dans ma solitude perceptive et/ou dans un rapport d'ensemble, des voies de passage pour créer des gestes relativement nouvelles ou relativement mêmes. Tout de même, on va tenter une étude sommaire de ces concepts en cherchant de contours qui les relient et les différencient.

- La pédagogie de l'expressivité

L'expressivité serait un acte de communication avec le monde, avec l'autre réel ou imaginaire qui inévitablement inclut la corporéité :

⁴⁷ Mouvement spontané, accompagné ou pas par le pédagogue qui suit les consignes de la PPP : réciprocité actuante, paroxysme sensoriel et prise en compte des angles morts du mouvement.

« *L'expressivité du corps rend compte de la capacité qu'a l'homme à exprimer à un autre homme (un alter ego), ses sentiments, ses émotions, ses affections, ses passions et ses pensées. [...] Le corps est un espace expressif d'un type particulier puisqu'il est à l'origine de toutes les autres formes d'espaces expressifs* » (Albaret; Giromini; Scialom, 2011, page?).

On a ici, comme chez Paul Valéry, encore une fois la revendication que l'acte créateur est avant tout une expression corporelle : « *Immanente, la corporéité est devenue l'espace privilégié de l'expression de la personnalité : celle d'un moi singulier [...], riche des apports de sa mémoire et de ses multiples présents [...]* » (Huesca, 2012, p.232). Le geste, la tonicité musculaire et posturale, le psychotonus⁴⁸, la voix et les expressions faciales constituent la palette de l'expression corporelle. Mais l'expressivité c'est aussi une thèse esthétique :

« *selon laquelle les œuvres d'art sont essentiellement, voire exclusivement, le produit d'une expression personnelle [...]. Les théories expressivistes ont constitué la première véritable alternative aux théories mimétiques, avec lesquelles se confondait la pensée européenne depuis son origine grecque. [...] La pensée "expressiviste" s'imposa ensuite comme l'un des vecteurs de la résistance au rationalisme et à l'utilitarisme des Lumières et connut son apogée au dix-neuvième siècle avec le Romantisme. [...]* » (Wassenaar, 2001, par. 1).

L'idée courante que la danse était une forme d'expression non-utilitaire me plaisait depuis longtemps parce que ça laisse un goût de liberté individuelle au-delà des déterminismes socioculturels. Si l'on revisite la définition de l'expressivité ci-dessus, on pourrait en déduire qu'elle s'enracine partiellement dans cette résistance "*à l'utilitarisme des Lumières*".

En danse contemporaine comme en danse-thérapie l'improvisation occupe une place centrale aux déploiements des contenus expressifs :

« *...dans la majorité des techniques de danse thérapie, les improvisations sont encouragées, pour laisser advenir des mouvements libres et « sincères ». Ils surgissent dans un laisser-faire selon la technique du "mouvement authentique" d'M. Whitehouse (Pallaro, 1999) ; dans un "laisser-aller" des mouvements d'allure informelle mais révélateurs inespérés des contenus latents.* » (Vaysse, 2009, p.79)

Dans le langage courant, l'expressivité me semble très liée à la spontanéité et au talent communicatif. Une de mes convictions professionnelles depuis longtemps, est qu'elle est transmissible par des moyens éducatifs et artistiques.

Lors de certains entraînements en danse et/ou avec les outils de la psychopédagogie perceptive, j'éprouvais une *justesse expressive* qui me donnait un sentiment d'accomplissement : une sorte

⁴⁸ « Le Psychotonus (PPP) est une hypothèse de Bois, D. qu'il décrit comme une "*fonction tonique dans sa dimension psychophysiologique*" » (Courraud, 2007). Elle ne se limite pas aux muscles, mais concerne la globalité de la matière du corps.

d'immanence apaisante ; Une impression que *tout est là* ; il n'y a rien à chercher. « *Les théories expressivistes simples décrivent le trajet de l'expression comme un mouvement simple et homogène de l'intérieur vers l'extérieur, de l'intériorité vers le monde. [...]* » (Wassenaar, 2001, par. 4) Cette simplicité d'un mouvement homogène qui découle de l'intériorité du sujet, me paraissait évidente pour une expression authentique. Cette justesse expressive prenait également des formes plus complexes, accompagnées d'un sentiment de globalité corporelle et de nouveauté sensorielle : une multiplicité de mouvements dans une globalité. Le geste, la voix, la pensée, l'imaginaire, les liens avec le public, formaient un ensemble complexe et riche de vécus :

« *L'exercice de l'expressivité, convoque la personne dans un double acte simultané "d'incorporation", au sens de rapatriement de la personne à son propre corps et "d'excorporation", au sens d'oser exporter ce qui naît de l'intériorité vers l'extérieur. L'expressivité invite la personne à engager tout d'elle dans un acte total;* » (Bois, N. 2007, p.83)

Comme ma carrière de pédagogue démarrait et coïncidait avec celle du statut de l'étudiant en PPP, je profitais d'une expérimentation constante avec mes matières en danse. J'insistais dans mes stages de danse sur la transmission de l'*expressivité du Sensible*⁴⁹. Il me semblait que cette expressivité était garant de ce que d'autres cherchaient par le *mouvement authentique*. Mon intention pédagogique première s'est construite autour de cette problématique : comment promouvoir cette capacité expressive aux étudiants ? Nous allons voir plus loin les modalités d'une telle expressivité (Cadre pratique : 3.3.2.)

- L'importance de la compétence artistique et pédagogique de l'intervenant pour l'expressivité

En opposition aux courants qui veulent que l'expressivité peut être enseignée sans l'intervention des artistes, j'avance ici l'argument que la compétence artistique et pédagogique de l'intervenant est primordiale pour l'accompagnement de l'étudiant. Dans mon expérience artistique et pédagogique j'ai observé la tendance à transmettre ses propres maniérismes expressifs, lorsqu'on n'a pas assez de distance et capacité de discernement, par rapport aux contenus expressifs. Cette projection affective et/ou culturelle du pédagogue peut désorienter l'étudiant, par une *naïveté esthétique* qui promeut un mimétisme qui ralentit l'apprentissage-

⁴⁹ « *La dimension du Sensible est née d'un contact direct et intime avec le corps. C'est à partir de cette expérience que se construit, chez le praticien, une nouvelle nature de rapport à soi, aux autres et au monde et la mise en lumière d'une nouvelle forme de connaissance. Ce rapport place la présence à soi au centre du processus d'accès à la connaissance* » (Bois; Austry, 2007, p.1)

autonomisation. La rigueur d'un artiste et/ou un pédagogue expérimenté, aura plus de chance de permettre et promouvoir un accompagnement plus fin et plus riche. Il s'agit de rendre progressivement l'étudiant plus autonome par rapport à ces choix esthétiques. Cela ne veut pas dire que tout artiste et/ou pédagogue expérimenté ne commet pas d'erreurs pédagogiques ; loin de ça. J'ai plein d'anecdotes sur des comportements discutables de la part de grands chorégraphes et pédagogues dans mon parcours personnel, mais ce n'est pas le propos ici. J'ajouterais seulement que je revendique la pertinence d'intégrer des formes de réciprocité actante et d'intelligence émotionnelle dans les apprentissages dès la petite enfance. A ma connaissance, depuis les années '90, il a eu un début d'expérimentation sur l'intelligence émotionnelle dans divers réseaux éducatifs pour les enfants, mais aussi les adultes (NVC⁵⁰, et autres), avec des effets positifs sur l'empathie (Ulutas ; Ömeroğlu, 2007). Concernant l'application de la réciprocité actante dans des programmes pour les enfants, je ne possède actuellement pas de données pour pouvoir en discuter.

- La pédagogie de la créativité

Créativité : « *Capacité, pouvoir qu'a un individu de créer, c'est-à-dire d'imaginer et de réaliser quelque chose de nouveau.* »⁵¹

Au 20ème siècle, l'étude de la créativité a gagné considérablement en intérêt dans les réseaux académiques : « *Depuis 1960, 10.000 articles et plus de 600 livres dans les années '90.* » (Morris, 2004, p.82). Comme on a vu aux définitions de l'art-thérapie et de la danse-thérapie la créativité c'est un peu la colonne vertébrale des processus thérapeutiques. Mais sous quelle condition devient-on créatif ? Certains chercheurs considèrent que :

« [...] la créativité est à la fois générale et spécifique du domaine. [...] Pour que la créativité puisse exister dans n'importe quel domaine, les facteurs généraux suivants doivent être présents, apparaissant dans aucune séquence particulière d'étapes: le niveau d'attention, l'engagement, l'intention et les matériaux d'une discipline. » (Morris, 2004, p.83).

Suffirait-il d'installer ces conditions générales pour être dans un état créatif ? Mon expérience d'artiste chorégraphique et pédagogue pourrait le confirmer, mais la créativité qui m'intéresse

⁵⁰ « *La Communication NonViolente (CNV) est basée sur les principes de non-violence - l'état naturel de la compassion lorsque nulle violence n'est présente dans le cœur. La CNV commence avec la supposition que nous sommes tous et toutes compatissants par nature et que les stratégies violentes - qu'elles soient verbales ou physiques- sont des comportements appris, enseignés et cautionnés par la culture qui prévaut. La CNV émet aussi la supposition que nous partageons tous et toutes des besoins humains essentiels, et que chacune de nos actions est une stratégie qui tente de combler un ou plusieurs de ces besoins [...]* » (Repéré à : <http://www.cnvc.org/fr/>)

⁵¹ Repéré à : Centre national des ressources textuelle et lexicales ; <http://cnrtl.fr>

ici est celle liée à **la création de soi** et non à la capacité créative de la représentation de soi et du monde. Encore une fois on découvre un lien entre expression et création. Comment à travers **l'expression de soi** on arrive à **la création de soi** ? Comme décrit Bois :

« Il ne s'agit pas [...] d'un moi représenté, ni d'un moi idéal. Il est un moi du présent, plastique, puisqu'il a la faculté de se renouveler à tout moment et à tout âge au contact de l'expérience vécue et comprise. Ici, le savoir du corps est sollicité, perçu, revisité par la perception, opération qui met en jeu le mouvement des idées. Finalement la notion de Moi renouvelé contient l'idée d'une infinie possibilité de manières d'être. » (Bois, 2008, p.44)

Pourrait cette liberté de choix de nos manières d'être, apporter des nouvelles réponses face aux situations *d'incapacité* ou de souffrance qui semblent insurmontables? Quelle pédagogie de danse pour soutenir un tel concept ?

Dans la citation suivante on touche au concept de l'unité ; concept qui frôle une approche thérapeutique de la créativité artistique :

« En créant une unité nouvelle dans un poème ou dans une œuvre d'art, l'artiste s'efforce de retrouver une unité perdue – ou de trouver une nouvelle unité – dans l'univers intérieur de son psychisme et en même temps de produire une œuvre ayant une existence réelle dans le monde extérieur. » (Storr, 1988, p.183).

Devost confirme ce positionnement en reprenant le concept de l'unité et en affirmant le potentiel thérapeutique de la créativité :

« Appuyant également leurs théories sur le libre-arbitre, les psychologues humanistes proposent la réalisation du potentiel comme projet existentiel. Dans ces théories, la créativité est reconnue par Rogers et Maslow comme un mouvement vers l'actualisation du potentiel. Maslow définit la créativité comme une attitude visant à l'intégration, à la "résolution des dichotomies en une unité supérieure " (Maslow, p.164) à l'intérieur de la personne. En ce sens, la créativité est un mouvement interne plus qu'une manifestation extérieure tournée vers une production. La créativité ne serait donc pas exclusivement l'apanage des artistes, des écrivains, des philosophes etc. mais procéderait plutôt d'une attitude "ouverte à l'expérience » nécessaire à la réalisation personnelle. Dans cet esprit, la créativité, qui est la route vers l'équilibre, devient une solution au traitement de certaines pathologies. » (Devost, 1995, p. 59).

Enfin, il semble y avoir un débat entre certains chercheurs sur la transmissibilité de la créativité par la pédagogie :

« S'interrogeant sur cette question, Prentsky, Meel, Krebs & Shelley considèrent que la créativité ne peut être enseignée et demeure un phénomène spontané. "The creative state is remarkably spontaneous, even capricious, and cannot be forced or artificially induced" (Meel, 1971, p.27). Cependant, Whiteside et Silver posent l'hypothèse que la créativité peut être développée; ils proposent à cet effet, des techniques visant à faire croître les capacités créatrices. » (Devost, 1995, p. 63)

Une grande partie du champ théorique atteste des possibilités de transmission qui stimulent les élans créatifs de personnes. Ma longue expérience artistique et pédagogique porte également multiples expériences de telles transmissions.

2.4.7. Résumé

En conclusion de ces réflexions théoriques, nous pouvons dire que dans l'état actuel des recherches menées sur les impacts des approches art- et danse-thérapeutiques, on constate un grand nombre de recherches dans ces domaines, mais très peu concernant la pédagogie de danse contemporaine au milieu psychiatrique. Pareillement pour les approches dites somato-sensorielles comme la psychopédagogie perceptive (PPP).

Malgré la mauvaise réputation de la danse et du monde du spectacle vivant⁵² parmi les scientifiques et philosophes⁵³, on constate une nouvelle vague de recherches qui se manifeste timidement. Toutes ces données semblent confirmer la nécessité d'effectuer des nouvelles recherches plus approfondies sur le bien-fondé et sur les modalités d'application de telles approches pédagogiques. Néanmoins, le nombre d'expérimentations de danse contemporaine en milieu psychiatrique me reste inconnu. Mes efforts de contacter diverses compagnies et institutions et mes recherches sur internet, n'ont pas révélé le nombre, l'étendu ou les modalités de ces projets. Plusieurs chercheurs et artistes n'ont pas répondu à mes appels, ou répondu partiellement. En générale, il semble y avoir majoritairement des projets de danse thérapie en milieu hospitalier mais je ne peux pas le confirmer, n'ayant pas des statistiques spécifiques dans mes mains.

Dans ces données on observe aussi une **motivation importante des pouvoirs publics à intégrer des activités culturelles au sein des institutions de santé** en France. Dans le passé, les interventions artistiques se faisaient par engagement personnel de psychiatres chercheurs en lien avec des artistes et des pédagogues. Il y a des plus en plus de recherches qui confirment les bénéfices de l'éducation artistique et somatique qui font appel à des nouvelles tentatives dans d'autres domaines, comme la psychiatrie.

Dans les textes cités du champ théorique, on remarque aussi un intérêt pédagogique fort au **développement de capacités perceptives et créatives** des individus. Les bénéfices sont de l'ordre

⁵² « La mauvaise réputation du spectacle, associé non seulement à la labilité morale, à l'hystérie, au caractère efféminé de ses participants mais aussi à sa gratuité, explique sans doute pourquoi la danse a souffert dès son origine d'un manque d'estime théorique. » (Beauquel ; Pouivet, 2010, p.10)

⁵³ « On ne peut nier la tendance perpétuelle de la philosophie, au cours de l'histoire, à négliger la danse et les textes à son sujet. » (Beauquel, 2010, p. 13)

éducatif, thérapeutique et social. D'ailleurs, la durée semble être un paramètre décisif pour obtenir plus de bénéfices :

« [...] les avantages les plus importants, comme apprendre à apprendre et développer les compétences personnelles nécessaires à un changement de comportement, ne seront pas déclenchées par l'implication avec les arts à court terme. » (McCarthy; Ondaatje; Zakaras, 2005, p.34)

La pédagogie de danse contemporaine en milieu psychiatrique, alliée à la psychopédagogie perceptive, apparaît comme une entreprise intéressante qui se situe entre art, pédagogie et thérapie sans pour autant se revendiquer « thérapeutique ». Ses objectifs communs sont la transmission des pratiques qui éveillent la perception de soi, de l'autre et du monde par le mouvement, l'expressivité et la créativité.

CHAPITRE 3

CADRE PRATIQUE

3.1. Cadre pédagogique générale de l'atelier de danse contemporaine Indigo en milieu psychiatrique

3.1.1. La place de la posture heuristique du pédagogue dans la réalisation d'un atelier de danse contemporaine en milieu psychiatrique

Dans ce chapitre, je présenterai ma posture de chercheur réflexif, qui est intrinsèque au caractère évolutif de la danse contemporaine. La question qui a construit ma posture de chercheur dans ce cas spécifique est la suivante : **comment transmettre les fondamentaux de la danse contemporaine à des non-danseurs dans une situation de souffrance psychique ?**

Dès la mise en place de la première séance au service de psychiatrie B en 2005 (CHRU de Tours), je prenais conscience de l'exigence pour pédagogie extrêmement « sensible ». Une exigence qui faisait appel à ma capacité d'empathie. Le témoignage de Bourhis démontre avec éloquence cette posture d'accompagnement, même si ça concerne ici la pratique du toucher de relation :

« Cette posture de neutralité active était délicate à gérer. Elle requérait un degré de relâchement du corps et un degré de tonus correspondant à une qualité de présence et d'attention ouverte au phénomène à venir. Ni anticipation, ni rétention, il s'agissait à la fois d'être là et de me laisser faire par l'information, tout en la prenant en relais à travers le suivi manuel et la globalité de mon corps. » (Bourhis, 2007, p.25)

Dans notre cas en danse, lorsqu'un patient-étudiant refuse de participer à un exercice ou un atelier, je cherche à lui proposer rapidement des alternatives ; des actes qui visent à le garder impliqué dans le groupe et / ou lui offrir une voie de passage qui ne fixe pas sur sa résistance. En ultime signe de respect et de confiance, je lui propose, si rien ne semble possible, de devenir tout simplement témoin de l'événement. De même, comme avec des danseurs, je ne « corrige » jamais un mouvement « faux », lorsqu'il se réfère à l'esthétique du geste. Je corrige discrètement et sans surplus d'autorité tout geste qui me semble dangereux ; tout geste en contradiction avec la physiologie articulaire et myofasciale. Si le participant dévie trop de l'objectif chorégraphique, je dirige son attention à nouveau sur les consignes tout en accueillant sa proposition comme une alternative valable. Dès fois j'accompagne son geste par le *toucher de relation* vers les formes recherchées. Concrètement, j'intensifie ma réciprocité juste avant le contact, je pose mes mains avec une intensité variable (effleurer, presser, pousser, etc.) qui

respectent l'état du danseur-patient ou soignant. A savoir, dès fois ma réciprocité me transmet la certitude que le patient ne veut surtout pas être touché, alors j'accompagne son geste à distance en accueillant son psychotonus (intersubjectivité).

A la fin des séances, je discute spontanément avec les patients et les soignants pour échanger autour de nos vécus respectifs de l'atelier. Après chaque séance je gardais des notes, des bilans des brouillons pour renouveler mon approche. Je comparais ma pratique avec d'autres en cherchant dans des travaux d'auteurs, de livres et des ressources sur internet. J'enrichissais progressivement ma pédagogie par le croisement de mes propres expériences, celles des patients, des soignants et de mon terrain professionnel en général.

3.1.2. La place et la posture des soignants dans le déroulé de la séance

Les soignants du CHRU de Tours qui accompagnent les patients dans l'aventure de la danse contemporaine, assument une posture complexe. Leur statut d'accompagnant porte plusieurs rôles : coordinateurs administratifs de l'action, interlocuteurs de référence entre l'association Omnivion et le CHRU, promoteurs de l'activité dans la microsociété hospitalière, assistants à la pédagogie, pratiquants en danse et soignants qui veillent sur les patients.

C'est les derniers trois rôles qui sont directement en lien avec le déroulé de la séance et qu'on va décrire brièvement ici. On découvrira plus de détails sur leurs rôles, dans la section des résultats de recherche (sous-chapitre 6.3.).

- **assistants à la pédagogie**

Voici un rôle qui peut paraître surprenant pour quelqu'un extérieur de l'activité. Comment peut une infirmière, une psychologue ou une psychomotricienne assister à une action pédagogique en danse contemporaine sans formation préalable ? Il y a deux faits qui permettent cet encadrement pédagogique. D'un part, il y a l'expérience de plusieurs années d'atelier pour certaines soignantes et d'autre part une connaissance de l'état physique et psychique des patients. D'abord, au sujet de l'expérience, non seulement il y a une connaissance grâce à cette expérience de l'activité, mais aussi grâce à des pratiques amateurs qui se réalisent hors de l'atelier. Ainsi, les soignantes concernées peuvent traduire certaines consignes du pédagogue aux patients et faciliter l'accès à des actions spécifiques.

En parallèle, l'accès aux contenus pédagogiques et artistiques sont facilités au surplus, grâce à la proximité des soignants avec les patients, dans le quotidien du service psychiatrique. Cette proximité semble leur permettre de mieux accompagner l'adaptation de la proposition à la

singularité des participants. Concrètement, elles/ils vont reprendre verbalement un exercice avec les patients et dès fois même par un accompagnement gestuel et tactile lorsque le besoin se manifeste. Même si ces interventions sont ponctuelles, elles font partie intégrante du contexte pédagogique.

- **pratiquants en danse**

Le statut d'accompagnant s'enrichi ici par le rôle du pratiquant en danse. Les soignants participants suivent les mêmes consignes pédagogiques que les patients et s'exposent ainsi comme êtres expressifs et sensibles face à eux et avec eux, dans des jeux d'interaction chorégraphique. Ce rôle est plus difficile à assumer, parce que ça demande une certaine disponibilité, voire un certain abandon aux propositions pédagogiques et artistiques pour accéder à leur propre authenticité expressive. Leur responsabilité de soignant oblige un va-et-vient entre accompagnant et danseur, imposant ainsi une discontinuité du vécu expressif.

- **soignants**

Etre soignant est la priorité absolue sur la liste de rôles à assumer pour l'équipe soignante. Pendant l'atelier, ils vont aider les patients qui rentrent dans des crises d'angoisse et les rassurer pour pouvoir continuer la séance. Ils supervisent constamment aussi la pratique pédagogique, pour des éventuelles prises de risque par rapport à la psychopathologie de certains patients. Enfin, ils vont devoir occasionnellement quitter l'atelier, pour accompagner un patient qui ne va pas bien à l'hôpital.

3.1.3. La place et la posture des personnes hospitalisées dans le déroulé de la séance

Les patients sont soumis à une seule obligation concernant la séance : leur présence dans le lieu de l'atelier. S'ils ne sont pas en forme, ou si un quelconque exercice leur provoque un mal être, ils peuvent s'asseoir et regarder pour un bout de temps ou plus rarement, jusqu'à la fin de la séance. L'obligation de présence est liée à une déontologie de respect au groupe et un respect vis à vis de ses propres engagements, dans la logique de l'intériorisation d'une discipline extérieure vers l'autodiscipline. Je rappelle que, soit les patients ont choisi par eux-mêmes de participer, soit ils ont accepté l'invitation et ont essayé au moins une séance. Evidemment, ces conditions n'ont jamais été absolues. Les patients ont le droit de changer d'avis quant à leur engagement de participer à l'activité. Il y a des patients qui ont constamment besoin de stimulation extérieur pour participer, d'autres qui ont besoin d'être accompagnés pour modérer leur torrent expressive, mais également des cas plus singuliers qui n'appartiennent pas à ces deux extrêmes. Je tiens à rajouter que, comme aux courants danse-thérapeutiques, les patients

n'ont pas à savoir danser. Le pédagogue doit trouver les voies de passage pour accompagner les patients dans des états de danse.

3.2. Cadre pédagogique de l'atelier de danse contemporaine ciblé sur l'enrichissement des potentialités perceptives

Dans ce chapitre je présenterai mes applications des fondamentaux de la danse contemporaine et certains outils de la psychopédagogie perceptive qui visent au développement des potentialités perceptives chez l'étudiant. On examinera le rapport à l'espace, au temps, à soi et à l'autre avec des exemples de travail proposés pendant les ateliers Indigo.

Dans les pertinences sociales, on a questionné le séparatisme qui veut des limites entre moi, l'espace et le temps. Dans le livret des acquisitions techniques de la danse contemporaine (Hyon, B.; Mengual, M.; Papillon, B.; Rousier, C., 1999), il y a une séparation artificielle entre travail spatiale et temporel, pour faciliter l'étude et l'élaboration des pratiques pédagogiques pertinentes, par rapport aux normes étatiques. Je développerai ici mon approche de la notion du temps en danse contemporaine.

3.2.1. La perception spatiale

L'espace étant un des fondamentaux de la danse, il occupe un volume d'enseignement important au sein de toute structure de formation à la danse et à toute pratique qui explore le mouvement corporel. On pourrait dire que l'espace est la matrice du mouvement et simultanément le lieu qui l'accueille. Avant de décrire mon approche pédagogique du travail spatial, je ferai une courte introduction à quelques problématiques pratiques autour de la notion espace-temps.

Si l'on considère que le mouvement est indissociable de l'espace dans lequel il se manifeste, on pourrait donc dire que tout déplacement et tout geste nourrit notre intelligence spatiale. En psychologie, comme en science physique, l'espace semble-t-il indissociable du temps : « Le temps constitue avec l'espace un tout *indissociable* » (Piaget, cité par Lacombe, 2007, p. 109). On réalisera alors une certaine difficulté de discerner les pratiques qui forment spécifiquement notre préhension spatiale. Pas nécessairement. Ça dépend de la direction qu'on donne à notre attention. Si l'on focalise sur les formes et les volumes des espaces, on fait ressortir une poétique spatiale. Si l'on se concentre sur les qualités de déplacement des formes et des volumes on laisse apparaître la temporalité, voir la musicalité de ces matières. D'une façon abstraite,

j'interprète tout mouvement comme déplacement d'un espace au sein de – et/ou par rapport à – un autre espace et ce mouvement spatial constitue le temps ; le phénomène qui englobe cette manifestation est l'espace-temps.

Nos cultures occidentales restent profondément affectées par un séparatisme entre corps et esprit qui semble se traduire ici, par une séparation entre espace-temps intérieur et espace-temps extérieur. Dans les approches courantes en danse contemporaine, l'espace-temps intérieur commence timidement à se répandre et surtout dans les approches enrichies par les pratiques somato-sensibles occidentales et orientales. Dauliach affirme le potentiel d'apprentissage du corps avec des informations émanant de l'intérieur de celui-ci : « *Le corps n'exerce pas une fonction de connaissances uniquement dirigée vers l'extérieur, mais est capable de se retourner sur lui-même, de devenir à la fois source et finalité de son exploration, de ses démarches gnosiques.* » (Dauliach, cité par Hélène Bourhis 2012, p. 14) En examinant le cahier pédagogique du Centre National de la Danse (France), on remarquera l'absence de toute notion d'espace intérieur. Le rapport à l'espace est limité au rapport du corps anatomique à l'espace environnant et le référentiel est égocentré, c'est-à-dire l'espace par rapport au sujet percevant. Mon approche pédagogique étudie deux espaces inséparables et entraîne l'attention à percevoir des dialectiques spatiales qui s'y manifestent : l'extérieur (dehors) et l'intérieur (dedans).

- L'espace extérieur

On aborde l'espace extérieur en s'appuyant aux fondamentaux de la danse contemporaine : les directions-orientations (coordonnées spatiales Cartésiennes), les niveaux, les volumes et les formes, les amplitudes, le proche et le lointain (kinésphère de Laban, spatialisation en PPP) etc.

Pour relier la kinesthésie avec le cognitif et l'imaginaire, j'incite souvent les étudiants de projeter leur geste ou leur attention aux espaces très, voir extrêmement lointains : hors du studio, hors du pays et dès fois vers des corps célestes.

Au début de l'atelier je dispose de plusieurs outils pour l'éveil et le jeu spatial :

- L'occupation aléatoire de l'espace en marche et en groupe, avec diverses consignes qui stimulent entre autre la vision périphérique.
- La gymnastique sensorielle de la PPP ; mouvements physiologiques, avec des consignes propres à la PPP, pratiqués dans divers directions et plans de l'espace.
- Des exercices en lien avec le rapport au sol, la construction des appuis comme charnière entre le travail postural et le travail spatial.

- Des fondamentaux du déplacement spatial commun, comme la marche dans les six directions (droite, gauche, avant, arrière, haut, bas), ou des danse inspirées des danses traditionnelles et de l'expression primitive.

- L'espace intérieur

Dans le déroulement de l'atelier, l'accès à l'espace intérieur se réalise principalement à travers des consignes verbales, s'appliquant à tout geste et à tout déplacement. En règle générale, je n'éveille pas l'intériorité dans les exercices de rythme (tonicité élevée), mais plutôt dans la pratique de la gymnastique sensorielle, les échauffements posturaux, le toucher de relation et l'improvisation chorégraphique (voir sous-chapitres 3.2.3. et 3.3.1.) Le but recherché est d'éveiller la perception de soi dans ses volumes anatomiques, avec des nuances qui ne sont pas facilement accessibles dans la vie quotidienne. Ensuite, l'intention pédagogique globale impose une intégration de cette perception *spatiale* de soi, dans un schéma perceptif global qui inclut l'environnement. Evidemment, c'est une étape assez difficile à traverser pour des personnes qui ont une image du corps affecté par des psychopathologies. Toutefois, l'atelier danse concerné ici, est un laboratoire où l'on peut défier continuellement les modalités perceptives habituelles et chercher des nouvelles voies de passage, enrichissant ainsi les procédés pédagogiques.

Ci-dessous un exemple de proposition pédagogique qui vise à éveiller la perception spatiale de l'intérieur du corps.

Prise de conscience du **volume du tronc** avec les consignes suivantes : mouvement libre (improvisation), lenteur, et puis je demande un déplacement aléatoire du volume d'air dans les poumons plutôt que le déplacement évident du tronc. Le fait de diriger son attention vers l'air dans les poumons semble stimuler une sensation de volume dans la perception du tronc. Les effets immédiats sur l'expression sont un ralentissement supplémentaire du mouvement, un regard intériorisé et des réactions respiratoires (inspiration profonde, apnée etc.). Évidemment, mon observation reste anecdotique et ne représente aucunement une preuve d'une quelconque « efficacité pédagogique ». Pour vérifier le vrai impact de telles propositions, on nécessiterait un autre projet de recherche qui viserait à étudier le témoignage de participants.

3.2.2. La perception temporelle

Un sujet complexe, tant aux sciences physiques qu'aux sciences médicales, **la perception du temps** génère beaucoup d'activité artistique, mais aussi universitaire :

« Dû à son haut niveau d'abstraction, les difficultés à définir le temps s'appliquent également lorsqu'il est question de définir ce qu'est la perception du temps. [...] Les

études psychophysiques ont depuis démontré que la perception temporelle est une caractéristique émergente d'un percept (représentation mentale d'un objet ou d'une réalité physique par la perception) et qu'elle dépend beaucoup du contexte ». (Devost, 1995, p. 60)

On constate dans cette conception de la perception temporelle, une absence de référence au rôle de la proprioception, mais ceci étant un sujet vaste, je ne rentrerai pas à une étude de cette problématique. Je vais me contenter alors de décrire mon approche qui, par affinité, implique un rapport intense avec la proprioception⁵⁴. La proprioception par nature est liée au temps présent, comme l'art de la danse et de la musique ou la performance artistique n'existe qu'au temps présent. Le temps se mesure avec le mouvement de *l'acteur* (celui qui agit), sa perception de son mouvement et l'intrication de son mouvement avec les mouvements et espaces extérieurs. Former quelqu'un alors à une érudition spatiale, serait peut-être le sensibiliser aux nuances perceptives du mouvement gestuel, du mouvement sonore, ou encore du mouvement de la lumière.

Pendant mes études universitaires aux USA, j'avais retenu l'extrait d'un texte sur la recherche somatique qui m'a marqué : « *La façon la plus rapide de faire taire l'esprit c'est de bouger le corps* » (Source inconnue). C'est aujourd'hui que je réalise la complexité de cette phrase. Grâce à la rencontre et au travail avec l'intériorité du mouvement, la réciprocité actuante, je prenais conscience que je pourrais faire « taire » l'esprit même dans l'immobilité : il suffisait d'être en contact avec son mouvement intérieur. L'obsession avec le passé ou le futur crée des tensions psychiques constantes. La danse et la musique nous obligent de résider dans des temporalités présentes et renouveler cette fameuse présence à soi.

« La présence à soi en danse est reliée à un état de conscience hautement éveillée du danseur à ses sensations, à l'état dans lequel il se trouve, à sa gestuelle, aux autres danseurs. Cet état de conscience ou de présence à soi est de plus en plus au cœur des préoccupations de la recherche sur l'interprétation en danse. [...] Cette capacité de conscience du sentir donne au danseur une qualité d'attention amplifiée. Il raffine alors son intention et met l'emphasis sur le processus du mouvement plutôt que sur sa finalité. » (Bienaise, 2008, p. 12)

Ce processus du mouvement est le temps. On rencontre ici la dimension temporelle de la présence à soi. Dans la pratique de la danse contemporaine, on aborde la notion du temps surtout

⁵⁴ Proprioception : « *Qui se rapporte à la sensibilité du système nerveux aux informations provenant des muscles, des articulations et des os. La sensibilité proprioceptive complète les sensibilités intéroceptive (qui concerne les viscères), extéroceptive (qui concerne la peau) et celle des organes des sens. Elle permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps (position d'un doigt par rapport aux autres, par exemple) et donne au système nerveux, de façon inconsciente, les informations nécessaires à l'ajustement des contractions musculaires pour les mouvements et le maintien des postures et de l'équilibre. [...] »* (Référé à : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/proprioceptif/15559>)

à travers l'étude de la temporalité musicale et gestuelle. Concernant l'étude de la temporalité gestuelle, la façon idéale me semble-être le travail en silence.

- Le silence

Quel espace pour le silence dans une société accélérée et hyperactive? Le silence comme absence de son peut être traduit comme immobilité, parce que s'il n'y a pas de mouvement il n'y a pas de son. Bien évidemment on reste dans une conception de mouvement relative (relative, car la physique nous enseigne que l'immobilité absolue n'existe pas et qu'elle serait seulement un concept construit par l'humain).

Persuadé que ce silence - immobilité relative stimule la perception de soi, j'applique régulièrement d'exercices qui confrontent les étudiants avec des époques gestuelles comme la pause soudaine, le ralentissement progressif, la focalisation sur une partie du corps avec les yeux fermés, ou les actions de groupe lentes et très silencieuses etc. Ce travail se fait sans musique, justement pour laisser apparaître les rythmes et les mélodies contenues dans les élans expressifs des étudiants-danseurs. N'empêche qu'on peut obtenir une *esthétique du silence* même avec une lecture de musique enregistrée en parallèle. C'est-à-dire qu'il y a une suspension des pensées, un ralentissement qui se manifeste qui produit ce phénomène de silence relatif. Il y a plus de temps et de l'espace pour percevoir autrement. Dans ce cas la musique choisie ne devrait pas avoir une temporalité trop imposante pour stimuler ou *inspirer* le participant vers une exploration rythmique personnelle.

- La lenteur

La lenteur fait partie intégrante de mes ateliers et cours de danse depuis très longtemps. C'est un moyen d'éprouver d'une façon minutieuse notre corporéité. J'ai bien démontré l'origine de cette motivation de ralentir une partie des séances de danse, dans mes pertinences personnelles et professionnelles. Dans le déroulé des ateliers Indigo, je commence souvent l'échauffement par des séances de *gymnastique sensorielle* (PPP) qui me garantissent une lenteur *organique* avec des paramètres qui respectent la physiologie corporelle. La durée de ces séquences peut varier entre 10 et 20 minutes. Même si de l'extérieur, ces exercices semblent faciles, leur exécution reste un défi, non seulement pour les patients, mais aussi pour les soignants, voire des danseurs professionnels. C'est un travail qui croise la perception du temps, de l'espace et de soi par le biais des coordinations gestuels et des déplacements minimaux. Les segments gestuels s'entrecoupent en générale par des « *points d'appui*⁵⁵ », une sorte d'apnée gestuelle qui

⁵⁵ Point d'appui : arrêt circonstancier du mouvement sensoriel.

participe à la cadence et permet des réagencements spontanés de la tonicité corporelle. Ce processus stimule la perception de ce qu'en PPP se nomme *mouvement sensoriel*, ou *mouvement interne* : « *Le mouvement sensoriel est un mouvement interne qui reproduit dans la matière (donc de façon invisible) un mouvement gestuel, en respectant ses axes, son orientation, son amplitude, mais dans une lenteur extrême* » (Littérature grise, Hélène Bourhis).

La danse ça mobilise corps et esprit, ou plutôt le corps-esprit ; ça mobilise nos potentiels d'action mais aussi nos potentiels de penser autrement : « *C'est en un sens une autre façon de penser, mais une façon qui produit des idées impossibles à concevoir dans l'immobilité* » (De Spain, 1995, p.48). Beaucoup de personnes hospitalisées en psychiatrie se retrouvent dans des états de corps complexes qui, très souvent, imposent une certaine inertie posturale et gestuelle. Se mobiliser en partant d'un état d'inertie, sans d'abord accéder à une spontanéité sensorimotrice, peut s'avérer-t-être un acte agressif vis-à-vis de la subjectivité corporelle. La danse en lenteur c'est une façon d'éviter cette violence et de se mettre en mouvement en accueillant l'inertie. On potentialise cette inertie en la transformant en *point d'appui*. Mais l'immobilité relative du *point d'appui* est une mobilité autre ; c'est une posture dynamique où l'on perçoit le *mouvement interne* lorsqu'on est habité par la *réciprocité actuante*. Dans notre cas c'est le pédagogue qui accompagne ce processus, par le guidage verbale. Lui-même dans une situation de réciprocité avec les participants, il dirige cette symphonie polyrythmique de lenteurs du groupe avec une attention élevée. Cette qualité de lenteur je la transmets avec plusieurs outils, les plus importants étant la *gymnastique sensorielle* et le *mouvement libre* (ou *improvisation*). Comme on a vu dans le champ théorique (PPP), il suffit d'accompagner la personne dans une expérience extra-quotidienne qui met en défi ses capacités attentionnelles. Outre les expériences de danses en lenteur extrême, je propose aux participants des extraits du mouvement codifié de la PPP qui font partie de la gymnastique sensorielle. Dans cette situation de *paroxysme perceptif*⁵⁶, les participants explorent leur mobilité et leur ressenti avec des déplacements et de gestuels plutôt simples mais en accord avec la physiologie du mouvement.

- Le rythme

Sans ordre rien ne peut exister ; sans chaos rien ne peut évoluer. (Inconnu)

⁵⁶ « *Ce que D. Bois [...] appelle le "paroxysme perceptif" : "la qualité d'attention grâce à laquelle on est présent à la totalité de soi engagé dans le mouvement" (Leão, op. cit., p. 237). Il s'agit de conditions à la fois extérieures (par exemple lenteur de réalisation du geste) et intérieures (concernant l'attitude de la personne, l'orientation de son intention et de son attention) qui, par leur caractère justement inhabituel, sortent les instruments perceptifs de leur fonctionnement naturaliste. La perception se trouve disponible pour atteindre des seuils non ordinaires mais dont il faut bien admettre qu'ils appartiennent à la potentialité humaine de conscience perceptive.* » (Berger, 2004, p.123)

Le rythme est cette oscillation de présence - entre deux ou plusieurs pôles - qui traversent avec ses va-et-vient toutes les manifestations du vivant et du monde physique. Dans ses arrangements binaires elle porte l'assurance de durée et de régularité et dans ses expressions ternaires le potentiel de transcender un ordre établi, vers des nouvelles formes. Et comme on a argumenté auparavant (2.3.1.), ce sens musical, ce jaillissement rythmique est ancré dans le mouvement corporel de l'artiste en action, danseur comme peintre :

« Le rythme est la façon dont – quel que soit le mouvement contenu à travers la figure peinte et son immobilité – la forme se dote d'une vitesse, d'une impulsion d'apparition ; impulsion par laquelle les formes, dynamiques ou statiques, s'imposent à nous à travers un accent, une fréquence, une amplitude ou le maintien d'une intensité dans la présence d'une figure corporelle sans mouvement. » (Guisgand, 2004, p.4)

Mes applications du jeu rythmique en danse contemporaine ne sont pas dans une perspective de « soin », pourtant on y observe des effets considérés comme thérapeutiques : apaisement des tensions et des angoisses, stimulation des rapports sociaux, vitalité, etc. C'est justement ce lieu de croisement qui me préoccupait avant ; ce flou des limites entre pédagogie, thérapie et art. Dès fois j'applique des exercices inspirés de mon faible expérience en danse-thérapie sans pour autant avoir une intention soignante. C'est plus l'aspect dansant que je mets en avant. D'ailleurs, il y a apparemment un professionnel reconnu de l'expression primitive qui ne se revendique pas danse-thérapeute : « [...] un danseur Haïtien de la compagnie Dunham, Herns Duplan pratique "l'expression primitive" à caractère soignant dans les milieux des français de la santé, sans se vouloir danse-thérapeute » (Vaysse, 2009, p.75)

Exemple d'application d'un exercice de l'expression primitive : synchroniser le groupe en cercle sur une rythmicité percussive accessible en proposant des danses qui intègrent les fondamentaux spatiaux (haut-bas, avant-arrière, droite-gauche en latéralité et droite-gauche en giration). Très souvent, après avoir accompli un nombre de formes, j'incite les participants de dissoudre le cercle (quitter l'ensemble structuré) et aller progressivement dans une improvisation rythmique libre dans un ensemble désordonné avec des rencontres spontanées et aléatoires. Dans les intentions pédagogiques, on peut y retrouver *le rapport au sol, la capacité d'écoute, la coordination, le lâcher-prise*, etc. aussi valorisés en danse contemporaine.

En outre, je nourris le travail sur la rythmicité non seulement de la danse-thérapie mais directement de danses traditionnelles, populaires, voire même de danses contemporaines⁵⁷. Bernardo Montet a souvent intégré un travail rythmique dans l'entraînement de sa compagnie qui rassemblait à des danses traditionnelles, tout en gardant un caractère dite *brute* (évitant

⁵⁷ En pluriel ici pour mettre en avant son caractère pluriel et multiforme.

des stylisations).

Dans l'atelier Indigo, le travail rythmique n'est pas toujours évident. Il y a une fatigabilité des patients liée à leurs pathologies et/ou traitement médicale à prendre en compte. Il faut aussi considérer des schémas corporels très affectés pour certains patients, résultants à des soucis d'intégration des consignes pédagogiques : mauvaise coordination entre droite et gauche, incapacité d'ancrage au sol, battement rythmique décalé avec la musique, insistance sur la syncope plutôt que sur le temps fort, etc.

- Diversités temporelles

L'humain s'est montré capable de multiplier l'organisation temporelle dans ses danses, musiques et créations plastiques ; formaliser les polarités mais aussi déconstruire les normes de toute sorte dans des aventures *polyrythmiques*⁵⁸ et/ou *atonales*. On a atteint un tel niveau d'érudition rythmique et musicale qu'on parle aujourd'hui d'intelligence musicale. Schott-Billmann considère cette intelligence en deçà des évolutions historiques et culturelles :

« Les musiques et les danses actualisent, dans une multiplicité infinie de variations particulières, la structure universelle du cœur; expression d'une sorte de principe absolu, témoignant ainsi de la perception également répandue sur la planète et de nature esthétique (au sens fort et premier de sensible), d'une réalité intemporelle qui transcende les déterminismes socio-historiques » (2005, p. 174-175)

Pour amener les étudiants à s'ouvrir à des expériences de temporalités multiples j'ai divers outils :

- L'improvisation libre avec des consignes sur les variations temporelles pendant l'action. (Avec ou sans musique enregistrée)
- Le *mouvement codifié* (PPP) avec une insistance sur la durée du trajet, ou sur la qualité du déplacement, ou encore sur le point d'appui (genre d'apnée gestuelle).
- Les immobilités imposées après une action.

3.2.3. La perception de soi

C'est presque redondant de présenter la perception de soi séparément, parce que c'est inséparable du travail spatio-temporel. Dans le déroulement des ateliers, j'alterne les situations de prédominance rythmique présentées ci-dessus et situations d'une prédominance perceptive.

⁵⁸ En musique, emploi simultané de deux ou plusieurs structures rythmiques différentes dans leur constitution. Ce procédé, spontanément apparu dans les musiques traditionnelles, est utilisé de façon systématique par I. Stravinski, O. Messiaen, B. Bartók et de nombreux auteurs du XX^e s. (Source : Larousse en ligne)

Ensuite, je mets en scène des actions où les participants sont amenés à s'exprimer et à communiquer avec des gestes et/ou des paroles tout en gardant une certaine qualité de *présence à soi*. Cette qualité de présence se base sur un dialogue psychotonique entre soi et soi d'abord et puis entre soi et l'autre et soi et l'environnement. Elle se développe par une stimulation de la faculté attentionnelle de la personne, un renouvellement du rapport au ressenti corporel et à l'environnement. La lenteur est l'outil par excellence pour (re-) lancer un paroxysme perceptif et accéder à cette richesse du ressenti qui fera la base de rétablissement de la réciprocité actuante avec des effets visibles sur la présence à soi :

« La présence à soi clarifierait en effet la relation que le danseur a avec lui-même, lui permettant de donner à voir dans son geste l'expression réelle de son intériorité et ainsi de s'exprimer avec justesse et "authenticité". » (Bienaise, 2008, p. 142)

On remarque une exagération des soucis posturaux des personnes hospitalisées en psychiatrie, et dans notre cas majoritairement affecté par des psychoses. Ces soucis posturaux sont, d'ailleurs lisibles aussi chez un grand nombre des personnes sans condition psychopathologique déclarée. Je peux en témoigner de ma longue expérience de pédagogue en danse contemporaine avec des populations très diverses. Je soupçonne que le mode de vie sédentaire occidentale y contribue largement : durée et formes de la position assise, manque d'activité physique, rapport à la nature limité, etc. Le travail de perception de soi, passe nécessairement par un travail postural ; se reconnaître comme être vivant qui se tient debout face à la vie, avec son histoire, son caractère, ses idées.

Une des exercices que j'applique occasionnellement pour stimuler la perception intérieure : pendant une improvisation de groupe assez cardiotonique, je demande un decrescendo (diminution progressif de l'intensité gestuelle et de l'amplitude) jusqu'à l'immobilité. Juste avant d'y arriver, je leur demande de fermer les yeux et de conserver la même qualité de mouvement à l'intérieur de leur corps ; dans l'immobilité posturale accompagner leur danse qui continue à l'intérieur. Enfin, je demande de redémarrer le mouvement extériorisé (ou pas).

Un autre exercice qui marche avec tout public, même des enfants : après une marche cardiotonique, aléatoire en groupe je demande un arrêt radical et puis une marche extrêmement lente avec les yeux fermés. De plus, c'est un excellent travail sur l'aspect spatiotemporel du déplacement.

3.2.4. La perception de l'autre

Cette dernière concerne autant le pédagogue, l'équipe soignante et les personnes hospitalisées. Dans mon courant de danse contemporaine, transmis par Bernardo Montet on réapprend à rencontrer l'autre : on ne banalise pas le *duo*. On se met dans une situation d'écoute envers nos motivations de rencontre, envers nos états de corps, envers l'espace et ensuite on laisse venir la situation de rencontre. Montet insistait sur ces rencontres sensibles pour éviter le caractère volontaire d'un acte découpé de sa motivation. Le but était de provoquer des rencontres *poétiques* et surtout *authentiques*. L'approche de la PPP était tout à fait compatible avec cette approche de *l'autre-sujet-sensible*.

Evidemment, j'aborde aussi la rencontre de façon plus légère et ludique, comme en échauffement avec des musiques percussives, où les participants en déplacement libre sont incités à toucher légèrement le dos des personnes qu'ils croisent, à se faire des clins d'œil, des grimaces, etc.

En générale je place plutôt des ateliers de travail à deux, ou en groupe à la fin des séances dans les jeux d'expressivité et de créativité.

- **Toucher l'autre : le toucher de relation**⁵⁹

Encore une fois la lenteur : elle nous donne accès à une rencontre inédite avec l'autre, par le biais du toucher de relation. La lenteur est la clé d'accès à une richesse perceptive et cette fois-ci ça concerne le toucher. Ralentir son toucher pour mieux sentir la profondeur, le volume, la chaleur de la rencontre : « *le toucher (...) est le point de départ d'une reconstruction de la fonction identitaire et du sentiment de corporéité qui participe au sentiment d'unité somato-psychique.* » (Courraud, 2007, p. 126).

Lorsque je propose aux étudiants de toucher, je leur dis de toucher avec le corps entier : toute ma posture en écoute de l'autre à travers les mains. L'accompagnement par la voix, le guidage verbal, avec une réciprocité éveillée, est primordial pour la transmission pédagogique. Tout au long de la séance je veille à rester calme et à entretenir ma réciprocité, mais ce n'est pas toujours évident. Le groupe est très hétérogène et avec diverses manifestations psychopathologiques qui peuvent dès fois m'affecter. Même si les patients ont du mal à accéder à leur réciprocité pour pouvoir toucher d'une façon sensible, je continue à chercher des voies de passage à travers des jeux créatifs. Dès fois c'est aussi difficile pour les soignants.

⁵⁹ « *Le toucher du Sensible est une forme de toucher de relation qui met en jeu le « corps Sensible » ou le « Sensible du corps ». Le Sensible du corps est cette rencontre pour le soignant comme pour le soigné avec des sensations organiques de volume, de complétude, d'unité, de chaleur et de profondeur, amplifiant l'agréable sentiment d'être impliqué dans un dialogue où tout de soi est concerné. Ces perceptions participent intensément aux soubassements somato-psychiques du sentiment de soi et du goût de soi* » (Source : <http://www.fasciatherapie-patient.com>)

3.2. L'expressivité et la créativité chorégraphique

Dans le cadre théorique on a séparé les notions d'expressivité et de créativité, tout en reconnaissant leur intrication.

Concernant le défi de la transmission de l'expressivité, je cherche à mettre en jeu la perception de soi et de l'autre à travers le mouvement dansé et/ou des *mouvements sensibles*⁶⁰ pour laisser jaillir des gestes spontanés, porteurs de sens pour l'individu. Souvent, le choix musical participe à créer les conditions nécessaires pour des états d'authenticité. Il me paraît important de varier les propositions musicales pour accompagner l'advenir gestuel, et en général j'évite des musiques chargées émotionnellement pour que les participants ne s'adonnent pas reproduire, représenter le contenu affectif. Concernant la créativité gestuelle, je transmets aux étudiants la joie du jeu d'exploration gestuel : stimuler leur potentiel de réponse par le mouvement à des consignes spatiales, temporelles et sensorielles.

3.2.1. L'improvisation

L'improvisation occupe une place centrale dans la pratique pédagogique et artistique en danse contemporaine. C'est en somme la mise en application de diverses intelligences de l'individu dans un jeu expressif-crétif, avec des consignes spécifiques, ou sans contraintes (mouvement libre). C'est l'exploration esthétique du mouvement dans son premier sens « *aesthesis*⁶¹ » mais qui permet simultanément d'autres fonctions cognitives. Quelle impacts sur ma conscience lorsque je navigue dans mes élans gestuels, et quels impacts à l'observateur extérieur ? J'expérimente avec des consignes qui varient le rapport à soi, aux autres à l'espace, au temps et à l'imaginaire. L'application des consignes liées à l'imaginaire sont choisis pour leur stimulation de la sensorialité. Exemple : je demande aux danseurs dans un studio de danse, de marcher sur du sable chaud et sentir le souffle de l'air sur le visage.

Dans mon projet artistique-pédagogique Indigo, je propose des ateliers qui incitent l'individu à produire des formes personnelles qui correspondent soit à des consignes données, soit à une interprétation libre de leur état ou de leur situation dans le groupe. Pour certains patients, cela semble avoir des effets bénéfiques.

Une des inhibitions récurrentes en danse que l'on rencontre avec des étudiants en danse, est la peur d'apparaître ignorant ; la peur d'errer (erreur). La peur de ne pas savoir et de ne pas

⁶⁰ Mouvements vécus dans le contexte de la réciprocité actuante.

⁶¹ Du grec *aísthēsis* : sensation, perception

comprendre génère un sentiment d'impuissance ; un sentiment d'infériorité pour beaucoup d'individus dans nos sociétés d'évaluation constante des compétences et de compétitivité. De même pour le public des arts vivants : ne pas comprendre la danse contemporaine devient tellement gênant que l'on préfère de la fuir, de ne pas *l'aimer*. Il faut mieux aussi ne pas danser que se sentir stupide. Pour certains chercheurs scientifiques, d'oser poser des questions stupides, d'assumer un sentiment de stupidité, permet d'évoluer encore plus la science concernée :

« Stupidité productif signifie être ignorant par choix. Se concentrer sur des questions importantes, nous met dans la position inconfortable d'être ignorants. Une des belles choses au sujet de la science, c'est qu'elle nous permet de nous affaïrer sans résultat, se tromper à chaque fois et se sentir parfaitement bien tant que nous apprenons quelque chose à chaque fois. Sans doute, cela peut être difficile pour les étudiants qui sont habitués à obtenir les bonnes réponses. Sans doute, des niveaux raisonnables de confiance et résilience émotionnelle peuvent aider, mais je pense que l'éducation scientifique pourrait plus pour faciliter ce qui est une très grande transition: d'apprendre ce que d'autres ont déjà découvert à faire vos propres découvertes. Le plus à l'aise nous devenons d'être stupide, plus profondément nous pataugerons dans l'inconnu et plus nous serons susceptibles de faire de grandes découvertes. » (Schwartz, 2008, p.121)

Dans l'art contemporain et la danse contemporaine, lorsqu'on ne se prend pas trop en sérieux, on profite de cette *stupidité* pour laisser apparaître d'autres aspects de nous. On erre dans des situations imprévisibles et que même s'ils ne sont pas toujours porteurs de sens, ils nous font rebondir à des nouvelles esthétiques, vers des nouvelles perspectives : c'est de l'improvisation libre, ou celle qui sait transcender les consignes. Cette prise de risque, présuppose une éducation artistique qui différencie *stupidité productive* et *naïveté esthétique*⁶². Pour aider les étudiants à dépasser cette peur d'errer, je propose souvent des improvisations sur le grotesque, le ridicule, le déformé. Evidemment ma question ne se pose même pas lorsqu'on est dans des situations de *réciprocité actante* : le regard de l'autre perd son pouvoir magique de nous déstabiliser.

3.2.2. La composition

Depuis très tôt dans ma carrière j'ai été influencé par le néo-expressionnisme allemand (danse-théâtre), et je me suis amusé à mélanger danse et art dramatique. Ensuite l'abstraction de Bernardo Montet m'a donné des outils pour épurer les contenus expressifs. Je me base sur ces choix artistiques pour ensuite laisser venir des nouvelles formes dans la *réciprocité* avec les participants. Très vite dans la saison artistique, je leur donne des consignes de composition chorégraphique. Je les accompagne à produire leur propre scénario solo, duo, trio ou en groupe

⁶² Je nommerai ici provisoirement, *naïveté esthétique*, toute reproduction de formes esthétiques caractérisé par l'imitation irréfléchie et/ou insensible des représentations d'autrui.

qui peut inclure la voix, la parole, le chant, une peinture, un poème, de la musique, mais aussi des gestes du quotidien. Une forme chorégraphique commence à prendre forme, souvent fragmentée par manque de temps, laquelle on partage avec des amis et collègues à la fin de la saison, d'une façon informelle et festive. Cette forme de partage donne en générale satisfaction aux participants et semble-t-être une expérience valorisante.

3.2.3. La représentation publique

En s'appuyant sur le travail de Bernardo Montet, entre autres, Louppe fait référence à un sens d'accomplissement et de singularité identitaire qui se manifeste dans la confrontation avec le public : « *Chez certains chorégraphes français, c'est l'incidence performative de l'œuvre qui en génère le texte même, et l'identité ; l'œuvre alors tient entièrement dans une sorte de rituel d'accomplissement qui en fonde toute l'essence [...]* » (Louppe, 1997, p. 312) et Mayen confirme l'importance de la présence du public pour la construction du sens : « *Dans le domaine artistique, une posture phénoménologique invite à porter une grande attention à l'activité propre du spectateur dont le regard construit, actif et projectif, participe pleinement à la production du sens d'une œuvre, qui n'est jamais clos ni définitif.* » (2004, p. 26)

Je peux confirmer ce sens d'accomplissement dans mon propre parcours et dans celui des participants de l'atelier Indigo. Un accomplissement reconnu par le public qui interprète ensemble, avec les danseurs, les contenus expressifs par le biais de l'empathie kinesthésique⁶³ :

« *Mais on ne peut penser la danse en faisant abstraction des spectateurs. Tout au contraire, la danse engage le spectateur à participer à la chorégraphie, à résonner sur les tonalités sensuelles, sensorielles, imaginaires* ». (Midol et Praud, 2009, p.12)

Concernant le choix des participants, pour les représentations publiques qui se déroulent hors du cadre de l'atelier Indigo, comme des projets satellites indépendants ou plutôt interdépendants, on intègre des patients qui sont plutôt « stabilisés » et autonomes dans leurs déplacements en ville. L'épreuve de la scène peut être une expérience difficile à vivre pour quelqu'un dans un état de fragilité psychique.

C'est pour cette raison qu'il y a une série des problématiques à résoudre avant de proposer des performances publiques avec des personnes suivies en psychiatrie :

⁶³ « *Le spectateur de danse, même s'il ne bouge pas de façon visible, ressentirait l'émergence du geste dans son propre corps et saisirait les sensations qui en découlent. Cette notion de transfert du mouvement d'un corps à l'autre pourrait être appelée plus spécifiquement l'empathie kinesthésique* » (Bienaise, 2008, p. 35)

- Assurer un accompagnement pour les patients qui interrogent et communiquent les motivations de tous les acteurs, le chorégraphe inclus.
- Intégration souhaitable d'au moins un membre de l'équipe soignante dans la performance pour un soutien à l'accompagnement, mais aussi pour le sens de partage.
- Intégration souhaitable d'au moins une personne extérieure, en général danseuse (-eur) professionnel ou amateur.
- Discussion et accord sur le droit à l'image.
- Coordination des plannings complexes pour les répétitions.
- Adaptation de la dramaturgie de la pièce au potentiel des participants et intégrer la possibilité d'imprévu ; habituer les participants à l'improvisation dite « structurée » qui permet des adaptations chorégraphiques sans déstabiliser globalement la performance.

Dans les annexes 7 et 8, on peut voir les concepts et les contenus des projets de représentation publique avec l'association Omnivion, sous forme de dossier de presse.

DEUXIEME PARTIE

CHAMP ÉPISTÉMOLOGIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE 4

POSTURE EPISTEMOLOGIQUE ET DEVIS METHODOLOGIQUE

Cette section est constituée de deux mouvements. Le premier aborde la posture épistémologique et déploie une argumentation en faveur d'une analyse qualitative, compréhensive, phénoménologique et de praticien chercheur. Le second aborde la méthodologie de la recherche qui donne lieu à la présentation des participants à la recherche, du mode de recueil des données et de la méthode d'analyse.

4.1. Posture épistémologique qualitative, compréhensive, phénoménologique et praticien chercheur

J'ai commencé ma carrière professionnelle comme danseur contemporain et à ce titre j'ai exploré de façon approfondi mon corps, ma gestuelle et le monde du sentir. J'ai appris que l'expressivité corporelle, surtout sous le sceau de la performance, nécessitait une réelle implication intérieure, mais aussi cognitive. Cette implication a été porteuse de production de connaissance sur ma façon d'être, de faire et d'interagir avec le monde sur le mode de l'art vivant. J'ai toujours eu le sentiment d'être à la fois danseur et chercheur en explorant l'univers du sentir corporel au cœur de ma sensorialité. Quand j'ai rencontré la psychopédagogie perceptive j'ai découvert tout un univers perceptif plus sensible, me donnant le sentiment, de distinguer des nuances dans le sentir, changeant mon rapport à l'art. Y-a-t-il une spécificité du sentir ? Qu'est-ce que sentir l'art ? Et depuis cette découverte, j'ai tenté de dégager progressivement divers aspects du ressenti corporel, qui s'amorçaient dans une véritable reconnaissance de mes composantes psychiques sous une autre perspective, marquant la valeur du qualitatif et des intensités. Je tiens à rappeler, que la pratique d'une danse contemporaine à caractère existentialiste que j'ai exploré, étudie surtout les états de corps, les états d'être et sollicite les composantes somato-psychiques des personnes.

Cette perspective, tout naturellement, me conduit à inscrire ma recherche dans le courant qualitatif et phénoménologique, qui du point de vu d'Eddy (2009), est adapté pour dégager des nouvelles connaissances dans le domaine des pratiques corporelles fortement convoquées dans la danse contemporaine :

« La période historique en sortant du XIXe et dans le XXe siècle était mûre pour un changement radical dans nos relations avec nos corps. [...] Dans le XXe siècle, pendant que le rationalisme a été influencé par l'existentialisme et la phénoménologie, une évolution progressive s'est produite vers un soutien théorique de l'apprentissage expérientiel et de la recherche sensorielle, dans certaines parties de la culture scientifique et universitaire. Ces changements ont été catapultés par les théories de Dewey, Merleau-Ponty et Whitehead. L'enquête somatique a été soutenue par cette croissance de l'existentialisme et la phénoménologie, ainsi qu'à travers la danse et l'expressionnisme » (Eddy, 2009, p.6)

Étant devenu un artisan de la subjectivité et de l'expression sensible, j'ai adopté une posture de recherche qualitative, d'inspiration phénoménologique et interprétative :

« La démarche compréhensive s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais de système de valeurs de l'individu. » (Kaufmann, 1996, p.23).

En effet, je souhaite dans cette recherche questionner en profondeur les points de vue singuliers - mais dans un contexte social - des personnes présentes dans mes ateliers de danse. Ce questionnement ne cherche pas à apporter la preuve de l'efficacité de mes ateliers chorégraphiques sur les personnes souffrantes de troubles psychopathologiques, mais de faire une étude sur les phénomènes de conscience rapportés par les témoins / acteurs afin d'éclairer mon questionnement. En revanche, je souhaite savoir si la danse contemporaine associée à la pédagogie perceptive est appropriée à cette population particulière et à son contexte institutionnel.

Dans le souci d'inscrire ma démarche de recherche dans une cohérence épistémologique, j'ai choisi une méthodologie générale d'inspiration phénoménologique : *« L'analyse phénoménologique est un ensemble de techniques qui se situe entièrement dans l'approche compréhensive. »* (Mucchielli, 2004, p.191). Plus qu'une technique, l'approche phénoménologique implique une posture orientée vers les vécus permettant de cerner les phénomènes porteurs de sens : *« la science humaine phénoménologique est l'étude des significations vécues ou existentielles ; elle essaye de décrire et d'interpréter ces significations avec une certain degré de profondeur et de richesse. »* (Van Manen 1990, p.10)

L'approche qualitative que je désire déployer s'enracine dans le courant épistémologique de l'approche compréhensive. Selon Paillé et Mucchielli (2005) *« pour atteindre le sens il faut s'efforcer de comprendre le contexte présent, car seul le contexte peut faire apparaître la signification »* (p. 13). Ou encore, toujours selon les mêmes auteurs, *« il s'agit toujours d'un travail de mise en relation avec un contexte. »* (p. 12) Donc, il est clair que l'équipe soignante (psychologue, psychiatre, psychomotricien, éducatrice spécialisée, infirmière) connaît particulièrement le contexte constituant mon terrain de recherche et est susceptible de

m'apporter des éléments de compréhension par rapport à ma question de recherche. Il faut considérer le fait que les soignants qui répondront à l'enquête et moi-même qui analyserait mes données seront *impliqués, imbriqués et engagés* dans l'action. Il me semble que la complexité des interactions entre pédagogue-chorégraphe, soignants et patients justifie cette approche compréhensive d'inspiration phénoménologique.

L'essentiel de mon travail en analyse qualitative portera sur des données qualitatives et non comme cela est courant dans les sciences humaines sur une saisie quantitative des données, dans la mesure où je mènerai une enquête sur le mode de l'entretien auprès de six soignants. Vu le caractère expérientiel de l'atelier proposé, je m'inscris dans cette dynamique qui :

«...peut être définie comme une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène. La logique à l'œuvre participe de la découverte et de la construction de sens. Elle ne nécessite ni comptage, ni quantification pour être valide, généreuse et complète, même si elle n'exclut pas de telles pratiques. Son résultat n'est, dans son essence, ni une proportion ni une quantité, c'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet. » (Paillé ; Mucchielli, 2005, p.34)

Pour étudier alors les significations des événements au sein de l'atelier, je prends une posture de praticien chercheur. *« Le praticien-chercheur est un professionnel et un chercheur qui mène sa recherche sur son terrain professionnel, ou sur un terrain proche, dans un monde professionnel présentant des similitudes ou des liens avec son environnement ou son domaine d'activité. »* (De Lavergne, 2007, p.28). Mon travail m'a permis d'accumuler un grand nombre d'expériences, mais j'ai rarement eu l'opportunité de structurer mes connaissances et de théoriser à un niveau scientifique. Même si je possède un diplôme universitaire en danse et un autre en PPP, je n'en ai pas des écrits ou des publications qui s'enracinent dans un discours scientifique. Après une longue expérience dans le terrain, je ressens une *«...nécessité de développer de nouvelles compétences pour combler les écarts entre une pratique réflexive quotidienne et une pratique scientifique.»* (Wentzel, 2010, p.48)

4.2. Méthodologie de recherche

Ma posture épistémologique me positionne dans une dynamique exploratoire. Dans la pratique, comme dans le traitement des données de recherche, je tenterai une approche qui privilégie la description phénoménologique, tout en gardant à l'esprit le souci de donner de l'amplitude au texte, en le creusant pour en découvrir son sens et ses variations. La posture épistémologique et le mouvement méthodologique, qui présidera à cette recherche, s'engagera dans une

herméneutique pour dépasser les évidences de première instance. Dans ce sens, le mouvement herméneutique que je souhaite déployer s'articulera en trois étapes, la compréhension, l'interprétation et l'application. En effet, il ne suffit de saisir le premier contact avec le texte, mais de le déplier : « *Toute la phénoménologie est une explication dans l'évidence et une évidence dans l'explicitation, telle est l'expérience phénoménologique. C'est dans ce sens que la phénoménologie ne peut s'effectuer que comme une herméneutique.* » (Ricœur 1986, p.81)

4.2.1. Les participants à la recherche

Ma recherche vise à mieux cerner la pertinence de mes propositions pédagogiques et artistiques, en prenant en considération le point de vue du personnel soignant qui participe activement aux côtés des patients danseurs. Au départ, je souhaitais donner la parole aux personnes hospitalisées qui participaient à mes ateliers chorégraphiques, mais devant leur état psychique il ne me paraissait pas pertinent de les interroger, du fait des effets des médicaments psychotropes, mais aussi de la pauvreté de leur élocution, limité à des propos basiques du genre : « *Oui, c'était très bien* ». Même si le propos, bien que limité, pouvait s'avérer intéressant comme éventuelle production de connaissances, je décidais néanmoins de ne pas les interviewer directement, car ce qui m'intéresse, est de recueillir le témoignage des experts du domaine psycho-médical, plus habilités à donner des informations valides, quant à la pertinence de proposer la danse contemporaine en milieu psychiatrique.

- Contexte de ma recherche et participants :

Avant de décrire les participants à ma recherche il me semble nécessaire de faire un bref rappel du contexte de ma recherche. La motivation qui a présidé à me lancer dans l'aventure de la recherche est partie d'une hypothèse que je souhaite vérifier : *la création chorégraphique peut s'avérer bénéfique auprès des personnes hospitalisées en psychiatrie*. Cependant, du fait de la vulnérabilité des patients, il me semblait qu'il fallait mettre l'accent sur la pédagogie. C'est pourquoi je me suis appuyé - dans le cadre de cette recherche - sur la psychopédagogie perceptive, que je considère particulièrement adaptée à la santé physique et psychique.

L'atelier s'exerce sur des lieux divers, en partenariat avec les trois cliniques psychiatriques du CHRU de Tours (A, B et la Chevalerie). L'activité se réalise dans un cadre associatif (Omnivion/ Arts d'être corps), sous ma propre direction, mais l'enquête va concerner aussi les années précédentes au sein du Centre chorégraphique national de Tours. Il a été signé une convention auprès de la direction générale du service psychiatrique, pour mettre en place cette

activité, renouvelée chaque année pendant sept ans. Cet accord portait sur un minimum de quatorze séances par année scolaire et un maximum de dix-sept séances.

Initialement le groupe avait 5 patients et progressivement son nombre a augmenté à 20. Pour chaque groupe de 5 patients, il y avait 2 soignants (infirmiers et/ou psychologues). L'année 2011-2012, leur nombre étant aussi important (20 patients et 8 soignants), le bon déroulement de l'atelier nécessitait de réduire leur nombre. C'est pourquoi dans la saison 2011-2012, j'ai séparé le groupe en deux, pour insister sur la qualité du travail et sur l'expression personnelle ; chose qui facilitera également mon implication de chercheur et de praticien.

Durant toute mon activité pédagogique, j'ai rencontré des exigences directement liées au contexte et à l'environnement hospitalier et l'état des patients sous médication, constituait une réelle problématique qui ne me permettait pas de les interviewer directement. Face à cette problématique majeure je me suis orienté vers le témoignage du personnel soignant qui participait de façon active à mes ateliers chorégraphiques. A ce titre, les participants à ma recherche avaient une double posture, celle d'acteur qui vivait l'expérience de l'atelier et celle de soutien psycho-médical au groupe. Le plus souvent, aux deux tiers du temps, les soignants participaient pleinement aux exercices et lorsqu'une problématique émergeait chez certains patients, ils reprenaient leur rôle de soignant. Le matériau de recherche concerne des segments temporels spécifiques à chaque soignant, proportionnellement à la durée de leur implication à mes ateliers. Pour la circonstance de ma recherche, j'ai obtenu un accord signé de l'institution de tutelle pour mener à bien une recherche de master en psychopédagogie perceptive, option danse. (Voir annexe 2).

Parmi l'équipe soignante présent à mes ateliers, j'ai choisi six participants qui ont accepté ma proposition de témoigner sur leur expérience et notamment de « *comment ils ont perçu pour eux-mêmes et pour le groupe en leur qualité de soignant, les ateliers chorégraphiques* ».

Les critères d'inclusion portaient en priorité sur la dimension pluridisciplinaire du regard de chaque soignant en fonction de leur expertise. J'ai donc choisi un psychologue, un psychiatre, une psychomotricienne, une éducatrice spécialisée et deux infirmières psychiatriques. Un autre critère concernait l'ancienneté de leur implication dans mes ateliers, minimum deux années. Le caractère anonyme de l'enquête a été préservé sur la base de pseudonymes.

4.3. Recueil des données

J'ai fait le choix d'utiliser un guide d'entretien comme support à la dynamique de l'entretien. Sur cette base, j'ai pu questionner toutes les facettes de l'expérience rapportée par les participants et permettre aux personnes interviewées de déployer leur point de vue à propos de

leur participation aux ateliers et de leur faire évoluer vers des orientations répondantes à mon projet de recherche. Dans cette perspective, les soignants ont été amenés à réfléchir de façon inhabituelle à des phénomènes qui d'emblée ne se seraient pas donnés.

4.3.1. Organisation du guide d'entretien

J'avais comme point de départ des questions qui concernaient un plus large éventail que le simple point de vue du soignant sur la dynamique de l'atelier proprement dit. En effet, comme je l'ai mentionné dans la partie consacrée au mouvement théorique, il n'est pas simple d'introduire une activité artistique dans des institutions hospitalières, qui n'a pas a priori une vocation thérapeutique. Par ailleurs, du fait de cette exportation d'une activité artistique dans cet univers clos, auprès d'une population vulnérable, implique des modalités d'intervention éthiques et déontologiques. De plus, la danse contemporaine existentialiste, est particulièrement impliquant pour celui qui la pratique ce qui nécessite une précaution d'usage, qu'il me fallait questionner. Et en fin, je souhaitais identifier les outils pédagogiques les plus pertinentes et les éventuels effets thérapeutiques sur les patients à partir du point de vue des soignants.

Pour toutes ces raisons, j'ai réalisé un guide d'entretien sous la forme d'un tableau qui s'est appuyé sur les objectifs opérationnelles de ma recherche en dégagant des rubriques, des catégories, des sous-catégories, des thèmes et de 46 relances sous la forme de questions et qui se trouve en annexe 3.

J'ai choisi une position de compromis entre question ouverte et question fermée, tout en prenant soin d'adopter une formulation qui n'invite pas à répondre par « oui » ou par « non ». La proposition de relance invite l'interviewé à déployer sa pensée de façon approfondie et très ciblée sur le projet de recherche. La technique utilisée n'est pas idéale, dans la mesure où elle oriente les thèmes abordés et a tendance à ne pas laisser libre cours à la liberté du discours, même si la dernière question invite à aborder une thématique émergente : « *est-ce qu'il y a quelque chose d'autre que vous voudriez dire sur cette expérience ?* ». Cependant, prévoir les relances autour de thématiques a priori s'est avéré productif de nouvelles connaissances directement en lien avec les objectifs et la question de recherche, me donnant ainsi un matériau conséquent.

4.3.2. Application du guide d'entretien

Ce guide d'entretien a été appliqué de façon individuel et selon une perspective compréhensive, où malgré un entretien ciblé selon un modèle de relances a priori, les contenus recueillis sont

demeurés singuliers. De mon côté, malgré cette structuration de l'entretien, je ne me suis pas senti enfermé par les contraintes du guide d'entretien et j'ai eu au contraire le sentiment d'une enquête permettant de véritables émergences, tout en restant ancré dans l'expérience vécue par chacun des participants. De temps en temps, je me suis autorisé à réorienter certaines questions quand cela m'est apparu nécessaire, pour encourager certaines émergences, ou pour explorer certaines thématiques plus en profondeur.

4.3.3. Le déroulement de l'entretien

Les entretiens se sont déroulés de façon dual et pour de raisons de planning complexe j'ai mené ceux-ci étalés dans l'année 2014. Au niveau de la temporalité, la durée de l'entretien était variable d'un participant à l'autre, (la moyenne étant d'une heure et vingt minutes). Tous les propos ont été enregistrés avec la permission des participants et ont été par la suite retranscrits de la façon la plus fidèle possible. Cette procédure, a donné lieu à un matériau de 87 pages de recherche dont les lignes ont été numérotées, en préparation de l'analyse phénoménologique cas par cas et transversale.

4.4. La méthode d'analyse des données qualitatives

Cette étape représente la mise en main du corpus de données, qui m'a permis de m'immerger dans les entretiens pour chercher des premières unités de sens. « [...] *il s'agit simplement de dégager relever, nommer, résumer, thématiser, presque ligne à ligne, le propos développer à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse.* » (Paillé, 1994, p.154).

4.4.1. Construction d'une grille classificatoire

L'étape précédente a donné lieu à la construction d'une grille classificatoire des données, au fur et à mesure que j'ai pénétré le texte en profondeur. J'ai ainsi relevé six catégories de données qui sont naturellement en lien avec les relances du guide d'entretien et qui de ce fait prennent le statut de catégorie a priori. Je n'ai pas relevé de catégories émergentes suffisamment saillantes, pour figurer dans cette grille classificatoire et qui se décline de manière suivante :

- le contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse,
- les problématiques liées à l'état du patient,
- l'appréciation du soignant concernant l'activité danse,

- l'engagement et la présence des soignants dans l'atelier de danse,
- la valeur ajoutée de l'atelier danse dans le cadre thérapeutique traditionnel,
- la présence ou non d'effets sur les patients.

Cette catégorisation, m'a permis d'accueillir les données en lien avec la question de recherche : ***Quelle est la pertinence de proposer un atelier de danse contemporaine, auprès de personnes hospitalisées en milieu psychiatrique?***

4.4.2. Analyse phénoménologique cas par cas

Une fois les données classifiées, en trouvant leur place dans la grille classificatoire, j'ai formulé une intrigue phénoménologique. Cette phase consiste à saisir au plus près le témoignage et l'expérience des participants à la recherche afin de créer une dynamique d'ensemble qui met l'accent sur la cohérence du texte et sur les significations des énoncés. Pour donner du corps à l'intrigue phénoménologique, j'ai utilisé le mode de la narration pour mettre en scène les énoncés clés susceptible d'éclairer ma question de recherche et les différents enjeux portés par elle.

L'analyse phénoménologique que je compte développer dans ma recherche reprend les grandes lignes de l'analyse phénoménologique des données empiriques traditionnelles : « *le retour aux choses pour ce qu'elles sont, telles qu'elles se présentent, comme elles se présentent.* » (Paillé & Mucchielli, 2008, p.86).

- **Organisation générale de la structure de l'analyse phénoménologique**

- Fiche signalétique du participant : pseudonyme, âge, sexe, profession et durée de participation dans l'atelier.
- Organisation de l'analyse phénoménologique en catégories s'appuyant sur la grille classificatoire présentée ci-dessus.
- Organisation structurel de l'intrigue phénoménologique.

Dans l'analyse classificatoire, les données sont brutes, elles sont classifiées, catégorisées sans pour autant donner lieu à une formulation de cohérence sur la base d'un texte organisé sous la forme d'une narration. Pour autant cette narration sous la forme d'une intrigue, ne s'émancipe pas de son ancrage dans la réalité du témoignage. Il ne s'agit pas ici, de dépasser le texte en lui accolant des interprétations symboliques, qui ne respecteraient pas la pensée de la personne

questionnée. Cependant, grâce à cette mise en intrigue, nous sommes en mesure de construire un premier niveau d'interprétation, ou pour le moins un premier niveau de cohérence porteur de nouvelles significations. Grâce à la forme codifiée utilisée dans cette intrigue, où le chercheur s'approprie d'une certaine manière le texte en mettant en relief l'idée véhiculée dominante véhiculée dans chacun des énoncés. (Exemple : le propos de Katarina révèle une implication dans sa participation à l'atelier.) A la suite de cette courte introduction, apparaît l'énoncé pur, entre guillemets et en italique et qui vient confirmer l'idée dominante relevé par le chercheur. (Exemple : *progressivement, je me suis mise aussi à danser et vraiment à certains moments, on était des danseurs.*) À la fin de chaque énoncé pur, le chercheur met la référence qui se rapporte au texte initial, retranscrit et ligné. [Exemple : (K, L.181-182)] Ici le « K » correspond à la première lettre du pseudonyme du participant et le « L.181-182 » indique le numéro de la ligne dont a été extraite la portion. A certains moments quand l'énoncé pur, est long, ou quand il est porteur de plusieurs significations, le chercheur s'autorise à faire un premier mouvement herméneutique, en mettant en relief les fragments d'idées dominantes, portées par l'énoncé pur. (Exemple : nous voyons que la participante postule d'une part pour la continuité de l'atelier : « *il faut impérativement que ce genre d'atelier se poursuive* » (K, L.242) et d'autre part souligne l'importance de préserver un espace dédié à l'expression corporelle : « *C'est un lieu et un espace où il y a une expression justement du corps possible et il n'y en a pas ailleurs, il n'y a pas d'autres lieux où on peut exprimer avec son corps, dans un cadre donné, c'est une chance inouïe d'avoir cette possibilité-là* » (K, L.243-245). En procédant ainsi, nous voyons que le chercheur ébauche une première interprétation sur la forme d'une intrigue.

4.4.3. Synthèse et conclusion

Ce temps d'analyse vise à un degré d'interprétation plus profond, car il réalise une mise en sens collective selon une procédure de mise en interaction des contenus de tous les participants à la recherche. « *L'articulation des ensembles de données montrent des caractéristiques qui n'apparaissent pas dans l'interprétation individuelle. Il va de soi que cette exercice est complexe, car il doit tracer un portrait de la situation d'ensemble, sans trahir la situation singulière.* » (Bourhis, 2012, p.168). Pour réaliser ce mouvement herméneutique de synthèse, j'ai déployé une analyse sur la base d'analogies, de mise en contraste et des unités de cohérence à partir de transpositions ou de recoupement d'un témoignage à l'autre.

TROISIEME PARTIE

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

CHAPITRE 5

METHODOLOGIE D'ANALYSE

Après avoir présenté la posture épistémologique et la méthodologie qui m'a permis de ressembler les données, j'en arrive à l'analyse proprement dite. Cette section présente deux phases, à savoir l'analyse phénoménologique cas par cas, selon la procédure décrite précédemment ainsi que l'analyse transversale. Ce n'est qu'ensuite dans le chapitre six que je procéderai à la synthèse des résultats de recherche.

5.1. Analyse phénoménologique cas par cas

5.1.1. Analyse phénoménologique de Rose

Âge : 28 ans, Sexe : Féminin ; position : Educatrice spécialisée, Années au projet : 3

- le contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse

En ce qui concerne le contexte institutionnel, par rapport à l'activité danse, Rose met l'accent sur le fait que la mise en place d'un atelier artistique dans le milieu psychiatrique, doit être **décidée collectivement**, à tous les niveaux de l'institution : *c'est un atelier qui doit être décidé en équipe, équipe médicale, la hiérarchie, les cadres des services, les cadres supérieurs également et l'accord de la direction et l'association CLAPARED pour la subvention.* » (R, L.4-6) Cette participation collective, est en lien direct avec l'organisation de planning et de ressources humaines : *« il y a plusieurs services dans l'institution qui participent à cet atelier, donc chaque service s'organise à sa manière »* (R, L.6-12) et en lien avec la disponibilité du personnel soignant, pour accompagner les patients dans les ateliers au cas où il y aurait une problématique avec les patients : *« ça nécessite aussi qu'il y ait une infirmière de disponible ce jour-là obligatoirement par sécurité et aussi s'il y a un accident, s'il y a des malaises, pour les patients.* » (R, L.6-12). Ou encore, dans le même registre : *« Cela fait partie intégrante de notre rôle de surveillant, c'est un atelier qui est thérapeutique pour les patients, donc ils le voient d'un bon œil.* » (R, L.63-64).

On note, par ailleurs que cette dynamique collective est protectrice, dans la mesure où la participation des patients à l'atelier doit être volontaire et soumise à des **critères de sélection** par le personnel soignant : « *C'est un choix, un engagement de la personne, avec un accord médical, [...] pas de prescription. Une discussion [...] entre l'équipe soignante, le médecin psychiatre et le patient.* » (R, L.104-106) En fait, tout dépend du profil du patient et de la pertinence à faire un travail corporel par rapport à leur pathologie : « *c'est principalement des personnes qui sont atteints de troubles psychotiques, qui ont justement besoin de se recentrer sur leurs corps, comme des personnes qui peuvent être névrosées avec des problèmes d'images corporelles, des problèmes d'images de soi, d'estime de soi. [...] de personnes qui ont des troubles anxieux ou qui ont des sensations d'avoir des pertes de soi, physique.* » (R, L.97-101).

En ce qui concerne le **point de vue de la hiérarchie** par rapport à la pertinence de proposer un atelier danse, Rose confirme le bien-fondé de ce mode d'intervention et se fait le porte-parole des cadres : « *nos cadres [...] trouvent que c'est un atelier qui est assez original, qui ne s'organise pas habituellement* » (R, L.78-79), ainsi que de la hiérarchie médicale : « *La hiérarchie médicale est pour cet atelier, cela a été longuement discuté* » (R, L.66-67). En scrutant davantage le témoignage de cette participante on constate que la hiérarchie médicale a un jugement favorable sur l'atelier. En effet, nous relevons que l'atelier est thérapeutique : « *c'est un atelier qui est thérapeutique pour les patients, donc ils le voient d'un bon œil.* » (R, L.63-64) et qu'il a du sens dans ce contexte : « *c'était quelque chose qui tenait et qui avait du sens.* » (R, L.66-68) et que le travail proposé apparaît inhabituel par son caractère original : « *c'est un atelier qui est assez original, qui ne s'organise pas habituellement* » (R, L.78-79). Et enfin, ce travail est intéressant pour la population des patients psychotiques : « *principalement pour les psychotiques, c'est un travail intéressant.* » (R, L.80-81).

En ce qui concerne la **représentation publique** de fin d'année, l'avis est favorable du fait que cela permet une meilleure intégration des patients dans la vie sociale et que cela leur redonne confiance : « *ça ne dérange en rien au contraire, ça permet pour eux, d'être réinsérés complètement dans la vie sociale. Cela leur redonne confiance en eux aussi.* » (R, L.159-160)

- **les problématiques liées à l'état du patient**

D'une façon générale, les soignants doivent gérer trois phases avant la séance, pendant la séance et après la séance. On apprend qu'**avant la séance** il y a peu de patients qui spontanément demandent de participer à l'atelier, situation nécessitant une dynamique d'explication de l'activité : « *Pas beaucoup de personnes, on va dire, qui spontanément demandent à y*

participer ; ils ont besoin de beaucoup d'explications, sur à quoi ressemble cette activité, cet atelier, comment ça va s'organiser, qu'est-ce qu'il va être fait » (R, L.93-95). Chez les psychotiques, qui ont tendance à se mettre en retrait, voire même se cacher, la participation à l'atelier devient une source d'angoisse, dans la mesure où cela les expose d'avantage : « Pour d'autres personnes qui sont psychotiques, le avant est difficile, parce qu'il y a tout ce qui est préparation, organisation, le départ qui peut être source d'angoisse. D'autres qui se cachent dans l'institution, là c'est encore plus difficile » (R, L.261-264)

La deuxième phase, correspond à **l'accompagnement pendant la séance**. On y découvre des difficultés, comme un rapprochement des participants dérangeant, surtout au lancement de la séance, mais qui semble s'appriivoiser progressivement : *« c'était la collectivité et la relation à l'autre qui peut être dérangeante, le bruit, l'effet de masse et le rapprochement qui en tous cas, en début de séance était difficile et qui a commencé à s'appriivoiser au fur et à mesure » (R, L.118-120). Certains patients pourraient sentir des émotions négatifs : « Un envahissement et de l'angoisse principalement » (R, L.122) et Rosa indique que ça pourrait être engendré par le nombre des personnes présentes, le bruit ou le volume de la musique : « Je réfléchis sur ce qui aurait pu engendrer des difficultés, mais je n'ai pas d'exemple concret, à part une situation où un patient s'est senti très mal et a dû sortir du cours, parce qu'il y avait beaucoup de monde, beaucoup de bruit, la musique forte qu'il n'a pas supporté » (R, L.345-347). Enfin, elle ne pense pas que la prise de médicaments psychotropes influence sur leur comportement pendant la séance : « Savoir si le traitement influe sur le comportement ? [...] Pendant la séance, non je pense que ça ne perturbe pas, si le traitement est équilibré et qui leur convient, il est fait pour garder cette stabilité, je ne pense pas que ça influe pendant la séance » (R, L.370-373).*

Et la troisième phase se réfère aux **problématiques après la séance**. Rosa énonce la nécessité de suivi et de discussion de toute l'équipe, concernant la clôture annuelle de l'atelier : *« Les patients sont déçus que l'atelier s'arrête, mais cela a été travaillé avec eux avant, c'est-à-dire qu'on les a préparé avant » (R, L.353-354), fait qu'elle estime comme une continuité de soin : « La continuité du soin, passe par la parole, toute l'équipe, c'est toujours en discussion » (R, L.367).*

- l'appréciation du soignant concernant l'activité danse

Le témoignage de cette participante nous donne accès à l'opinion qu'elle a sur l'atelier de danse. On relève quatre grandes orientations, qui mettent en scène la structure organisationnelle, l'ambiance, l'éventuel impact sur les patients, la posture du pédagogue et la pertinence de la pédagogie déployée.

- La structure organisationnelle

En ce qui concerne la première orientation, il est **question du lieu et de la fréquence**. L'année 2012-2013, pour des raisons techniques l'atelier a eu lieu à l'intérieur de l'hôpital et la salle en soi n'a pas posé des problèmes : « *Le lieu, est tout à fait correct, il y avait de la place pour accueillir tout un groupe pour la chorégraphie* » (R, L.37-39), sauf qu'elle a observé quelques irrégularités d'engagement, liées à l'indifférenciation des espaces : « *L'inconvénient c'était que ça fait partie intégrante de la structure, donc généralement les patients ne différenciaient pas l'hospitalisation de l'atelier chorégraphique qui était partie d'un extérieur et du coup ça cassé un petit peu, par moment, les séances, parce que les patients rentraient, sortaient comme ils le souhaitent. Ils ne respectaient pas le temps, ne respectaient pas le début de la chorégraphie, la fin de la chorégraphie, c'était vraiment un désavantage.* » (R, L.39-44). Quant à la durée et la fréquence elle recommande des intervalles entre les séances assez rapprochées, parce que les patients ont besoin de repères : « *la fréquence, comparée à l'année dernière, était meilleure parce qu'il n'y avait pas un laps de temps trop long entre chaque séance, [...] Les patients ont besoin de se repérer également dans le temps et quand [...] c'était beaucoup plus long entre chaque séance, les patients n'étaient pas aussi réguliers, [...] et actifs [...].* » (R, L.28-34)

- L'ambiance

La seconde orientation aborde **l'ambiance de l'atelier** : « *C'est un atelier qui est riche, dans le sens de groupe, humain, corporel* » (R, L.73). La dimension humaine est favorisée par le rapport entre musique et états de corps qui donne le sentiment au patient d'être une personne et non un 'malade' : « *Pour les patients, le rapport avec la musique, de correspondre avec la musique, au niveau physique, verbal, au niveau de l'autre, tout ça pour un psychotique, c'est la guérison* » (R, L.402-404). Ce sentiment est renforcé par le fait de danser et d'être amené à ressentir le corps, à faire attention à son geste : « *Si un psychotique arrive à se sentir, lui, tout son corps, d'arriver à partager avec l'autre, d'arriver à faire attention à son geste et à la musique en même temps, cela a un impact tant sur le physique que psychologique* » (R, L.404-406).

La posture du pédagogue

La troisième orientation aborde **la posture du pédagogue** dans sa capacité à bien visualiser le comportement de la personne et à saisir les moments difficiles rencontrés par elle : « *Connaître*

la pathologie du patient, non, parce que le pédagogue, généralement, [...], il visualise bien le comportement de la personne, que ce soit au niveau physique ou verbal. Il voyait ce qui pouvait mettre en difficulté la personne, sauf vraiment dans des cas particuliers » (R, L.124-127). Le pédagogue doit aussi devenir un référent capable d'être à la fois sérieux et rempli d'humour et de transmettre une émotion : *« C'est un lien que je trouve très fort pour les patients, quelqu'un vraiment de référent et qui mélange un peu tout, le sérieux avec l'écoute, l'humour, je trouve que c'est vraiment un ensemble, ce que vous transmettez comme émotions, parce qu'il y a beaucoup d'émotions qui passent à travers vous, ce que vous donnez au patient, toutes sortes d'émotions confondues »* (R, L.238-241).

La pratique pédagogique

La quatrième orientation concerne **la pratique pédagogique** elle-même faite d'expression corporelle, de mouvement lent, de toucher, d'expressivité libre, de jeux de rôle et de techniques martiales. L'expression corporelle est au cœur de l'atelier : *« l'expression est le plus important dans le cadre de l'atelier chorégraphique, l'expression corporelle, tout ce qui se transmet par le corps »* (R, L.325-326) et **le mouvement lent** semble approprié pour développer une sensibilité qui est le plus souvent absente : *« cette lenteur, c'est vraiment des balancements du corps d'une jambe à une autre pendant les exercices et c'est justement pendant ces exercices qu'ils peuvent travailler chez eux, parce qu'ils n'ont pas cette sensibilité-là, de leur corps, je trouve que c'est l'idéal »* (R, L.331-334). **Le toucher**, semble jouer un rôle important dans le cadre de l'atelier, car il permet de développer un ressenti : *« le toucher permet un ressenti de la part du patient, ressenti qui est affecté à cause de leur maladie »* (R, L.339-340). Et aussi **l'expressivité libre** : *« il y a l'atelier théâtre, des expressions libres, mais encadrés aussi. »* (R, L.326-327) Ainsi que les jeux de rôle qui recrutent des capacités nouvelles : *« que les jeux de rôles, fait à deux, dans l'improvisation, ça permet au patient de développer d'autres capacités, insoupçonnées pour eux. Cela utilise leur imagination »* (R, L.378-379). Au final, Rose met l'accent sur la **richesse de la proposition pédagogique** qui allie la concentration, le chant, la danse, l'art martial, associé avec une **rigueur** et une **douceur** : *« un patient qui n'arrivait pas à se concentrer, qui avait du mal à se mettre dans le groupe et qui au fur et à mesure des séances et de la relation qu'il avait avec le pédagogue grâce au chant, à la danse, au sport de combat mélangé avec des mouvements lents au sol, tout cela a apporté une rigueur qu'il n'avait pas au début, une douceur aussi et le rapport à l'autre tout simplement »* (R, L.386-390).

- l'engagement et la présence des soignants dans l'atelier de danse

A travers le témoignage de Rose, on accède à **trois informations majeures** concernant son engagement et sa présence dans l'atelier de danse. La première touche à son **statut d'accompagnante** : « *parfois on enlève un peu notre veste de soignants et qu'on arrive à créer un autre lien que soignants-soignés* » (R, L.174-176), ou encore: « *c'est un rapprochement, c'est un lien qui est particulier, c'est-à-dire qu'on est différents plus ou moins dans cet atelier* » (R, L.174-176). On relève selon Rose, que cette posture permet un rapprochement avec les patients : « *c'est un rapprochement* » (R, L.174). La seconde concerne **le rôle qu'elle joue dans l'atelier** et notamment un rôle de prévention : « *on pourrait prévenir avant la fin de la séance que la personne n'est pas bien et qu'il faudrait éviter de faire ça ou ça* » (R, L.127-130), un rôle d'observation, (écoute, aide à la compréhension des exercices et cadrage) : « *Notre rôle, premièrement, c'est un rôle d'accompagnement auprès du patient, d'observation surtout, [...] d'aide également dans les exercices, d'écoute les patients demandent malgré tout beaucoup d'attention et viennent rapidement vers nous pour discuter et surtout les cadrer pendant la séance.* » (R, L.133-136) La troisième information touche **le vécu rencontré dans l'expérience de l'atelier**, lorsqu'elle parle des effets sur son état physique : « *Un moment de détente, [...], une grande relaxation* » (R, L.141) et qui semble avoir une influence sur la façon d'être avec les patients : « *on arrive chacun à tempérer à notre manière* » (R, L.145-146).

- **la valeur ajoutée de l'atelier danse par rapport au cadre thérapeutique traditionnel**

Au contact de l'atelier danse, Rose rapporte plusieurs valeurs ajoutées par rapport au cadre thérapeutique habituel. La pratique de ces ateliers crée **une relation différente** : « *Ce qui met un plus dans la relation avec le patient, ce qui est différent, c'est clairement cette proximité, qu'il y a peu, qu'il y a moins dans les services* » (R, L.187-188), ainsi qu'une plus grande proximité, voir **un plus grand rapprochement** du fait d'être à la fois soignante et participante active : « *C'est vraiment ce partage et ce rapprochement qu'il y a entre soignant-soigné, parce qu'on est en tant que soignant et on est en tant que participant aussi et tout ce qui est mis en place pendant cette séance, ça apporte aussi bien pour le patient, que pour le soignant, comme un rapprochement* » (R, L.188-192). Ce point de vue est renforcé un peu plus loin : « *au niveau du comportement, ils peuvent se sentir plus proches des soignants, parce que ça rapproche cet atelier chorégraphique* » (R, L.197-198). Et enfin, cet atelier sollicite **l'attention des patients aux autres**, modifiant de ce fait de façon positive, leur tendance à l'individualisme : « *les patients psychotiques étaient beaucoup plus dans l'individualisme, ils ne font pas attention aux autres, c'est dans leur pathologie déjà à la base, ils ne peuvent pas faire attention à l'autre. Donc se retrouver confronté à des jeux de rôles à deux, d'être en face de quelqu'un d'autre, ce*

n'est que positif pour eux » (R, L.231-235). Au final, l'atelier représente pour les patients un moment important, car ils en parlent en dehors des séances : « je ne les vois pas dans le quotidien, mais de façon ponctuelle quand je fais des déplacements dans l'institution, à chaque fois qu'ils me voient, ils m'en parlent » (R, L.269-271). Rose ajoute : « c'est un atelier qui fonctionne très bien et que les patients le demande, c'est à refaire » (R, L.408-409)

- la présence ou non d'effets sur les patients

On note ici cinq effets de l'atelier sur les patients. Le premier concerne le renforcement de **l'investissement personnel** qui se manifeste par la fréquentation régulière et rigoureuse de l'atelier : *« Je n'ai pas vu une seule personne abandonner, ils sont généralement très réguliers, très rigoureux, ils ne manquent pas, sauf dans un cas extrême où là, la personne n'est pas bien du tout et là elle ne peut pas y participer » (R, L.305-307)*

Le second touche **l'appropriation du corps et du ressenti** : *« La plupart des patients ont l'impression de ne pas sentir leur corps, de ne pas se sentir soi, une partie de leurs membres, ou même tout leur corps, de ne pas savoir même où est leur jambe, où est leur tête ou est leur bras... l'atelier permet vraiment de pouvoir les ressentir, de travailler sur tel ou tel membre, c'est inévitable, ils le disent qu'ils se sentent être un. » (R, L.283-286) Et, comme le précise Rose, le fait de ressentir leurs membres est bénéfique sur le corps : « on a vu que cela avait un effet bénéfique sur leurs corps. » (R, L.295)*

De plus, on constate une **amélioration des rapports sociaux**, du fait que l'atelier leur redonne confiance à eux-mêmes : *« ça permet pour eux, d'être réinsérés complètement dans la vie sociale. Cela leur redonne confiance en eux aussi. » (R, L.159-160) et les situations d'échange dans les ateliers, favorisent la tendance au partage : « c'est plutôt un groupe qui a été plutôt dynamique, dans le partage. » (R, L.227-228). Cette réinsertion sociale se manifeste lorsque les patients arrivent à s'inscrire dans un groupe et à trouver leur place : « C'est positif que les patients arrivent à s'inscrire dans un groupe qui étaient assez nombreux, un peu plus d'une dizaine. C'est positif qu'ils arrivent à trouver aussi leur place au sein d'un groupe » (R, L.229-230).*

On note également une **amélioration de la créativité gestuelle**. Trois fragments du témoignage de Rose vont dans le sens d'une créativité retrouvée, *« beaucoup plus créatifs pendant l'atelier » (R, L.184), d'une expression corporelle plus libre : « ils peuvent se laisser aller complètement à l'expression corporelle » (R, L.265-266) et d'une imagination plus féconde : « que les jeux de rôles, fait à deux, dans l'improvisation, ça permet au patient de développer d'autres capacités, insoupçonnées pour eux. Cela utilise leur imagination » (R, L.378-379)*

Et enfin, Rose se faisant l'écho des cadres, évoque **des changements de comportement** des patients. Ils voient leurs patients plus détendus : « *Ils perçoivent également des changements auprès des patients, [...] que ce soit physique, au niveau de leur comportement, de la détente [...] ils voient les patients plus détendus.* » (R, L.81-84) Ou encore dans le même registre : « *Le retour dans le service est calme, détendu, posé, c'est vraiment un moment où ils se sentent mieux physiquement et psychologiquement.* » (R, L.267-268) Rose précise que ce phénomène de détente est amplifié juste après la séance : « *et l'après séance est vraiment le moment de relâchement physique et psychologique.* » (R, L.266-267)

A titre personnel, Rose souligne qu'elle voit des changements pour certains patients qui vont dans le sens d'un plus grand calme et d'un plus grand recul envers certaines situations : « *mais je vois des changements, pour certains patients, je les trouve plus posés, dans tous les sens du terme, plus calmes, réagissant différemment à certaines situations, prenant plus de recul. Alors est-ce que c'est en lien avec l'atelier ? Je ne sais pas.* » (R, L.396-399)

Malgré un témoignage qui va dans le sens d'une pertinence à proposer un atelier de danse contemporaine associé à la psychopédagogie perceptive, Rose note une **absence d'effets** sur le rapport des patients vis à vis du personnel soignant : « *je ne pense pas qu'ils nous voient différemment, ils savent bien qui ont est, ce qu'on fait ; je ne pense pas que ça change leur perception.* » (R, L.196-197) Elle ne remarque pas de progrès au niveau de l'hygiène (R, L.255) et le quotidien ne semble pas amélioré au niveau gestuel (R, L.396).

5.1.2. Analyse phénoménologique de Katerina

Âge : 58 ans, Sexe : Féminin ; position : Psychologue, Années au projet : 5

- le contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse

Katerina, s'exprime d'abord sur **la complexité de la mise en place** d'un atelier artistique dans le contexte psychiatrique pour raison d'organisation et de choix des patients: « *alors là, commencent pour nous un peu plus de difficultés. Cela veut dire des déplacements, des transports, un mini bus, donc un nombre de places limitées dans le mini bus, donc un choix spécifique de patients.* » (K, L.16-19). De plus on note des contraintes d'encadrement : « *Deux soignants vont encadrer, accompagner quatre ou cinq patients régulièrement.* » (K, L.20),) et de financement⁶⁴ : « *la somme demandée par le centre chorégraphique étant trop importante,*

⁶⁴ La première année était offerte par la direction du centre Chorégraphique National de Tours.

[...] on a donc sollicité des collègues des autres services, pour au fond payer la note. » (K, L.33-36), pour assurer la pérennité du projet.

Toujours sur la complexité organisationnelle et concernant **la crédibilité d'une association face à l'institution**, Katerina exprime sa confiance, sous certaines conditions : *« ce qui me paraît important c'est la crédibilité qu'on accorde au chorégraphe qui a formalisé cette association. »* (K, L.46-47) et un peu plus loin : *« que ce soit associatif ou institutionnel ne me paraît pas plus compliqué, rédhibitoire, ou il faudra avoir plus d'informations, c'est surtout la personne qui porte ce projet qui me paraît important »* (K, L.49-51).

Concernant le positionnement de la hiérarchie médicale au sujet de la pertinence de l'atelier, Katerina relève que : *« La hiérarchie médicale, via le chef de service, était très très encourageante, complètement ouverte à ce projet-là »* (K, L.93-94), même si *« D'autres médecins étaient moins engagés, mais on n'a jamais eu, au contraire, d'entraves, d'obstacles »* (K, L.94-95). Les jeunes psychiatres, précise-t-elle, ne semblent pas avoir les mêmes priorités ou une ouverture d'esprit envers l'approche chorégraphique : *« les jeunes médecins psychiatres ne sont pas du tout formés de la même manière, ou en tous cas n'ont pas les mêmes projets, ni la même ouverture d'esprit, tant pis, je l'ai dit, à des choses comme la chorégraphie. »* (K, L.121-124). Mais de façon générale l'accueil de ce travail a été positif : *« il y avait une reconnaissance de ce travail »* que Katerina considère comme un soin : *« de cette activité, de ce soin je dirais. »* (K, L.102-103).

A propos de la **représentation public** de fin d'année, Katerina confirme la complexité éthique par rapport à l'exposition publique : *« il y a des aspects légaux, si les patients sont sous tutelle, sous curatelle, la question des photos, la présence du public, tout ça, ça peut se discuter avec les patients. »* (K, L.225-227) Néanmoins, elle trouve que cette entreprise commune entre patients et soignants, les valorise aux yeux du public : *« c'est intéressant que le public découvre ce que les soignants et les patients sont capables. »* (K, L.230-231) et permet de conclure la fin d'un cycle : *« la fin du groupe était marquée par, justement, la petite performance publique. Avec un petit goûter, avec des gens qui venaient voir et je trouvais que symboliquement ça permettait de clore. »* (K, L.509-511)

- les problématiques liées à l'état du patient

Concernant le **choix des patients** susceptibles de participer à l'atelier danse, Katerina met en avant le caractère informel et intuitif de la procédure : *« Il n'y a pas eu de réunion mais plutôt des discussions informelles sur les patients que nous proposons d'accompagner, mais pas d'indication spécifique »* (K, L.27-29). Il apparaît cependant trois lignes directrices qui

orientent la sélection des patients aux ateliers à savoir des patients : « *très apragmatiques mais dont on sentait que cette activité-là pouvait mettre un peu de mouvement, dans le corps* » ; ou des patients « *maladroits dans leur posture* » (K, L.136), ou encore : « *des patients qui sont un peu stabilisés* » (K, L. 158).

Une problématique majeure est apparue au-delà de la maladie elle-même, liée aux **effets secondaires de la médication** : « *avec des effets secondaires, qui étaient le surpoids et un certain ralentissement* » (K, L.525-527), sans laquelle, toutefois, la participation des patients n'aurait peut-être pas été possible : « *c'était grâce à ces médicaments-là pour certains, qu'ils étaient aussi en mesure de venir à cet atelier* » (K, L.522-523).

En ce qui concerne la motivation des patients à participer aux ateliers, on relève deux cas de figure, un **manque de motivation** : « *on ne savait toujours pas le jour du spectacle s'il allait venir parce que ça lui cassait les pieds de répéter* » (K, L.321-322), ou bien : « *on faisait des exercices de respiration pour se mettre en état, il y a certains patients [...] ils étaient assis sur une chaise. Ils n'avaient pas envie de faire ça par exemple* » (K, L.455-457). Mais au contraire pour certains patients, une **motivation soutenue durablement** apparaît : « *il existe des patients qui ont commencé l'activité et qui sont encore là depuis 2005. Il n'y en a pas beaucoup, mais il doit y en avoir deux ou trois peut être* » (K, L.142-144).

Katerina mentionne également les **risques potentiels** pour certains patients à participer à cet atelier : « *il est possible que ce travail, comme danger, puisse libérer des pulsions* » (K, L.152). Cependant, elle modère cet avertissement en précisant qu'un seul patient a posé problème en 6 à 7 ans : « *Ce patient, qui s'est cogné la tête contre les murs, parce que ça a fait échos en lui, le texte [...] dit par son collègue* » (K, L.168-170). Cet exemple illustre la nécessité d'un accompagnement des malades par des professionnels soignants pendant les ateliers : « *il me semble qu'il n'y ait jamais eu de problèmes. Il pourrait y en avoir, mais je crois que le groupe, le chorégraphe et les soignants le contiennent* » (K, L.152-157).

- **l'appréciation du soignant concernant l'activité danse**

Dans cette phase de l'entretien avec Katerina, on interroge **son avis personnel sur l'atelier de danse**. On y retrouve les quatre orientations suivantes : la structure organisationnelle, la dimension thérapeutique de l'activité, la posture du pédagogue et la pertinence de la pédagogie déployée.

La structure organisationnelle

Il est d'abord **question de nombre de séances, de durée, de fréquence et de régularité** : « *c'était très bien 12, 14 séances, ça ne me semblait pas qu'il faille plus, on aurait été dans un autre projet à ce moment-là* » (K, L.65-67). À propos de la durée, elle trouvait qu'une séance plus longue, pourrait parfois s'avérer intéressante : « *certaines fois deux heures auraient été bien, mais ça dépend tellement du groupe, ça dépend tellement de ce qui est proposé.* » (K, L.57-59). Quant à la régularité du travail, Katerina souligne son importance pour asseoir l'efficacité du travail : « *Quelque fois quand il y avait un espace trop grand entre les séances, (...), là on sentait qu'on perdait un peu quelque chose* » (K, L.62-65).

Katerina évoque aussi un peu plus loin, **l'intérêt d'un atelier danse dans le long terme** pour les raisons suivantes : donner le temps au patient de s'affirmer dans leurs capacités de s'exprimer : « *c'est des choses qu'ils ont travaillé ! Au fur et à mesure des années. Des patients qui n'ont pas voulu dans les premières années et qui étaient dans l'incapacité, parce qu'ils ne voulaient pas, parce qu'ils ne pouvaient pas prendre la parole ; s'exprimer.* » (K, L.551-553) et d'assurer une permanence suffisante de l'atelier pour obtenir un effet thérapeutique : « *Et c'est sur plusieurs années qu'on peut dire que c'est thérapeutique* » (K, L.576-578) et cela favorise la vigilance : « *pour certains patients cette activité-là, à mon avis, a aidé à leur réveil* » (K, L.364-365).

Ensuite il est question du **lieu et de l'architecture des interventions**. Les premières séances se réalisent au sous-sol du service psychiatrique, un espace qui rapidement s'avère inadéquat : « *ça a lieu dans un premier temps au sous-sol du service de psychiatrie. [...] mais très rapidement à la fois les patients et les chorégraphes trouvent que cet endroit est moche, sombre, pas adéquat* » (K, L.9-14). Ce constat amène les responsables à le programmer dans le Centre Chorégraphique National qui selon Katerina était plus adapté et satisfaisant : « *Quand on a travaillé au studio, au Centre de Chorégraphie, ça me paraissait très important d'être dans ce lieu-là. Cela avait symboliquement aussi un sens pour les patients* » (K, L.71-74). Elle relève la pertinence de travailler en dehors du contexte soignant : « *Ce n'était pas une activité à l'hôpital, c'était une activité dans un lieu prévu pour la danse [...] Et quand on est allé voir des spectacles, on s'est retrouvé dans ce même lieu, ça je crois que cela a un sens symbolique cet espace-là* » (K, L.74-76). Elle observe cependant que l'importance du lieu devient secondaire lorsque le groupe est constitué : « *Après on a changé de lieu, on est allés dans d'autres salles, le groupe étant constitué, l'espace avait moins d'importance* » (K, L.76-77).

La dimension thérapeutique de l'activité

On relève que Katerina considère l'atelier de danse comme faisant partie intégrante de la **dynamique soignante du patient** : « *Ce n'est pas uniquement un atelier comme ça, une lubie, un atelier occupationnel. Non, c'est un travail* » (K, L.575-576) ou encore : « *Je parlerais plutôt de soin maintenant que d'activité d'ailleurs* » (K, L.103-104), dès lors que l'intervention dure dans le temps : « *Au bout de 4 ou 5 ans de cette expérience, je peux dire que c'est un travail thérapeutique, ce qui n'était pas du tout le projet de départ* » (K, L.110-111), même si l'efficacité s'observe chez une minorité de patients, cet atelier a sa raison d'être : « *Mais que ce soit possible pour deux ou trois patients, cela vaut vraiment le coup* » (K, L.248-249).

En fait, l'évaluation de l'efficacité thérapeutique semble pour Katerina difficile à réaliser du fait de son caractère subjectif : « *L'aspect thérapeutique ce n'est pas forcément quelque chose qu'on peut mesurer et ce n'est pas forcément quelque chose qu'on peut voir* » (K, L.582-583), elle suggère que le témoignage des patients serait pertinent : « *ce qui serait intéressant c'est de voir ce que les patients peuvent en dire. Parce que comment repérer la thérapeutique ?* » (K, L.588-589).

La posture du pédagogue

Katerina précise que la nature de **la pédagogie proposée joue un grand rôle dans la dimension soignante** : « *dans la manière dont le pédagogue mène ça, dans la manière dont le travail évolue, il y a du thérapeutique* » (K, L.591-592) et notamment par **l'importance de la mise en jeu du corps** : « *La question de la danse, ou en tous cas de la mise en jeu du corps me paraît aussi indispensable à maintenir* » (K, L.117-120). Katerina, qui associe ses collègues dans cette appréciation a très vite gagné confiance envers la faculté du pédagogue à gérer le groupe et à sentir les limites des participants à l'atelier : « *Très rapidement on a su que le pédagogue pouvait gérer le groupe, pouvant sentir pratiquement pour chacun patient, au fur à mesure, jusqu'où il pouvait aller, confiance!* » (K, L.293-295) Elle fait référence à une **habileté corporelle**, à une sorte de « *finesse clinique du pédagogue* » (K, L.331-332) à trouver la **bonne distance corporelle, en lien avec la présence du pédagogue** pour faciliter l'expression : « *il fallait vraiment trouver la bonne distance et là ce n'est pas une bonne distance psychique. C'est une bonne distance corporelle mais sans la présence du pédagogue, on était sûr que le patient n'aurait rien présenté* » (K, L.324-326). Selon Katerina, cette « présence distanciée » et l'intuition du pédagogue soutenue par un langage du corps permettent une réelle proximité avec le patient : « *Le pédagogue il savait, il a su intuitivement, ou je ne sais pas comment, mais il a su qu'il fallait s'approcher au plus près du patient, l'inviter mais sans un mot, corporellement pour qu'il puisse de nouveau exprimer. Et ce n'était pas par la parole s'était vraiment par le corps* » (K, L.328-331).

Outre ce rapport de proximité qui stimule l'expression, Katerina rapporte le **caractère évolutif et créatif des propositions** du pédagogue : « *d'année en année le pédagogue a essayé d'inventer ou de mettre en place d'autres choses* » (K, L.430-431). Par exemple, progressivement, le pédagogue a instauré **un espace de parole** : « *le pédagogue il a pu proposer quelque chose qui fait que les patients avaient la parole, pouvaient dire et pouvaient donner... Enfin, dire ce dont ils avaient envie. Réalisable ou pas, possible ou pas. Mais à un moment donné des patients sont autorisés à dire* » (K, L.436-438). Katerina témoigne également que le pédagogue a activement cherché le **potentiel expressif** des patients, mais également des soignants : « *le pédagogue il est allé chercher chez chacun de nous, ce qu'on pouvait avoir à l'intérieur d'exprimable* » (K, L.545-546).

Elle dénote aussi que le pédagogue, tout en respectant le rythme de chacun, a stimulé la **créativité** des participants : « *durant toutes ces années la manière dont le pédagogue s'y est pris, a favorisé pour chacun à son rythme, quelque chose d'une créativité possible* » (K, L.565-566) pouvant apporter des nouvelles potentialités de l'ordre du vivant : « *parce que ça peut provoquer, ou faire émerger quelque chose de l'ordre du vivant, qui est quand même un peu ratatinée chez certains patients* » (K, L.586-587).

La pertinence de la pédagogie déployée

Katerina mentionne la difficulté d'utiliser le **toucher manuel** dans le cadre de l'atelier : « *ça reste toujours une question difficile, la question du toucher* » (K, L.503-504). Elle précise à ce propos : « *il y a des médecins qui disent il ne faut surtout pas toucher, il ne faut surtout pas se toucher, on ne sait pas ce que ça va faire* » (K, L.201-202). Cependant, elle estime que c'est faisable à condition de mieux préciser la consigne : « *peut-être la consigne...revoir peut-être la façon dont on propose, dont on présente ça. [...] mais ce n'est pas parce que c'est difficile qu'il ne faut pas le faire* » (K, L.504-505). Au-delà de cette précaution, elle signale que le toucher en danse se pratique dans un cadre respectueux : « *quand on a fait des exemples comme ça, ou même de pouvoir se toucher mutuellement, on est déjà dans un toucher extrêmement respectueux, qui est dans le cadre de la danse* » (K, L.197-199) et dans ce contexte, le toucher ne lui apparaît pas inadéquat : « *ce cadre-là, tel qu'il est, en tous cas tel qu'il était quand moi j'ai travaillé, ne me paraissait pas dangereux pour les patients* » (K, L.199-201). Cette intégration du toucher auprès de malades psychiatriques semble faire exception dans le cadre hospitalier et sous la réserve d'une pédagogie respectueuse, cela reste approprié : « *il va se créer entre le pédagogue et les patients une proximité corporelle que le pédagogue s'autorise du fait du cadre de la danse, que nous n'autorisons pas dans le cadre de l'hôpital* » (K, L.314-316).

Concernant **l'expression par le geste libre**, ou l'improvisation dans le langage courant de la danse, Katerina remarque que certaines propositions étaient trop abstraites pour motiver les patients à l'action : « *Ce qui était proposé ne leur convenait pas, parce que c'était trop abstrait* » (K, L.420) et parfois cela paraissait trop difficile pour eux : « *Improviser avec le corps ça [...] leur demandait trop* » (K, L.421). Au-delà de cette appréciation, elle reconnaît que le caractère improvisé de l'atelier mérite d'être proposé : « *Mais je ne crois pas que l'on puisse dire : ça c'est mieux et ça c'est moins bien pour un service de psychiatrie, parce que moi je pense qu'il faut laisser quelque chose d'ouvert, où des patients vont nous surprendre* » (K, L.457-460) et qu'il y a une certaine richesse : « *Il y a toute une palette de choses qui sont proposées par le pédagogue. Il y a des choses qui vont intéresser certains, moins d'autres, mais c'est justement ça la richesse* » (K, L.463-464).

Katerina considère que les propositions de **travail sur la lenteur**, inspirées par la psychopédagogie perceptive, sont fondamentales parce qu'elles sont en lien avec une conscience du mouvement : « *Je trouve que c'est complètement fondamental, parce que... [...] la lenteur, le mouvement décomposé, la lenteur d'un mouvement... D'abord c'est une question de la conscience de son mouvement* » (K, L.470-472). Ce rapport à la lenteur semble les aider à quitter leurs préoccupations mentales « *la majorité des patients sont dans leur tête. Ils sont dans le mental* » (K, L.475) et leur souffrance : « *Parfois dans les hallucinations, parfois dans leur voix, parfois dans la réflexion toujours, toujours de leur souci, de leur problème, de leur souffrance, de leur douleur* » (K, L.476-477). En proposant une gestuelle lente leur attention sur leur problématique est détournée : « *Le fait de leur demander [...] de décomposer le mouvement pour ouvrir une porte, [...] je pense que c'est extrêmement intéressant parce que ça oblige [...] aussi à se concentrer sur autre chose ; à découvrir aussi autre chose : la lenteur* » (K, L.478-481)

- **l'engagement et la présence des soignants dans l'atelier de danse**

Katerina fait part de son double statut d'une part en tant que participante à l'atelier qui respecte les consignes du pédagogue et d'autre part en tant que soignante qui accompagne les patients : « *Bien évidemment, on garde toujours un regard, ou une façon d'être, une posture, à certains moments où on est un peu vigilants, on regarde ce qui se passe* » (K, L.182-183). Mais on note que parfois, le statut de participante prend le pas sur celui de soignant « *mais je dirais que la position uniquement soignante est devenue de plus en plus petite. Parce que vraiment, à un moment donné, on a tous dansé et c'est aussi ce qui permet aux patients..., on était tous des humains qui dansaient, en gardant l'œil* » (K, L.184-187). Elle précise toutefois : « *Certes on est danseurs avec les patients, on est tous danseurs, plus exactement, mais on garde malgré*

tout... on est sur un temps de travail, on est quand même des professionnels » (K, L.214-216). Ce mixage de posture est rendu possible grâce à l'orchestration du pédagogue qui prend la responsabilité de l'atelier : « au bout d'un moment, nous les soignants on est fondus dans le groupe quoi ! Et c'est le pédagogue qui devient le référent, le guide » (K, L.542-544).

On note que pour Katerina, le rôle des soignants se prolonge après l'atelier, dans le cas d'une problématique rencontrée avec un patient : *« Soit on le reprend dans le groupe, effectivement il faut avoir un peu quelques ficelles, il faut avoir un bout d'expérience, [...] soit on le reprend dans le bureau du médecin, mais très tranquillement. Soit on le reprend, avec les infirmiers à l'hôpital » (K, L.171-174).*

Quant à son **vécu personnel rencontré dans l'expérience de l'atelier**, Katerina rapporte d'avoir été vraiment danseuse à certains moments et donne un exemple de sa participation impliquée : *« progressivement, je me suis mise aussi à danser et vraiment à certains moments, on était des danseurs » (K, L.181-182), en se laissant guider par le pédagogue et en laissant tomber des résistances : « je me suis totalement laissée guider par le pédagogue, il a fallu aussi que je laisse tomber un certain nombre de résistance, de barrière » (K, L.285-286). Elle présume que ce lâcher-prise se manifestait grâce au rapport de confiance, entre l'équipe soignante et le pédagogue : « c'est sans doute, parce qu'on lui faisait totalement confiance que nous aussi on a pu lâcher et du coup danser et ne plus être uniquement des soignants » (K, L.291-293). Elle reconnaît qu'elle s'est trouvée elle-même dans une situation d'apprentissage : « J'ai appris, sans doute, avec le pédagogue, sans doute autant de choses que les patients » (K, L.286-287) et d'avoir été particulièrement touchée : « ce qui moi me touche beaucoup, c'est l'attention, le respect, la bienveillance et le guide » (K, L.287-288). Cette rencontre a participé à son engagement dans l'atelier : « ça m'engage moi aussi dans ce que j'ai découvert moi » (K, L.474-475).*

- **la valeur ajoutée de l'atelier danse par rapport au cadre thérapeutique traditionnel**

Dans le contexte de l'atelier danse, Katerina énonce plusieurs valeurs ajoutées en rapport avec le cadre thérapeutique habituel. Elle considère que la poursuite de ce travail est indispensable du fait de **la rencontre entre patients et soignants de différents services** : *« c'est indispensable que ce travail se poursuive. D'abord parce qu'il permet encore une fois et ça c'est quelque chose qui est pérenne, c'est-à-dire la rencontre de soignants et de patients de différents services, ça c'est fondamental. » (K, L.117-120). Par ailleurs, l'atelier constitue un **lieu unique d'expression corporel encadré** que Katerina considère comme une chance : « il faut*

*impérativement que ce genre d'atelier se poursuive. C'est un lieu et un espace où il y a une expression justement du corps possible et il n'y en a pas ailleurs, il n'y a pas d'autres lieux où on peut exprimer avec son corps, dans un cadre donné, c'est une chance inouïe d'avoir cette possibilité-là » (K, L.242-245). Ensuite, elle souligne que cet atelier favorise le **rapprochement entre patients et soignants** : « *Il y a une forme de complicité, de proximité de ce groupe-là qui se reconnaît, [...] Bien sûr que ça change un peu les choses, mais au contraire, je trouve que c'est extrêmement intéressant.* » (K, L.259-260).*

- **la présence ou non d'effets sur les patients**

Katerina met en relief cinq effets de la pratique pédagogique sur les patients. Le premier est relatif à **l'investissement personnel des patients** qui se démontre par un engagement dans la durée : « *je trouve ça remarquable qu'il y ait - en tout cas au moins deux que je connaisse - qui sont encore à l'atelier six ans plus tard.* » (K, L.426-428). Ensuite, elle rapporte que les patients ont pris des initiatives au sein du travail proposé : « *des patients qui spontanément, de leur propre initiative, proposent de lire des textes qu'ils ont écrits* » (K, L.539-540). Au final, elle semble admirer une certaine appropriation des outils chorégraphiques par certains patients : « *Il y a des patients qui se sont ouverts, qui se sont appropriés l'espace, il y a des patients qui ont travaillé, il y a des patients qui ont écrits, c'est extraordinaire ce qui a pu se passer pour certains* » (K, L.245-248).

Le second effet se rapporte **au temps d'hospitalisation** dans la mesure où Katerina fait un lien entre le résultat des soins et la durée de la participation à l'atelier danse : « *Il y en a deux qui sont sortis, deux qui étaient hospitalisés depuis très longtemps et qu'ils sont sortis et ce sont des patients qui ont participé assez longtemps à l'activité danse* » (K, L.383-385).

Le troisième effet est en lien avec les **changements psychiques, toniques et de comportement**. Katerina témoigne des progrès d'une patiente et notamment au niveau de l'éveil progressif de son corps et de son regard : « *une patiente très très très apragmatique, qui aussi alors - je vais dire un gros mot - a pu se réveiller, c'est-à-dire s'animer au niveau vraiment de son corps même de son regard, petit à petit, tout petit à petit* » (K, L.367-369), au point de après quelques années d'hospitalisation, de pouvoir rentrer chez elle : « *je pense qu'il s'est animé quelque chose chez elle, qui fait qu'après plusieurs années d'hospitalisation, c'est quelqu'un qui est retourné chez elle. C'est quelqu'un que j'ai vu récemment et que je n'ai pas reconnu.* » (K, L.373-375) La posture de la patiente et son regard étant très affectés par la maladie auparavant, Katerina constate le changement positif : « *c'est quelqu'un qui était totalement courbé, dont on ne voyait pas le regard, qui était d'une...qui est au-delà de la*

timidité, qui parlait pas, je l'ai croisé il y a un mois ou deux, voilà. Elle est droite, elle a changé de lunettes, elle vous parle comme si vous l'avez quitté la veille » (K, L.407-408). Par contre elle précise ne pas pouvoir attribuer ce changement au seul atelier danse : *« Encore une fois, je ne peux pas dire que c'est grâce à l'atelier danse. Il se trouve que... »* (K, L.407-410).

Katerina témoigne également d'effets de la pédagogie sur la **qualité de vie** de patients obèses : *« Comme si le surpoids la gênait pas, ou en tout cas elle faisait avec, ou en tout cas elle trouvait d'autres façons d'exprimer quoi. »* (K, L.533-537), ainsi que sur la vitalité des patients : *« sur le moment de l'activité et après quelques heures, après on a le bénéfice vital, énergie vivante »* (K, L.381-382).

Par ailleurs, Katerina relate une **amélioration des rapports sociaux**, du fait du partage interactif humain convoqué par le travail sur l'expressivité gestuelle : *« quand on met le corps en mouvement quand on passe du temps ensemble, forcément ça crée des liens. Voilà, mais c'est des liens humains. »* (K, L.345-347). Et ces liens participent à leur qualité de vie : *« il y a des patients qui ont noué des liens entre eux, qui ont noué des liens avec le pédagogue, mis en jeu leur corps et que ça modifie leur parcours de vie. »* (K, L.578-580).

Elle note une évolution de l'**expressivité** des patients et notamment durant le spectacle réalisé devant un public : *« ce qui était très intéressant c'était de voir l'évolution de ces patients, comment dans les petites performances, ils pouvaient exprimer des choses. »* (K, L.139-141). Cette évolution fut une surprise pour l'équipe soignante : *« on a aussi été terriblement surpris par ce que les patients ont été en mesure de proposer, de faire »* (K, L.141-142).

À titre personnel, Katerina dit avoir eu une grande surprise devant leur capacité à improviser à travers le mouvement et à s'exprimer avec le corps : *« Dans l'expression, dans la mise en jeu de leur corps, dans la mise en mouvement de leur corps, dans la capacité à pouvoir exprimer, ou voir même à improviser, j'avoue que j'ai été extrêmement surprise par certains patients. »* (K, L.239-241). Ou encore : *« un patient qui avait improvisé une scène, qui était vraiment quelque chose d'extrêmement puissant, d'extrêmement fort. »* (K, L.316-317). Elle note également une évolution de l'expressivité vocale pour certains patients : *« Sa voix il faut l'apprivoiser, quand on déclame comme ça devant des gens. Il y a vraiment des patients qui ont évolué là-dedans. »* (K, L.559-560)

Au-delà des aspects positifs qui apparaissent dans son témoignage, Katerina observe **des effets négatifs** chez certains des participants : *« Il y a les patients qui ont arrêté aussi parce qu'ils ont décompensé, ils allaient aussi plus mal. Peu, mais il y a eu. »* (K, L.424-426). Et plus loin elle constate que les effets d'atelier ne durent pas longtemps après la séance : *« parfois la maladie prend le dessus. Ça ne dure pas forcément très longtemps. »* (K, L.382-383), même si ce n'est

pas le cas de toute le monde : « *Je ne dis pas que c'est le cas de tout le monde.* » (K, L.566-567).

5.1.3. Analyse phénoménologique de Julie

Âge : 38 ans, Sexe : Féminin ; position : Infirmière, Années au projet : 5

- le contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse

Le témoignage de Julie par rapport au contexte institutionnel débute par **la question financière**, qui ne semble pas faire problème (J, L.16), & (J, L.16-17) et la **question d'organisation**, qui - à son avis - devrait relever plus de l'institution que des soignants : (J, L.72) et moins par les soignants : « *Ce qu'il faudrait, c'est que ça soit moins porté par le soignant mais vraiment que cela rentre dans la vie institutionnelle* » (J, L.563-564).

Par rapport au **choix des patients** qui pourraient participer à l'atelier danse, elle met aussi en avant le caractère intuitive (J, L.129-130) et collective de la procédure : « *Au niveau du choix des patients ça se fait soit par les soignants qui participent à l'activité soit en concertation avec les médecins* » (J, L.127-128). D'ailleurs Julie soutient qu'il n'y pas vraiment de profil type spécifique (J, L.130-131) mais que, le choix du patient est déterminé plutôt par **son état corporel** ou **ses difficultés de communication**: « *par rapport au profil, soit c'est en lien avec des préoccupations corporelles ou une difficulté dans la communication verbale aussi, de trouver une autre forme de langage pour communiquer avec la personne ou des difficultés aussi d'inhibition sociale* » (J, L.135-138). Un autre élément de choix pourrait être la **durée de l'hospitalisation**, « *on essaie d'avoir des patients sur une durée, il y a ça aussi, si on sait que le patient va être là pendant une certaine durée et qu'il peut s'inscrire dans l'activité qu'on va lui proposer* » (J, L.132-133), ou l'**intégration dans le groupe** : « *après c'est comme se fait l'harmonie du groupe, parce que ce qui est important c'est le patient mais c'est aussi l'harmonie du groupe, comment la personne s'inscrit dans le groupe* » (J, L.140-142).

La hiérarchie médicale apparaît convaincue de la **pertinence de l'atelier**, considérée comme une **activité thérapeutique** : « *C'est plus l'équipe médicale qui m'en parle, parce que c'est quand même eux qui...mais oui, oui c'est considéré comme une activité thérapeutique* » (J, L.123-124), mais aussi parce qu'il associe aussi les soignants : « *ça touche à la fois les soignants et les patients et du coup c'est vrai que franchement c'est quelque chose qui n'a jamais été critiqué au niveau de la hiérarchie.* » (J, L.114-116) Selon Julie, la hiérarchie porte un regard positif sur le fait, que le CCNT ait proposé un stage à l'attention des soignants et de l'équipe médicale de l'hôpital : « *qu'il y a des soignants qui sont venus au stage que vous*

aviez fait avec Bernardo et c'est vrai que c'est quelque chose qui était très positif pour l'image de l'atelier » (J, L.111-114).

Julie justifie le bien-fondé de **la représentation publique de fin d'année**, pour son potentiel de dépassement de la maladie : *« l'idée c'est justement de dépasser un peu ça ; qu'on peut montrer autre chose que sa maladie sur scène et je pense que c'est ça qui est important, qu'on est malade mais qu'on est avant tout une personne avec une sensibilité, avec un caractère, une personnalité » (J, L.262-264)*, à travers un travail d'ordre esthétique sur la fragilité personnelle : *« c'est ce qu'on a essayé de faire dans le dernier spectacle, de montrer les fragilités personnelles et d'en faire quelque chose de beau » (J, L.26-267)*. Elle souligne une valorisation des patients par un partage intime avec le public : *« par sa danse, il avait pu partager ce qu'il était lui, son intimité, avec un public réceptif, qui l'a reçu en tant que personne avant tout (J, L.697-699)*. Cependant elle mentionne des limites institutionnelles et déontologiques par rapport aux patients : *« c'est une histoire de droit et de responsabilité vis-à-vis du patient, notamment pour les patients peut être qui sont sous curatelle, tutelle où il faut des autorisations. » (J, L.238-240)*. Au niveau communication, la discrétion s'impose aussi : *« le public saura qu'il y a un public de patients en psychiatrie mais après on n'est pas obligé de détailler les choses » (J, L.259-260)*. Enfin, Julie souligne la vigilance nécessaire des soignants et leur rôle d'accompagnement par rapport à la représentation, affirmant qu'il n'y a jamais eu de soucis : *« il n'y a pas eu de clash, il n'y a pas eu de débordement dans toutes les représentations, après il y a des tensions mais après le soignant est là pour accueillir ça et discuter de ça avec la personne » (J, L.246-247).*

- les problématiques liées à l'état du patient

Julie énonce la difficulté des patients à maintenir leur **motivation** pour participer aux ateliers qui ont lieu hors de l'hôpital : *« en dehors de l'activité c'est énorme, pour stimuler le patient à venir, parce que parfois il est tellement pris par sa maladie » (J, L.447-449)*. C'est encore plus délicat pour les patients non hospitalisés : *« J'ai essayé de travailler sur l'engagement quand le patient est sorti de l'hôpital, pour qu'il vienne à l'activité par ses propres moyens mais ça n'est pas facile à mettre en place » (J, L.546-547)*. Julie mentionne le fait que l'activité provoque une certaine **fatigue** des patients en raison de leur pathologie : *« Ils ne dorment pas la nuit, ils ont des moments de somnolence la journée. Ce sont des patients qui n'ont pas forcément une grande activité physique pendant la journée et rien que de faire quelques pas de danse cela leur prend beaucoup d'énergie » (J, L.459-462).*

Ensuite Julie aborde les problématiques de l'accompagnement **pendant les séances** et en

premier lieu la fatigabilité. La concentration leur demande beaucoup d'efforts (J, L.465-466), ainsi que la dépense physique liée à la danse : « *Sur les exercices que l'on fait, sur les rythmes, la coordination, c'est ça aussi qui participe à la fatigue [...] et ils s'en rendent compte que c'est difficile pour eux. [...] ça aussi ça participe à la fatigue physique et psychique* » (J, L.480-482). Elle confirme que les patients en sont conscients (J, L.485) et se mettent en défense lorsqu'ils ne réussissent pas un exercice (J, L.492-493). Elle souligne, comme ses collègues, **l'importance de la présence des soignants** dans l'atelier en cas de crise ; surtout pour les patients psychotiques, qui ont un rapport perturbé au corps : « *pour des patients psychotiques où il y a une grande difficulté de l'image du corps et du ressenti corporel et ça peut, c'est vrai, entraîner des choses assez violentes à l'intérieur et c'est aussi pour ça je pense qu'il faut des soignants dans cette activité* » (J, L.160-163).

A propos de l'après de la séance finale, Julie évoque le **problème de l'interruption de l'activité** propice à la vie sociale des patients et spécialement pour ceux suivis en extra⁶⁵ : « *Pour les patients en extra c'est une activité forte de leur vie dans la semaine et quand ça s'arrête pendant plusieurs mois ça fait un vide dans leur vie sociale* » (J, L.660-661).

- **l'appréciation du soignant concernant l'activité danse**

La suite de l'entretien livre l'avis personnel de Julie sur l'atelier de danse. On y distingue quatre axes :

Le premier axe, se réfère à **l'aspect thérapeutique de l'atelier danse**. Julie met en avant la potentialité qui s'affirme chez les patients, malgré leur maladie : « *Malgré ce qu'elle est, sa maladie, ses difficultés, elle a pu participer à un projet de groupe et dans une créativité. Je trouve que pour la personne c'est drôlement riche d'avoir pu participer à ça* » (J, L.719-721). Elle considère que l'activité pédagogique a des vertus thérapeutiques, par le travail sur soi qui semble conduire à un état de mieux-être : « *Moi je le prends comme une activité thérapeutique parce qu'elle consiste à travailler sur un mieux-être de la personne et ça dépasse la pédagogie parce que c'est quand même un travail très important sur soi* » (J, L.725-727). Néanmoins, elle nuance l'action de l'atelier : « *On n'est pas là pour les guérir de toute façon, mais plus pour les accompagner dans un mieux-être* » (J, L.330-331).

Il est question ensuite de la **structure organisationnelle** et Julie exprime des regrets d'abord quant à la fréquence - les séances ne sont pas hebdomadaires (J, L.82) - et à la durée de l'atelier : « *je trouve que c'est dommage qu'on ne perdure pas ça sur une année, en fait que*

⁶⁵ Patients suivis en service psychiatrique mais pas hospitalisés.

ce ne soit pas en continue, que ce soit sur une période très courte » (J, L.64-65). Elle met en avant l'importance de la durée dans le processus thérapeutique : « c'est une activité qui s'inscrit dans le temps et que ce n'est pas en trois séances que ça va bouleverser la vie du patient » (J, L.310-311). Julie valorise aussi le fait de sortir de l'hôpital le temps de l'atelier, au niveau de l'ouverture et l'enrichissement que cela apporte : « c'est très bien de faire ça sur un autre lieu parce que [...] sortir de l'institution [...] ça leur permet aussi de rencontrer d'autres lieux et puis par rapport à l'aspect créatif, [...] ça donne une richesse supplémentaire » (J, L.94-96) mais aussi pour avoir une vue sur l'extérieur (J, L.101-102).

Au troisième axe, à propos de la **posture du pédagogue**, Julie semble apprécier une qualité d'écoute du pédagogue, attentif au potentiel des patients : *« Ce qui fait la différence c'est vraiment l'écoute du pédagogue au moment présent sur ce que le patient qui danse va apporter » (J, L.427-428) qui inspire la confiance et stimule l'expressivité : « il y a un certain lâcher-prise, une expressivité qui se met en place parce qu'il y a vraiment une relation de confiance et d'écoute du pédagogue, dans un cadre très rassurant » (J, L.417-419) Son travail semble se situer dans une quête de sublimation : « le travail du pédagogue c'est comment sublimer ça dans une autre forme, comment on peut en faire quelque chose de créatif, d'expression » (J, L.431-432) qui présuppose une relation de confiance (J, L.413-414). Toutefois, la sublimation recherchée n'est pas d'ordre affectif : « c'est amener des outils pour pouvoir entrer dans l'expression du corps et parfois de la parole, pour moi on n'est pas dans l'ordre de l'affect » (J, L.425-426) Julie atteste que le but à atteindre serait l'écoute « de soi, du corps » (J, L.426-427).*

Plus loin, elle souligne que le fait de ne pas connaître la pathologie des patients pourrait limiter les idées reçues du pédagogue (J, L.175-176). Julie résume certaines compétences du pédagogue comme la bienveillance, la présence et même le choix musical qui motivent les patients : *« Souvent ce qui les motive avant tout c'est le travail du pédagogue, sa présence comment il est avec le patients. La musique qui est proposé. L'aspect bienveillant de la séance, c'est ça qui fait que souvent ils reviennent à la séance d'après » (J, L.522-524).*

Le dernier axe de l'entretien concerne **la pratique pédagogique** et les outils utilisés.

Selon Julie, **le toucher** permet une forme de rencontre rassurante pour les patients (J, L.226-228), qui favorise la création artistique : *« une notion de fabriquer avec la personne et puis on est en contact pour la danse, c'est vraiment de l'ordre de la création » (J, L.229-231). Plus loin, elle met en valeur l'intérêt du *toucher de relation* (ici toucher sensible) qui libère le corps et favorise la communication : « Je trouve que le toucher sensible c'est bien. [...] Dans*

le toucher sensible, on est plus dans un contact à l'autre, dans une certaine sensibilité, une lenteur, on travaille sur la retenue, dans la communication avec l'autre, c'est peut-être plus approprié » (J, L.590-591). Mais, elle insiste sur le fait que cette pratique du toucher ne s'improvise pas et nécessite une réflexion pour aider à dépasser les difficultés de certains soignants : *« il y a des soignants où le toucher peut être difficile avec les patients et qui ne pourraient pas s'inscrire dans ce type d'activité mais ça c'est quelque chose qu'il faut avoir réfléchi »* (J, L.224-226).

Ensuite, elle nous fournit des informations sur le **travail de découverte musicale** qui semble-t-être bénéfique (J, L.580-581). Cependant, elle évoque la difficulté du travail rythmique avec les patients, qui peut inhiber leur expression : *« Ce n'est pas évident pour eux d'avoir un respect du rythme, c'est même très difficile, ça demande beaucoup d'effort, la lenteur est difficile mais peut être plus accessible. La cadence c'est dur. Ce respect du rythme peut inhiber leur expressivité, parce qu'ils se focalisent sur ça et ça met des tensions et des fois ça ne marche pas bien »* (J, L.681-684).

Julie témoigne de l'importance du travail sur **la conscience corporelle** des patients développée à travers les propositions pédagogiques : *« Tous les exercices de coordinations, de ressenti des mouvements autour de la coordination, [...] les exercices sur la musique percussive c'est important pour le patient, [...] Le travail au sol aussi c'est important »* (J, L.571-574). Néanmoins, elle met en garde sur la longueur des exercices qui peuvent solliciter beaucoup la concentration des patients (J, L.599-600). Elle reconnaît une certaine efficacité du **travail de la lenteur** qui relie le groupe : *« ça marche assez bien cet exercice de lenteur. [...] il y a un effet de groupe, avec la musique ; ça crée un effet dans le groupe où chacun est libre de son mouvement et ça prend bien* (J, L.621-625) et développe la capacité expressive des patients : *« Je trouve que la lenteur amène plus d'expressivité dans le mouvement parce qu'ils se l'approprient plus facilement. Ils ont leur lenteur à eux même »* (J, L.686-687). Julie indique un manque dans la pratique pédagogique, pour renforcer la motivation des patients : *« dans l'activité danse, c'est ce qui nous manque, c'est comment travailler sur l'engagement du patient pour entretenir cette motivation dans l'activité, pour qu'il se mette au travail sur lui-même. Ça sera à travailler je pense »* (J, L.541-543). Elle suppose qu'il faudra plus de temps de travail : *« Mais le problème c'est d'avoir des patients sur la longue durée pour pouvoir travailler là-dessus »* (J, L.541-544). Julie conclut sur la valeur de **l'improvisation** comme lieu d'expression libre : *« ça donne une liberté c'est vraiment un lieu de liberté, que ça soit cadré, mais que l'on tende vers ça, c'est vraiment bien »* (J, L.579-580). Mais, elle préconise une progressivité (J, L.578) pour éviter des incidents (J, L.578), parce que *« ça peut mal partir »* (J, L.632-633).

- **l'engagement et la présence des soignants dans l'atelier de danse**

En continuant son témoignage, Julie donne des informations à propos de son **statut d'accompagnante**. Elle nous informe d'une part sur les exigences de sa présence : « *Avoir les ressources humaines en tant que soignant* » (J, L.6-7), être disponible (J, L.7 & J. L.10-11) et avoir une grande écoute (J, L.169-170). D'autre part, elle admet que ce n'est pas simple au niveau d'engagement corporel d'être à la fois accompagnante et étudiante : « *c'est un atelier qui n'est pas simple au niveau de l'engagement corporel de garder la présence dans le groupe* » (J, L.190-191), parce que : « *le fait de faire l'exercice soi-même ça demande aussi un investissement du soignant malgré tout et on doit gérer notre propre investissement et notre présence en tant que soignant avec le patient* » (J, L.210-212). Mais il lui semble pertinent que l'équipe participe activement : « *je pense que si on était là que pour gérer, ça n'aurait aucun intérêt pour le patient parce que du coup il serait encore dans un lieu comme à l'hôpital où on est là pour cadrer* » (J, L.200-202).

Concernant **le rôle** de Julie dans l'atelier, on distingue quatre tâches dans son témoignage : la motivation des patients avant l'atelier, l'acte de danser, la facilitation de la transmission et le soutien moral de patients.

D'abord au sujet de **la motivation**, elle nous avoue la grande difficulté des accompagnants de préparer les patients à la séance : « *en dehors de l'activité c'est énorme, pour stimuler le patient à venir, parce que parfois il est tellement pris par sa maladie. Pour le sortir de ça, pour l'amener dans un autre lieu physique, un autre état d'esprit psychique, parfois c'est très laborieux, on a du mal, on rate, ils ne veulent pas venir.* » (J, L.447-450).

Deuxièmement, l'acte de **danser ensemble** renouvelle la relation soignant/patient : « *on fait les exercices avec eux, on danse avec eux, on créer avec eux du coup, on est dans la création avec le patient* » (J, L.205-206) et permet à l'accompagnant de mieux sentir ce que l'activité exige du patient : « *c'est important de vivre l'exercice avec les patients déjà pour voir soi-même ce que demande l'exercice, pour pouvoir aider le patient à le vivre aussi parce que sinon de l'extérieur ce serait très compliqué* » (J, L.195-197). Plus loin elle témoigne de son rôle de **facilitateur de transmission** qui soutient le travail du pédagogue : « *on est là un peu pour faire le lien avec toi au niveau du suivi des consignes des difficultés par rapport à l'exercice qui est demandé* » (J, L.192-193). Un autre aspect important pour Julie, concerne le **soutien moral apporté aux patients** : « *Dès fois ils disent "je n'arrive pas à faire les exercices" et c'est là que l'on est présent en tant que soignants. C'est important de modérer ces propos justement, pour que ça ne soit pas considéré comme un échec, mais plus comme*

une expérience du corps (J, L.486-488), qui participe à une certaine confiance à soi pour les patients : « on arrive à faire de leurs difficultés quelque chose de positif, ça renforce en eux une certaine confiance en eux » (J, L.495-496).

- **la valeur ajoutée de l'atelier danse par rapport au cadre thérapeutique traditionnel**

Le premier bénéfice concerne le **changement de regard des soignants sur les patients** : *« c'est vrai que ça nous amène aussi à porter un autre regard sur le patient, au-delà des symptômes de la maladie ».* (J, L.337-338), parce qu'ils donnent une autre image d'eux-mêmes (J, L.220), qui parfois étonne les soignants (J, L.217-218) et les patients positivement : *« ils se sont eux même surpris parce qu'ils ne sont pas rangés dans des catégories »* (J, L.184-185).

Ensuite, Julie croit que l'atelier participe à la **réintégration sociale des patients** : *« Je pense que ça participe [le spectacle] à l'ouverture sur le monde et pas les enfermer dans un carcan psychiatrique »* (J, L.351-352). Des impacts sur les rapports sociaux semblent se manifester aussi **entre les soignants**, qui créent des liens entre eux : *« je pense qu'ils se créent des affinités entre les soignants qui participent à l'activité, parce qu'il y a une grande implication du soignant et on se retrouve dans ces activités parce que on a les mêmes affinités et du coup c'est vrai qu'ils se créent des liens d'amitié un peu naturellement. »* (J, L.391-394).

- **la présence ou non d'effets sur les patients**

Julie rapporte cinq groupes d'effets de la pratique pédagogique sur les patients.

Le premier est relatif aux changements **du rapport au corps**. Julie confirme des effets sur le corps d'un patient qui : *« avait fait un travail sur lui, sur son corps, sur sa coordination »* (J, L.317-318).

Sur un autre patient, qui a participé longtemps à l'atelier, elle constate le deuxième effet, un changement du **rapport à la maladie** ; ça lui permet d'en parler autrement : *« Par rapport à Thierry même si sa maladie évolue, je trouve que d'avoir fait l'activité danse depuis tant d'années, ça lui permet d'intégrer, de verbaliser sa maladie de manière différente »* (J, L.515-517).

Le troisième concerne les effets que Julie a observés dans les **rapports sociaux**, comme le développement des capacités de communication nouvelles : *« trouver une autre forme de langage pour communiquer avec la personne »* (J, L.136-137) et la diminution du stress dans les rencontres avec les autres : *« sa présence physique aussi où il n'y a plus cette tension quand il était à côté de nous, ou dans le regard à être très inquiet de ce qui pouvait se passer »* (J, L.315-316). Elle a attesté que cette nouvelle aisance de communication,

s'appliquait aussi aux rencontres avec des inconnus, comme au contact avec le public après leur spectacle : *« après le spectacle je les ai trouvé dans une grande détente et ils ont pu parler avec d'autres gens qu'ils ne connaissaient pas, qui ne savaient pas de quoi ils souffraient dans un dialogue normalisé »* (J, L.182-184), où un des patients a alors pu parler même de sa maladie avec un inconnu : *« Thierry après la soirée de samedi parlait de sa maladie, de lui, dans une certaine simplicité, sans angoisse apparente »* (J, L.696-697). Julie observe aussi un renforcement de liens entre les patients : *« je trouve que ça permet des renforcer le lien à l'autre »* (J, L.408-409) et une certaine complicité qui se développe suite au partage lors d'exercices d'expressivité : *« il y a une certaine reconnaissance de l'autre, parce qu'ils ont partagé des moments forts ensemble »* (J, L.406-407).

Le quatrième groupe d'effets est relatif à **l'état psychique**, la **vitalité et la détente**.

Julie observe une grande **détente physique et psychique** après les ateliers : *« J'ai rarement raccompagné des patients dans le service après la séance, qui étaient tendus. Souvent ça a plutôt une forme de détente, détente physique et psychique, même si ça leur a demandé de l'énergie »* (J, L.467-468), qui est verbalisée par les patients eux-mêmes : *« certains patients disent que le mouvement lent ça amène une détente du corps très importante »* (J, L.612-613).

En cinquième place on rencontre des **effets sur l'expressivité gestuelle** à travers un lâcher prise évident : *« Tous les exercices peuvent amener à ça. [Quand] toute l'expression de la personne est accueillie et quand la personne l'a perçue, compris, ou senti, il y a un certain lâcher prise »* (J, L.677-678).

Au final, Julie questionne **l'absence d'effets**, particulièrement sur **la vitalité à long terme** des patients internes : *« Sur les patients en Intra je n'ai pas observé de différence »* (J, L.476).

Elle ne s'aperçoit pas de changements dans leur quotidien non plus : *« ça ne change rien sur leur quotidien. »* (J, L.478).

5.1.4. Analyse phénoménologique de Victor

Âge : 66 ans, Sexe : Masculin ; position : Psychiatre, Années au projet : 4

- **le contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse**

À l'égard du contexte institutionnel, Victor met en avant la **prise d'initiative de l'équipe soignante et médicale** quant à l'introduction de l'atelier danse : *« par l'intermédiaire d'un*

psychologue - il me semble Eléonore – [...] le centre chorégraphique est venu » (V, L116-118) et sa mise en place comme activité thérapeutique : *« vous étiez venus quelques-uns pour présenter le travail de chorégraphie et puis une espèce d'échanges avec l'équipe soignante pour trouver un peu, inventer finalement des points communs qui se sont révélés importants et donc de faire une activité thérapeutique »* (V, L.11-15). Pour entretenir **une certaine autonomie**, ils s'appuient partiellement sur un système de financement associatif du réseau hospitalier : *« le modèle était relativement rodé, [...] quelques subsides de la part de l'hôpital mais aussi des aides de la part, peut-être de notre association Croix Marine⁶⁶ [...] qui nous permettent d'avoir une certaine autonomie vis-à-vis des activités à organiser dans le service. »* (V, L.21-24). Il soulève une seule **difficulté initiale** liée aux questions de planning, mais qui a été résolue : *« Les difficultés sont [...] apparues de la part, [...] de certains cadres pour qui les problèmes d'activités, surtout d'activités extérieures, pouvaient imposer des questions de planning, mais il m'a semblé que ça a été résolu finalement, assez facilement. »* (V, L.25-27)

A propos du statut du **médiateur culturel**, tout en reconnaissant sa compétence professionnelle, Victor met en garde contre les conflits de pouvoir : *« il faut qu'il y ait vraiment une très grande vigilance à ce que ce médiateur apporte son ouverture, son expérience mais qu'il ne soit pas le spécialiste exclusif et le référent faisant office en somme de censeur éventuellement de ce qui est possible et ce qui n'est pas possible »* (V, L122-127) et propose un fonctionnement collaboratif : *« la fonction doit être très clairement inscrite dans des systèmes d'échanges et d'échanges les plus déhiérarchisés possibles avec l'ensemble des personnels comme des patients »* (V, L.130-132) pour conserver l'inventivité collective : *« il ne faudrait pas qu'il soit quelqu'un qui se substitue aux propositions, à l'inventivité des équipes elles-mêmes. »* (V, L119-122).

Ensuite, Victor nous communique les **critères de choix des patients** toujours basés sur une dynamique collective : *« une activité fondée à la fois sur l'envie [...] des patients de participer à telle ou telle activité et sur, malgré tout une réflexion de l'équipe soignante pour valider »* (V, L.171-173) et protectrice : *« en dernier lieu, c'est une décision médicale, enfin médicale au sens de l'équipe soignante »* (V, L.182). En tous cas, théoriquement toute personne intéressée peut y participer : *« ouvert à l'ensemble de la collectivité. »* (V, L.180)

A propos du positionnement de la **hiérarchie administrative sur la pertinence de l'atelier**, Victor rapporte une bonne écoute (V, L.90) *« ce n'était pas très difficile, de convaincre la direction de l'hôpital »* (V, L.8-9), d'une part grâce à sa réputation de psychiatre novateur :

⁶⁶ La Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, constituée officiellement en 1952, reconnue d'utilité publique, est un mouvement national en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques.

« dans le service dans lequel je travaillais, j'étais un peu repéré comme prenant des initiatives relativement innovantes. Innovantes au sens sortant de la chronicité et de l'aspect strictement sanitaire des prises en charge. [...] il y a eu une écoute très positive, les directeurs ayant participé pleinement » (V, L.81-84) et d'autre part, grâce à une posture intégrative envers l'administration : « on a toujours [...] essayé de faire en sorte que l'administration ne soit pas vécue comme un ensemble étranger ou hostile à notre travail, mais comme pleinement un outil, pouvant nous aider et soutenir notre fonctionnement. » (V, L.87-90).

Victor s'exprime en faveur de la **représentation publique** de fin d'année, pour deux raisons principalement. Tout d'abord pour l'**esprit coopératif** : « préparer un spectacle, dans une espèce de coopération, moi je crois que c'est quelque chose qui marche, [...] qui est éthiquement tout à fait valable » (V, L.320-321) et le rapport non hiérarchique qui en résulte : « J'ai assisté à cette superbe représentation à la chapelle des Capucins c'était absolument extraordinaire. On n'a pas eu du tout le sentiment qu'il y avait une soignante ou des soignantes qui étaient des artistes très avancées et des patients qui venaient simplement décorer le spectacle. » (V, L.321-324). Par ailleurs, c'est une opportunité d'expression personnelle pour chaque participant : « il se retrouve aussi comme personne, comme itinéraire humain individuel particulier qui s'exprime de façon complémentaire de même qu'une troupe » (V, L.331-333), que Victor trouve remarquable : « Ils étaient pleinement participants et de façon très très intense avec la particularité de leur fonctionnement, [...] dynamique. Et je trouvais que c'était tout à fait remarquable. » (V, L.324-326). Toutefois, Victor avertit sur une éventuelle motivation malsaine de la part des soignants : « le risque qu'il y aurait à ce qu'en somme le patient soit le faire-valoir du soignant ; les bons soignants qui ont permis à des patients de monter sur scène, en somme et de les faire acclamer...Qui serait quelque chose quand même un peu, à mon avis d'un peu hypocrite et assez manipulateur. » (V, L.314-317).

- les problématiques liées à l'état du patient

Victor met en avant que l'hétérogénéité du groupe amène une diversité de la **motivation** des patients dans leur participation aux ateliers : « le groupe de patients qui se rendait à ces séances était peut-être un peu hétérogène. C'est-à-dire des gens très investis, très mobilisés pour y participer intensivement et puis d'autres qui nécessitaient plus de sollicitations » (V, L.48-50). Il souligne que la motivation est également affectée par leur psychopathologie : « Un certain nombre de patients peuvent vivre le groupe sur un mode persécutif » (V, L.211-212), même pour ceux qui sont déjà intégrés dans le groupe : « certains patients notamment

schizophrènes, [...] peuvent avoir une espèce d'intuition hostile de la part d'un tel ou tel » (V, L.212-213). Pour Victor, une autre **source de motivation** pour les patients, est liée au statut d'artiste du pédagogue – animateur : *« le fait aussi d'assister ensemble à un spectacle qui est donné par les animateurs, c'est quelque chose qui ouvre à l'intérêt de continuer »* (V, L.461-462).

Il poursuit son témoignage avec les **risques potentiels** de l'atelier danse compte tenu de son empreinte sur le corps, mais aussi à cause de la confrontation à un groupe : *« une activité motrice peut soit entraîner des phénomènes [...] un peu d'hyperactivité un peu désordonné, désorganisé ou au contraire des phénomènes de peur, de phobie, de repli sur soi, de régression du fait - peut-être - de certains moments du groupe »* (V, L.207-209). Il explique que ce phénomène est dû à **l'instabilité de leur image corporelle** : *« des vécus de dissociation et de morcellements qui peuvent être très difficiles à gérer pour les patients qui n'ont pas l'image du corps très très bien construite ; qui n'est pas stable quoi »* (V, L.223-225). Pour remédier à ces risques, Victor conseille la précaution et la prise de temps avec certaines personnes : *« il y a là des enjeux qui demandent du temps, de la précaution et c'est évident que ça serait dramatique de bousculer quelqu'un et d'essayer de lui imposer coûte que coûte le vécu dans un groupe et puis un certain nombre de gestes peut-être en précipitant un peu ce geste qui serait tout à fait catastrophique »* (V, L.628-631).

A un autre moment, il pose la question du dépassement des limites, caractéristique de l'art performatif : *« le problème c'est que en même temps l'art, si on peut dire sans doute du comédien ou du danseur, c'est d'aller le plus loin possible dans ce qu'il peut comprendre, dans ce qu'il peut entendre ; le plus loin possible tout en gardant une frontière »* (V, L.389-391). Il avertit également de **la dangerosité du toucher** avec des intentions de manipulation : *« le toucher peut être très dangereux, effectivement. Dès lors, que s'il se met dans une dimension de manipulation, d'érotisme, d'emprise sur l'autre »* (V, L.352-353), voire même avec des projections affectives envers les soignants : *« les patients croient aimer et être aimés par éventuellement un tel ou tel infirmier médecin etc. Si vous donnez la plus petite parcelle d'occasion de faire croire que c'est vrai, c'est catastrophique »* (V, L.399-401). Pour cette raison, il redoute l'absence de limites claires entre soignants et patients : *« s'il n'y a pas une démarcation quelque part, une limite entre la relation du soignant et la relation du patient je pense qu'on rentre dans une confusion qui ne permet pas d'avoir une fonction soignante durable »* (V, L.371-373).

- **l'appréciation du soignant concernant l'activité danse**

A ce stade de l'entretien, on interroge Victor sur son appréciation personnelle de l'atelier de danse. Ils se dessinent les quatre aspects suivants : la dimension thérapeutique de l'activité culturelle, le contexte organisationnel, la posture du pédagogue et la pertinence de la pédagogie appliquée.

La dimension thérapeutique de l'activité culturelle

Victor dans son statut de médecin responsable d'un service considérait **fondamentale la place du culturel dans l'hôpital** : « *la place du culturel, c'est-à-dire de ce qui se déroule aussi en dehors du strictement sanitaire, c'est absolument fondamental* » (V, L.129-130). Il reconnaît l'activité danse - dans le contexte d'Indigo⁶⁷ - comme étant une activité **à la fois culturelle et thérapeutique** : « *Ce sont des activités effectivement culturelles dont l'orientation est quand même thérapeutique et soignante* » (V, L.141-142), entre autre en raison de la présence de l'équipe soignante : « *S'il s'agissait d'une activité strictement culturelle qui se détachait du thérapeutique, je dirais...ça se passe à l'extérieur, complètement à l'extérieur et sans les équipes soignantes* » (V, L.147-149). Il observe d'ailleurs quelques points communs entre l'acte soignant et l'action culturelle, comme **la créativité et la communication** : « *entre soins et culturel, les limites sont souvent très floues, puisque un des objectifs du soin c'est bien de sortir de la chronicité, de développer une certaine inventivité, de développer des capacités relationnelles* » (V, L.152-154). Il note que dans les activités culturelles l'effet thérapeutique n'est pas direct : « *l'ensemble de ces activités sont thérapeutiques mais ne sont pas thérapeutiques au sens d'un effet direct* » (V, L.142-143), tout en avouant la **singularité de l'atelier danse dans sa dimension thérapeutique** : « *cet atelier est - me semble-t-il, quand même - dans un registre thérapeutique. C'est ça, me semble-t-il la différence : que ce n'est pas tout à fait un atelier comme les autres.* » (V, L.406-408). Victor observe quelques actions thérapeutiques de l'atelier comme **le développement du ressenti corporel** : « *il s'agit d'un engagement qui n'est pas seulement utilitaire et qui est un engagement qui fait ressentir l'ensemble de ces segments* » (V, L.651-653), **de la mobilité corporelle** : « *ça participe aussi, peut-être d'une meilleure gestion de cette animation du corps* » (V, L.544-545) et plus loin : « *des occasions d'apprendre à gérer ; justement les spontanéités motrices sur un mode quand même plus modulé. Donc je me dis que ça peut avoir une certaine valeur* » (V, L.553-554) et de **la posture** : « *on essaye d'aider les gens à retrouver l'appui du sol et quelque part et finalement la danse participe à ce travail de l'appui* » (V, L.598-599). Enfin, il trouve essentiel et **structurant pour les patients** de s'engager à l'atelier danse : « *Moi, ce qui m'a paru essentiel, c'est qu'il y a des gens qui ont*

⁶⁷ Indigo : nom de l'atelier chorégraphique de l'association Omnivion au CHRU de Tours.

réinvesti cette activité, c'est-à-dire qui ont trouvé une accroche dans la réalité, dans une réalité temporelle, spatiale et fondamentalement relationnelle, stable » (V, L.577-579).

Toutefois, Victor précise que le statut du pédagogue **s'appuie sur sa sensibilité d'artiste et non sur une posture de thérapeute** : *« il ne s'agit pas de se prendre pour un thérapeute, mais il s'agit d'être [...] plus sensible et puis ce n'est pas un hasard que ça soit avec des patients que l'artiste intervienne »* (V, L.730-732).

Outre l'intérêt pour les patients, Victor estime capital **l'engagement des soignants** même dans les activités artistiques proposées à l'hôpital : *« je crois que pour tout soignant c'est capital de s'engager et d'aller même sur les territoires sur lesquels il n'est pas à l'aise »* (V, L.280-281) et de surcroît participer aux richesses de propositions : *« Il y a rien qui soit a priori, disons inabordable pour les gens [...] malades ou pas malades, avant tout il s'agit de fonctionner encore je le répète comme sujet humain, avec ses variétés d'expression »* (V, L.453-455). Enfin, il témoigne du caractère exceptionnel de l'atelier qui apporte une ouverture et un échange : *« dans l'ensemble, les gens avaient le sentiment de participer à une expérience tout à fait exceptionnelle. C'est-à-dire quelque chose... un moment de découverte et de grand partage »* (V, L.426-427).

Contexte organisationnel

En ce qui concerne le deuxième aspect, il est **question de la fréquence et du lieu**. Victor estime que la fréquence était assez bien équilibrée (V, L.46) et que même si on pouvait envisager une fréquence plus élevée, ça aurait pu être fatiguant pour les patients : *« ç'aurait pu être encore plus fréquent, mais il faut tenir compte aussi de la fatigabilité de certains patients »* (V, L.46-47), mais aussi pour les soignants : *« c'est devenu encore plus difficile aujourd'hui, que les effectifs stagnent, voire régressent et que la charge de travail est quand même très lourde dans les unités. Donc on peut supposer, que cette fréquence, en tout cas, devrait être suffisante »* (V, L.53-55).

Au sujet du **lieu des interventions**, Victor juge que la pratique de l'atelier présente autant d'avantages à l'intérieur de l'hôpital, qu'à l'extérieur : *« c'était très bien, très intéressant d'avoir un lieu extérieur à l'hôpital »* (V, L.57) et : *« se retrouver dans une ancienne école désaffectée, était quelque chose de très positif »* (V, L.64), ou : *« Il est aussi très intéressant d'avoir des activités à l'intérieur de l'hôpital »* (V, L.57-58). A son avis, l'élément qui ouvre l'hôpital vers l'extérieur, est en somme la venue de l'artiste : *« des activités externes puissent se dérouler et que par conséquent la notion de monde clos et renfermé sur lui-même soit en somme subvertie par la venue d'intervenants extérieurs »* (V, L.59-61). Victor tient en estime l'ouverture de l'hôpital sur la cité : *« il faudrait que l'hôpital soit le plus ouvert possible sur la*

ville, sur la cité » (V, L.58-59) ce qui demande une mobilisation physique et psychique : « Ça suppose aussi tout un travail de déplacement, dans tous les sens du terme psychique, comme physique qui a sa valeur en lui-même » (V, L.64-65). Victor exprime une reconnaissance de l'activité, pour sa valeur de réinsertion sociale : « il est aussi très important de sortir, de s'organiser pour vivre dans la cité » (V, L.63) et pour la valorisation du patient : « leur donner une teinte de reconnaissance plein et entier à ces moments » (V, L.72)

La posture et le statut du pédagogue

Concernant le secret médical, Victor ne juge pas nécessaire pour le pédagogue de connaître le diagnostic des patients : « *s'il s'agit de connaître le diagnostic pourquoi pas, mais je ne crois pas que ce soit très intéressant* » (V, L.229-230) et pense que **l'intervenant doit compter sur sa propre expertise pédagogique** : « *l'acteur de l'activité doit pouvoir, en comptant sur sa propre expérience de la relation à l'autrui, il doit pouvoir adapter sa technique, sa pédagogie à la manière dont l'autre va réagir* » (V, L.228-230). Toutefois, il considère essentiel l'échange avec l'équipe soignante : « *c'est toujours très important, qu'il y ait un partage, ou au moins une certaine réflexion avec le groupe soignant* » (V, L.242-244).

La pertinence de la pratique pédagogique appliquée

A la suite de l'entretien, on abordera le 4^{ème} aspect de l'appréciation de Victor qui concerne l'approche pédagogique. Il se montre d'abord très vigilant au sujet du **toucher** dans la pratique pédagogique, pour des éventuelles complications liées aux pathologies des patients : « *C'est très compliqué parce que le tactile, le toucher peut être vécu de manière très phobique et paranoïaque* » (V, L.340-341). En revanche, ça ne semble pas concerner tous les patients : « *pour un certain nombre de patients, le toucher qui pourrait être quelque chose d'extrêmement persécutif et intrusif, peut être au contraire quelque chose de très rassurant* » (V, L.343-344). Il se peut que le toucher représente aussi une accroche à la réalité : « *il s'agit là de quelque chose qui permet le contact à un réel autre, [...] c'est une espèce d'aide de la présence [...]. C'est parfaitement valable.* » (V, L.357-359) qui aiderait à dépasser la peur de l'autre : « *Ça peut permettre aussi à des patients de dépasser...d'apprendre à dépasser certaines peurs à l'égard du corps de l'autre et de justement de l'exprimer dans le toucher* » (V, L.359-361).

Victor poursuit ses observations touchant à une certaine **normalisation de la motricité** : « *des occasions d'apprendre à gérer, justement, les spontanéités motrices sur un mode quand même plus modulé* » (V, L.553-554) qui participe à une **restauration de l'image du corps ; un corps unifié** : « *il y a une découverte peut-être pour les patients, que le corps peut s'animer dans ses différents segments, mais selon un ensemble qui paraît plus unifié. Il*

*me semble que ça peut aider à une certaine restauration d'une image du corps qui n'est pas seulement le déploiement des morceaux du corps, le morcellement tonique, disloqué, dissocié » (V, L.561-564). Il remarque également, que ce corps unifié semble **résonner plus aisément avec le groupe et le pédagogue**, lequel Victor nomme *thérapeute* dans cette citation : « *une synchronie, une organisation corporelle qui je trouve réunifiait leur corps sur la voix, la consigne à la fois du groupe et du thérapeute* » (V, L.586-587). Ensuite, il évoque l'utilisation de **la lenteur comme outil efficace** au vu de la restauration de l'image du corps : « *La lenteur a l'avantage de donner une autre dimension à la symbolique du corps, au ressenti corporel, à ce que représente un déplacement. Je crois que c'est quelque chose qui ouvre à des prises de conscience peut-être très intéressantes précisément sur l'image du corps. C'est très bien* » (V, L.645-648).*

- **l'engagement et la présence des soignants dans l'atelier de danse**

Victor, en se référant à l'engagement de l'équipe, lui-même inclus, explique sa vision du **statut et du rôle du soignant** dans cet atelier mais aussi l'intrication avec sa qualité humaine.

Statut et qualité humaine

A plusieurs reprises, il accorde une grande importance à **la qualité humaine du soignant** et semble mettre en avant celle-ci par rapport à un statut professionnel rigide : « *j'ai toujours estimé capital, enfin important, qu'un médecin...que je sois aussi impliqué comme personne au même titre que chaque soignant est impliqué comme personne, dans les différents ateliers et dans les différentes activités de la vie quotidienne* » (V, L.258-261). Il y voit même un **potentiel de soin, être dans un échange humain** plutôt qu'être soumis à un protocole de traitement : « *le soin ce n'est pas de confirmer un diagnostic et d'être bien dans les clous d'un protocole, mais le soin c'est bien d'accéder à une situation d'être humain, de sujet vivant d'expérience, d'échange avec autrui, enrichissante, positive et qui ouvre à des possibles* » (V, L.441-444). Il considère presque comme un devoir pour les soignants et les médecins de se mettre en danger dans une activité qui les met sur un pied d'égalité avec les patients : « *J'estimais donc, nous avions comme soignants à nous engager aussi dans quelque chose qui n'est pas passé par une université, des facultés, des diplômes et que nous n'étions pas, parce que nous étions docteurs en médecine, ou chefs de service meilleurs peintres ou meilleurs dessinateurs que les autres, plus habiles ou plus à l'aise dans notre corps que quelqu'un d'autre* » (V, L.267-270) et en témoigner : « *il était important [...] de témoigner qu'il était possible de s'engager* » (V, L.276-277). Lui-même avoue sa propre fragilité en rapport à l'atelier : « *la danse, par exemple, c'est*

un domaine qui m'est particulièrement lointain et qui me met particulièrement en difficulté. » (V, L278-280) et en même temps il reconnaît être ému des qualités humaines des patients : *« Ça ne veut pas dire qu'on n'ait pas de sentiment d'admiration, de sentiment même d'affection profonde pour des patients qui sont parfois extraordinaires qui sont des gens absolument extraordinaires »* (V, L. 377-379). Enfin, il ne trouve aucun impact négatif de ce rapport humain, par rapport à son statut et son autorité : *« je ne crois pas du tout que l'on perd de son autorité - si on peut dire - si au moment où il faut l'exprimer en étant dans un partage à égalité avec les gens »* (V, L292-294).

A propos du **rôle des soignants** dans l'activité, il énonce celui de *« facilitateur de relation »* (V, L.257), mais lui donne aussi des fonctions de médiateur culturel, liées à leur expérience personnelle : *« il est [...] assez intéressant [...] qu'il y ait des gens qui ont des pratiques [...] effectivement amateurs extérieures qui ont fait l'expérience de la rencontre d'un certain nombre de gens que...par leur sensibilité...[...] ces rencontres-là qu'ils avaient choisies pour eux-mêmes pourraient être intéressantes pour le service »* (V, L.110-115).

- la valeur ajoutée de l'atelier danse par rapport au cadre thérapeutique traditionnel

Au contact de l'atelier danse, Victor formule trois valeurs ajoutées par rapport au cadre thérapeutique habituel : un enrichissement du rapport entre patients et soignants, une relation au monde alternative et un épanouissement personnel pour les soignants.

Enrichissement du rapport entre patients et soignants

Premièrement, il souligne la grande valeur du partage d'émotions durant les représentations publiques : *« nous partageons, parce que nous sommes sur la même travée, à distance de la scène et nous partageons des moments qu'on peut estimer de grande valeur pour nos émotions. »* (V, L.456-458) qui fait évoluer la relation entre soignants et patients : *« le fait d'avoir vu certains patients dans l'atelier ou au spectacle, ça nous le fait...les regarder de façon différente. Je pense qu'en soi ça facilite aussi une relation différente, de la part des patients à mon égard et réciproquement. »* (V, L.702-705). [Enlever citation 301-303]

Réintégration sociale

Plus loin, Victor évoque une fonction thérapeutique de ce partage avec les patients et plus spécifiquement concernant le rapport aux autres : *« cette recherche du partage est en même*

temps un étayage [...] de l'engagement que nous proposons aux patients dans une autre façon d'être en relation avec le monde et puis avec les autres » (V, L.272-274)

Épanouissement personnel des soignants

Outre les bénéfices de ce travail pédagogique pour les patients, Victor révèle un apport positif en direction de l'équipe soignante aussi : *« un des aspects très importants du fonctionnement psychiatrique, c'est faire en sorte que le personnel soignant s'investisse dans des activités, dans lesquelles il trouve finalement aussi un certain épanouissement personnel. » (V, L.99-102).* Ça représente pour lui un moment de **ressourcement** face à la charge affective du lieu : *« qui faisait de l'accompagnement du travail thérapeutique, un moment vraiment détaché distinct parfois de la routine, de la tristesse qu'il y a parfois dans le service. » (V, L.427-430).*

- la présence ou non d'effets sur les patients

Victor expose quatre effets de la pratique pédagogique sur les patients. Le premier est relatif à l'investissement personnel des patients qui se traduit ici par un **réinvestissement de l'activité qui apporte un cadre stable** à leur réalité : *« il y a des gens qui ont réinvesti cette activité, c'est-à-dire qui ont trouvé une accroche dans la réalité, dans une réalité temporelle, spatiale et fondamentalement relationnelle, stable » (V, L.577-579).*

Le second effet est un certain **renouvellement de leurs rapports sociaux** : *« Je pense à certains patients psychotiques, schizophrènes comme on dit qui sont dans une espèce de fonctionnement apparemment figé, très introverti, plus ou moins régressé et de le voir au contraire s'animer d'une façon paradoxale, ça illustre peut-être sur les autres, des possibilités qui n'étaient pas connues qui peuvent aider à nouer des liens, à favoriser l'admission du patient régressé, dans un monde plus large » (V, L.512-517).*

Le troisième effet consiste en **une évolution de l'expressivité de patients** : *« le voir au contraire s'animer d'une façon paradoxale » (V, L. 517).*

Et le dernier effet concerne des effets sur **la tonicité posturale** avec une certaine **confiance face aux autres** : *« une plus grande aisance à être, à se tenir... disons au regard des autres » (V, L.543-544).*

5.1.5. Analyse phénoménologique de Béatrice

Âge : 50 ans, Sexe : Féminin ; position : Psychomotricienne, Années au projet : 3

- le contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse

Béatrice observe qu'initialement, il y avait une certaine complexité pour **mettre en place l'atelier de danse**, mais aujourd'hui, grâce au soutien par l'équipe médicale et l'élan initial la procédure est accélérée : *« maintenant les choses sont installées tant au niveau de la convention qu'au niveau du budget, donc c'est beaucoup plus facile à mettre en place aujourd'hui, c'est une reconduction de ce qui c'était fait avant. Pour la mise en place, [...] ça été assez complexe, puisqu'il fallait à la fois avoir une autorisation médicale, du côté du soin et une autorisation du côté administrative, à savoir la direction de l'hôpital, la direction des soins et aussi la direction juridique, car il s'agissait de faire venir quelqu'un d'extérieur au personnel soignant. A partir du moment où s'est soutenu médicalement, [...] administrativement ça va beaucoup plus rapidement. »* (B, L.6-13). Néanmoins, elle souligne la nécessité d'argumenter pour obtenir des fonds pour une activité extérieure : *« Il faut bien argumenter sur la nécessité d'avoir un budget pour une activité qui se passe à l'extérieur de l'hôpital. »* (B, L.14-17). Une autre problématique administrative mineure, serait la nécessité occasionnelle d'une autorisation spéciale pour certains patients qui sont en placement sous-contraintes : *« Il y a certains dans le groupe, qui sont en placement sous contraintes, donc il y a nécessité d'avoir une autorisation préfectorale. »* (B, L.152-154)

Concernant les **critères de sélection des patients**, elle témoigne d'une autre approche que ses collègues, qui se base sur **le volontariat** : *« on ne souhaitait pas que ce soit une activité sur prestations médicales qui auraient entraîné l'élimination d'autres patients, donc on a fait le choix d'une candidature libre des patients et de fait, spontanément les gens qui ne correspondaient pas, qui ne s'y retrouvaient pas sont partis. »* (B, L.58-61). Toutefois, elle confirme la nécessité d'une **décision collective** par l'équipe et une validation par le médecin responsable : *« on avait plusieurs patients qui étaient prévus et là on a vraiment discuté de l'intérêt thérapeutique pour ces patients là, dans la mesure où certains d'entre eux n'étaient pas complètement stabilisés au niveau psychique. Ce n'était pas vraiment une prescription médicale, mais un vrai choix thérapeutique de les intégrer dans ce groupe là, dans tous les cas on a l'accord du médecin. »* (B, L.63-67).

Béatrice transmet par la suite le **point de vue de la hiérarchie sur l'activité danse**. L'atelier semble être plutôt bien perçu : *« Au niveau de la hiérarchie de l'hôpital, je pense que ça commence aussi à être perçu, on a été contacté par la direction de la communication pour en parler. Au niveau des conventions c'est pareil, on n'a pas trop de difficultés, c'est une activité qui est bien perçue, sur le terrain on a des bons retours. »* (B, L.44-47) et bien intégré dans le service concerné : *« Le retour depuis trois ans que ce groupe existe, c'est que maintenant on ne*

*remet même pas en question le fait que ça puisse exister; c'est vraiment passé dans les activités importantes du service et c'est repéré par la hiérarchie et par l'ensemble des collègues. » (B, L.41-43). Ici, comme dans d'autres services, ce travail semble-être apprécié pour sa **dimension thérapeutique** : « Dans le service c'est clairement une activité thérapeutique. Tous les patients qui font partie de cette activité, cela a fait partie de discussions en réunion, cela fait partie du projet de soin du patient, c'est un maillon de la chaîne du soin, donc c'est clairement pour nous et pour l'ensemble du personnel et de la hiérarchie, considéré comme une activité thérapeutique. » (B, L.50-53)*

Subséquent, Béatrice aborde des **questions éthiques autour du spectacle** de fin d'année, avec une conviction du bien-fondé d'un tel aboutissement, sous condition de la complicité du groupe : « A partir du moment où le groupe est d'accord ça me semble être quelque chose de positif au sens où un travail thérapeutique peut aussi aboutir à une représentation publique » (B, L.91-92). Elle souligne qu'il n'y pas question d'exposition de la folie à travers l'art, mais plutôt d'une **réappropriation du discours sur la folie** : « il ne s'agit pas de montrer sa folie mais de justement montrer que l'art permet d'être une passerelle entre ce qu'on peut dire de la folie, ce qu'on peut imaginer de la folie et le monde de l'expression artistique. Ça ne me pose pas de problèmes d'un point de vue éthique. » (B, L.92-95)

- **les problématiques liées à l'état du patient**

Ensuite, on interroge **la motivation à la participation** des patients à l'activité. Béatrice témoigne d'une inertie importante, qui affectait un certain nombre des patients au commencement de l'activité : « pour un certain nombre de patients, [...] le début a été difficile, c'est-à-dire que certains patients avaient tendance à se mettre sous leurs draps, à ne pas se lever » (B, L.253-255). Elle indique que la raison principale soit la peur de l'inconnu : « c'est un peu la peur d'aller dans un lieu pas très connu, avec des gens pas très connus non plus, sur des expériences un peu nouvelles, pour certains d'entre eux » (B, L.255-257).

Béatrice évoque deux **problématiques révélées pendant l'activité de danse**. La première s'inscrit dans le contexte de leur pathologie et notamment les défis d'une pratique qui touche autant au corps qu'au psychisme : « participer à une activité où il est question d'être avec les autres, de travailler un certain nombre de choses, que ce soit au niveau physique ou psychique, le fait aussi d'être à l'extérieur, ce sont des risques d'angoisse, de crise d'angoisse. Ce n'est pas particulier à cette activité-là » (B, L.70-73). La deuxième touche à la prise des médicaments neuroleptiques et les effets secondaires négatifs sur leur motricité et leur tonus : « Il est bien évident que les neuroleptiques ont des effets, sur leur disponibilité,

mais [...] il y a tellement d'autres choses qui viennent freiner leurs disponibilités que je ne mettrais pas forcément les neuroleptiques au premier plan. [...] On sait que cela a un effet sur le tonus, on sait qu'il peut y avoir des patients qui ont des effets secondaires, ça peut venir entraver leur liberté de mouvement, leur efficacité motrice » (B, 325-331). D'ailleurs, elle rajoute que cette situation est inévitable et l'atelier danse pourrait s'avérer un allié pour la maîtrise de ces effets : « mais finalement comme on n'est pas dans la performance, c'est quelque chose de toutes façons avec laquelle ils ont à faire au quotidien et là du coup, on les aide peut être à faire avec » (B, 331-333).

Béatrice soulève aussi une problématique relevée après l'activité de danse et notamment la nécessité psychologique pour les patients d'une forme de conclusion annuelle, sous forme de sortie culturelle ou représentation publique : « [à] la fin des 14 séances, je pense qu'il faut poser un acte, alors cela peut être une sortie culturelle, cela peut être [...] un petit séjour ailleurs dans un autre lieu, de deux jours, dans une abbaye par exemple, où il est toujours question de la danse, pour signifier la fin. Cela peut être une représentation, [...] faire une séance publique pour marquer la fin du travail qu'on avait fait, était un bon compromis » (B, L.317-322).

- l'appréciation du soignant concernant l'activité danse

Dans cette phase du témoignage avec Béatrice, on y repère les trois axes suivants : la structure organisationnelle, la posture du pédagogue et la pertinence de la pédagogie déployée.

La structure organisationnelle

Concernant le premier axe, il est **question de durée et de fréquence**. Elle prescrit des intervalles entre les séances assez rapprochées, parce que les patients et les soignants ont besoin de repères, en accord avec leur quotidien : « une séance hebdomadaire c'est un bon rythme. Le fait que ce soit dans un temps fixe, c'est bien, c'est un bon repère pour tout le monde, pour l'organisation du service, mais aussi pour les patients. Je pense c'est repéré au niveau du temps, sur la durée, c'est un bon compromis entre le fait que ce soit le matin, on est dans un réveil corporel et on arrive à l'heure du déjeuner. C'est un bon compromis, au niveau de l'installation, de la durée, c'est quand même une activité qui demande de l'énergie et qu'il ne faudrait pas que ce soit plus long. La durée est vraiment très bien dans la mesure où à l'intérieur même de cette durée, on sent qu'il y a des compartiments au niveau du temps, il y a l'installation, le départ et entre ces deux points il y a la séance, je trouve que la façon dont s'est construit, c'est très bien » (B, L.25-33). Elle estime toutefois que la durée globale pourrait s'allonger à 20 séances pour permettre une introduction paisible dans le travail : « 14 séances,

je trouve que c'est bien, [...], il y en aurait un peu plus, [...] ce serait bien On aurait une vingtaine de séances ce serait aussi bien. Il faut du temps pour s'installer » (B, L.35-37).

La posture du pédagogue

Comme ses collègues, Béatrice n'estime pas nécessaire de **communiquer le diagnostic des patients** au pédagogue, pour ne pas affecter le caractère libre de ses propositions :

« [connaître la pathologie des patients] peut être un frein à la spontanéité de ce que propose le pédagogue. [...] c'est bien qu'il y ait quelqu'un dans le groupe, en tous cas celui qui anime en l'occurrence, qui soit vierge de toutes cultures psychiatriques » (B, L.76-78).

Elle décrit ensuite les multiples facettes de **sa posture d'accompagnant**, comme « *veilleur du groupe* » (B, L.212-213), à la fois impliqué et discret : « *La distance que propose le pédagogue est la bonne, en même temps il est très impliqué dans ce qu'il propose et en même temps on sent qu'il est un petit peu à côté, il va proposer, il va accompagner, il va parfois participer* » (B, L.202-204), ce qui installe un climat de confiance : « *De ce que je ressens des patients, ils ont une grande confiance, ils ont une certaine admiration aussi, [...] dans ce que leur propose le pédagogue* » (B, L.205-206). Béatrice observe aussi, que l'investissement corporel du pédagogue inspire une certaine désinhibition : « *Le pédagogue peut aussi à certains moments, s'investir corporellement, ce qui fait que du coup le patient se sent autorisé à faire des choses qu'il ne se serait pas autorisé à faire à d'autres moments* » (B, L.207-209).

La pertinence de la pratique pédagogique appliquée

D'après Béatrice, les outils pédagogique déployés offrent une approche globale de l'individu, qui promeut **l'intégrité et le lien social** : « *ce sont vraiment des pratiques qui proposent une approche globale, qui ont une vocation d'unification, individuelle et [...] en plus qui travaillent aussi la question du lien social, du lien avec le groupe* » (B, L.273-275).

Pour elle, le travail sur **le toucher** est nécessaire pour aborder le corps : « *Je pense que c'est un des axes qu'il est nécessaire d'aborder puisqu'on ne peut pas travailler autour du corps sans travailler autour du toucher* » (B, L.97-99). Malgré cela et même sans incident

auparavant, elle conseille de rester vigilant, parce que le toucher peut être mal vécu :

« évidemment, il faut être vigilant, puisqu'on sait [...] que le toucher ce n'est jamais anodin. Cela peut être vécu comme une intrusion, comme une pénétration, comme quelque chose de dangereux, mais dans le cadre du groupe cela ne m'a jamais semblé décalé, c'est-à-dire que cela avait un sens dans le travail qu'on faisait, ce n'était pas toucher pour toucher » (B, L.99-104).

Concernant **la lenteur**, elle estime que c'est un travail qui promeut la prise de conscience de soi par le ressenti corporel : *« on met le doigt sur cette sensation et donc là on se retrouve un peu face à soi-même ou là le mouvement se fait vraiment en conscience ou on ressent toutes les tensions, les fatigues, les difficultés d'équilibre, donc je trouve que c'est très intéressant comme travail »* (B, L.285-287) et il s'avère même être approprié dans le contexte du traitement avec des neuroleptiques : *« il ne faut pas oublier qu'on a des patients qui sont « neuroléptisés », mais d'un seul coup, proposer au patient, de prendre conscience de cette lenteur et de jouer avec, alors là, ça change complètement la donne »* (B, L.281-284).

Elle note malgré tout, que ça peut-être fatigant dans la durée : *« évidemment il ne faut pas que ça dure très longtemps parce qu'on voit bien que ça entraîne une certaine fatigabilité »* (B, L.287-288).

Béatrice énonce plusieurs propositions pédagogiques, basées sur **l'improvisation, qui favorisent l'expressivité et la créativité** des patients : *« le travail par exemple sur les déambulations, avec comme des personnages à trouver dans notre façon de déambuler, là on est déjà dans une expression. Il y a le travail à deux, où on doit faire des chorégraphies, [...] chuter sous le regard des autres, comment trouver la bonne façon de tomber, quand on est un patient psychiatrique, trouver la bonne chute, ce n'est pas toujours facile. [...] les moments où l'on fait intervenir la voix et le souffle, rajoutent sans doute de l'inhibition mais du coup la question de l'expressivité et de la création. Puis c'est tout ce qui est proposé pour créer son propre mouvement, sa propre gestuelle, voilà, c'est trouver son personnage »* (B, L.337-345).

Au sujet de l'utilisation ponctuelle de **la parole**, elle suggère de privilégier un travail sur le souffle et la voix, pour éviter de perturber certains patients : *« globalement, il serait intéressant peut-être pas de travailler sur la parole parce que justement là, on est dans un autre registre, mais qu'on ne peut pas non plus, faire la scission entre la parole et le corps. [...] je trouve qu'il serait intéressant de travailler plus avec le souffle et la voix qui sont les prémices de la parole, pour justement pour ne pas séparer les choses qui sont pour nos patients parfois séparées et c'est peut-être là où justement ça perturbe les gens »* (B, L.304-306). Elle précise, toutefois, qu'il n'est pas question de prohiber la parole dans le processus artistique : *« Après si la parole arrive, il faut en discuter avec le groupe, y compris avec les patients et savoir à qui et pourquoi ça a posé problème, mais de là à interdire toute parole, non »* (B, L.312-314).

Enfin, Béatrice souligne l'importance du travail fait sur **la perception spatiale** : *« En plus dans le groupe, on travaille tout ce qui est déplacement dans l'espace, donc c'est trouver sa place dans un groupe, trouver sa place dans l'espace, sur la question d'avoir un dos, d'avoir des articulations qui bougent, de ne pas être figé, voilà je trouve que le premier impact il est*

- **l'engagement et la présence des soignants dans l'atelier de danse**

Béatrice semble assumer pleinement son **statut d'accompagnatrice**, tout en étant participant d'un atelier danse : *« j'ai pris une place qui me semblait être la mienne, c'est-à-dire à la fois de participant, [...], on participe avec ce qu'on est et en même temps il faut qu'on soit vigilant puisqu'on est là pour accompagner et soutenir le travail du pédagogue et c'est comme ça que je vois mon rôle, je trouve que ça fonctionne très bien comme ça »* (B, L.84-88). Elle considère que ce double statut élimine toute tendance au jugement : *« Le fait aussi que ce soit partagé par les soignants et les soignés ça abrase toute notion de jugement »* (B, L.387-388). Elle accompagne pour **rassurer et modérer la peur** de l'inconnu : *« c'est un peu la peur d'aller dans un lieu pas très connu, avec des gens pas très connus non plus, sur des expériences un peu nouvelles, pour certains d'entre eux, donc c'est là où nous on prend toute notre place d'accompagnant »* (B, L.255-258), avec un impact positif sur la motivation : *« les gens ont été rassurés et du coup on a plus du tout à se battre pour que les gens se lèvent »* (B, L.261-262).

En dehors de cet accompagnement auprès des patients, Béatrice souligne l'importance de son rôle à l'acceptation et **la mise en place de l'atelier danse** dans son service : *« Je fais partie des gens sans doute qui ont permis que ce projet aboutisse, j'étais très motivée et j'ai donc pu convaincre les autres. »* (B, L.40-41). Elle soulève, d'ailleurs un problème sur les limites entre **rapport humain et rapport professionnel** pas facile à clarifier : *« quand on arrive, on serre la main aux patients et on fait la bise entre soignants, ça me pose un problème. [...] Il y a des collègues que je connais moins que certains patients qui m'ont spontanément fait la bise parce qu'on était soignants, du même clan. Cela me pose problème »* (B, L.178-186).

- **la valeur ajoutée de l'atelier danse par rapport au cadre thérapeutique traditionnel**

Béatrice fait part de l'impact de cette pédagogie à sa pratique professionnelle. Elle déclare que ça facilite la **communication entre soignant et patient** et participe ainsi au processus du soin : *« C'est un peu un moment de transformation, [...] dans la façon dont les patients peuvent soit en parler, soit dans leur attitude personnelle. [...] C'est vraiment un outil pertinent dans le dialogue qu'on peut avoir avec les patients dans leur histoire de vie, ce qu'ils peuvent nous dire de leur souffrance, [...] c'est très enrichissant dans ma pratique quotidienne auprès des patients, ça me donne des éléments en plus pour aller plus en avant dans le travail que je fais avec eux. »* (B, L.117-124). Elle considère que cette amélioration de

la communication est due au travail de l'expressivité corporelle : « *[le corps] c'est un médiateur très important qui redonne de la parole justement, c'est-à-dire que parfois on a des patients qui n'arrivent pas à mettre de parole sur ce qu'ils peuvent ressentir et le fait que ça passe par le corps redonne de la parole aux gens* » (B, L.270-272).

Cette enrichissement de la communication semble lui permettre **une autre lecture du rapport au corps** : « *je vois aussi les patients en individuel et sur la question du corps et même en groupe, ça m'enrichi et cela enrichi ma pratique.* » (B, L.128-130).

Concernant les sorties chorégraphiques, Béatrice atteste que ça donne du recul par rapport à la pratique du groupe, **actualise les potentialités de l'expressivité corporelle** : « *parfois la folie ça isole et la danse c'est une passerelle vers autre chose et le fait d'aller voir des spectacles, c'est aussi partager avec tout un chacun un spectacle, à la fois quelque chose d'esthétique, [...] mais aussi quelque chose qui résonne en nous par rapport à notre propre pratique. C'est bien, cela permet de prendre du recul, d'extrapoler sur tout ce qu'il est possible de faire avec son corps, en référence à ce que nous on fait dans ce groupe-là.* » (B, L.133-138) et **ça contribue au travail thérapeutique** : « *aller dans une salle avec plein de monde, n'est pas toujours évident, ça fait aussi partie d'un travail thérapeutique* » (B, L.144-147)

Elle évoque par la suite d'autres **outils thérapeutiques** qui résultent de l'atelier danse, **comme l'intégrité corporelle et la coordination** : « *comme ça remet du lien dans le corps, il y a une fluidité qui arrive, alors qui n'a pas toujours un effet durable, mais auquel en tous cas on peut faire référence quand on voit que les patients ne sont pas bien. On peut faire référence à ce moment où ils ont pu retrouver une certaine fluidité, une certaine tranquillité. Comme cela est vécu au niveau corporel, cela peut aider le patient à d'autres moments.* » (B, L.349-353), ou encore les **jeux créatifs et ludiques du corps** : « *adulte on ne joue plus beaucoup avec son corps, on ne s'amuse plus trop, on a des gestes toujours un peu les mêmes, c'est un peu la routine corporelle et là d'un seul coup, on redécouvre qu'on peut rigoler, qu'on peut s'effondrer, qu'on peut s'affaler, qu'on peut faire des choses complètement dingues.* » (B, L.384-387).

Enfin, Béatrice semble valoriser le **renouvellement des rapports sociaux** qu'implique la collaboration entre les soignants au sein de l'atelier : « *On a des fonctions différentes aussi dans l'institution et là on met bien en avant combien il est important d'être complémentaire, qu'on a pas tous le même regard, mais qu'on est tous là, un petit peu ensemble et ça crée des liens particuliers qui ont un effet après, qu'il y a un autre regard sur son ou sa collègue, par rapport à ce qu'on a pu partager dans le groupe.* » (B, L.410-414).

- la présence ou non d'effets sur les patients

On constate ici quatre effets de l'atelier sur les patients. Le premier concerne l'évolution de **l'investissement personnel** qui se révèle ici par un changement d'attitude au moment du départ de l'hôpital pour l'activité : *« je pense à un patient en particulier qui avait l'art de se planquer au moment où on partait et bien maintenant il est prêt largement avant l'heure, ou une autre patiente qui avait une peur panique de toutes les sorties à l'extérieur, de tout ce qui pouvait se passer à l'extérieur et là ça se passe vraiment très très bien, donc effectivement l'engagement on le ressent dès le départ, même avant le départ, dans leur préparation. »* (B, L.262-266).

Le deuxième effet est en rapport avec les **changements psychiques, toniques et de comportement**. Béatrice témoigne des effets de **réintégration concernant le schéma corporel** : *« ça vient les réconcilier un peu avec des sensations soit oubliées, soit nouvelles et ça leur donne de la structure, ça leur donne une unité »* (B, L.367-368) et de ré-habiter leur corps même dans certains cas difficiles : *« je peux constater qu'ils explorent des choses différentes qui leur permettent d'habiter leur corps, je pense en particulier à une patiente qui participe qui a toujours l'impression de perdre la tête au sens propre comme au sens figuré et depuis qu'elle a commencé ce travail- là, parle beaucoup moins de la perte et du détachement de la tête du reste de son corps. »* (B, L.232-236). Pour d'autres patients cet effet se manifeste à **la posture et la gestuelle** : *« les patients habitent ou ré-habitent leurs corps, ce qui fait que ça leur donne une verticalité, une meilleure amplitude »* (B, L.245-246), qui leur procurent des **plaisirs corporels** : *« cette sensation que le corps n'est pas qu'une souffrance, une espèce de jouissance du corps qui est parfois un peu oubliée pour eux. »* (B, L.245-248). Concernant **la tonicité**, Béatrice nous rapporte que certains patients témoignent des effets positifs sur leur état tonique : *« les patients disent, je me sens bien, je suis bien, je suis détendu, ça me donne de l'énergie. Cela a un effet et sur le schéma corporel, dans la conscience qu'ils peuvent avoir de leurs corps et aussi de leur représentation interne, de ce qu'ils peuvent en ressentir. »* (B, L.236-239) et pour quelques-uns les effets sont radicaux, mais ne durent pas longtemps : *« On voit des patients qui sont toujours, pliés en deux et qui d'un seul coup sont dans une verticalité qu'ils avaient un peu perdu, alors parfois ça dure une fraction de seconde, puis parfois ça dure plusieurs minutes, donc on voit une différence. »* (B, L.242-244). Elle note aussi un effet régulateur de l'atelier au groupe : *« quel que soit l'état tonique dans lequel arrive ces patients, ce groupe a une fonction de régulation. Si un patient est très effondré, ça va lui donner du corps, de la structure et si un patient est au contraire extrêmement tonique, très tendu, ça va lui donner un peu de souplesse et de malléabilité. »* (B, L.225-228)

Subséquent, Béatrice nous informe sur les **effets de l'atelier chorégraphique sur les**

rapports sociaux. Elle évoque une expérience de **tissage de liens** : « *cela crée des liens très particuliers, ça retisse des liens, ça les resserrent, c'est une expérience humaine, du sentiment humain* » (B, L.113-115) et de complicité entre les patients : « *Il y a une espèce de complicité qui s'installe, un regard différent entre eux aussi.* » (B, L.188) qui les aident à relativiser la gravité de leur situation : « *ils apprennent à se connaître différemment, souvent finalement ils se rendent compte soit qu'ils sont aussi fou les uns que les autres, soit finalement ils ne sont pas si fou que ça* » (B, L.190-192). Elle nous fait part d'un développement de **tolérance et de confiance à l'autre qui atténue les conflits** : « *ça aide les patients dans la tolérance de la folie de l'autre et que ça installe de la confiance, peut-être même des liens un peu plus chaleureux qui se poursuivent dans l'institution, après. Cela atténue les conflits et les qui pro quo qu'il peut y avoir.* » (B, L.196-198). Béatrice trouve que l'atelier facilite le contact : « *ça dédramatise un peu le contact avec l'autre, d'autant plus que ça se fait dans le respect* » (B, L.379-380) et aide les patients à trouver leur place au sein de la communauté : « *trouver sa place dans le groupe et redécouvrir un peu être avec l'autre* » (B, L.382).

Ensuite elle nous communique certains **effets sur l'expressivité et la créativité.** L'atelier semble promouvoir leur potentiel expressif et créatif qui se manifeste même par une **confiance dans d'autres domaines** : « *les patients pendant ce groupe-là, découvrent des possibilités expressives et créatrices qu'ils ne connaissaient pas ou qu'ils ne connaissaient plus et du coup vont s'autoriser à d'autres moments, quand ils vont faire du dessin, à reprendre une certaine confiance en ce qu'ils ont à l'intérieur d'eux* » (B, L.355-358).

Enfin Béatrice, sur **l'absence d'effets**, rajoute que les impacts cités ci-dessus ne concernent pas tout le monde : « *pour certains oui et pour d'autres non* » (B, L.348).

5.1.6. Analyse phénoménologique d'Angélique

Âge : 45 ans, Sexe : Féminin ; position : Infirmière, Années au projet : 5

- **le contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse**

Angélique nous introduit à son témoignage avec des informations sur **la complexité de la mise en place** de l'atelier, lorsqu'il s'agissait de conventions entre institutions : « *La complexité c'est le fait qu'il y ait plusieurs partenaires et institutions en fait qui doivent se mettre d'accord sur un même projet.* » (A, L.7-8) Il y avait une multitude d'aspects à prendre

en compte : « *Il y avait tout l'aspect juridique, droit à l'image, assurance etc... et l'aspect financier. Comme on était plusieurs partenaires, c'était assez compliqué de se rencontrer, d'échanger, de mettre les choses en place* » (A, L.11-13), dont le financement était un aspect majeur : « *On a eu aussi des difficultés de financement au niveau de l'hôpital, chaque secteur n'ayant pas les mêmes budgets en ergothérapie. Il y a une année, où, pour maintenir l'activité, avec une collègue on a été chercher des financements extérieurs, [...] Il a fallu monter des dossiers de financement et là, rien que ça en soi, c'était assez complexe* » (A, L.18-22). Après l'accord des hiérarchies : « *il faut l'accord de l'équipe médicale, de la hiérarchie infirmières et de la direction de l'hôpital* » (A, L.28-29), il y a la validation du projet, mais l'initiative appartient à l'équipe soignante : « *il faut que ça passe toutes les étapes pour être validé, mais après, l'initiative, ça venait de nous, évidemment* » (A, L.30-31).

Angélique remarque que la **reprise du projet, porté par le CCNT, par l'association Omnivion** a remis à l'ordre du jour les difficultés de l'organisation et de la mise en place : « *c'est encore plus complexifié quand il n'y a plus eu le CCNT qui était une institution, avec ses secrétaires, son système juridique et que l'on a travaillé avec Dimitri et l'association qu'il venait de créer. Il a fallu re-réfléchir au projet, surtout au niveau administratif et juridique.* » (A, L.11-13) et qu'il y a eu une mobilisation des plusieurs secteurs pour assurer une rémunération correcte de l'intervenant : « *il fallait trouver une façon de rémunérer honnêtement et c'est à ce moment- là, qu'on s'est regroupé entre plusieurs secteurs aussi pour trouver des financements qui soit décents en fait, ça reste quand même très modeste* » (A, L.51-53).

Par la suite, elle nous fait part des **critères de choix de patients** à participer à l'atelier. D'abord il est question de **complicité de l'équipe soignante**, avec son expérience de l'atelier et la **proximité avec les patients** : « *c'est parce que nous on a une connaissance du patient, comme on a une connaissance de l'atelier, on fait un lien, on se dit tiens telle personne ça pourrait être intéressant* » (A, L.182-184). Ensuite, il y a **concertation avec le médecin** et puis proposition de l'atelier au patient : « *et on en parle avec le médecin, on en parle avec le patient.* » (A, L.182-184).

Concernant le **profil des patients** qui participent à l'atelier, Angélique a repéré plutôt des **psychopathologies qui touchent à l'image du corps** : « *globalement ce sont des patients psychotiques, schizophrènes. On a eu aussi parfois des problèmes d'anorexiques, des patients qu'on a emmenés sur cet atelier par rapport à tout ce qui est image du corps* » (A, L.174-176), mais aussi des patients qui pourraient profiter de l'aspect socialisant de l'atelier : « *l'aspect socialisation, d'être dans le groupe, le travail dans les séances, c'est constamment un aller-retour entre soi et les autres, donc il y a des patients pour qui c'est vraiment intéressant.* » (A, L.168-171). Elle note également que même s'il y a une **dimension**

socioculturelle à prendre en compte, c'est la singularité du patient qui est décisive : « *chaque fois, il y a quand même la dimension culturelle, c'est comme d'aller vers d'autres personnes, vers un autre univers, [...]. Cela dépend vraiment des patients* » (A, L.171-174). Deux autres éléments décisifs sont **la motivation et l'engagement dans la durée** : « *si la personne a envie de participer à l'atelier on lui demande de s'engager, de faire toutes les séances et ça fonctionne très bien comme ça.* » (A, L.186-187).

En ce qui concerne **le point de vue de la hiérarchie** sur la pertinence de l'atelier danse, Angélique atteste le bien-fondé de ce mode d'intervention et nous transmet premièrement le point de vue de la direction administrative : « *Au niveau de la direction, on peut citer [Mme XY], il y a vraiment un engagement et une volonté que ça continue. C'est quelqu'un qui voit un intérêt à l'activité et qui la soutient.* » (A, L.103-105), qui valorisait la présence de l'artiste professionnel dans l'institution des soins : « *il y avait un vrai enthousiasme pour l'activité. [Mme XY] soutenait le fait que ce soit un artiste qui mène l'activité, un danseur professionnel et non pas un infirmier formé à la danse par exemple.* » (A, L.110-112), surtout pour l'impact socialisant qu'elle instaure : « *Pour une ouverture, pour la raison de l'ouverture, de l'échange entre les patients, puis un univers, un autre univers, celui de la danse et celui de l'art.* » (A, L.114-115)

En examinant davantage le témoignage de cette infirmière, on constate que la hiérarchie médicale a un jugement favorable sur l'atelier, avant tout pour son impact thérapeutique : « *ça reste une activité sur prescription médicale, donc ils y voient bien l'intérêt pour certains patients, au niveau psychocorporel, confiance en soi, des choses comme ça.* » (A, L.124-126), quand bien même ils reconnaissent qu'il s'agit d'une activité à trois relais : « *ils considèrent que c'est une activité où il y a les trois relais, occupationnel, culturel, thérapeutique.* » (A, L.139-140). Le fait de voir les patients en action pendant un séminaire a généré une résonance positive supplémentaire au sein de l'équipe médicale : « *un des médecins de psy D avait vu ce qui c'était fait au Vinci pendant la conférence de la Croix Marine⁶⁸ et qu'il avait été assez touché par le travail des patients, donc là il y avait eu un retour très positif* » (A, L.131-134)

Angélique aborde ensuite le questionnement éthique autour de la représentation de fin d'année. Elle discerne deux formes distinctes de représentation : une, au sein même de l'atelier et une en indépendant, c'est-à-dire sans des comptes à rendre à l'hôpital. La première, au sein de l'atelier, concerne un public averti et bienveillant : « *chaque fois qu'il y a eu des présentations du travail, c'était toujours face à un public averti on va dire et très empathique.* » (A, L.307-309) et c'est une expérience valorisante pour les patients et les

⁶⁸ Séminaire pour psychiatres de l'association Croix Marine au Centre de conférences de Vinci, à Tours (2010)

soignants, sans poser des problèmes éthiques : *« au niveau de l'éthique, il n'y a rien qui me choque. [...] le retour pour les patients a été très positif. Cela a été une expérience vraiment valorisante et hyper positive, pour les patients et les soignants d'ailleurs, une reconnaissance de leur travail et ça c'était vraiment intéressant. »* (A, L.309-315), grâce, entre autre, à l'accompagnement des soignants *« Il n'y a jamais eu de mise en difficulté, il n'y a jamais de voyeurisme. C'est là où nous, on est très attentif, qu'il n'y ait jamais de voyeurisme. Cela reste quand même un travail dans le cadre de l'hôpital, du soin. »* (A, L.317-319). D'autre part, pour les patients qui individuellement décident de participer aux spectacles de l'association Omnivion, le questionnement éthique se déplace hors du contexte hospitalier : *« A partir du moment où les patients, font ce qu'ils veulent, là c'est une démarche individuelle, là c'est leur initiative, c'est une démarche individuelle, ça ne concerne plus l'atelier »* (A, L.323-326).

- **les problématiques liées à l'état du patient**

Ici on va interroger les problématiques liées à l'état du patient qui se manifestent avant la séance et pendant la séance. On découvre qu'**avant la séance** l'expression de la motivation n'est pas apparente du fait de leur situation : *« ce qui est propre à nos patients, pour beaucoup de choses, le travail sur la motivation, la mise en route, la mise en marche. [...] ça fait partie des symptômes en fait, ils peuvent tout-à-fait faire les choses, la difficulté c'est de se lancer, c'est d'initier, de se mettre en marche en fait »* (A, L.507-511). Angélique évoque un processus d'accompagnement des soignants qui relie motivation et engagement au lancement de l'atelier : *« si le patient adhère au projet, on essaie, on propose toujours une ou deux séances pour voir. Après, par contre, si la personne a envie de participer à l'atelier on lui demande de s'engager, de faire toutes les séances et ça fonctionne très bien comme ça »* (A, L.184-187).

On poursuit avec **l'accompagnement pendant la séance**. On y rencontre des difficultés, comme des débordements éventuelles d'expressivité des certains patients qui peuvent déstabiliser le groupe : *« Cela reste une activité collective, on ne peut pas laisser un patient à un moment donné prendre trop de place dans le groupe, ou révéler des choses qui n'appartiennent qu'à lui, qui pourrait effectivement mettre mal à l'aise les autres participants »* (A, L.218-221), mais au final elle exprime sa confiance dans son statut d'accompagnatrice qui minimise les risques : *« Pas de risques potentiels dans la mesure où le soignant connaît le patient, connaît son histoire, connaît ses difficultés et qu'il est garant »* (A, L.202-203).

Enfin, elle ne voit pas de contre-indication concernant la prise de médicaments psychotropes avant la séance : *« Ce qui peut altérer une séance pour un patient, c'est le fait par exemple qu'il*

n'ait pas bien dormi, ou qu'il soit stressé par quelque chose et qui du coup il ne soit pas très attentif à ce qu'on fait mais je ne pense pas que le médicament soit un frein à l'activité, au contraire » (A, L.601-604).

- l'appréciation du soignant concernant l'activité danse

A ce stade du témoignage de la participante on aborde son avis sur l'atelier de danse. On en dégage trois grandes orientations, qui représentent la structure organisationnelle, la posture du pédagogue et la pertinence de la pédagogie déployée.

La structure organisationnelle

Il est d'abord **question de la durée et de la fréquence**. Angélique considère suffisant le nombre et la durée des séances, pour des questions de fatigue et d'engagement : *« une séance par semaine, ça me paraît suffisant parce qu'on a quand même des patients assez fatigables. On est avec des gens qui ne pourraient pas pour la plupart faire deux fois par semaine cet atelier. Pour la fréquence sur l'année, ça me paraît bien que ce ne soit pas continu toute l'année, que ce soit vraiment sur une saison. Cela demande vraiment une implication, un engagement assez fort pour les patients, rien qu'en terme d'assiduité, donc les mobiliser comme ça sur quelques mois, ça me paraît bien, ça me paraît assez équilibré »* (A, L.75-82). Néanmoins, dans un contexte de séjour thérapeutique court⁶⁹, elle juge pertinent de pratiquer un peu plus intensément : *« On est vraiment en immersion pendant trois jours et ça, c'est productif, dans l'échange et même dans ce que les patients arrivent à proposer pendant l'atelier [...] Du coup, tout le monde est à l'aise »* (A, L.397-400).

Comme ses collègues, elle estime que les longues interruptions entre les séances déstabilisaient les patients : *« on avait des ateliers où il pouvait y avoir de longues périodes d'interruption entre les séances, on a constaté que ça déstabilisait un petit peu les patients. [...] on s'est efforcé, ces dernières années, de regrouper les séances, pour qu'il y ait moins de période d'interruption et tout le monde a priori s'y retrouve »* (A, L.65-69).

Angélique atteste que **la participation à long terme est décisive** pour avoir des résultats thérapeutiques : *« Cela s'est fait dans le temps, ça c'est sûr que ça a été possible, parce que c'est un patient qui a fait l'atelier plusieurs années »* (A, L.456-458), chose qui encourage

⁶⁹ *Séjour thérapeutique : séjour en groupe, de courte durée, en générale près de la nature, avec des activités diverses (occupationnelles, thérapeutiques, culturelles etc.).*

l'équipe de continuer : « *On a vu l'évolution progressive et nous ça nous a encouragé, lui aussi, à continuer* » (A, L.458-459).

On examine ensuite la question **du lieu et de l'architecture**. Angélique semble apprécier les lieux lumineux, avec un bon compromis entre ouverture et intimité : « *C'était vraiment une salle de danse, il y avait des glaces, beaucoup de lumière, un des murs c'était que des fenêtres, c'était une belle salle, assez ouverte sur l'extérieur et assez intime, j'aimais vraiment bien cet espace* » (A, L.87-90) et qui promeuvent le rapport avec la cité : « *c'est évidemment toujours plus intéressant de les amener sur l'extérieur. Autour de l'atelier, il y a aussi un travail d'autonomie dans le transport par exemple, qui va être élaboré. L'intérêt c'est d'aller en ville parmi les autres* » (A, L.149-152). Elle est moins persuadée du lieu actuel pour son manque d'éclairage naturel, d'ouverture vers l'extérieur et d'équipement mobilier : « *le dernier espace sur la salle Giraudeau, je le trouve quand même un peu moins agréable, il n'y a pas d'ouverture sur l'extérieur, ce n'est qu'un éclairage artificiel, il n'y a pas de glace. Les glaces on jouait avec, c'était quand même un plus. C'était un travail sur l'image de soi, l'image du groupe, on jouait avec* » (A, L.92-96). Angélique y apprécie par contre les opportunités de rencontre et de déplacement pour les patients : « *c'est dans un centre socio-culturel, donc quand on y va, on croise des gens, qui vont, qui viennent, à leurs propres activités, on est bien accueilli. Cela oblige à des déplacements dans la ville* » (A, L.437-440)

La posture du pédagogue

La deuxième orientation concerne la capacité du pédagogue de créer les conditions nécessaires au bon déroulement de l'atelier. Angélique met l'accent sur un **climat de confiance** que le pédagogue met en place : « *le succès de l'activité repose là-dessus. Cela repose sur un climat, une ambiance que le pédagogue met en place et qui tout de suite met les gens très à l'aise. [...]* c'est très doux, c'est très calme, c'est très respectueux. Je pense que c'est pour ça que les gens y retournent, c'est pour ça que les gens s'inscrivent dans un premier temps. C'est aussi pour ça que les soignants se sentent à l'aise, il y a vraiment ce climat, c'est très sécurisant » (A, L.425-433) et qui s'avère valorisante pour les patients : « *Pendant tout le temps de la séance, on leur demande de se mobiliser et d'être là, de s'affirmer, d'être présents, de proposer des choses, tout ça justement avec tellement de sécurité, dans cette ambiance tellement sécurisante qu'ils y parviennent, c'est valorisant* » (A, L.501-504).

La pratique pédagogique

La troisième orientation est relative à **la pratique pédagogique**. Angélique commence par des remarques sur **l'effort physique** qu'elle trouve approprié pour le niveau physique des participants : « *Physiquement ce n'est pas violent, on est quand même sur une gestuelle très douce, très lente, qui est basée plutôt sur le bien-être, il n'y a pas d'effort physique, en tant que tel* » (A, L.210-212), mais aussi un déroulement détendu de la séance qui permet leur intégration progressive : « *Dans l'atelier, il y a toujours la possibilité de se mettre en retrait, de se fondre dans le groupe si on ne veut pas faire les choses tout seul, il n'y a jamais rien d'obligé, d'imposé* » (A, L.523-525). Elle considère le travail sur **le toucher** difficile à appliquer avec des patients : « *C'est toujours délicat, parce qu'effectivement on a à faire à des patients [...] à qui cela peut renvoyer des choses très difficiles* » (A, L.286-287), sauf dans des moments d'échange chorégraphique où il semble que ça se passe bien : « *Il y a effectivement, quand on fait de la chorégraphie, des moments où [...] on va avoir à toucher son partenaire, ça se passe finalement plutôt bien. Il n'y a jamais eu de difficultés ou de réticences* » (A, L.290-293).

Angélique a observé un travail important sur **la perception spatiale et la coordination gestuelle** qui semble très exigeant pour les patients : « *nous on le voit, il y a quand même un énorme travail au niveau de l'orientation spatiale dans l'atelier. Il y a plein de choses qui sont travaillées [...] tout ce qui est latéralisation, l'orientation dans l'espace, mémorisation des enchainements de gestes, précision des gestes, arriver à réguler rapide-lent, des choses comme ça. Tout cela a été très difficile pour les patients, on le travaille à chaque séance en fait* » (A, L.471-476). Plus loin, elle évoque encore une fois **l'entraînement de la mémoire** dans le processus pédagogique : « *moi j'y suis plus sensible maintenant, il y a tout un aspect de mémoire, de choses comme ça qui se travaillent, plus à notre insu* » (A, L.477-478).

Elle note également une **prise de conscience progressive de l'état personnelle** de chacun et de sa **posture** : « *pendant le temps d'une séance, il y a une évolution et il y a la prise de conscience pendant la séance, de comment on est, comme on se tient, comment on regarde l'autre, on travaille beaucoup là-dessus* » (A, L.488-490).

Par la suite elle décrit le travail sur le **rythme**, qu'elle estime rassurant, ludique et énergisant : « *Un exercice qui aidait au démarrage de l'activité, c'était des exercices où la musique était plutôt des percussions. On faisait des grands déplacements à travers la salle tous ensemble et vraiment sur du rythme. Ce sont des choses assez simples en fait, là le groupe se constituait en début de séance, avec un côté un peu ludique, avec beaucoup d'énergie dans cet exercice. J'ai toujours trouvé bien les séances qui commençaient par ça. Cela nous réveillait. Et justement, on n'est pas exposé personnellement, c'est vraiment marcher tous ensemble, rapidement. Je trouvais ça vraiment bien* » (A, L.530-537), avec un **effet constituant pour le groupe** : « *quand*

on commence avec plutôt des moments où il y a plus d'énergie, de rythme, ça crée le groupe en fait » (A, L.566-567).

A propos de **la lenteur**, Angélique apprécie les **multiples apports physiques et cognitifs** : *« Tous les exercices de lenteur, de mouvements très lents, c'est bien parce que ce n'est pas évident. Il y a justement un gros travail de mémoire, de postures, d'assouplissement, c'est complexe, mais je trouve que ça fonctionnait bien » (A, L.537-539),* parce que ça sollicite intensément la **perception de soi et de l'environnement** : *« Des exercices lents comme ça, je le vois plus comme des exercices où on se recentre. C'est le moment le plus difficile au niveau de l'attention, parce que là on est dans des postures très précises. Au niveau de l'orientation c'est complexe, devant, derrière, gauche, droite. Il y a des déplacements très précis, donc ça mobilise beaucoup l'attention » (A, L.574-578).* Malgré ces apports, **la lenteur semble rester un défi** pour les patients : *« La lenteur, c'est difficile, pour certains patients c'est très difficile. Cela demande à réguler le mouvement, la hauteur du bras, c'est très cognitif, en fait, cet exercice » (A, L.581-583).* Angélique observe par contre que lorsqu'ils commencent à la maîtriser, ils gagnent en **détente et concentration** : *« quand le mouvement commence à être acquis et que ça devient plus simple, il y a quand même l'aspect détente de ces mouvements calmes, avec des musiques calmes et on se recentre sur soi » (A, L.587-589).*

Enfin, elle atteste que **l'improvisation** reste un défi majeur de l'atelier danse et met en garde contre **une utilisation précipitée** qui **pourrait provoquer des inhibitions** : *« Les exercices les plus difficiles sont les exercices où on demande à chacun de proposer un mouvement. Cela il ne faut pas que ça arrive trop vite à mon avis, ni trop en début de séance. Ça peut inhiber, cela peut bloquer quand même. D'une façon générale, les exercices où les personnes se présentent seules devant les autres, ça ne doit pas arriver trop tôt et ça doit rester spontané en fait » (A, L.540-544).*

- **l'engagement et la présence des soignants dans l'atelier de danse**

Angélique met en avant d'abord son appréciation pour le travail créatif de l'équipe soignante comme garante d'évolution constante : *« les années ne se sont jamais ressemblées, il y a eu chaque fois beaucoup de créativité, on a toujours réfléchi à améliorer, à trouver des fonctionnements différents » (A, L.63-65),* mais reste exigeante par rapport à une responsabilité commune de l'encadrement des patients : *« qu'il doit absolument y avoir des moments d'échange entre l'intervenant et l'équipe, entre l'intervenant, l'équipe et les patients. Des moments de débriefing et d'échanges, ça me paraît indispensable » (A, L.263-265),* qu'elle soutient à plusieurs reprises : *« Il faut vraiment souligner le caractère soignant*

et professionnel de l'activité et c'est important de le redéfinir et de le recentrer régulièrement pour moi » (A, L.337-339). Elle rappelle que les échanges et les bilans en équipe promeuvent la pérennité de l'activité : « il faut qu'on soit plus vigilants peut-être par rapport à ça, avoir plus de retours écrits. La pérennité de l'atelier c'est aussi constater que les patients ont envie de continuer et que ça les fait progresser » (A, L.159-161), en renouvelant le sens de l'action et en empêchant ainsi que ça devienne une routine : « Qu'il faut arriver à maintenir l'atelier en le redéfinissant à chaque fois, que ça ne devienne pas une routine, parce que ça peut être le risque pour tous les ateliers comme ça, que ça ne devienne pas une routine, et qu'on continue à se questionner sur le sens et les objectifs » (A, L.647-650). Elle regrette d'ailleurs le départ d'une psychologue faisant partie de l'équipe : « je trouvais intéressant les premiers années, il y avait une psychologue dans l'équipe, [...] je trouve ça dommage qu'il n'y en ait plus. [...] par rapport à certains questionnement qu'on peut avoir. Je trouve que c'était un échange intéressant » (A, L.276-280).

Angélique énonce plusieurs faits concernant **le statut d'accompagnante et de soignante** à l'atelier. Tout d'abord, elle constate la nécessité d'être impliquée et d'avoir une certaine expérience de l'art pratiqué, pour savoir mieux motiver les patients : « c'est quand même une activité "impliquante". On ne peut pas obliger quelqu'un, ni le patient, ni le soignant d'ailleurs, à faire cet atelier. Rien que pour l'expliquer au patient, pour lui expliquer ce qu'on y fait, il faut connaître » (A, L.196-198). Plus loin, elle confirme son statut de soignante qui doit veiller sur l'aspect thérapeutique de l'activité : « On perçoit dans une séance si un patient n'est pas très bien, on le connaît, on le sait, donc on peut parfois se mettre un peu à l'écart, on peut reprendre les choses avec lui, c'est en ça que c'est thérapeutique d'ailleurs. C'est une activité, c'est une base après de travail avec le patient, d'échange, de compréhension de choses » (A, L.203-207) et toujours en collaboration avec le pédagogue pour soutenir le travail pédagogique : « On a vraiment toujours travaillé en partenariat, en complémentarité en fait. Je pense que c'est pour ça que l'atelier fonctionne. Nous on est vraiment les interfaces parfois entre le pédagogue et le patient, on est un peu le traducteur parfois de ses symptômes, ou de ses difficultés » (A, L.406-409).

A deux reprises, Angélique parle de la difficulté de porter son **double statut de participante à l'atelier danse et de soignante** : « c'est constamment trouver l'équilibre en fait, de trouver sa place, c'est-à-dire ne pas s'empêcher de vraiment faire les exercices assez librement, sans jamais oublier qu'on est professionnel » (A, L.256-258), qui est en même temps une source de richesse humaine : « C'est toute la difficulté et la richesse de l'activité. C'est qu'effectivement parfois quand on est dans le mouvement, [...] on est des individus, donc on a aussi notre ressenti, nos émotions, nos propositions, notre imaginaire, il y a tout ça aussi qui

se met en marche. Et en même temps, on doit rester soignant » (A, L.252-255).

A la continuité du témoignage on touche à son **rôle moteur** au sein de l'activité qui encourage la participation des patients : *« le fait que nous même on participe, ça a un rôle un peu moteur. [...] ça sécurise en fait les patients. [...] ça a un côté un peu mimétique [...] et ça encourage les patients » (A, L.238-242)* surtout au début de la séance : *« on est là pour ça, pour impulser un peu, pour amorcer les choses. [...] c'est surtout en début de séance qu'on a un rôle. Au début de séance les infirmiers sont plus présents dans les mouvements, puis rapidement on s'efface et les patients après sont beaucoup plus spontanés » (A, L.243-246).* Enfin, Angélique atteste d'un **rôle de facilitateur de la transmission pédagogique** : *« Parfois on va les réadapter, mais ça se fait de façon simple et vraiment fluide. » (A, L.411).*

- **la valeur ajoutée de l'atelier danse par rapport au cadre thérapeutique traditionnel**

Au contact de l'atelier danse, Angélique relève plusieurs valeurs ajoutées par rapport au cadre thérapeutique habituel. La pratique de la danse dans le contexte de l'atelier est un **support pour le suivi thérapeutique** : *« C'est une activité, c'est une base, [...] de travail avec le patient, d'échange, de compréhension de choses » (A, L.206-207)* et les moments de pratique intensive renforcent la confiance et **enrichissent la relation** avec les patients : *« Je pense plus au stage et au séjour thérapeutique qu'on a fait, là on a une immersion, on est pendant trois jours ensemble. On partage des choses ensemble, ce n'est jamais pareil après avec le patient. Il y a une confiance, il y a des tas de choses qui se développent face à cette expérience -là. » (A, L.361-364).* Les représentations publiques s'avèrent être des **expériences très valorisantes** pour les patients : *« quand il y a eu des petites présentations du travail, c'est toujours valorisant, cela fait exister le patient » (A, L.445-446),* mais aussi pour toute l'équipe surtout lorsque ça concerne des publics des professionnels de la santé : *« au Vinci⁷⁰, [...] le retour pour les patients a été très positif. Cela a été une expérience vraiment valorisante et hyper positive, pour les patients et les soignants d'ailleurs, une reconnaissance de leur travail et ça c'était vraiment intéressant » (A, L.309-315).*

Outre la reconnaissance du travail, Angélique apprécie l'**enrichissement culturel** apporté par l'atelier : *« il y a quand même une dimension culturelle dans cet atelier. Pas simplement dans les spectacles qu'on va voir de temps en temps à l'extérieur, mais aussi je pense à la musique. Sur les 14 séances, il y a aussi une découverte de musiques, de sons, il y a aussi tout ce volet - là,*

⁷⁰ Séminaire pour psychiatres de l'association Croix Marine au Centre de conférences de Vinci, à Tours (2010)

*bien sûr; c'est enrichissant pour ça. » (A, L.377-381), qui reste un **lieu privilégié pour l'expressivité** des participants : « ce qu'ils peuvent faire pendant la séance, pour la plupart, il n'y a pas d'autres espaces pour le faire, dans leur vie quotidienne. » (A, L.622-624).*

- la présence d'effets sur les patients

On rencontre ici cinq effets de l'atelier sur les patients, le premier étant l'évolution positive de **l'investissement personnel** des patients à l'atelier : « *Moi je vois plutôt une motivation qui va crescendo* » (A, L.519), qui démontre une certaine autonomie : « *l'atelier a permis à ces patients finalement d'aller vers plus d'autonomie, parce qu'ils sont capables maintenant de s'inscrire seul et de participer seul, de façon autonome à l'activité.* » (A, L.326-328).

Le second concerne **l'appropriation du corps et du ressenti**. On y retrouve des exemples de patients qui présentent de changements positifs (A, L.635) visibles dans leur gestuelle : « *un patient en particulier, qui fait l'atelier depuis le début, [...] qui est très tendu, où il y a vraiment une forme de « spasticité » surtout des mains. On a eu l'évolution au niveau moteur, évidente, de mouvements qui étaient très retenus, très tendus, crispés et maintenant il y a une amplitude qui est complètement différente, il arrive à réguler la lenteur, les choses comme ça.* » (A, L.452-456) et une autre avec des **impacts du ressenti sur la confiance à soi** : « *on a des retours positifs sur le ressenti, sur la confiance en soi. Sur le fait qu'ils ne pensaient pas être capables de faire les choses et finalement ils se rendent compte qu'ils en sont capables. Donc c'est plus au niveau de l'estime de soi et la confiance en soi, le plaisir et la capacité à se sentir bien* » (A, L.466-469). On note également une **amélioration de la posture** : « *je pense quand même aux deux patients auxquels j'ai fait référence, qui ont fait l'atelier pendant plusieurs années, je pense quand même qu'il y a un impact, sur la façon de se tenir.* » (A, L.492-494)

Angélique témoigne ensuite des **effets sur l'état psychique, la vitalité et la détente**. Une patiente notamment qui retrouvait la vitalité au cours des séances : « *une patiente qui fait l'atelier depuis des années, qui a traversé une période très difficile où elle a été ré-hospitalisée, vraiment très difficile, elle ne faisait absolument plus rien, elle était très mal et on a maintenu l'activité. C'était beaucoup d'effort pour elle, et on voyait que pendant le temps de l'activité, il se passait des choses, elle retrouvait un peu de dynamisme, un petit peu d'enthousiasme, voilà, c'était assez surprenant.* » (A, L.346-351). Enfin, elle atteste **un bien-être et une détente à la fin des séances** : « *Ils ont toujours le sourire à la fin de la séance. De l'enthousiasme et de la détente* » (A, L.504-505).

On continue avec le quatrième effet, l'**amélioration des rapports sociaux**, en lien avec une évolution de la confiance à eux-mêmes : « *la confiance en soi, [...], l'appartenance à un groupe, l'aspect socialisation est quand même important aussi.* » (A, L.635-636) qui s'exprime même à l'extérieur de l'activité : « *Il y a un sentiment d'appartenance à un groupe qui se créé, tous les ans, on a pu le constater [...] parfois on a un objectif commun ensemble. Cela peut se poursuivre en dehors de l'activité, il y a certains patients qui vont se débrouiller pour y aller ensemble, qui vont se voir parfois à l'extérieur. Oui, cela crée du lien social.* » (A, L.416-421). Angélique a pu observer des échanges aussi dans le réseau culturel de la ville, au sein d'un festival de danse : « *on a quand même participé à beaucoup de choses, je pense à Veiller par le geste. Il y avait des échanges avec les habitants, avec les autres participants et beaucoup de bienveillance des gens avec le groupe Indigo.* » (A, L.441-443).

Enfin, elle nous confirme des effets perceptibles sur l'**expressivité et la créativité gestuelle** des patients : « *Le but de la séance c'est quand même de développer ça, l'expressivité, l'imaginaire et après d'arriver à le proposer et de s'affirmer, oui il y a un impact. Les patients qui suivent l'atelier, la preuve c'est qu'il y en a beaucoup qui voudrait le suivre pendant des années, c'est qu'ils y trouvent un intérêt* » (A, L.624-627).

CHAPITRE 6

DISCUSSIONS ET RÉSULTATS DE RECHERCHE

Introduction

L'analyse phénoménologique cas par cas a donné lieu à un matériau de données de 58 pages. Durant cette analyse, je suis resté au plus près des énoncés initiaux. J'ai pris soin de donner une cohérence au texte en construisant une intrigue à travers une dynamique organisationnelle qui raconte l'expérience des six participants à ma recherche. Je souhaitais dans un premier temps réaliser une analyse transversale, mais le degré de profondeur obtenu dans l'analyse cas par cas m'a permis de dégager des nouveaux compréhensifs et des données suffisamment organisées, pour éviter la redondance d'une nouvelle analyse herméneutique transversale. Par ailleurs, le nombre réduit des participants justifie le déploiement direct d'une interprétation des données et d'une discussion autour de ma question de recherche : ***Quelle est la pertinence de proposer un atelier de danse contemporaine, en milieu psychiatrique ?*** Sur cette base, je suis à même de mettre en exergue les informations essentielles qui apparaissent au grand jour et qui traduisent la pertinence de proposer des ateliers de danse contemporaine associés à la psychopédagogie perceptive, auprès des personnes souffrant de psychopathologies.

À propos de la pertinence méthodologique du choix des participants à la recherche, j'ai présenté dans la partie consacrée à la méthodologie de recherche, un certain nombre d'arguments qui plaident en faveur d'une étude menée auprès du personnel soignant, directement impliquée dans le programme des ateliers de danse contemporaine, au lieu d'interviewer les patients. Ce choix méthodologique s'est avéré pertinent car nous avons eu accès à l'arrière scène de la phase d'intégration et d'opérationnalité du projet atelier danse par le personnel soignant, à savoir les critères institutionnels et d'acceptation du projet de l'atelier danse – la phase d'intégration et d'opérationnalité du projet atelier danse par le personnel soignant – les modes d'intervention des soignants – l'engagement et la posture des soignants dans l'atelier de danse - le point de vue des soignant sur l'action de l'atelier - le regard des soignants sur la pertinence de la pédagogie déployée et des instruments utilisés dans le cadre de l'atelier de danse.

Ces données précieuses sont en mesure de me permettre de distiller des réponses essentielles à ma question de recherche, en reprenant chacune des catégories qui sont apparues de façon saillante dans l'analyse phénoménologique cas par cas.

6.1. Résultat à propos des critères institutionnels et d'acceptation du projet de l'atelier danse

Il apparaît clairement dans plusieurs témoignages que l'acceptation du projet dans les années 2005-2011 a été favorisée par la crédibilité du centre national chorégraphique de Tours, avec lequel un partenariat a été mis en place. Ensuite, l'ancienneté de l'atelier existant depuis 6 ans et qui a bénéficié d'un retour très positif de la part des cadres soignants et de la posture du psychiatre référent ouvert à des initiatives novatrices : *« j'étais un peu repéré comme prenant des initiatives relativement innovantes. Innovantes au sens sortant de la chronicité et de l'aspect strictement sanitaire des prises en charge »* (V, L.81-83), a favorisé la pérennité du projet. De plus, le caractère original de l'atelier considéré par les six participants comme s'inscrivant dans une dynamique thérapeutique a plaidé en sa faveur. Il faudrait rajouter que l'équipe soignante participe d'une façon très essentielle à l'intégration, la promotion et la pérennité du projet, grâce à l'implication directe dans l'atelier, l'expérience dans la durée pour certains et le témoignage direct de l'impact positif aux patients. Ils communiquent le bien fondé du travail aux cadres médecins et aux collègues d'autres services, ils améliorent le contexte organisationnel et de l'accompagnement à travers des réunions et des bilans. En somme, l'équipe soignante assume, d'une façon collective et complémentaire au rôle d'un médiateur culturel.

6.2. Phase d'intégration et d'opérationnalité du projet atelier danse par le personnel soignant.

- On voit, chez les six participants à la recherche, la dynamique qui préside aux **critères de sélection des patients**, pour être intégré à l'atelier et nous sommes en mesure d'en dégager les grandes lignes. La décision est d'abord et avant tout une **décision collective** incluant le personnel soignant participant activement et le médecin référent. Cette particularité est illustrée entre autre par le propos du psychiatre : *« décision médicale, enfin, médicale au sens de l'équipe soignante »* (V, L.171). On retrouve chez les six participants cette notion de décision collective et de choix, discuté par le personnel qui participe à l'atelier.

- Les critères de sélection des patients qui apparaissent sont de **plusieurs ordres**, même si à plusieurs reprises, le choix est informel dans la mesure où il n'y a pas eu d'étude spécifique des dossiers, ni prescription médicale qui aurait eu comme effet d'éliminer certains candidats, mais plutôt des discussions relatives au profil des patients, notamment en lien avec leur pathologie, mais aussi à leur état corporel dû à la médication comme l'illustre ce propos : « *il est bien évident que les neuroleptiques ont des effets [...] sur le tonus, on sait qu'il peut y avoir des patients qui ont des effets secondaires. Ça peut venir entraver leur liberté de mouvement, leur efficacité motrice* » (B, L.332-331). Certains participants mentionnent également le surpoids et la maladresse dans la posture.

- On retrouve des critères de bonne adéquation entre l'état du patient et les objectifs de l'atelier et notamment la notion de recentrage corporel apparaît en réponse à des **problématiques liées à l'image corporelle, l'image de soi et d'estime de soi déficientes**. On note même la notion d'anxiété en lien avec la sensation de perte de soi.

- La **dimension relationnelle** est également importante dans les critères de choix. La capacité de communication du patient est prise en compte et plus spécialement la capacité d'intégration du patient dans le groupe pour éviter le risque de perturbation du groupe par un patient prenant trop de place; révélant des choses pouvant mettre mal à l'aise les autres; ou encore présentant une tendance au retrait. Nous verrons plus tard que la notion d'intégration sociale est relevée par tous les participants à la recherche.

- Dans tous les cas de figure, selon le psychiatre et repris par les autres soignants, la participation des patients à l'atelier est fondée avant tout sur **l'envie du patient**. C'est la raison pour laquelle on relève une action des soignants pour solliciter la motivation des patients à participer à l'atelier. Les patients spontanément n'ont pas envie de venir à cet atelier en raison des enjeux d'implication qui les gênent, de leur tendance à la mise en retrait et de leur manque de motivation à la mise en action. Ainsi, comme en témoigne une participante : « *en dehors de l'activité c'est énorme, pour stimuler le patient à venir, parce que parfois il est tellement pris par sa maladie* » (J, L.447-449).

6.3. Modalités d'intervention des soignants avant, pendant, après l'atelier

Les membres de l'équipe soignante assument plusieurs rôles concernant l'activité danse dans le contexte psychiatrique. D'abord, comme on a vu plus haut (6.1.), ils sont **coordinateurs**

administratifs de l'action. En collaboration avec l'équipe administrative de l'hôpital et le bureau de l'association artistique, ils préparent les modalités d'organisation qui doivent s'inscrire dans la convention : dates, horaires, lieux, rémunération de l'artiste-pédagogue et représentation de fin d'année. Ils mettent en place également un planning complexe pour assurer l'accompagnement et le suivi des patients toute au long de la saison, sorties culturelles incluses. Ensuite, ils agissent comme médiateurs culturels auprès des professionnels du CHRU et auprès des patients. Dans ce chapitre on examinera les résultats de recherche par rapport à leur implication directe au sein de l'atelier danse.

6.3.1. Engagement et posture des soignants dans l'atelier de **danse**

On distingue trois phases d'implication : avant les séances, pendant les séances et après les séances.

- **Avant les séances**

Les soignants ont des tâches importantes à assumer **avant les séances** pédagogiques, en portant le statut d'accompagnant. D'abord, ils doivent **expliquer le propos** et **rassurer** les patients devant « *la peur de l'inconnu* » comme attesté par deux interviewés. Par la suite, ils se chargent de **motiver** les patients de sortir de l'hôpital : « *[...] le avant est difficile, parce qu'il y a tout ce qui est préparation, organisation, le départ qui peut être source d'angoisse* » (R, L.261-264). Une des interviewées nous rappelle qu'en dehors de ces rôles et toute au long de l'année, ils demeurent les **interlocuteurs principaux** pour tout échange entre la hiérarchie administrative et médicale du CHRU et le pédagogue ou le bureau de l'association. C'est un rôle très important pour le bon fonctionnement de l'activité.

- **Pendant les séances**

On poursuit notre étude avec la deuxième phase de l'implication laquelle se produit **pendant les séances**. On note également, en premier lieu, l'importance du statut de l'accompagnant pour le bien-être des patients. Comme avant la séance, deux soignants nous confirment qu'elles sont là pour cadrer : **rassurer et protéger** les patients des échanges dans le groupe et des aléas du laboratoire chorégraphique. La **prévention** évoquée par tous les participants semble-t-elle primordiale pour éviter des états critiques de de la part des patients et assurer le bon déroulement de l'atelier. Le psychiatre est très exigeant par rapport à un **encadrement vigilant** de la part des soignants, afin d'éviter des erreurs thérapeutiques dans les interactions avec les patients : « *s'il n'y a pas une démarcation quelque part, une limite entre la relation du soignant et la relation*

du patient je pense qu'on rentre dans une confusion qui ne permet pas d'avoir une fonction soignante durable » (V, L.371-373).

Quatre soignants mettent en avant le **double statut** que l'atelier invite à porter au sein de l'équipe. On leur demande non seulement d'être accompagnants pendant les séances, mais également étudiants en danse contemporaine, ou simplement des humains en état de danse : « *la position uniquement soignante est devenue de plus en plus petite. [...] on était tous des humains qui dansaient, en gardant l'œil* » (K, L.184-187). Cette situation est rendu possible grâce au niveau d'implication du pédagogue qui assume la responsabilité de diriger l'atelier. D'ailleurs, une soignante déclare que ce double statut stimule l'expressivité des patients, car le fait que les soignants exposent leurs fragilités dans le processus créatif au même titre que les patients, ça « *abrase toute notion de jugement* » (B, L.387-388) et le psychiatre de l'équipe considère que cette exposition n'affecte aucunement le statut d'autorité du soignant (V, L.292-294).

Trois interviewés attestent d'un autre rôle assumé pendant l'activité, celle de l'**assistant à la pédagogie**. Ils apportent une aide à la compréhension des exercices auprès des patients, ils facilitent la relation avec le pédagogue, ils observent et analysent le contenu pédagogique et collaborent avec le pédagogue pour soutenir le travail pédagogique.

- **Après les séances**

On procède avec l'implication des soignants **après les séances** : quatre membres de l'équipe évoquent le **suivi pédagogique** comme tâche essentielle pour la pertinence de l'accompagnement. Ils discutent souvent avec le patient et le préparent pour qu'il ne souffre pas à cause de l'arrêt des ateliers à la fin de la saison artistique. Une soignante rapporte de la nécessité occasionnelle d'un suivi immédiatement après la séance, pour des patients qui ont vécu de difficultés dans le processus pédagogique : « *Soit on le reprend dans le groupe, [...] soit on le reprend dans le bureau du médecin, mais très tranquillement. Soit on le reprend, avec les infirmiers à l'hôpital* » (K, L.171-174).

6.3.2. Impacts de l'atelier danse auprès de l'équipe soignante

On examinera ici les impacts personnelles et professionnelles de l'atelier danse auprès de l'équipe soignante.

- **Effets personnels de l'atelier sur le soignant**

Une seule soignante témoigne d'un effet personnel à l'issu du travail chorégraphique et

notamment d'une sensation « *de détente, [...], une grande relaxation* » (R, L.141).

Une autre rapporte avoir été danseuse, d'avoir appris autant que les patients et d'avoir été touchée humainement. En tout, il y a trois membres de l'équipe qui attestent avoir vécu une **richesse humaine** au sein de l'atelier danse. Victor avoue attribuer une très grande valeur à cet échange humain, en deçà de tout protocole professionnel : « *le soin ce n'est pas de confirmer un diagnostic et d'être bien dans les clous d'un protocole, mais le soin c'est bien d'accéder à une situation d'être humain, de sujet vivant d'expérience, d'échange avec autrui, enrichissante, positive et qui ouvre à des possibles* » (V, L.441-444).

- **Impacts sur la pratique professionnelle du soignant**

Une seule soignante témoigne d'un impact direct à la façon d'accompagner les patients au sein de l'équipe : « *on arrive chacun à tempérer à notre manière* » (R, L.145-146).

On verra plus loin (6.4.) d'autres impacts, liés indirectement à leur fonction professionnelle comme : l'enrichissement des relations avec les patients, la découverte de nouveaux outils de lecture de l'état du patient, une meilleure compréhension des patients et des autres soignants etc.

6.4. Le point de vue du personnel soignant sur l'action de l'atelier

A ce chapitre on fera le bilan des avis du personnel sur l'atelier de danse. On en dégage deux grandes orientations, qui représentent la valeur ajoutée de l'atelier dans le cadre thérapeutique et les effets sur les patients.

6.4.1. La valeur ajoutée de l'atelier danse dans le cadre thérapeutique (action thérapeutique)

La majorité des participants atteste de la **valeur thérapeutique** de cette activité artistique. Je rappelle qu'il existe une multitude de recherches sur les effets thérapeutiques de la danse-thérapie au milieu psychiatrique, mais très peu sur l'impact de la danse dans sa dimension pédagogique et artistique, en deçà de toute intention thérapeutique. Il est aussi évident à travers les témoignages que l'intégration de l'atelier de la danse contemporaine, dans le contexte de l'hôpital psychiatrique, représente un processus thérapeutique supplémentaire. On y distingue principalement sept valeurs ajoutées de l'atelier dans les témoignages : l'enrichissement des relations, l'actualisation du potentiel expressif, la réintégration sociale,

l'enrichissement culturel, le renouvellement du rapport au corps, la dimension ludique et l'épanouissement des soignants.

- **L'enrichissement des relations**

Les trois premières valeurs de l'atelier de danse contemporaine concernent **la dimension communicative des soins**.

Toute l'équipe soignante semble d'abord valoriser l'**enrichissement des relations** entre les participants, qu'ils soient des patients ou des soignants. Cet enrichissement se réalise à travers plusieurs actions. D'abord par l'**échange étendu et intense** promu par l'atelier, qui améliore la compréhension de patients parce que ça devient une « *base de travail* » comme en témoigne Angélique. Deux soignantes rapportent un **renouvellement du dialogue** qui enrichi les protocoles thérapeutiques : « *C'est vraiment un outil pertinent dans le dialogue qu'on peut avoir avec les patients dans leur histoire de vie, ce qu'ils peuvent nous dire de leur souffrance* » (B, L.117-119). Il y a quatre témoignages qui démontrent des **rapprochements**, des nouvelles **proximités**, des **complicités** qui se créent entre les patients et entre patients et soignants qui instaurent un **climat de confiance**. Julie et Béatrice mettent en avant un rapprochement qui s'opère entre les membres de l'équipe soignante et qui promeut l'entente interprofessionnelle et l'amitié. Deux soignants rapportent également d'un **changement de regard** envers les patients qui pourrait les soulager de la stigmatisation sociale de la maladie : « *c'est vrai que ça nous amène aussi à porter un autre regard sur le patient, au-delà des symptômes de la maladie* » (J, L.337-338).

- **Actualisation du potentiel expressive**

Ensuite, on relève dans trois témoignages la valeur de l'atelier comme **lieu privilégié pour l'expression corporelle**, un lieu qui permet aux patients d'« *exister* » autrement. Béatrice rapporte une **actualisation du potentiel expressive** grâce au fait que l'atelier redonne la parole à la personne hospitalisée par le biais du corps et offre des nouveaux outils de lecture sur leur état pour les soignants : « *on a des patients qui n'arrivent pas à mettre de parole sur ce qu'ils peuvent ressentir et le fait que ça passe par le corps redonne de la parole aux gens* » (B, L.270-272) qu'ils peuvent par la suite transposer, avec une certaine confiance, dans d'autres domaines : « *les patients [...] découvrent des possibilités expressives et créatrices qu'ils ne connaissaient pas ou qu'ils ne connaissaient plus et du coup vont s'autoriser à d'autres moments, quand ils vont faire du dessin, à reprendre une certaine confiance en ce qu'ils ont à l'intérieur d'eux* » (B, L.355-358).

- **Réintégration sociale**

Une autre valeur très appréciée par trois soignants est l'opportunité de **réintégration sociale** pour les patients participants. Victor, témoigne que l'atelier danse les amène à renouveler le rapport aux autres, à travers le partage d'expériences multiples en groupe. Leur implication à la création chorégraphique et les représentations publiques les libèrent du contexte de la maladie et de l'enfermement et les ramènent dans des lieux de vie sociale : *« Je pense que ça participe à l'ouverture sur le monde et pas les enfermer dans un carcan psychiatrique »* (J, L.351-352). Il s'avère que ces expériences ne les fragilisent pas, mais au contraire les participants se sentent valorisés d'être sur scène avec le fruit de leur travail. Ils y gagnent également par les sorties chorégraphiques en étant spectateurs, simplement pour le sentiment d'**appartenance à une communauté** et le partage du **plaisir esthétique** au-delà du contexte de la santé.

- **Enrichissement culturel**

Ensuite, une soignante défend que la (ré-) introduction du **plaisir esthétique** dans la vie des participants représente un enrichissement culturel. Pour Angélique, l'atelier (re-) donne l'occasion aux patients d'habiter pour un bout de temps des **espaces de liberté poétiques** qui les invitent à des aventures expressives, personnelles et inédites. Outre les expériences directes dans le domaine de la danse, il s'opère une sensibilisation à la danse contemporaine et un contact avec une diversité musicale très étendue.

- **Le renouvellement du rapport au corps**

On se réfère ensuite aux outils thérapeutiques qui touchent au rapport au corps, comme à **l'intégrité corporelle et la coordination** qui peuvent être transposés à d'autres moments du quotidien. Béatrice en témoigne : *« comme ça remet du lien dans le corps, il y a une fluidité qui arrive, alors qui n'a pas toujours un effet durable, mais auquel en tous cas on peut faire référence quand on voit que les patients ne sont pas bien. On peut faire référence à ce moment où ils ont pu retrouver une certaine fluidité, une certaine tranquillité. Comme cela est vécu au niveau corporel, cela peut aider le patient à d'autres moments »* (B, L.349-353). On découvrira plus bas les impacts réels sur l'image du corps et le schéma corporel des patients.

- **La dimension ludique**

La dimension ludique du jeu qu'on peut rencontrer dans la pratique d'un art semble aussi avoir un potentiel thérapeutique, peut-être par le fait que ça redonne goût à l'exploration, la découverte, la rencontre avec l'autre dans une simplicité loin des affects de la vie adulte. Ça peut aussi apporter le rire, la légèreté et une vitalité inattendue dans la « gravité » de leur situation, comme nous l'explique Béatrice : *« adulte on ne joue plus beaucoup avec son*

corps, on ne s'amuse plus trop, on a des gestes toujours un peu les mêmes, c'est un peu la routine corporelle et là d'un seul coup, on redécouvre qu'on peut rigoler, qu'on peut s'effondrer, qu'on peut s'affaler, qu'on peut faire des choses complètement dingues » (B, L.384-387).

- **L'épanouissement des soignants**

Une valeur pas suffisamment interrogée, mais tout de même mentionnée par deux interviewés est **l'épanouissement des soignants** au sein de l'atelier danse. Ils profitent des moments d'échanges humains sensibles, cautionnés par l'institution et loin d'une certaine charge émotive provenant du contexte de l'hôpital psychiatrique. De plus, aux moments de représentations publiques ils obtiennent une certaine **reconnaissance** pour leur travail : *« au Vinci, [...] le retour pour les patients a été très positif. Cela a été une expérience vraiment valorisante et hyper positive, pour les patients et les soignants d'ailleurs, une reconnaissance de leur travail et ça c'était vraiment intéressant » (A, L.309-315).*

6.4.2. Les effets sur les patients

Dans l'analyse précédente on a découvert l'appréciation personnelle des soignants pour les valeurs que l'atelier véhicule. Ici, ils nous attestent de l'impact réel de l'atelier de danse. On discerne en premier lieu quatre catégories d'effets : dans l'investissement personnel des patients, sur les rapports sociaux, sur l'état physique et psychique et sur l'expressivité-créativité gestuelle.

- **L'investissement personnel**

La première catégorie concerne l'évolution au niveau de **l'investissement personnel** qui se révèle premièrement par une régularité de fréquentation, une meilleure ponctualité et une durabilité de l'engagement : *« Je n'ai pas vu une seule personne abandonner, ils sont généralement très réguliers, très rigoureux, ils ne manquent pas » (R, L.305-307).* Pour certains patients qui suivent l'atelier depuis plusieurs années, l'atelier est devenu un *« accroche à la réalité » (V, L.577-579)* et un repère durable pour leur vie sociale. Ensuite, on note des prises d'initiatives dans le cadre de l'activité, qui démontrent une appropriation des outils artistiques et une certaine autonomie : *« Il y a des patients qui se sont ouverts, qui se sont appropriés l'espace, il y a des patients qui ont travaillé, il y a des patients qui ont écrits, c'est extraordinaire ce qui a pu se passer pour certains » (K, L.245-248).*

- **Les rapports sociaux**

Dans l'ensemble des données recueillies par les interviewés, nous constatons une nette **amélioration des rapports sociaux**. Dans un premier temps, ce phénomène de rapprochement humain se présente dans le cercle restreint du groupe, grâce à une tendance au partage entre tous les participants et qui a un impact sur leur qualité de vie. Le travail sur l'expressivité semble déclencher une certaine **confiance à soi** et provoque des sentiments de reconnaissance et de proximité dans le groupe : « *certain patients psychotiques, schizophrènes [...] sont dans une espèce de fonctionnement apparemment figé, très introverti, plus ou moins régressé et de le voir au contraire s'animer d'une façon paradoxale, ça illustre peut-être sur les autres, des possibilités qui n'étaient pas connues qui peuvent aider à nouer des liens, à favoriser l'admission du patient régressé, dans un monde plus large* » (V, L.512-517). Il y a aussi mention de tolérance et de meilleure gestion de conflits qui s'installent au sein de l'atelier et qui se poursuivent dans la vie quotidienne de l'institution hospitalière. Les patients arrivent à trouver une place au sein d'un groupe assez hétérogène, diminuer l'état de stress lié à la rencontre avec les autres et renouveler leur potentiel de communication. Cette aisance communicative arrive à être transposée également à l'extérieur du groupe et même avec des inconnus : « *après le spectacle je les ai trouvés dans une grande détente et ils ont pu parler avec d'autres gens qu'ils ne connaissaient pas, qui ne savaient pas de quoi ils souffraient dans un dialogue normalisé* » (J, L.182-184). L'ouverture au monde s'exprime également par la participation de certains patients, avec la complicité des soignants, dans des événements culturels de leur commune.

- **L'état physique et psychique**

L'atelier de danse contemporaine Indigo s'avère être un lieu de ressourcement, avec des processus d'apprentissage qui améliorent la qualité de vie des participants. L'équipe soignante révèle plusieurs phénomènes positifs sur l'état physique et psychique qui ne sont pas facilement distinguables. On commencera par **l'appropriation du corps et du ressenti** qui devient possible, d'abord grâce à l'investissement personnel des patients et puis par un travail sur le ressenti, la coordination, la globalité gestuelle : « *l'atelier permet vraiment de pouvoir les ressentir, de travailler sur tel ou tel membre, c'est inévitable, ils le disent qu'ils se sentent être un* » (R, L.283-286). Cette stimulation proprioceptive se manifeste au niveau postural et gestuel avec une meilleure tonicité, une régulation de la vitesse d'exécution du geste et une diversité d'amplitudes : « *On a eu l'évolution au niveau moteur, évidente, de mouvements qui étaient très retenus, très tendus, crispés et maintenant il y a une amplitude qui est complètement différente, il arrive à réguler la lenteur, les choses comme ça* » (A, L.452-456). On découvre

des effets sur l'état psychocorporel des patients, comme le calme et la détente, surtout à la fin des séances et la vitalité pendant et après les séances.

Des **changements positifs concernant le psychisme** des patients apparaissent dans les réponses des soignants, comme la capacité de se sentir bien, la capacité de prise de recul, de pouvoir mieux s'exprimer sur leur maladie et une meilleure estime de soi : « [...] ils ne pensaient pas être capables de faire les choses et finalement ils se rendent compte qu'ils en sont capables. Donc c'est plus au niveau de l'estime de soi et la confiance en soi, le plaisir et la capacité à se sentir bien » (A, L.466-469). Katerina évoque un lien possible entre le résultat des soins et la durée de la participation à l'atelier danse : « Il y en a deux qui sont sortis, deux qui étaient hospitalisés depuis très longtemps et qu'ils sont sortis et ce sont des patients qui ont participé assez longtemps à l'activité danse » (K, L.383-385). Toutefois, il s'avère difficile d'attribuer ces changements positifs au travail seul de l'atelier danse. Comment savoir avec précision la contribution de la pratique de la danse contemporaine au processus thérapeutique des patients ? Un autre projet de recherche serait nécessaire pour tenter de répondre à cette question.

- **L'expressivité et créativité gestuelle**

L'expressivité et la créativité sont aussi deux phénomènes difficilement séparables (voir chapitre 2.4.5.) comme deux pôles d'un même acte. Il y a des élans expressifs et créatifs qui se manifestent pendant les ateliers qui peuvent paraître « paradoxales » pour les soignants parce que surprenants. Cependant le résultat du travail sur l'expression et la créativité qui semble beaucoup impressionner l'équipe est celui qui s'expose au cours des représentations devant un public : « on a aussi été terriblement surpris par ce que les patients ont été en mesure de proposer, de faire » (K, L.141-142). On note également une **évolution de l'expressivité vocale** pour certains patients grâce à l'utilisation de la parole dans un nombre de pratiques pédagogiques. L'improvisation, lieu de créativité par excellence dans les arts chorégraphiques, semble stimuler l'imaginaire et la liberté d'expression.

Il me paraît important ici, de mettre en avant **l'importance de la durée** dans le processus expressif-créatif. Plusieurs soignants de l'équipe Indigo soupçonnent la durée étant essentielle pour obtenir des effets thérapeutiques. Mathilde Monnier dans un atelier avec des jeunes autistes en témoigne aussi : « J'ai passé un an à essayer de les faire allonger. À ce qu'ils restent immobiles. À surmonter leur peur de courir. Les développements physiques qu'ils se sont construits son étonnants. Notre matière créatrice est dans cette non-convention. Je les observe

bouger, c'est mon métier, afin de trouver le mouvement juste pour aller à eux ». (Journal Le Monde, Interview, 22/5/1996).

6.5. Regard des soignants sur la pertinence de la pédagogie déployée et des instruments utilisés dans le cadre de l'atelier de danse

Dans cette section, on interrogera la pertinence de la dimension pédagogique de l'atelier avec l'argumentation de l'équipe soignante.

6.5.1. Posture du pédagogue

Quatre membres seulement de l'équipe étaient interrogés sur la nécessité pour le pédagogue de connaître la pathologie de patients. Tous les quatre ne le jugent pas nécessaire, parce que ça pourrait s'avérer : *« un frein à la spontanéité de ce que propose le pédagogue »* (B, L.76-78) et d'ailleurs Rose pense que le pédagogue est capable d'adapter ses outils pour chaque participant d'une façon intuitive.

Cinq participants à l'enquête ont apprécié la capacité du pédagogue à créer les conditions d'accueil nécessaires pour instaurer un **climat de confiance**, sécurisant et valorisant pour les patients : *« Pendant tout le temps de la séance, on leur demande de se mobiliser et d'être là, de s'affirmer, d'être présents, de proposer des choses, tout ça justement avec tellement de sécurité, dans cette ambiance tellement sécurisante qu'ils y parviennent, c'est valorisant »* (A, L.501-504) Ils font référence à la bienveillance, la faculté du pédagogue à gérer le groupe à travers un écoute attentif, impliqué et discret à la fois. Le déroulement détendu de la séance permet leur intégration progressive, **promeut la créativité** et porte du **potentiel thérapeutique** : *« dans la manière dont le pédagogue mène ça, dans la manière dont le travail évolue, il y a du thérapeutique »* (K, L.591-592). Julie évoque une **dimension humaine** riche où on perçoit une quête de sublimation mais pas d'ordre affectif (J, L.425-426). Le rapport entre musique et état de corps est considérée par une participante comme une **forme de thérapie** et pour une autre le choix musical semble-t-être un élément décisif pour une ambiance accueillante. Trois soignantes mentionnent une capacité du pédagogue à **stimuler l'expressivité** des participants (J, L.417-419 & K, L.545-546 & B, L.207-209) et une des interviewées décrit une **habileté corporelle**, une sorte de *« finesse clinique du pédagogue »* (K, L.331-332) à trouver la **bonne distance corporelle**. Une participante remarque le **caractère évolutif et créatif des propositions** du pédagogue (K, L.430-431) et enfin, Victor fait appel à la vigilance du

pédagogue dans l'intention qu'il ne précipite pas le processus d'apprentissage de certains patients.

6.5.2. La pédagogie déployée

- **Observation générales sur la pratique pédagogique**

Par la suite on examinera les avis des soignants sur la pratique pédagogique. Rose constate que l'intention pédagogique centrale de l'atelier, est la promotion de **l'expressivité par le corps** (R, L.325-326) et elle apprécie la **richesse pédagogique** qui allie : concentration, chant, danse, art martial, associé avec une rigueur et une douceur (R, L.386-390). Une autre soignante observe une approche globale de l'individu, qui promeut **l'intégrité personnelle et le lien social** : « *ce sont vraiment des pratiques qui proposent une approche globale, qui ont une vocation d'unification, individuelle et [...] en plus qui travaillent aussi la question du lien social, du lien avec le groupe* » (B, L.273-275). Tous les soignants interrogés sont d'accord à propos des **effets positifs sur le schéma corporel et l'image du corps** des patients : « *le corps peut s'animer dans ses différents segments, mais selon un ensemble qui paraît plus unifié. [...] ça peut aider à une certaine restauration d'une image du corps* » (V, L.561-564). Dans un autre exemple Angélique parle d'une **prise de conscience de soi** pendant les séances (A, L.488-490), d'un **effort physique approprié** pour l'état physique des patients (A, L.210-212), mais également un certain entraînement de la mémoire (**A, L.477-478**). Béatrice évoque un processus de conscientisation grâce au travail avec la **perception spatiale** (B, L.373-376) et Julie valorise le travail des appuis au sol et de la coordination (J, L.599-600). Enfin, il y a un témoignage qui regrette un manque dans la pratique pédagogique, pour renforcer la motivation des patients (J, L.541-543).

- **La lenteur**

Tous les interviewés sont persuadés que le travail sur la lenteur est **bénéfique pour les participants** à l'atelier de danse. Victor, comme Béatrice (B, L.285-287) ou Katerina (K, L.470-472), atteste qu'elle promeut la **conscience corporelle** « *La lenteur a l'avantage de donner une autre dimension à la symbolique du corps, au ressenti corporel, à ce que représente un déplacement. [...] c'est quelque chose qui ouvre à des prises de conscience [...] très intéressantes précisément sur l'image du corps* » (V, L.645-648). D'ailleurs Béatrice considère que la lenteur est compatible, voire recommandée dans le contexte d'un traitement

médical avec des neuroleptiques (B, L.281-284). Une participante confirme plusieurs **apports physiques et cognitifs** de la lenteur aux patients, comme une amélioration de la mémoire, l'assouplissement corporel (A, L.574-578), une meilleure perception de soi et de l'environnement (A, L.537-539) et que même si elle demeure un défi pour eux (A, L.581-583), elle participe à la détente et la concentration (A, L.587-589).

- **Le toucher**

Tous les soignants considèrent en générale le travail sur le toucher **pertinent dans le contexte de l'atelier** danse tout en restant vigilant sur les modalités de son application. Trois membres de l'équipe perçoivent un apport bénéfique du toucher au niveau de la **conscience corporelle** : « *le toucher permet un ressenti de la part du patient, ressenti qui est affecté à cause de leur maladie* » (R, L.339-340). Julie met en avant l'intérêt du *toucher de relation* (ici toucher sensible) qui **favorise une communication sensible** : « *Dans le toucher sensible, on est plus dans un contact à l'autre, dans une certaine sensibilité, une lenteur, on travaille sur la retenue, dans la communication avec l'autre, c'est peut-être plus approprié* » (J, L.590-591) mais, demande tout de même une certaine réflexion sur son application à certains cas (J, L.224-226). Victor aussi, comme Julie, valorise le **potentiel communicatif et thérapeutique** du toucher dans le cadre pédagogique d'Indigo : « *il s'agit là de quelque chose qui permet le contact à un réel autre, [...] c'est une espèce d'aide de la présence [...]. C'est parfaitement valable* » (V, L.357-359) qui aiderait à dépasser la peur de l'autre (V, L.359-361). Une participante trouve que le travail sur le toucher **favorise la créativité** (J, L.229-231) et une autre trouve **plus pertinent de le réserver aux échanges chorégraphiques** (A, L.290-293). Cinq interviewés reconnaissent la nécessité de rester vigilant quant aux modalités d'application du toucher au sein de l'atelier, pour ne pas fragiliser les patients : « *pour un certain nombre de patients, le toucher [...] pourrait être quelque chose d'extrêmement persécutif et intrusif* » (V, L.343-344).

- **Le rythme et la musicalité**

Il y a eu deux références au travail rythmique qui se fait aux ateliers. Julie mentionne que : « *les exercices sur la musique percussive c'est important pour le patient* » (J, L.571-574), mais avertit que ce n'est pas toujours facile et **ça peut inhiber l'expression** : « *Ce n'est pas évident pour eux d'avoir un respect du rythme, c'est même très difficile, ça demande beaucoup d'effort, [...] La cadence c'est dur. Ce respect du rythme peut inhiber leur expressivité, parce qu'ils se focalisent sur ça et ça met des tensions et des fois ça ne marche* »

pas bien » (J, L.681-684). Une autre soignante nous transmet son avis très favorable pour le travail sur le rythme, qu'elle considère **rassurant, ludique et énergisant** : « *Un exercice qui aidait au démarrage de l'activité, c'était des exercices où la musique était plutôt des percussions. On faisait des grands déplacements à travers la salle tous ensemble et vraiment sur du rythme. Ce sont des choses assez simples en fait, là le groupe se constituait en début de séance, avec un côté un peu ludique, avec beaucoup d'énergie dans cet exercice. J'ai toujours trouvé bien les séances qui commençaient par ça. Cela nous réveillait. Et justement, on n'est pas exposé personnellement, c'est vraiment marcher tous ensemble, rapidement. Je trouvais ça vraiment bien* » (A, L.530-537). Elle évoque aussi un **effet constituant pour le groupe** : « *quand on commence avec plutôt des moments où il y a plus d'énergie, de rythme, ça crée le groupe en fait* » (A, L.566-567). D'ailleurs, **la diversité musicale** proposée pendant l'atelier semble-t-elle bénéfique (J, L.580-581).

- **L'improvisation**

Quatre membres de l'équipe soignante accordent de l'importance et de la valeur à la pratique de l'improvisation, surtout pour le **développement de la créativité et de l'expressivité** des patients (B, L.337-345), comme avec des jeux de rôle qui recrutent des capacités nouvelles : « *que les jeux de rôles, fait à deux, dans l'improvisation, ça permet au patient de développer d'autres capacités, insoupçonnées pour eux. Cela utilise leur imagination* » (R, L.378-379). Deux interviewées détectent aussi des problèmes quant à son application. Katerina, qui apprécie également la richesse et la nouveauté qui émerge de la pratique de l'improvisation, la trouve néanmoins **dès fois trop abstraite et difficile d'accès** pour les patients (K, L.420-421). Pareillement, Angélique avertit qu'une pratique trop précipitée : « *peut inhiber, cela peut bloquer quand même. D'une façon générale, les exercices où les personnes se présentent seules devant les autres, ça ne doit pas arriver trop tôt et ça doit rester spontané en fait* » (A, L.540-544).

- **La voix et la parole**

Béatrice est la seule d'aborder l'utilisation de la parole dans le processus créatif et elle suggère de privilégier un travail sur le souffle et la voix, pour éviter de perturber certains patients (B, L.304-306). Toutefois, elle ne s'oppose pas à l'intégration de la parole dans le travail (B, L.312-314).

CONCLUSION

Ma recherche m'a permis de répondre à ma question de recherche, apporter un éclairage sur les objectifs de la recherche et reprendre de façon assertive les grandes lignes de la discussion.

L'étude du champ théorique m'a permis de mieux comprendre : le contexte historique de l'intrication profonde de l'art et de la danse avec le domaine de la santé mentale, les différentes approches art- et danse-thérapeutiques, la différence mais aussi les points communs de mon approche avec celles des danse-thérapies et la place de la psychopédagogie perceptive dans un atelier de danse contemporaine.

L'analyse des données de cette recherche m'a aidé à mieux cerner les contours pratiques de ce projet pédagogique - artistique et revisiter son potentiel thérapeutique dans toute sa complexité.

Le potentiel thérapeutique de la danse contemporaine semble-t-être en convergence avec les bénéfices instrumentaux et intrinsèques des arts en général, comme décrites dans le regroupement de recherches menées par McCarthy, Ondaatje et Zakaras (2005) :

Bénéfices instrumentaux	Bénéfices intrinsèques
• croissance cognitive • attitudes et comportements positifs envers l'apprentissage et la vie sociale • effets positifs sur la santé physique et mentale • interactions et cohésion sociale	• croissance cognitive • plaisir esthétique • plaisir créatif • capacité étendue pour l'empathie • création de liens sociaux • expression de sens collectif

Mes intuitions de départ se voient confirmées :

La pertinence de la danse contemporaine au milieu psychiatrique est confirmée par ses effets thérapeutiques, par sa valeur culturelle, et par sa dimension socialisante. Le rapport à la cité est omniprésent dans l'atelier Indigo et la valeur de ces actes de partage est confirmée par tous les soignants. Toutefois, ça demeure principalement un art et non pas une thérapie, malgré ces bénéfices intrinsèques ou instrumentaux.

Cette recherche nous le souhaitons, apportera une contribution scientifique en ce qui concerne la pertinence d'un atelier de danse contemporaine en milieu psychiatrique et ainsi permettre d'accueillir plus ouvertement des laboratoires pédagogiques et artistiques, avec des alliés comme la psychopédagogie perceptive dans le monde des soins. On espère aussi attirer plus la curiosité et l'implication des médecins psychiatres dans le processus de l'atelier. Certaines soignantes regrettent la distance qu'entretient l'équipe médicale, mais qui ne semble pas être un phénomène isolé : « *Je trouve dommage, dit Mathilde Monnier, que dans certains hôpitaux où des artistes travaillent, les médecins ne s'impliquent pas* » (cité par Abassade, 2000, p. 69). J'espère également, avoir ouvert la porte à d'autres recherches dans le domaine de l'intégration de l'art vivant dans le réseau psycho-médical. Ma recherche permettra probablement d'enrichir les sciences de l'art, de l'art thérapie et notamment la danse thérapie appliqué aux patients souffrants de troubles psychiques.

Peut-être les approches comme celles de la psychopédagogie perceptive associées aux pratiques artistiques qui relient communément le corps et l'esprit et promeuvent une expressivité-créativité dite « brute » et « sensible », participeront à une mort jubilatoire de l'art comme le décrit avec éloquence Igemar : « *Probablement un jour, du moins je le pense, quand le genre humain aura découvert ses propres capacités créatives et en aura fait le but de sa propre vie, il n'y aura plus d'art. Nous n'aurons plus besoin de cette mappemonde, de ces cartes postales, pour être attirés vers la vie.* » (Lindh, 1998, p.4.129).

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES, ARTICLES ET TRAVAUX UNIVERSITAIRES

- Albaret, J.-M.; Giromini, F.; Scialom, P. (2011). : *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Solal Editeurs, Marseille.
- Allison, N. (1999). *The Illustrated Encyclopedia of Body-mind Disciplines*, Taylor & Francis, Oxford, UK.
- Andrieu, B. (2010). *Body Agency & Autosanté*, In : Recherches & éducations [article publié en ligne : <http://rechercheseducations.revues.org/571>], 3 septembre 2010, page 7, par. 28.
- Banes, S.; Carroll, N. (2006) : *Cunningham, Balanchine, and Postmodern Dance*, In : *Dance Chronicle*, 29: 1, p. 49 — 68
- Barbier, R. (1997). article publié en ligne : <http://www.barbier-rd.nom.fr/ATmultireferentia.htm>
- Beauquel, J. ; Pouivet, R. (2010a). *Danse, ontologie et philosophie de l'âme*, In : *Philosophie de la danse*, Presses universitaires de Rennes
- Beauquel, J. (2010). *La danse a-t-elle une philosophie ?* In : *Philosophie de la danse*, Presses universitaires de Rennes
- Berger, E. (2004). *Approches du corps en Sciences de l'éducation*, mémoire de D.E.A., Paris VIII.
- Berger, E. (2005). *Le corps sensible : quelle place dans la recherche en formation ?* In : *Corps et formation*, Revue internationale Pratiques de formation, Université Paris 8 n° 50, décembre 2005, pp. 51-64
- Bienaise, J. (2008). *Présence à soi et présence scénique en danse contemporaine*. Mémoire présenté comme exigence partielle du programme de maîtrise en danse, Université du Québec à Montréal.
- Bois, D. (2002). *Un effort pour être heureux*, Point d'appui, Paris.
- Bois, D. (2003). *L'art-thérapie performatif, une méthode d'apprentissage à médiation corporelle et gestuelle*. Projet de thèse de doctorat en sciences de l'éducation ou en art-thérapie, Université d'Evora, Espagne
- Bois, D. (2006). *Le processus de la modifiabilité perceptivo-cognitive*, Chamblay, support du cours de Formation Continue, CERAP, Paris

- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et les transformations des représentations chez l'adulte : vers un accompagnement perceptivo cognitif à médiation du corps sensible*, Thèse de Doctorat Européen, Université de Séville.
- Bois, D. (2008). *Le Moi Renouvelé*, Point d'Appui, Paris, France
- Bois, D.; Austry, D. (2007). *Vers l'émergence du paradigme du Sensible*, In : Revista @mbienteeducação, volume 1, número 1, Jan/Julho 2008.
- Bois, D.; Humpich, M. (2007). *Pour une approche de la dimension somato-sensible en recherche qualitative*, In : Recherches Qualitatives – Hors-Série – numéro 3, Actes du colloque Bilan Et Prospectives De La Recherche Qualitative, 2007
- Bois, N. (2007). *La psychopédagogie perceptive : Itinéraire et accompagnement performatif du naître à son advenir : Acte Total au sensible Pour une maïeutique du sensible*, Maestrado En Psychopedagogia Perceptiva, Université Moderne Lisbonne, Portugal
- Bonenfant, Y. (2006). *The embodied politics of intention, therapeutic intervention and artistic practice*, In : Body, Movement and Dance in Psychotherapy : An International Journal for Theory, Research and Practice, 1:2, 115-127
- Bourhis H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle*. Thèse de Doctorat dirigée par Jean Louis Le Grand, Université Paris VIII.
- Bourhis H. (2007). *Pédagogie du Sensible et Enrichissement des Potentialités Perceptives*, mémoire de master 2 recherche : éducation tout au long de la vie, Université De Paris VIII.
- Bourhis H.; Austry D. (2004). *La Modifiabilité Perceptivo-Cognitive*, Support de cours — école supérieure de somato-psychopédagogie
- Boyer-Labrousche A. (2000). *Manuel d'art-thérapie*, Dunod, Paris.
- Blaise M.; Leguil B.; Prigent M.; Rocco M.; Rousier C. (1999). *L'éveil et l'initiation à la danse / Cahiers de la pédagogie*, Centre National de la danse (CND), Cifi-Laboureur Impressions, Bagneux
- Hyon, B.; Mengual, M.; Papillon, B.; Rousier, C. (1999). *Les acquisitions techniques en danse contemporaine / Cahiers de la pédagogie*, Centre National de la danse (CND), Cifi-Laboureur Impressions, Bagneux
- Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide ; L'accompagnement de la personne dans le cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie*, Mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive / Université Fernando Pessoa, Porto, Portugal
- De Spain, Kent. *A Moving Decision: Notes on the Improvising Mind*, Contact Quarterly, Vol. 20, No. 1 (1995): 48–50, Northampton, USA

- De Lavergne, C. (2007). *La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative*, dans : Recherches Qualitatives – Hors-Série – Numéro 3, Actes Du Colloque Bilan Et Prospectives De La Recherche Qualitative
- Devost, O. (1995). *La créativité comme outil thérapeutique au traitement de la dépression en art-thérapie, Mémoire de maîtrise en Art-Thérapie, Université Concordia, Montréal, Quebec, Canada.*
- Duchesne, S. (2000). *Pratique de l'entretien dit "non-directif"*, CURAPP, Les méthodes au concret, PUF, 2000, p. 9-10.
- Duprat, E. (2007). *Relation au corps sensible et image de soi*, Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Moderne De Lisbonne, Portugal
- Eddy, M. (2009). *A brief history of somatic practices and dance: historical development of the field of somatic education and its relationship to dance*, dans: Journal of Dance and Somatic Practices Volume 1 Number 1 © 2009 Intellect Ltd Article.
- Erasme, (1511). *Eloge de la folie*, Traduction par Pierre de NOLHAC (1859 - 1936), Editions Garnier-Flammarion, Paris 1964, 94 pages.
- Ferrufino, L.; Coubard O. (2011). *Improvisation in Contemporary Dance: Applications in Education and Health*, en International Journal of the Arts in Society, Volume 6, Issue 2, pp.53-64.
- Filiberti, I. (2003). Texte extrait du programme du Théâtre de la Bastille en 2003, Paris
- Fischer, M. (2009). *Jean-Luc Nancy, La danse comme pensée*, In : Gioffredi, P. (2009). *À la rencontre de la danse contemporaine, porosités et résistances* : L'Harmattan.
- M. Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris.
- Fouilhoux, B. (2013). *L'interprétation en danse : art ou divertissement?* In : Danse et divertissement, dossier de la revue The Dancing Plague, Suisse.
- Guhery, S. (2004). *La danse contemporaine, laboratoire d'une action nouvelle?* Dans : L'Annuaire théâtral : revue québécoise d'études théâtrales, n° 36, p. 44-57.
- Guigou, M. (2010). *La danse intégrée : danser avec un handicap. L'Harmattan, Paris.*
- Guillemette, F. (2006). *L'approche de la Grounded Theory; pour innover?* In : *Recherches Qualitatives – Vol .26(1), 2006, pp. 32-50, Université du Québec à Chicoutimi.*
- Guisgand, H. (2004). *Pollock ou les états de corps du peintre*, dans *Revue DEMéter*, juin 2004, Université de Lille-3.
- Huesca, R. (2012). *Danse, art et modernité, Au mépris des usages*, Presses universitaires de France, Paris.
- Huyghe, R. ; Ikeda, D. (1980). *La création artistique – La nuit appelle l'aurore*, Flammarion, Paris.

- Izrine, A. (2002). *La danse dans tous ses états*, L'Arche, Paris.
- Izrine, A. (2011). *Le corps, Sujet politique*, [article en ligne]. URL : <<http://www.shs-sontag.u-bordeaux2.fr/docs/izrine.pdf>>
- Johnson, D. R. (1984). *The field of drama therapy*. In: Journal of Me 11, lalimagerv, 7, 105-109.
- Kattenstroth; Kolankowska; Kalisch; Dinse, (2010) Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities, en *Frontiers in Aging Neuroscience*, Vol.2, art.31, 2010.
- Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris : éditions Nathan.
- Klein, J.-P. (2001). *Art-thérapie*, Presses universitaires de France - Que sais-je? Paris.
- Lacombe, J. (2007). *Le développement de l'enfant, de la naissance à 7 ans : approche théorique et activités corporelles*. De Boek, Bruxelles.
- Langer, S. (1953). *Feeling and form: a theory of art developed from Philosophy in a new key*, Charles Scribner's Sons, New York.
- Lantz, P. (1995). *À quelle personne parler ?* in : L'Homme et la société, N. 116, 1995. Les passions de la recherche (II): L'Allemagne revisitée. pp. 51-57.
- Launay I. (1996). *À la recherche d'une danse moderne*, Chiron, Paris.
- Launay, I. et Roquet C. (2008). *De l'attitude à la posture ou ce qu'un danseur peut dire aux politiques*, in *Posture(s), imposture(s)*, MAC/VAL, Musée contemporain du Val-de-Marne, 2008. Cité d'après la version électronique publiée sur le site Paris 8 Danse : www.danse.univ-paris8.fr, pp. 1-4.
- Leão, M. (2003). *La présence totale au mouvement*, Point d'Appui
- Lesage, B. (2006). *La danse dans le processus thérapeutique*. Érès
- Lesage, B. (2010). *Danse, corps et Danse-Thérapie...Une archéologie du sujet*. Intervention au colloque *Tango, culture et santé* / Trois Rivières, 27-29 mai 2010.
- Lesage, J.-M. (1999). *Gnawa*, In : Volumes, no 21 | Gland – Hadjarrien, Edisud, Aix-en-Provence
- Lindh, I. (1998). *Pietre di Guado*, p.4.129, éd. Bandechi & Vivaldi, Pontedera.
- Louppe, L. (1997). *Poétique de la danse contemporaine*, Contredanse, Bruxelles.
- Lucien de Samosate (0125?-0192?). *XXXIII - De la Danse*, Œuvres complètes de Lucien de Samosate (6e édition), traduction nouvelle avec une introduction et des notes, par

Eugène Talbot, Hachette, Paris ; Edition numérisée du projet Gallica de la Bibliothèque Nationale de la France.

- McCarthy, K.F ; Ondaatje, E.H., Zakaras, L. (2005). *Gifts of the Muse. Reframing the debate about the benefit of the arts*. Rand Corporation, Santa Monica, U.S.A.
- Martin, J. (1991). *La danse moderne*, Arles, Actes Sud
- Masson-Sekine, N. (2004). *Butoh: une danse qui «tire la langue sous la pluie»*, In : Céline Masson : Psychisme et création L'Esprit du temps « Perspectives Psychanalytiques », p. 267-299.
- Mayen G. (2004). *Pour une chorégraphie des regards*, Centre Pompidou, Direction de l'action éducative et des publics, mai 2004 (p.26 / lexique).
- Midol N.; Praud D. (2009), *Introduction : Danser pour interpréter le monde en soi*, In : Corps, 2009/2 n° 7, p. 11-13.
- Morris, J. I. (2004). *Creativity in dance – A call for balance*, dans: Kaufman, J. C.; Bae, J. (2004). *Creativity across Domains : Faces of the Muse*, Taylor & Francis, Oxford, UK
- Mucchielli A. (2004). *Méthode d'analyse phénoménologique*. In A. Mucchielli (sous la direction). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (pp. 191-192). Paris : Armand Colin, 2^{ème} éd.
- Paillé, P.; Mucchielli, A. (2005) : *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Paris
- Paillé, P. (1994). *L'analyse par théorisation ancrée*, In : Cahiers de recherche sociologique, Numéro 23, 1994, p. 147-181
- Paul, P. ; Gagnayre R., (2008). *Le rôle de l'art dans les éducations en santé*, Editions L'Harmattan
- Ricœur, P. (1986). *Phénoménologie et herméneutique*. In Ricœur : *Du texte à l'action* (pp. 61-81). Paris : Points Seuil.
- Schott-Billman, F. (2011). *Le c(h)oeur battant-chantant de Dionysos*. In : *Insistance* 2011/1 (n° 5), p. 129-145. Eres, Toulouse, France
- Schott-Billmann, F. (2005). *La danse de l'autre*, In : *Insistance*, 2005/1 no 1, p. 167-175.
- Schott-Billmann, F. (2000). *Le besoin de danser*, Paris, Odile Jacob, Paris.
- Segrestin, D. (1993). *À propos du nouveau modèle productif : questions d'efficacité, questions de légitimité*, In : *Sociologie du travail*, XXXV, 1/1993.
- Storr, A. (1988). *Solitude : Les vertus du retour à soi-même*. Roberet Laffont, Paris.
- Thiry, E. (2004). *Cours de l'histoire de la danse*, Lycée Jeanne d'Arc de Rouen

- Ulutas, I. ; Ömeroğlu, E. (2007). *The effects of an emotional intelligence education program on the emotional intelligence of children*, In: Social Behavior and Personality Journal, 2007, 35 (10), 1365-1372 © Society for Personality Research (Inc.)
- Valéry, P. (1936). *La philosophie de la danse*, In : Classiques des sciences sociales, Université du Québec à Chicoutimi. Edition électronique réalisée à partir du texte de Paul Valéry, «Philosophie de la danse » (1938), in *Œuvres I, Variété*, « Théorie poétique et esthétique », Nrf, Gallimard, 1957, 1857 pages, pp. 1390-1403. Conférence à l'Université des Annales le 5 mars 1936. Première publication : dans *Conferencia*, 1er novembre 1936.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived Experience*. New York, SUNY Press.
- Vaysse, J. (2009). *Mouvements dansés, mouvements soignants, croisement contemporains*, In : Gioffredi, P. (2009), *À la rencontre de la danse contemporaine, porosités et résistances* : L'Harmattan.
- Vaysse, J. (2010). *De l'acte à la santé, un exercice mouvementé*, dans : Les Sensations de Santé, Pour une épistémologie des pratiques corporelles du sujet de santé, Presse Universitaire de Nancy, 243-257, 2010.
- Veillette, M. (2003). *Analyse d'une pratique de l'enseignement de la danse butô*, Mémoire de maîtrise, UQAM.
- Vigarello, G. (2004). *Le corps redressé*, Armand Colin, Paris.
- Waille, F. (2009). *Corps, arts et spiritualité chez François Delsarte (1811-1871) - Des interactions dynamiques*, Thèse de doctorat en Histoire contemporaine, Université Jean Moulin Lyon 3.
- Wassenaar, I. (2001). *Théories de l'expressivité*, Critique du livre de Johnnie Gratton, *Expressivism: The Vicissitudes of a Theory in the Writing of Proust and Barthes*, Oxford, Legenda, 2000. In : Acta Fabula Revue, par. 1&4, Avril 2001
- Wentzel, B. (2010). *Praticien-chercheur et visée compréhensive : éléments de discussion autour de la connaissance ordinaire*, In : Recherches Qualitatives, Hors- série N° 10; Actes du colloque de l'Association pour la recherche qualitative (ARQ) organisé dans le cadre du 78e congrès de l'ACFAS, Université de Montréal

ANNEXES

Liste d'annexes

Annexe 1 : Convention interministérielle Culture et Santé

Annexe 2 : Attestation de permission d'effectuer des entretiens au CHRU de Tours

Annexe 3 : Guide d'entretien

Annexe 4 : Retranscriptions des entretiens

Annexe 5 : Grilles classificatoires des entretiens

Annexe 6 : Extraits des journaux du CHRU de Tours sur l'activité danse

Annexe 7 : Dossier de presse du projet artistique-pédagogique Newtopia 1

Annexe 8 : Dossier de presse du projet artistique-pédagogique Newtopia 2

Annexe 9 : Liste des vidéos sur internet, avec des extraits du travail

Annexe 10 : Sélection des photos des ateliers Indigo et des représentations publiques

Annexe 11 : Bilan d'activité ponctuelle réalisée par les soignants



CONVENTION

« CULTURE ET SANTE »

ENTRE

LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

ET

LE MINISTERE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION

PRÉAMBULE

Le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication conduisent depuis plus de dix ans une politique commune d'accès à la culture pour tous les publics en milieu hospitalier.

Favoriser l'accès du plus grand nombre aux pratiques culturelles et aux œuvres est la mission fondatrice du ministère de la Culture et de la Communication.

Le ministère de la Santé et des Sports a pour mission fondamentale de promouvoir une politique de la santé qui prenne en compte toutes les dimensions de la personne.

La présente convention, dans le prolongement de celle de 1999, a pour objectif de réaffirmer l'importance d'une action interministérielle en matière de culture et de développer celle-ci au sein des établissements de santé. La volonté des ministères chargés de la Santé et de la Culture de poursuivre cette politique s'inscrit dans la perspective de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle prend en considération la réforme en cours du secteur hospitalier et médico-social et pose les bases de l'évolution et de l'élargissement de cette politique interministérielle.

Une vie culturelle réduit l'isolement du malade et respecte la dimension existentielle de la personne. 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. De même une action culturelle au sein des établissements de santé contribue à la qualité des relations professionnelles et améliore l'inscription des établissements dans la cité.

Le public visé englobe l'ensemble de la communauté hospitalière : personnes hospitalisées, familles, professionnels de santé.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture s'engagent à associer l'ensemble des professionnels de la culture et de la santé à la mise en œuvre de cette présente convention ainsi que les entreprises engagées dans le mécénat culturel. Ils inviteront les collectivités territoriales à devenir partenaires de ce dispositif.

Titre I

Le développement de la culture en secteur hospitalier

Article 1

Les champs d'intervention

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture souhaitent que soient inclus tous les champs de l'art et de la culture dans la politique culturelle des établissements de santé, au sens de l'article 6111-1 du Code de la Santé publique.

Les actions culturelles mises en œuvre couvrent l'ensemble des champs artistiques et culturels et toutes les dimensions de la culture : le spectacle vivant, l'architecture, le patrimoine, les arts plastiques, les musées, le livre et la lecture, la presse écrite, le cinéma, la musique, les pratiques numériques.

Les projets qui doivent impliquer les bénéficiaires peuvent prendre la forme d'actions de diffusion, de création, de développement des pratiques artistiques et culturelles. Les actions de diffusion peuvent être élaborées en lien avec les programmations événementielles locales mais aussi nationales du ministère de la culture et de la communication (*Fête de la musique, Journées européennes du Patrimoine, Dis moi dix mots...*) ainsi qu'avec les dispositifs mis en place par ce ministère (*Passeurs d'images...*).

Article 2

Mise en œuvre de la politique culturelle au niveau national

Les deux ministères désignent un chargé de mission national qui veille à la bonne exécution de la convention et coordonne l'animation du réseau des référents et correspondants régionaux et locaux.

Ce chargé de mission est mis à disposition des deux ministères par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture ont pour objectif de promouvoir au plan national les actions favorisant le rayonnement et la visibilité de la thématique « culture et santé » par des actions de formation et de recherche, des manifestations et colloques, au besoin parrainés par des artistes reconnus et impliqués dans le domaine « culture et santé » et des subventions aux associations ainsi que, par le truchement des DRAC et des ARS, les actions menées au sein des établissements de santé.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture développeront le partage d'expériences entre les acteurs. A cette fin, un site Internet dédié sera créé. Ce site aura aussi pour objet de favoriser la communication vers le public et de solliciter sa participation.

Le ministère de la Culture s'engage à favoriser la mise à disposition de contenus culturels de qualité, des sélections de livres, de films libres de droit dans les établissements de santé, dans le but de créer des lieux dynamiques de vie culturelle (ciné clubs ...).

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture s'engagent également à favoriser le développement de la recherche dans le domaine des rapports entre santé et culture.

Article 3

Mise en œuvre de la politique culturelle au niveau régional

La présente convention se décline au niveau territorial sous la forme de conventions régionales conclues entre les Directions régionales des affaires culturelles (DRAC) et les Agences régionales de santé (ARS). Ces conventions ont vocation à s'élargir aux collectivités territoriales. Elles mettent en œuvre la politique nationale en tenant compte des particularités locales.

Un comité de pilotage, réunissant les DRAC et les ARS, est constitué pour suivre et évaluer la politique culturelle des établissements de santé et leur mise en œuvre. Des représentants des collectivités territoriales sont invités à s'y associer.

Toute action validée par le comité de pilotage fait l'objet d'un financement de la part des DRAC et des ARS et le cas échéant des collectivités impliquées.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture veillent à l'articulation des dispositifs culturels de proximité, hôpitaux inclus.

Les ARS désignent en leur sein un référent chargé du domaine « Culture et Santé ». De même, au sein des DRAC, un correspondant « Culture et Santé » doit être identifié.

Article 4

Mise en œuvre de la politique culturelle au sein de l'établissement

En application de l'article L.6114-3 du Code de la Santé publique, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens peuvent comporter un volet culturel. Les établissements de santé doivent inscrire en conséquence dans leur projet d'établissement un volet comportant la définition d'une politique culturelle répondant aux objectifs mentionnés dans le préambule.

Ce volet identifie les champs de l'art et de la culture compte tenu des caractéristiques de la population accueillie dans l'établissement et les types d'intervention. La coordination d'activités culturelles dans les hôpitaux nécessite la nomination d'un professionnel. Celui-ci conçoit et met en œuvre la politique culturelle de l'établissement et assure les relations avec le monde de la culture local.

Afin de pérenniser la politique culturelle des établissements de santé, les jumelages seront favorisés entre établissements hospitaliers et partenaires culturels locaux (musées, monuments historiques, centres d'archives, centres d'art et fonds régionaux d'art contemporain, bibliothèques, médiathèques, lieux de diffusion du spectacle vivant, établissements de formation artistique, pôles régionaux d'éducation à l'image, salles de cinéma, artistes et associations culturelles...). Ces jumelages seront formalisés par un conventionnement déterminant le rôle et les engagements de chacun en termes de ressources humaines et financières.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture encouragent les établissements de santé à utiliser la procédure de commande publique. L'hôpital, espace public, peut recourir à la procédure de commande publique qui sort l'art de ses espaces réservés et permet la rencontre avec la population de ces lieux de vie.

Article 5

Le mécénat

Pour amplifier l'action menée jusqu'ici par le Cercle des Partenaires, la création d'une fondation ayant pour objet de réunir, d'administrer et de distribuer les contributions de donateurs privés afin d'assurer sur une large échelle la diffusion de la culture et de l'art à l'hôpital, sera encouragée.

Elle présentera chaque année aux deux ministères un rapport d'activité retraçant notamment les actions de mécénat conduites et les montants attribués.

Au niveau local, le mécénat de proximité sera développé. Les établissements de santé doivent s'engager dans des démarches de prospection et de recherche de mécènes de proximité susceptibles de s'associer à leurs actions, en recourant aux dispositions de la loi du 1^{er} août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations. La création de cercles régionaux de mécènes est recommandée.

Article 6

La qualification des acteurs

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture veillent à ce que les acteurs du dispositif aient les compétences requises. Des actions de formation continue seront mises en place afin de qualifier les intervenants.

Les professionnels de la culture doivent faire preuve de compétences égales à celles requises et exigées pour tout public et témoigner d'une sensibilisation aux conditions spécifiques dans lesquelles s'inscrivent leurs interventions. Tout bénévole doit présenter le même niveau de compétences et de professionnalisme que les intervenants rémunérés.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture s'engagent à inclure dans les formations continues des professions de santé, les modules pédagogiques nécessaires à l'atteinte des objectifs mentionnés dans la présente convention. A cette fin les ministères pourront conclure des conventions avec les écoles et instituts de formation du monde de la santé. Des formations spécifiques seront organisées et soutenues par les deux ministères en région, en partenariat avec les collectivités territoriales.

Le ministère de la Culture et de la Communication élabore, à destination des référents culturels des établissements, des séminaires thématiques. Le ministère de la Santé et des Sports veille à ce que les établissements de santé intègrent des formations à l'art et à la culture dans les plans de formation. Ces formations reçoivent un label du ministère de la Culture et de la Communication.

Article 7

Les espaces d'intervention

Toute action culturelle nécessite des espaces adaptés pour en garantir la réalisation.

Une réflexion devra notamment être conduite sur :

- l'aménagement d'une bibliothèque ou médiathèque accessible à toutes les personnes ;

- l'aménagement de lieux adaptés et équipés pour la projection de films et la présentation de spectacles ;
- l'aménagement de lieux adaptés et équipés pour les ateliers d'activités artistiques et culturelles.

Article 8

La qualité architecturale

L'incitation à prendre en compte la notion de qualité architecturale par les établissements hospitaliers est un axe à développer. Il est en effet souhaitable d'encourager les maîtres d'ouvrage à prendre davantage en compte l'importance de la qualité architecturale du bâti, de la signalétique, du mobilier au moment où un plan d'investissement est en cours de mise en œuvre.

Le ministère de la Santé et des Sports associera le ministère de la Culture et de la Communication aux études et programmes concernant la réalisation et l'aménagement de ces équipements.

Article 9

La dimension internationale

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture conviennent de prendre les initiatives pour créer un pôle européen de la culture à l'hôpital.

Il est aujourd'hui nécessaire de mieux identifier les actions culturelles des pays européens dans le secteur de la santé et de promouvoir les initiatives françaises dans ce domaine. L'organisation de rencontres et de séminaires de travail à l'échelle européenne y contribuera.

Cette collaboration s'élargira aux pays tiers, notamment aux pays de l'Union pour la Méditerranée.

Titre II

Évolution et élargissement de la convention

Article 10

Élargissement de la convention

Le ministre de la Santé et des Sports et le ministre de la Culture et de la Communication conviennent de l'opportunité d'étendre le dispositif « Culture et Santé » aux établissements médico-sociaux, à titre expérimental.

Article 11

Mise en place d'un groupe de travail

Considérant le développement de la culture dans les établissements médico-sociaux comme une mission liée aux objectifs qu'ils poursuivent, un groupe de travail interministériel sera installé dans les trois mois suivant la signature de la présente convention. Il examinera les conditions de transposition au secteur médico-social des actions entreprises dans le domaine hospitalier et veillera notamment à définir les actions de qualification et de formation nécessaires.

Ses propositions porteront notamment sur :

- le périmètre des établissements et bénéficiaires concernés ;
- les modalités de participation des collectivités territoriales.

Ce groupe de travail remettra ses conclusions dans l'année suivant la signature de la présente convention.

Article 12

Désignation de régions expérimentatrices

Parallèlement aux travaux mentionnés à l'article précédent, les ministres désignent, dans un délai de trois mois suivant la signature de la convention, quatre régions pilotes afin d'expérimenter les nouveaux champs d'intervention et de tester les hypothèses de fonctionnement futur.

Titre III

Évaluation de la Convention

Article 13

L'évaluation nationale

Un comité de suivi et d'évaluation interministériel se réunira une fois par an.

Il aura la charge de :

- la mesure de l'adéquation entre les résultats effectifs et les objectifs initiaux tels que définis dans le préambule ;
- l'élaboration d'indicateurs nationaux pour évaluer le partenariat ;
- la synthèse des évaluations territoriales ;
- l'évaluation budgétaire de la convention.

Article 14

L'évaluation territoriale

Le comité de pilotage régional procède à l'évaluation des projets qu'il a financés, à partir d'indicateurs nationaux et d'indicateurs propres au projet. Il veille à cette fin à l'inscription d'indicateurs dans les projets qu'il finance. Il transmet aux deux ministères les évaluations effectuées.

TITRE IV

Dispositions communes et transitoires

Article 15

La présente convention prend effet à la date de sa signature pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction, pour un délai maximum de 9 ans.

Fait à Paris, le

En trois exemplaires originaux

La Ministre de la Santé et des Sports

Le Ministre de la Culture et de la Communication

Protocole Annexé à la convention « Culture et Santé »

La Fédération hospitalière de France (FHF) qui représente les hôpitaux publics de l'ensemble du territoire est un interlocuteur privilégié pour encourager la mise en œuvre d'une politique culturelle volontaire dans les établissements publics de santé.

La Fédération hospitalière de France a créé une commission de la culture qui regroupe les professionnels hospitaliers et extra-hospitaliers, impliqués dans de nombreux projets culturels à l'hôpital.

Depuis quatre ans, cette commission a ainsi contribué à favoriser la diffusion de la culture à l'hôpital, afin qu'elle bénéficie de la plus grande légitimité possible, grâce à de multiples initiatives : colloques ouverts à un large public, séminaires réunissant les soignants et les professionnels du domaine de la culture, soutiens variés sous forme de prix et d'encouragements.

Les objectifs fixés par le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication, tels qu'énoncés par la convention à laquelle ce protocole est annexé, seront soutenus par la FHF. Celle-ci poursuivra son action visant à encourager le développement de projets culturels au sein des établissements de santé et facilitera, notamment par le biais de ses délégations régionales, la participation des hôpitaux au programme « Culture et Santé » mis en œuvre localement par les ARS et les DRAC.

Conformément à ses statuts, la FHF veillera à la meilleure prise en compte des intérêts et enjeux des établissements de santé dans la mise en œuvre de ce programme « Culture et Santé ».

La Ministre de la Santé et des Sports

Le Ministre de la Culture et de la Communication

Le président de la Fédération hospitalière de France

Fait à Paris, le

En trois exemplaires originaux

**COORDINATION GÉNÉRALE DES SOINS
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS,
DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES**

Cécile KANITZER
Directeur des Soins
Coordonnateur Général des Soins
c.kanitzer@chu-tours.fr

Isabelle GEFFARD
Directeur des Soins
i.geffard@chu-tours.fr

Christine GIRAULT
Directeur des Soins
c.girault@chu-tours.fr

Annick MEUNIER
Cadre Supérieur de Santé
a.meunier@chu-tours.fr

Secrétariat
☎ 02.34.37.96.28
Fax : 02.34.37.96.26
i.massy@chu-tours.fr

Nos réf. : CG/IM/2013 – 278

Objet : Accord pour réalisation d'enquête

Copies : Mme MEPLAUX
Mme CARRÉ
Mme HENRY-NOUZILLEAU

Mail : tsiapkinis@yahoo.com

Tours, le 24 janvier 2013

M. TSIAPKINIS Dimitrios

15 B, rue de la Mairie
37520 LA RICHE

Monsieur,

En réponse à votre courrier du 19 janvier 2013, j'ai le plaisir de vous informer que j'émetts un avis favorable à la réalisation d'une enquête, dans le cadre de votre Master 2 en sciences humaines et sociales/psychopédagogique de la perception, auprès des différentes équipes soignantes du pôle Psychiatrie de notre établissement.

Nous avons bien noté que cette enquête serait réalisée entre le 25 janvier et le 30 mars 2013.

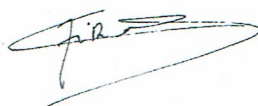
Aussi, pour ce faire, je vous invite à prendre contact avec :

- ☞ **Mme CARRÉ Gabrielle**
Cadre supérieur de santé pour la Psychiatrie D et CPU
☎ 02.47.47.47.47 poste 7.2102
- ☞ **Mme HENRY-NOUZILLEAU Brigitte**
Cadre supérieur de santé pour la Psy A et B au CPTS
☎ 02.47.47.47.47 poste 7.1636

En outre, j'attire votre attention sur le fait que l'exploitation des données recueillies au C.H.R.U. de TOURS doit respecter strictement les règles de confidentialité.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Le Directeur des Soins



Christine GIRAULT

Tsiapkinis, Dimitrios, Master 2 ; UFP 2011-2013, Danse contemporaine en psychiatrie ; Guide d'entretien

<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Rubriques</i>	<i>Catégories</i>	<i>Sous-catégories</i>	<i>Thèmes</i>	<i>Questions</i>
Mesurer l'implication de la direction du CHRU et l'évolution de cette implication dans l'activité. → & Redéfinir et affiner les modalités de collaboration entre les différents acteurs de l'atelier danse	Rapport à l'institution	Organisation administrative	Évolution de la procédure de la mise en place	Autorisations	1. Parlez-moi de l'organisation et la mise en place de cet atelier : complexité, responsabilités, durée, faisabilité aujourd'hui par rapport au passé, etc. Quelle place pour un médiateur culturel au CHU ?
				Conventions	2. Parlez-moi des différences entre institutions (CCNT-CHRU) ou entre institution et association (CHU-Omnivion)
				Financement	3. Quelle volonté et quelles difficultés de financement avez-vous rencontré ?
			Cadre associatif	Temporalité	4. Qu'en pensez-vous de la durée et de la fréquence des ateliers ? (quantité-qualité)
				Espace	5. Qu'en pensez-vous du lieu de la pratique ? (quantité-qualité)
				Organisation	6. Qu'en pensez-vous de l'efficacité de gestion par Omnivion et le CCNT ?
		Rapport des soignants à la hiérarchie	Hiérarchie administrative		7. Comment est-ce que la hiérarchie administrative du CHRU perçoit votre engagement à l'atelier ?
			Hiérarchie médicale		8. Comment est-ce que la hiérarchie médicale du CHRU perçoit votre engagement à l'atelier ?
		Reconnaissance et valorisation de l'activité			9. Quels échos au sein de l'équipe dirigeante ?
					10. Considèrent-ils qu'il s'agisse d'une activité occupationnelle, culturelle ou thérapeutique ?

<i>Identifier les dangers potentiels de cette activité artistique et pédagogique</i> <i>Redéfinir et affiner les modalités de collaboration entre les différents acteurs de l'atelier danse</i>	Ethique et déontologie				11. Avec quels critères choisissez-vous les patients à participer ? 12. Quels risques potentiels identifiez-vous dans cette activité ? 13. Est-ce que vous considérez que le pédagogue doit connaître la pathologie des patients ou pas, et pourquoi ? 14. Quel est votre rôle dans cet atelier ? 15. Considérez-vous nécessaire de redéfinir votre rôle et comment ? 16. Qu'en pensez-vous, d'un point de vue éthique, de la participation des patients et des soignants à des représentations publiques ? 17. Qu'en pensez-vous de la pratique du toucher dans ces ateliers ? 18. Est-ce que des liens amicaux éventuels entre les différents acteurs poseraient des problèmes ?
Identifier les apports de cette activité artistique et pédagogique dans la vie quotidienne des patients au sein de l'hôpital psychiatrique	Vie Sociale	Rapport soignants-patients	Empathie, confiance, difficultés relationnelles, création de liens, participation aux activités extérieures, etc.		19. Comment les expériences des patients résonnent en vous ? 20. En quoi l'atelier affecte votre relation aux patients ? 21. Est-ce que les patients vous perçoivent différemment grâce à (à cause de) cette pratique? 22. Quel est l'intérêt d'assister à des activités culturelles communes, liées à la danse, hors de l'hôpital? 22b. Comment s'organisent les sorties culturelles ?
		Rapport soignants-pédagogue	Création de liens, empathie, participation aux activités extérieures, etc.		23. Parlez-moi de votre rapport au pédagogue au sein de l'atelier et à l'extérieur. Est-ce que ça affecte la qualité de l'atelier et comment ? Est-ce que ça affecte la qualité de l'atelier et comment ? 23b. Par exemple : est ce qu'il y a une facilité des liens avec le pédagogue s'il connaît les soignants, est-ce que ça facilite l'atelier, où est-ce que c'est mieux de ne pas les connaître [personnellement] pour être neutre ? 24. Quel est l'impact de ce rapport sur la vie quotidienne des patients ?
		Rapport patients-patients	Création de liens, participation aux activités, échanges, difficultés relationnelles, etc.		25. Quel est l'impact de cette pratique sur les relations des patients entre eux ?

		Rapport pédagogue- patients	Création de liens, participation aux activités, échanges, difficultés relationnelles, etc.	26. Qu'est-ce que vous observez dans les liens qui se développent entre le pédagogue et les patients ? 27. Qu'en pensez-vous, du rapport affectif entre les patients et le pédagogue ? 28. Devrait le pédagogue garder plus ou moins de distance ?
Rapport au corps	Hygiène			29. Est-ce que vous observez des évolutions par rapport à leurs habitudes d'hygiène ?
	Vitalité - tonicité			30. Parlez-moi de leur état tonique / vitalité : Avant, pendant, après les séances et à long terme dans leur quotidien
	Image du corps	Motivation initiale Motivation finale		31. En quoi ça change leur image du corps ? leurs façons / représentations de parler sur leur corps ?
	Schéma corporel			32. Quels impacts sur leur perception du corps ? 33. Comment les patients s'expriment-ils par rapport à leur ressenti corporel ? 34. Y-a-t-il des évolutions sur leur posture ou leur démarche ?

Définir des modalités d'accompagnement pertinentes dans un atelier de danse en psychiatrie	Rapport à la discipline / Identifier les dangers potentiels de cette activité artistique et pédagogique.	Motivation des patients	Motivation initiale Motivation finale		35. Parlez-moi de leur motivation initiale et l'évolution de celle-ci. (Qu'est-ce qu'il les a attiré et qu'est-ce qu'il les repousse ?) 36. Est-ce que ces ateliers doivent être libres ou prescrits ?
		Critique sur la pédagogie Motivation des patients			37. Quelles pratiques, exercices ou ateliers vous semblent plus adaptés pour la psychiatrie ? 38. Quelles pratiques vous semblent dangereuses, et pourquoi ? 39. Comment anticiper la fin d'un atelier danse en psychiatrie? 40. Quel suivi pédagogique existe-t-il et lequel peut-on envisager ? 41. Qu'est-ce que vous pourriez dire sur la prise des médicaments psychotropes et la disponibilité des patients pendant la séance ?
Identifier les outils pédagogiques qui stimulent la créativité et expressivité des patients	Impacts positifs sur l'expressivité	Pédagogie de l'expressivité			42. Quelles pratiques dans cet atelier ont des impacts positifs sur leur capacité expressive ? 43. Quel phénomène positif observez-vous ? (Sur leur présence / état d'éveil ? Sur leur gestuelle ? Sur la parole / prise de parole ?)
	Impacts positifs sur la créativité	Pédagogie de la créativité			44. Quels impacts positifs observez-vous sur la capacité créative des patients ?
Identifier des éventuels effets thérapeutiques de cette pédagogie	Impacts thérapeutiques	Pédagogie et thérapie			45. Parlez-moi des impacts que vous, ou les médecins, considérez comme thérapeutiques dans cet atelier.
Autre		Questions diverses			46. Est-ce qu'il y a quelque chose d'autre que vous voudriez dire sur cette expérience ? Surtout sur la pertinence d'une telle entreprise ?

1 Entretien Rose

2 Âge : 28 ans, Sexe : Féminin ; position : Educatrice spécialisée, Années au projet : 3

3 Parlez-moi de l'organisation et la mise en place de cet atelier, la complexité, la responsabilité.

4 « Déjà, c'est un atelier qui doit être décidé en équipe, équipe médicale, la hiérarchie, les cadres des
5 services, les cadres supérieurs également, et l'accord de la direction, et l'association CLAPARED pour
6 la subvention. Au niveau organisation, ce qui est le plus simple c'est que chaque service, il y a
7 plusieurs services dans l'institution qui participe à cet atelier, donc chaque service s'organise à sa
8 manière, bloque des créneaux parce que ça nécessite quand même de bloquer plusieurs heures dans
9 la journée et d'avoir des moyens humains aussi présents dans les services, ça nécessite aussi qu'il y
10 ait une infirmière de disponible ce jour-là obligatoirement par sécurité, et aussi s'il y a un accident,
11 s'il y a des malaises, pour les patients. Au niveau de la complexité, l'organisation c'est nous qui la
12 faisons, de ce côté-là il n'y a pas de problèmes particuliers. »

13 Les conventions, les factures, tout ça.

14 « Au niveau convention, je ne suis pas très au clair, je ne pourrais pas trop répondre. Au niveau des
15 factures, donc en effet, il faut des factures écrites, pour les renvoyer à nos supérieurs et à
16 l'association CLAPARED qui va également participer, pour pouvoir payer. »

17 Encore une fois le nom de l'association ?

18 « C'est l'association CLAPARED. »

19 Par rapport à la faisabilité de ce projet aujourd'hui, j'ai entendu que c'était plus facile de mettre en
20 place au passé qu'aujourd'hui, qu'en pensez-vous ? Si on proposerait aujourd'hui un atelier comme
21 ça, à nouveau, est ce que la hiérarchie de l'hôpital accepterait ?

22 « Oui, sans problèmes. »

23 Est-ce que, cette question ne vous concerne pas, parce que vous n'étiez là que depuis deux ans, avec
24 Omnivion l'association, est ce que vous avez eu des difficultés de financement, ou des soucis de
25 volonté de la part de l'équipe administrative ?

26 « Non, aucune »

27 La temporalité, que pensez-vous de la durée et de la fréquence des ateliers ?

28 « Alors, la durée, c'était sur plusieurs mois, c'était environ sur 6 à 8 mois d'ailleurs, la fréquence,
29 comparée à l'année dernière, était meilleure parce qu'il n'y avait pas un laps de temps trop long
30 entre chaque séance, donc c'était généralement un mardi sur deux, voire un mardi toutes les
31 semaines, ce qui donne beaucoup plus de sens en tous cas, à cet atelier pour les patients. Les
32 patients ont besoin de se repérer également dans le temps, et quand comme l'année dernière c'était
33 beaucoup plus long entre chaque séance, les patients n'étaient pas aussi réguliers, en tous cas, et
34 actifs dans cet atelier. »

35 Que pensez-vous du lieu de la pratique, déjà, est ce que vous trouvez que c'est mieux qu'il soit à
36 l'intérieur de l'hôpital, ou à l'extérieur, et aussi sur la qualité de l'architecture ?

37 « Alors, sans aucun doute l'extérieur, on a testé les deux d'ailleurs, l'année dernière on avait testé
38 en intra, donc en hospitalisation. Le lieu, est tout à fait correct, il y avait de la place pour accueillir
39 tout un groupe pour la chorégraphie. L'inconvénient c'était que ça fait partie intégrante de la
40 structure, donc généralement les patients ne différenciaient pas l'hospitalisation de l'atelier
41 chorégraphique qui était partie d'un extérieur, et du coup ça cassé un petit peu, par moment, les

42 séances, parce que les patients rentraient, sortaient comme ils le souhaitent. Ils ne respectaient
43 pas le temps, ne respectaient pas le début de la chorégraphie, la fin de la chorégraphie, c'était
44 vraiment un désavantage. Alors que sur l'extérieur, comme on l'a fait cette année, chaque patient se
45 responsabilisait à être à l'heure, le départ se faisait, vraiment en harmonie. Voilà, tout simplement
46 l'extérieur pour eux c'est important, ce n'est pas partie intégrante de l'hospitalisation. »

47 Par rapport au bâtiment qu'on utilise, il n'y a pas de fenêtre, ce n'est pas très joyeux, est ce que ça
48 vous pose un problème ?

49 « Moi non ! Personnellement non ! Les patients non plus, il ne me semble pas, ils ne se plaignent pas,
50 ne s'en sont jamais plaints, non c'était vraiment un lieu de référence pour eux, donc ce n'était pas du
51 tout dérangent qu'il n'y ait pas de fenêtre, ou ce genre de chose, non du tout. »

52 Que pensez-vous de l'efficacité de gestion par une association, et non pas par une institution, par
53 exemple Omnivion qui s'occupe de cet atelier depuis deux ans maintenant. Avant, c'était pris en
54 charge par le Centre Chorégraphique National de Tours. Est-ce que vous avez eu des soucis
55 d'organisation avec une structure associative, petite, comme Omnivion ?

56 « Non, aucun problème »

57 On passe maintenant au rapport des soignants avec la hiérarchie, d'abord la hiérarchie
58 administrative. Comment est-ce que la hiérarchie administrative du CHU perçoit votre engagement à
59 l'atelier ?

60 « Comment ils perçoivent l'atelier au sein de ?.. »

61 ...votre engagement, comme professionnelle dans l'équipe soignante, votre engagement et votre
62 place au sein de cet atelier ?

63 « Cela fait partie intégrante de notre rôle de surveillant, c'est un atelier qui est thérapeutique pour
64 les patients, donc ils le voient d'un bon œil. »

65 La hiérarchie médicale, comment perçoit elle votre engagement dans cet atelier ?

66 « La hiérarchie médicale est pour cet atelier, cela a été longuement discuté, que ce soit en réunion
67 d'équipe, et ils ont toujours été pour, ils ont vu auprès des soignants, que c'était quelque chose qui
68 tenait, et qui avait du sens. »

69 Sur la reconnaissance et la valorisation de cette activité, vous venez de dire que c'est bien perçu,
70 mais quels échos, quels mots vous avez entendu au sein de l'équipe dirigeante sur ce travail, plus
71 précisément ?

72

73 « C'est un atelier qui est riche, dans le sens de groupe, humain, corporel ; quel adjectif on peut
74 trouver ? »

75 Ce que vous avez entendu de vos dirigeants...

76 « De mes supérieurs ? »

77 Qu'est-ce qu'ils ont trouvé de valorisant là-dedans et comment ils se sont exprimés là-dessus ?

78 « Alors, je parle principalement de nos cadres, c'est avec eux qu'on en discute, ils trouvent que c'est
79 un atelier qui est assez original, qui ne s'organise pas habituellement, c'est la première fois en effet
80 qu'on participe à ce genre d'activités, autour du corps, principalement pour les psychotiques, c'est
81 un travail intéressant. Ils perçoivent également des changements auprès des patients, des

82 changements, que ce soit physique, au niveau de leur comportement, de la détente, voilà ce qu'ils
83 perçoivent en tous cas d'un point de vue extérieur, en tant que cadres, ils voient les patients plus
84 détendus. »

85 Vous avez partiellement répondu, est ce qu'il y a parfois des activités artistiques et culturelles qui
86 sont considérées par l'équipe administrative et médicale comme une activité occupationnelle ?, alors
87 la question c'était s'il s'agit pour eux d'une activité occupationnelle, culturelle ou thérapeutique ?

88 « Non, pour eux, c'est plus une activité qui est thérapeutique. »

89 On passe à l'éthique et la déontologie, avec quel critère et quelle procédure choisissez-vous les
90 patients qui participent ?

91 « Quand l'atelier a été mis en place, on en a déjà parlé à l'ensemble des patients, qu'il allait y avoir
92 un atelier chorégraphique, organisé de telle date à telle date, pour déjà voir les personnes qui étaient
93 intéressées et motivées à y participer. Pas beaucoup de personnes, on va dire, qui spontanément
94 demandent à y participer ; ils ont besoin de beaucoup d'explications, sur à quoi ressemble cette
95 activité, cet atelier, comment ça va s'organiser, qu'est-ce qu'il va être fait. Parce que l'atelier
96 chorégraphique, généralement, ils se demandent beaucoup à quoi ça peut ressembler, en tous cas.

97 Ensuite, c'est principalement des personnes qui sont atteints de troubles psychotiques, qui ont
98 justement besoin de se recentrer sur leurs corps, comme des personnes qui peuvent être névrosées
99 avec des problèmes d'images corporelles, des problèmes d'images de soi, d'estime de soi. C'est
100 vraiment un travail auprès de personnes qui ont des troubles anxieux ou qui ont des sensations
101 d'avoir des pertes de soi, physique. »

102 La procédure, pour clarifier justement un petit peu, est ce qu'il faut une prescription ou c'est leur
103 choix, comment ça fonctionne ?

104 « C'est un choix, un engagement de la personne, avec un accord médical, une discussion plus, pas de
105 prescription. Une discussion avec le patient, entre l'équipe soignante, le médecin psychiatre et le
106 patient. »

107 Quels risques potentiels identifiez-vous dans cette activité ?

108 « Euh..., alors est-ce que un risque lors du trajet ou pendant l'atelier chorégraphique ? Parce qu'il y a
109 tout ce qu'il y a autour de l'atelier chorégraphique, c'est-à-dire, qu'il y a le départ, le trajet, jusqu'à la
110 salle, il y a le cours, et il y a le retour »

111 C'est bien de préciser ça, c'est la première fois que quelqu'un précise cette complexité ! Je pensais
112 plutôt à l'atelier mais vous pouvez parler de tout l'ensemble oui, les difficultés et les dangers...

113 « Comme on a pu déjà le rencontrer, le trajet c'est que toutes les personnes soient présentes au
114 moment du départ, qu'il n'y a généralement que un soignant par voiture, avec 4 à 5 personnes par
115 voiture, et gérer les demandes de chaque patient, gérer principalement la sécurité dans la voiture,
116 déjà, jusqu'à la salle.

117 Pendant le cours, ce qu'on a pu mettre en évidence, sur les difficultés que les patients ont pu
118 rencontrer, c'était la collectivité, et la relation à l'autre qui peut être dérangeante, le bruit, l'effet de
119 masse, et le rapprochement qui en tous cas, en début de séance était difficile et qui a commencé à
120 s'approprier au fur et à mesure. »

121 Ça pourrait provoquer quoi ces difficultés pour les patients ?

122 « Un envahissement, et de l'anxiété principalement. »

123 Est-ce que vous considérez que le pédagogue doit connaître la pathologie des patients, et pourquoi ?

124 « Connaître la pathologie du patient, non, parce que le pédagogue, généralement, en tous cas c'est
125 ce qu'on a pu remarquer, il visualise bien le comportement de la personne, que ce soit au niveau
126 physique ou verbal. Il voyait ce qui pouvait mettre en difficulté la personne, sauf vraiment dans des
127 cas particuliers, ou telle ou telle personne ne supporte pas que quelqu'un d'autre le touche, ou ne
128 supporte pas tel ou tel exercice qui pourrait générer de l'angoisse ou autre chose, là oui on pourrait
129 prévenir avant la fin de la séance que la personne n'est pas bien, et qu'il faudrait éviter de faire ça ou
130 ça. Mais généralement non, expliquer la pathologie, non. »

131 Comment considérez-vous votre rôle dans cet atelier exactement, parce que vous participez aussi
132 aux exercices ?

133 « Notre rôle, premièrement, c'est un rôle d'accompagnement auprès du patient, d'observation
134 surtout, principalement, d'aide également dans les exercices, d'écoute, les patients demandent
135 malgré tout beaucoup d'attention, et viennent rapidement vers nous pour discuter, et surtout les
136 cadrer pendant la séance. »

137 Vous, comme participants de l'atelier de danse ?

138 « Nous, participants ? Comment on voit les choses ? »

139 Oui, parce que votre rôle est principalement d'accompagnement, mais comme vous participez aussi,
140 comment percevez-vous cet atelier pour vous-mêmes ?

141 « Un moment de détente, une relaxation, une grande relaxation, parce qu'il y a quand même
142 beaucoup d'exercices d'étirements, et de surpasser parfois certaines barrières qu'on peut se mettre,
143 de prendre un petit peu plus les devants. »

144 Est-ce que vous ressentez les besoins de redéfinir votre rôle ou pas, dans l'atelier ?

145 « De redéfinir notre rôle non, parce que on est une équipe, on arrive chacun à tempérer à notre
146 manière. Dans le groupe de soignants, il y a infirmiers, éducateurs, psychomotriciens, on travaille
147 tous avec notre outil de travail, on est notre outil de travail. Non, je ne vois pas ce qu'on pourrait
148 modifier. »

149 Que pensez-vous de la pratique du toucher dans ces ateliers ? Tout en sachant que cela est évité
150 pour les psychiatres, les psychanalystes, le toucher du patient est évité...

151 « Le toucher, il y a plusieurs touchers je dirais, le toucher qu'il peut y avoir entre soignant-soigné, qui
152 reste différent d'un toucher lié à la séance... comment expliquer... le toucher n'est pas mal perçu par
153 les patients, c'est même limite contenant pour eux, de ce qu'on a pu observer tout au long de
154 l'atelier chorégraphique. Je n'ai pas vu que le toucher aurait pu être mal géré par les patients au
155 contraire. J'ai plutôt trouvé que cela avait permis à certains patients de se sentir vivants, si je peux
156 dire. »

157 Que pensez-vous d'un point de vue éthique de la participation des patients et des soignants à une
158 représentation publique ?

159 « Je ne trouve que ça ne dérange en rien au contraire, ça permet pour eux, d'être réinsérés
160 complètement dans la vie sociale. Cela leur redonne confiance en eux aussi. »

161 Y aurait-il des choses à éviter, d'un point de vue éthique, si on annonce avant la présentation du
162 spectacle, ou dans le programme, que les patients ont des maladies psychiques ? Si on les expose
163 face à un public, est-ce que ça les fragiliserait ?

164 « Je ne pense pas que ça les fragiliserait, je ne pense pas que ça les perturberait que le public sache
165 que ce sont des personnes qui ont des troubles psychiatriques. Je ne pense pas que le public les

166 jugerait non plus, je ne pense pas que ce soit gênant en soi, mais je pense que c'est important aussi
167 de pouvoir exposer qu'il s'agit d'un groupe de personnes qui ont travaillé depuis pas mal de temps
168 dans cet atelier, pour travailler telle ou telle chose, que ce sont des personnes qui font partie d'un
169 groupe, de préciser dans l'espace et dans le temps, et en fonction de ce qu'ils sont aussi, je ne
170 pense pas que ce soit du tout négatif, loin de là. »

171

172 Considérez-vous qu'il puisse y avoir des problèmes éthiques sur la possibilité de liens amicaux
173 éventuels entre les différents acteurs de cet atelier, entre patients, soignants, pédagogues ?

174 « Non, au contraire, pas du tout, c'est encore plus enrichissant, qu'ils se mélangent là, et que parfois
175 on enlève un peu notre veste de soignants, et qu'on arrive à créer un autre lien que soignants-
176 soignés et une relation qui est à la même hauteur, ...non c'est plutôt pas mal, au contraire »

177 On continue à focaliser un peu moins sur l'éthique d'une façon plus large, sur la vie sociale en
178 général, en commençant par le rapport soignant-patient, comment les expériences des patients
179 dans un service extérieur, comment ces expériences avec l'atelier résonnent en vous ? De façon
180 moins technique, spontanément ?

181 « Déjà entre la relation qu'on a entre les patients et les soignants, c'est un rapprochement, c'est un
182 lien qui est particulier, c'est-à-dire qu'on est différents plus ou moins dans cet atelier. »

183 Comment vous percevez les expériences des patients quand vous les regardez dans l'atelier ?

184 « Je les vois différemment, beaucoup plus créatifs pendant l'atelier, beaucoup plus indépendants,
185 pouvant être vraiment dans le partage avec les autres, chose qu'on voit moins dans les services. »

186 En quoi l'atelier affecte votre relation au patient ?

187 « Affecte, je trouve que le mot est vraiment bien choisi ! Ce qui met un plus dans la relation avec le
188 patient, ce qui est différent, c'est clairement cette proximité, qu'il y a peu, qu'il y a moins dans les
189 services. C'est vraiment ce partage et ce rapprochement qu'il y a entre soignant-soigné, parce qu'on
190 est en tant que soignant et on est en tant que participant aussi, et tout ce qui est mis en place
191 pendant cette séance, ça apporte aussi bien pour le patient, que pour le soignant, comme un
192 rapprochement. Il y a moins cette distance en tous cas qu'il y a dans les soins de façon habituelle,
193 mais il y a tout un partage, que ce soit physique, qu'un partage plus psychologique. »

194 Maintenant, de leurs côtés, est-ce qu'eux vous perçoivent différemment, que ce soit grâce à, ou à
195 cause de cette pratique ?

196 « Non, je ne pense pas qu'ils nous voient différemment, ils savent bien qui on est, ce qu'on fait ; je
197 ne pense pas que ça change leur perception. Après au niveau du comportement, ils peuvent se sentir
198 plus proches des soignants, parce que ça rapproche cet atelier chorégraphique. Ils savent vers qui se
199 diriger pendant l'atelier lorsqu'ils ont besoin. »

200 Le rapport soignant-pédagogue, est-ce que vous considérez que le rapport au pédagogue pourrait
201 affecter la qualité de l'atelier. Parlez-moi un peu du rapport de vous ou de l'équipe, au pédagogue et
202 si cela crée... la question de base qui ne me plaît plus, était parlez-moi de votre rapport au
203 pédagogue au sein de l'atelier et à l'extérieur, est-ce que ça affecte la qualité de l'atelier et
204 comment ?

205 « Non »

206 Les limites entre professionnels, amicales, humaines...

207 « Non, je ne trouve pas que ça affecte, au contraire, non du tout »

208 Cette question concerne peut être les anciens, certains sont très anciens, il y a déjà des liens amicaux
209 avec eux à l'extérieur, et la question venait de là, il y a certaines normes sociales, par exemple avec
210 l'équipe soignante, pédagogue, soignants, ils font des bises au patient, se donnent la main, et parfois
211 je sens que ça crée une petite ambiance un peu inconfortable pour certains, et après des années je
212 vois que certains patients osent maintenant chercher la bise !

213 « Oui c'est vrai ! J'ai remarqué aussi ! »

214 C'est le détail mais cette relation entre pédagogue, soignant ça pourrait créer des petites tensions ou
215 autre chose...

216 « Des tensions je ne pense pas !, mais en réalité c'est vrai que dans les débuts où j'ai commencé
217 l'atelier, je n'osais pas faire la bise à mes collègues quand j'arrivais, parce qu'il y avait tous les
218 patients qui étaient déjà là et c'est vrai que de serrer la main, je ne me voyais pas aller vers mes
219 collègues et leur faire la bise, je trouvais que ça mettait une certaine séparation entre les patients et
220 les soignants, c'est vrai qu'au début ça me dérangeait, mais en fait pour les patients, ils savent
221 trouver leur propre distance, je ne pense pas que pour eux ça posait problème, c'était peut-être plus
222 pour nous, que pour eux. »

223 On passe au rapport patient-patient, quel est l'impact de cette pratique sur les relations des patients
224 entre eux ?

225 « Au début de l'atelier, personne ne se connaissait et donc il y avait quand même des petits groupes
226 qui étaient chacun de leur côté, le groupe A, le groupe B. Après, ils ont appris également à se
227 connaître pendant tout le temps des séances. Je trouve que c'est plutôt un groupe qui a été plutôt
228 dynamique, dans le partage. Je n'ai pas vu qu'il y avait de problèmes entre les patients, ils étaient
229 plutôt en harmonie je trouvais. C'est positif que les patients arrivent à s'inscrire dans un groupe qui
230 étaient assez nombreux, un peu plus d'une dizaine. C'est positif qu'ils arrivent à trouver aussi leur
231 place au sein d'un groupe et je trouve que c'est que du positif concernant ça, parce que les patients
232 psychotiques étaient beaucoup plus dans l'individualisme, ils ne font pas attention aux autres, c'est
233 dans leur pathologie déjà à la base, ils ne peuvent pas faire attention à l'autre. Donc se retrouver
234 confronté à des jeux de rôles à deux, d'être en face de quelqu'un d'autre, ce n'est que positif pour
235 eux. »

236 On passe au rapport pédagogue-patient, qu'est-ce que vous observez dans les liens qui se
237 développent entre pédagogue et patient ?

238 « C'est un lien que je trouve très fort pour les patients, quelqu'un vraiment de référent et qui
239 mélange un peu tout, le sérieux avec l'écoute, l'humour, je trouve que c'est vraiment un ensemble,
240 ce que vous transmettez comme émotions, parce qu'il y a beaucoup d'émotions qui passent à
241 travers vous, ce que vous donnez au patient, toutes sortes d'émotions confondues. »

242 Est-ce qu'il y a des liens qui se développent par rapport à ce rapport humain ?

243 « Oui entre patients, des liens amicaux, entre pédagogue et patient, un lien de confiance. »

244 Vous ne voyez pas de problèmes, de tendances à créer des liens affectifs avec le patient, entre
245 patient et pédagogue, de dangers ?

246 « On crée toujours des liens, qu'on le veuille ou non, plus ou moins affectifs, et j'ai envie de dire,
247 heureusement d'ailleurs. Quand on est soignant, on est humain, on ne peut pas ne rien laisser
248 transparaître, ne rien donner au patient, ne rien partager, ce n'est pas possible, non. Donc s'il y a des
249 liens comme ça qui se créent, tant qu'il y a une petite distance malgré tout, c'est important, pour eux
250 aussi. »

251 Vous trouvez qu'il y a une bonne mise à distance entre le patient et le pédagogue ?

252 « Oui, tout à fait, une juste distance, en plus. »

253 On passe maintenant au rapport au corps, sur l'hygiène déjà, est ce que vous observez des
254 changements par rapport à leurs habitudes d'hygiène ?

255 « Non, pas au niveau de l'hygiène, après ils font un effort vestimentaire, une tenue vestimentaire est
256 adaptée pour la plupart dans l'atelier. »

257 Sur leur vitalité, et leur tonicité, parlez-moi de leur état tonique et leur vitalité, avant et après la
258 séance, et à long terme dans le quotidien aussi

259 Cela dépend des personnes, il y a deux ou trois personnes que l'on a emmené qui ont l'humeur
260 égale, avant, pendant, après, ça ne change pas, avec si quand même des moments de plaisir, un
261 plaisir pendant l'atelier, et après l'atelier d'ailleurs aussi, cela reste présent. Pour d'autres personnes
262 qui sont psychotiques, le avant est difficile, parce qu'il y a tout ce qui est préparation, organisation, le
263 départ qui peut être source d'angoisse. D'autres qui se cachent dans l'institution, là c'est encore plus
264 difficile. Pendant la séance il y a vraiment une excitation psychomotrice, ils se lâchent, clairement, de
265 façon adaptée je dirais. Le pendant est vraiment le moment où ils peuvent se laisser aller
266 complètement à l'expression corporelle, et l'après séance est vraiment le moment de relâchement
267 physique et psychologique. Le retour dans le service est calme, détendu, posé, c'est vraiment un
268 moment où ils se sentent mieux physiquement et psychologiquement. Après au long cours, je ne
269 visualise pas dans les services, parce que je n'y suis pas, je ne les vois pas dans le quotidien, mais de
270 façon ponctuelle quand je fais des déplacements dans l'institution, à chaque fois qu'ils me voient, ils
271 m'en parlent.

272 Je reviens brièvement à la vie sociale, le rapport à la cité, quel est le lien qui se crée à travers cet
273 atelier, quelle est l'ouverture qui se crée entre les patients et la cité, comme il y a des activités
274 culturelles, il y a des sorties pour voir des spectacles notamment, et puis comme on a dit tout à
275 l'heure aussi, le fait de carrément se mettre sur scène. Pour cet atelier-là, quel est l'intérêt d'aller
276 voir le spectacle et aussi pour eux d'être sur scène ?

277 « L'intérêt déjà d'y participer, c'est l'extérieur. Ce sont des patients qui sont en hospitalisation
278 complète, qu'il y ait une accroche avec l'extérieur, une réinsertion quand même avec d'autres
279 personnes. Après le fait de s'exposer pendant des spectacles ou d'y participer, ce que ça peut leur
280 apporter, c'est une reconnaissance je pense. »

281 On revient au rapport au corps, l'image du corps, en quoi ça change leur image du corps, la
282 perception, leur représentation, et la façon dont ils parlent de leurs corps ?

283 « La plupart des patients ont l'impression de ne pas sentir leur corps, de ne pas se sentir soi, une
284 partie de leurs membres, ou même tout leur corps, de ne pas savoir même où est leur jambe, où est
285 leur tête ou est leur bras... l'atelier permet vraiment de pouvoir les ressentir, de travailler sur tel ou
286 tel membre, c'est inévitable, ils le disent qu'ils se sentent être un. Pour la façon dont ils perçoivent
287 leur corps, personnellement je ne sais pas, c'est quelque chose pour eux de compliquer à en parler,
288 par contre pendant l'atelier en tous cas, tous les exercices qui sont réalisés nécessitent un appui sur
289 tel ou tel membre, et on voit bien qu'ils ne savent pas où le membre se trouve, jusqu'au moment où
290 on leur montre et on leur fait toucher et là ils peuvent faire l'exercice correctement, je pense qu'en
291 effet là ils ressentent leurs membres qu'ils ne devaient pas sentir avant. »

292 Avez-vous eu des témoignages sur le ressenti corporel ?

293 « Non »

294 Ou observer des évolutions sur leurs postures ou leurs démarches ?

295 « Oui, on a vu que cela avait un effet bénéfique sur leurs corps. Je peux donner un exemple, une
296 patiente qui systématiquement ne sens pas sa tête, elle a l'impression que sa tête n'existe pas,
297 qu'elle est coupée en deux, elle met systématiquement un bandeau et un élastique pour sentir sa
298 tête, et depuis plusieurs temps, elle ne le met plus. Alors est-ce que c'est mon interprétation ou est-
299 ce que ça permet effectivement à cette personne de laisser sa tête sans nécessité d'avoir ce
300 maintien, c'est possible, mais en tous cas oui j'ai pu voir une évolution de ce côté-là. »

301 On va passer sur le rapport à la discipline, la motivation déjà des patients, qu'est-ce que vous
302 observez sur l'évolution de leurs motivations depuis le début jusqu'à aujourd'hui, est-ce qu'il y a des
303 gens qui abandonnent, qui sont moins motivés qu'au début ou d'autres plus, il y a des évolutions
304 dans la motivation des patients ?

305 « Je n'ai pas vu une seule personne abandonner, ils sont généralement très réguliers, très rigoureux,
306 ils ne manquent pas, sauf dans un cas extrême où là, la personne n'est pas bien du tout et là elle ne
307 peut pas y participer mais généralement non, ils sont très rigoureux à cette activité »

308 Quelle est leur motivation, pourquoi veulent-ils venir, que disent-ils ?

309 « Ils viennent parce que déjà c'est une sortie qui se fait sur l'extérieur, c'est prendre la voiture, s'est
310 sortir de l'hôpital, ensuite, ce qu'ils disent c'est qu'ils vont chanter, qu'ils vont danser, pour certains
311 patients, c'est le chant, la danse, se relaxer, apprendre des exercices pour les refaire chez moi quand
312 je suis trop angoissé, voilà leurs paroles. »

313 Comme il y a le cas avec une clinique du CHU, c'est une question qui porte encore sur la motivation,
314 il y a eu des demandes de patient pour participer, mais c'était prescrit, qu'en pensez-vous ? Cela
315 devrait être prescrit ou libre ?

316 « Rires, je ne savais même pas qu'on pouvait faire une prescription médicale pour un atelier. Je
317 trouve que ce n'est pas l'idéal, d'écrire noir sur blanc je vous accorde de participer à telle ou telle
318 activité, je pense que l'idéal c'est que la personne soit motivée et qu'elle s'engage pleinement à faire
319 cette activité, c'est la confiance. »

320 On passe à la critique de cette pédagogie, quelle pratique, exercice ou atelier vous semble plus
321 adapté pour vos patients psychiatriques, considérez-vous qu'il y a des exercices plus adaptés pour
322 eux que d'autres ?

323 « Oui, tout à fait, principalement l'expression, que ce soit l'expression verbale, physique, pour les
324 personnes qui sont quand même atteintes de troubles psychiatriques, principalement des
325 psychotiques, l'expression est le plus important dans le cadre de l'atelier chorégraphique,
326 l'expression corporelle, tout ce qui transmet par le corps, il y a l'atelier théâtre, des expressions
327 libres, mais encadrés aussi. Pour moi, ce que je préconise le plus pour ces patients, c'est l'expression
328 de toutes sortes. »

329 Et le travail de la lenteur, la partie structurée de la lenteur qu'ils traversent, comment vous trouvez
330 ça ?

331 « Justement, ça revient un peu sur la façon dont ils ressentent leur corps, cette lenteur, c'est
332 vraiment des balancements du corps d'une jambe à une autre pendant les exercices, et c'est
333 justement pendant ces exercices qu'ils peuvent travailler chez eux, parce qu'ils n'ont pas cette
334 sensibilité-là, de leur corps, je trouve que c'est l'idéal. »

335 Comme on a parlé du toucher, vous pensez qu'ils travaillent sur le toucher, ou même sur les
336 massages proposés, est-ce que c'est adapté pour eux ?

337 « Oui, c'est adapté, parce que c'est toujours en lien avec le corps. Pourquoi c'est important qu'ils
338 aient ce rapport au corps ?, parce que ça permet qu'ils le ressentent, qu'ils savent où est telle partie
339 de leurs corps, leurs bras, où sont leurs visages, où est le visage, où est le nez, voilà, le toucher
340 permet un ressenti de la part du patient, ressenti qui est affecté à cause de leur maladie. »

341 Quelles pratiques dans cet atelier vous semble dangereuses et pourquoi ? J'ai un exemple, il y a eu
342 un souci il y a quelques années, où j'ai stimulé une improvisation théâtrale... et cela a créé une
343 tension chez un autre patient qui a eu une crise, certaines infirmières m'ont dit que c'était à éviter
344 d'utiliser la parole dans cet atelier

345 « Je réfléchis sur ce qui aurait pu engendrer des difficultés, mais je n'ai pas d'exemple concret, à part
346 une situation où un patient s'est senti très mal et a dû sortir du cours, parce qu'il y avait beaucoup de
347 monde, beaucoup de bruit, la musique forte qu'il n'a pas supporté, mais je pense dans un contexte
348 déjà anxiogène à la base, je n'ai pas d'exemple sur d'autres techniques. »

349 Sur la fin de l'atelier, parfois pour certains patients cela pose un problème que cela s'arrête d'un
350 coup, après il n'y a rien pendant des mois, est ce que vous considérez que cette coupure est difficile à
351 gérer pour eux, comment faire face à cette coupure d'un atelier à l'autre ou d'une saison à l'autre, et
352 comment l'anticiper peut être ?

353 « Les patients sont déçus que l'atelier s'arrête, mais cela a été travaillé avec eux avant, c'est-à-dire
354 qu'on les a préparé avant, aussi à leur annoncer que dans 3 séances c'est la dernière, dans deux la
355 dernière, de façon chronologique on arrive dans le temps à leur dire voilà ce sera la dernière séance,
356 donc ils arrivent aussi dans leur fonctionnement à se dire voilà c'est la fin de la séance, mais il y a
357 tout un travail avant. On travaille aussi dans la continuité ; on leur dit aussi que l'atelier va sûrement
358 reprendre, qu'on les tiendra informé, savoir est-ce qu'ils souhaiteraient y participer l'année
359 prochaine, il y a toujours une continuité. Je n'ai pas l'impression que l'atelier s'arrête, il y a la
360 dernière séance, mais il y a une continuité, et autre activité qui se rapproche de l'atelier
361 chorégraphique. »

362 Vous parlez de votre accompagnement ?

363 « Oui, il y a des activités qui sont mises en place, gym, gym douce, activités théâtres, beaucoup
364 d'expression, et on en parle avec les patients, on reparle de l'année, des séances avec eux, de ce
365 qu'ils en ont pensé, est ce qu'ils aimeraient le reprendre, donc ils se disent voilà que dans quelques
366 mois ils reprendront sûrement cette activité. »

367 « La continuité du soin, passe par la parole, toute l'équipe, c'est toujours en discussion. »

368 Que pourriez-vous dire sur la prise de médicaments psychotropes et la disponibilité des patients
369 pendant la séance ?

370 « Savoir si le traitement influe sur le comportement ? le traitement est pris généralement le matin
371 avant la séance, ce qui peut justement atténuer l'angoisse du départ. Pendant la séance, non je
372 pense que ça ne perturbe pas, si le traitement est équilibré et qui leur convient, il est fait pour garder
373 cette stabilité, je ne pense pas que ça influe pendant la séance. »

374 Quelles pratiques dans cet atelier ont des impacts positifs sur la capacité expressive ?

375 Principalement les exercices d'improvisation, ce sont des jeux de rôles qui sont dirigés, avec
376 beaucoup d'improvisation quand même, principalement ça, au niveau de la gestuel. Parce que quand
377 c'est quelque chose qui est guidé, qui est copié, des exercices de détente, fait par tout le monde, on
378 peut copier. Alors que les jeux de rôles, fait à deux, dans l'improvisation, ça permet au patient de
379 développer d'autres capacités, insoupçonnées pour eux. Cela utilise leur imagination, en fait. »

380 Pensez-vous que le travail de rythme ou de lenteur, ou les deux, les aide un peu à développer leur
381 expressivité ?

382 « C'est vraiment au cas par cas, chaque personne est différente de l'autre, ce qui correspondrait à
383 une ne serait pas forcément ce qui correspondrait à l'autre, ça dépend aussi de la structuration qu'ils
384 ont, différente aussi, donc pour certains oui, pour certains non. »

385 Pouvez-vous donner quelques exemples positifs observés dans le changement de leur expressivité ?

386 « J'essaie de me concentrer sur deux patients, principalement au début un patient qui n'arrivait pas à
387 se concentrer, qui avait du mal à se mettre dans le groupe, et qui au fur et à mesure des séances et
388 de la relation qu'il avait avec le pédagogue grâce au chant, à la danse, au sport de combat mélangé
389 avec des mouvements lents au sol, tout cela a apporté une rigueur qu'il n'avait pas au début, une
390 douceur aussi, et le rapport à l'autre tout simplement. Il n'y avait pas que lui, il y avait lui plus un
391 autre, physiquement il y a eu du changement, et psychologiquement aussi, ce patient a réussi à
392 accepter l'autre, chose qui était extrêmement difficile auparavant. Je ne vois pas d'autres exemples
393 pour le moment. »

394 Pouvez-vous donner quelques exemples d'impact sur leur créativité ? Dans la gestuel pendant
395 l'atelier, mais aussi dans le quotidien ?

396 « Non pas dans le quotidien, je ne vois pas de changement dans leur gestuel en tous cas, mais je vois
397 des changements, pour certains patients, je les trouve plus posés, dans tous les sens du terme, plus
398 calmes, réagissant différemment à certaines situations, prenant plus de recul. Alors est-ce que c'est
399 en lien avec l'atelier ? Je ne sais pas. »

400 Sur les impacts thérapeutiques, qu'est-ce que vous les médecins considérez comme thérapeutiques ?

401 « C'est thérapeutique, parce que c'est un atelier qui se fait en groupe, sur l'extérieur, avec d'autres
402 secteurs de psychiatrie, c'est un mélange intersectoriel. Pour les patients, le rapport avec la musique,
403 de correspondre avec la musique, au niveau physique, verbal, au niveau de l'autre, tout ça pour un
404 psychotique, c'est la guérison. Si un psychotique arrive à se sentir, lui, tout son corps, d'arriver à
405 partager avec l'autre, d'arriver à faire attention à son geste et à la musique en même temps, cela a
406 un impact tant sur le physique que psychologique. Comment nous on en parle entre nous... »

407 Avez-vous d'autres remarques spontanées, hors du questionnaire ?

408 « Que c'est à refaire et à continuer, si le pédagogue peut également ! C'est un atelier qui fonctionne
409 très bien, et que les patients le demande, c'est à refaire, si possible. »

410 Comment motiver plus l'équipe médicale à être présente, à voir ce qui se passe à l'extérieur ?

411 « Il faut leur proposer, les voir, les contacter, et leur proposer un œil différent, d'observateur, voir
412 s'ils ont envie de façon ponctuelle. Cela passe par l'information. »

413

414

1 Retranscription de l'entretien avec Katerina

2

3 **Âge : 58 ans, Sexe : Féminin ; position : Psychologue, Années au projet : 5**

4 Sur le rapport à l'institution, sur la mise en place de cet atelier, parlez-moi de l'organisation,
5 la mise en place, la complexité, les responsabilités, la durée

6 *La mise en place est de 2005 je dirais, à l'issue d'une rencontre à l'hôpital, dans un service de*
7 *psychiatrie, de l'ensemble de l'équipe du Centre de Chorégraphie et à l'occasion de cette*
8 *rencontre et de cette discussion, on décide très rapidement de mettre un place un échange,*
9 *un partenariat. Dans mon souvenir, ça se met en place très vite et ça a lieu dans un premier*
10 *temps au sous-sol du service de psychiatrie. On ne réfléchit pas trop au sens, au patient. On*
11 *propose au patient qui le souhaite de venir, de participer dans un premier temps à cette*
12 *activité. Assez rapidement, je ne suis pas présente tout de suite dans ces lieux là et dans ce*
13 *temps-là, mais très rapidement à la fois les patients et les chorégraphes trouvent que cet*
14 *endroit est moche, sombre, pas adéquat. Il y aura je crois deux séances au sous-sol et ensuite*
15 *les chorégraphes décident que ça pourrait se faire dans les studios, donc au centre*
16 *chorégraphique. Alors là, commencent pour nous - à ce moment-là je m'inclue dans cette*
17 *aventure - un peu plus de difficultés. Cela veut dire des déplacements, des transports, un mini*
18 *bus, donc un nombre de places limitées dans le mini bus, donc un choix spécifique de*
19 *patients. On est obligé de réfléchir à qui, avec qui on va travailler la question de la danse.*
20 *Deux soignants vont encadrer, accompagner quatre ou cinq patients régulièrement. Au début*
21 *on avait prévu une dizaine de séances, ça c'était la première année. Voilà, cela se fait très*
22 *simplement la première année.*

23 Et pour les autorisations, il fallait une prescription par le médecin psychiatre, une réunion,
24 une discussion avec eux ?

25 *Pas d'indication spécifique, le psychiatre, le responsable, le chef de service étant présent à la*
26 *réunion de rencontre avec les chorégraphes, était tout à fait partie prenante sur ce projet-là,*
27 *il était plutôt encourageant. Il n'y a pas eu de réunion mais plutôt des discussions informelles*
28 *sur les patients que nous proposons d'accompagner, mais pas d'indication spécifique, en*
29 *tous cas, pas la première année.*

30

31 Quelle volonté et quelles difficultés de financement avez-vous rencontrées ?

32

33 *La question du financement s'est posée la deuxième année. Et donc là, la somme demandée*
34 *par le centre chorégraphique étant trop importante, nous - en tous cas à supporter pour un*
35 *seul service - on a donc sollicité des collègues des autres services, pour au fond payer la note.*
36 *Ce qui a permis que des équipes, des soignants de secteur de psychiatrie différents se*
37 *rencontrent, et des patients également, ce qui n'est pas si courant que ça, que des patients et*
38 *des soignants de différents services se rencontrent autour d'une activité. En fait, c'est la*
39 *question du prix et de la somme qu'il a fallu répartir, qui nous a permis cela.*

40

41 Est-ce que pour vous le passage d'une convention entre deux institutions, le CCNT et le CHU,
42 et puis plus tard en 2012 le passage entre une institution et une association, le CHU et
43 Omnivion, considérez-vous que ce soit quelque chose d'aussi valable, ou est ce qu'il y a des
44 précautions à prendre, quand ce n'est plus des institutions nationales ?

45

46 *Non, de la place que j'occupe de soignante, ce qui me paraît important c'est la crédibilité*
47 *qu'on accorde au chorégraphe qui a formalisé cette association. L'association Omnivion elle*
48 *est portée par quelqu'un qui était présent, qu'on connaît, qui a déjà travaillé avec nous. De*
49 *mon point de vue, que ce soit associatif ou institutionnel ne me paraît pas plus compliqué,*
50 *rédhibitoire, ou il faudra avoir plus d'informations, c'est surtout la personne qui porte ce*
51 *projet qui me paraît important, maintenant qu'elle appartienne au milieu institutionnel ou*
52 *associatif, encore une fois ça ne me paraît pas différent.*

53

54 Que pensez-vous de la durée et de la fréquence des ateliers ?

55

56 *La durée elle est à peu près d'une heure, je ne sais pas si c'est encore le cas, ...elle est d'une*
57 *heure et demie, et on avait entre 10 et 12, 14 séances, ça dépendait des années. Une heure*
58 *et demie, ça me paraît vraiment très bien, certaines fois deux heures auraient été bien, mais*
59 *ça dépend tellement du groupe, ça dépend tellement de ce qui est proposé. Mais je trouve*
60 *qu'une heure et demie c'est bien, pour certains patients ce n'était pas possible, c'est trop,*
61 *deux heures auraient été trop. La fréquence, 12 ou 14 séances, cela dépendait de la façon*
62 *dont elles étaient réparties dans l'année. Quelque fois quand il y avait un espace trop grand*
63 *entre les séances, on avait parfois trois séances, trois, quatre ou cinq toutes les semaines, et*
64 *après on avait un espace très long, un mois, un mois et demi, là on sentait qu'on perdait un*
65 *peu quelque chose. Voilà, c'est donc la question de la régularité, c'était très bien 12, 14*
66 *séances, ça ne me semblait pas qu'il faille plus, on aurait été dans un autre projet à ce*
67 *moment-là.*

68

69 Que pensez-vous du lieu de la pratique ?

70

71 *Quand on a travaillé au studio, au Centre de Chorégraphie, ça me paraissait très important*
72 *d'être dans ce lieu-là. Cela avait symboliquement aussi un sens pour les patients. Ce n'était*
73 *pas une activité à l'hôpital, c'était une activité dans un lieu prévu pour la danse ou aussi*
74 *d'autres danseurs, amateurs, professionnels pouvaient danser. Et quand on est allé voir des*
75 *spectacles, on s'est retrouvé dans ce même lieu, ça je crois que cela a un sens symbolique cet*
76 *espace-là. Après on a changé de lieu, on est allés dans d'autres salles, le groupe étant*
77 *constitué, l'espace avait moins d'importance. Il y avait quand même ce très grand miroir,*
78 *cette barre, il y avait des objets qui symbolisaient la danse. Je crois que ça c'est très*
79 *important, que ce soit des lieux symboliquement reconnus autour de la danse.*

80

81 On passe sur le rapport du soignant avec la hiérarchie, d'abord hiérarchie administrative.
82 Comment est-ce que la hiérarchie administrative perçoit votre engagement à l'atelier ?

83

84 *La question que je me pose, c'est est-ce qu'elle le sait ? Administrative, au sens direct de*
85 *l'hôpital où je travaille, en tous cas du secteur, du service dans lequel je travaillais à l'époque,*
86 *c'est-à-dire, les cadres, la cadre supérieure, savait que je travaillais à ce projet, ils n'ont*
87 *jamais été hostiles, au contraire, plutôt encourageants. Après l'administration hospitalière*
88 *plus lointaine, je ne sais pas du tout si elle était au courant que je travaillais dans cette*
89 *activité-là.*

90

91 Et la hiérarchie médicale, comment percevait-elle votre engagement ?

92

93 *La hiérarchie médicale, via le chef de service, était très très encourageante, complètement*
94 *ouverte à ce projet-là. D'autres médecins étaient moins engagés, mais on n'a jamais eu, au*
95 *contraire, d'entraves, d'obstacles. Dans toutes les années où j'ai accompagné les patients,*
96 *c'était au contraire un encouragement et ils étaient très partants pour ce projet-là.*

97

98 Avez-vous des échos des équipes dirigeantes, textes ou discours, sur ce travail ? Equipes
99 médicales et administratives...

100

101 *Je me demande si le médecin chef n'a pas rédigé quelque chose, s'il n'a pas écrit un texte,*
102 *dans son projet de service, ça c'est sûr. Je dirais que c'est une reconnaissance, il y avait une*
103 *reconnaissance de ce travail, de cette activité, de ce soin je dirais. Je parlerais plutôt de soin*
104 *maintenant que d'activité d'ailleurs.*

105

106 S'agit-il pour eux d'une activité occupationnelle, culturelle ou thérapeutique ?

107

108 *Dans un premier temps, on ne savait pas du tout ce que ça allait être. On a eu envie de faire*
109 *cette expérience, on a eu envie de partager ces moments- là avec les chorégraphes, sans*
110 *avoir aucun projet précis initialement. Au bout de 4 ou 5 ans de cette expérience, je peux dire*
111 *que c'est un travail thérapeutique, ce qui n'était pas du tout le projet de départ.*

112

113 Comment pensez-vous que cette activité pourrait continuer, est-ce que c'est nécessaire, de
114 motiver, de sensibiliser les médecins ? Croyez-vous à la pérennité d'un tel projet ?

115

116 *De l'eau est passée sous le pont, j'ai moi-même changé de secteur de psychiatrie.*
117 *Aujourd'hui, je dirais que de mon point de vue, c'est indispensable que ce travail se*

118 *poursuive. D'abord parce qu'il permet encore une fois, et ça c'est quelque chose qui est*
119 *pérenne, c'est-à-dire la rencontre de soignants et de patients de différents services, ça c'est*
120 *fondamental. La question de la danse, ou en tous cas de la mise en jeu du corps me paraît*
121 *aussi indispensable à maintenir, maintenant je pense que bien évidemment, les jeunes*
122 *médecins psychiatres ne sont pas du tout formés de la même manière, ou en tous cas n'ont*
123 *pas les mêmes projets, ni la même ouverture d'esprit, tant pis, je l'ai dit, à des choses comme*
124 *la chorégraphie. Je pense que pour que ça puisse être pérenne, il va sans doute falloir*
125 *effectivement, bien argumenter la suite. Ce n'est pas donné encore.*

126

127 Avec quels critères choisissez-vous les patients qui participent ?

128

129 *La question est difficile, c'est une question qui a évolué au fur et à mesure des années. La*
130 *première année, comme on n'avait pas d'idée précise, ni de projet précis, on n'a pas pensé les*
131 *patients. La deuxième année, on a pensé la présence des patients aussi en terme de nombre,*
132 *je rappelle pour le mini bus, ça c'était une question pratique. Et puis on a réfléchi aussi à*
133 *quels étaient les patients qui pouvaient donc venir à cet atelier- là. Ce qui m'a animé*
134 *beaucoup, c'était la question du corps, de la mise en mouvement du corps. Cela pouvait être*
135 *des patients qui étaient très apragmatiques mais dont on sentait que cette activité- là*
136 *pouvait mettre un peu de mouvement, dans le corps. Cela pouvait être aussi des patients qui*
137 *étaient au contraire, non pas agités mais maladroits dans leur posture et que l'atelier*
138 *pourrait peut-être contenir. C'était un peu des paris et puis après il y a eu des patients qui*
139 *venaient d'une année sur l'autre, et aussi ce qui était très intéressant c'était de voir*
140 *l'évolution de ces patients, comment dans les petites performances, ils pouvaient exprimer*
141 *des choses. On a aussi été terriblement surpris par ce que les patients ont été en mesure de*
142 *proposer, de faire. Tous les ans on a proposé à un ou deux patients de rejoindre le groupe.*
143 *Quelque fois ça a été possible, c'est-à-dire qu'ils ont poursuivis l'activité, quelquefois ils ont*
144 *arrêté l'activité. Mais je crois qu'il existe des patients qui ont commencé l'activité et qui sont*
145 *encore là depuis 2005. Il n'y en a pas beaucoup, mais il doit y en avoir deux ou trois, peut*
146 *être. A un moment donné, je pense que ça leur appartient aussi, nous on a impulsé quelque*
147 *chose, on a proposé à certains patients. La réponse plus claire à la question serait la mise en*
148 *mouvement du corps, c'est très subjectif.*

149

150 Quels risques potentiels identifiez-vous dans cette activité ?

151 *Dans la période où j'ai accompagné ce travail, un patient... je vais essayer de le dire*
152 *autrement ; il est possible que ce travail, comme danger, puisse libérer des pulsions. Je pense*
153 *à ce patient qui a pu exprimer par le corps de l'agressivité, de la colère mais dans un contexte*
154 *contenant. Il y a un danger potentiel mais je crois que le chorégraphe qui anime ça et les*
155 *soignants qui sont présents, en l'espace de 6, 7 ans, il me semble qu'il n'y ait jamais eu de*
156 *problèmes. Il pourrait y en avoir, mais je crois que le groupe, le chorégraphe et les soignants*
157 *contiennent. Et probablement que dans le choix des patients, on propose aussi à des patients*
158 *qui sont un peu stabilisés. C'est-à-dire que la question d'un danger potentiel..., le seul danger*
159 *éventuel, pour résumer, ce serait peut-être libérer des pulsions, mais jusqu'à présent, ça ne*
160 *s'est jamais produit, au point que ce ne soit pas repris dans le groupe.*

161

162 Je vais vous donner un exemple d'un patient qui commençait à faire une improvisation, à
163 utiliser un texte personnel, c'était une association libre que j'ai essayé de mettre en scène,
164 et qui est devenu quelque chose de très personnel, qui a affecté un autre patient, qui a fait
165 une crise, en tapant sa tête contre la porte. J'ai eu le conseil de certaines infirmières que le
166 travail du texte, du discours, de la voix personnelle, serait à éviter...

167

168 *Je ne sais pas s'il faut éviter, sur plusieurs années, ça devient un travail thérapeutique. Ce*
169 *patient, qui s'est cogné la tête contre les murs, parce que ça a fait échos en lui, le texte lu par*
170 *son collègue, dit par son collègue, je pense que c'est quelque chose qu'on pourrait reprendre*
171 *avec lui. Soit on le reprend dans le groupe, effectivement il faut avoir un peu quelques*
172 *ficelles, il faut avoir un bout d'expérience, soit on le reprend dans le groupe, soit on le*
173 *reprend dans le bureau du médecin, mais très tranquillement. Soit on le reprend, avec les*
174 *infirmiers à l'hôpital, mais je ne serais pas favorable d'arrêter ça, sous prétexte que. Je ne*
175 *crois pas qu'il faille arrêter.*

176

177 Quel est votre rôle dans cet atelier ? Comment le décririez-vous, actif, encadrant ?

178

179 *C'est un rôle qui a évolué, dans un premier temps, j'étais là en tant que soignante, pour*
180 *accompagner les patients, pour garantir je ne sais pas quoi, en tous cas, en tant que*
181 *soignante avec des patients. Puis, je crois que progressivement, je me suis mise aussi à*
182 *danser, et vraiment à certains moments, on était des danseurs. Bien évidemment, on garde*
183 *toujours un regard, ou une façon d'être, une posture, à certains moments où on est un peu*
184 *vigilants, on regarde ce qui se passe, mais je dirais que la position uniquement soignante est*
185 *devenue de plus en plus petite. Parce que vraiment, à un moment donné, on a tous dansés, et*
186 *c'est aussi ce qui permet aux patients..., on était tous des humains qui dansaient, en gardant*
187 *l'œil.*

188

189 Que pensez-vous que de la pratique du toucher dans ces ateliers, tout en sachant que
190 certains médecins disent que c'est à éviter pour des personnes hospitalisées en psychiatrie ?

191

192 *A travers les questions que vous avez posées, on voit bien comment c'est constitué un cadre.*
193 *C'est-à-dire, une durée de la séance, une répétition des séances, un cadre précis, des*
194 *soignants, et un chorégraphe. Et cela ça fait quand même du contenant. La manière dont le*
195 *chorégraphe a proposé les choses, ce n'est pas à la première séance, ce n'est pas la première*
196 *année, je veux dire que ces propositions autour du toucher, elles sont de mon point de vue,*
197 *naturelles. C'est-à-dire, quand on a fait le sac de riz, quand on a fait des exemples comme ça,*
198 *ou même de pouvoir se toucher mutuellement, on est déjà dans un toucher extrêmement*
199 *respectueux, qui est dans le cadre de la danse. Et ce cadre-là, tel qu'il est, en tous cas tel qu'il*
200 *était quand moi j'ai travaillé, ne me paraissait pas dangereux pour les patients. Je sais qu'il y*
201 *a des médecins qui disent il ne faut surtout pas toucher, il ne faut surtout pas se toucher, on*

202 *ne sait pas ce que ça va faire. Mais, il faut poser un cadre, précis, il faut savoir un peu ce*
203 *qu'on fait. Mais il n'y a aucune raison pour qu'on ne puisse pas dans un cadre précis, avec le*
204 *sens de la danse, qu'on ne puisse pas se toucher.*

205

206 *Considérez-vous que les liens amicaux éventuels entre les différents acteurs poseraient des*
207 *problèmes ?*

208

209 *Il y a des patients qui se sont rencontrés dans le cadre de cet atelier, et qui gardent des*
210 *contacts. Ce sont des patients, je pense à deux personnes précises, qui sont des personnes de*
211 *deux secteurs de psychiatrie, qui probablement n'avait aucune raison de se rencontrer, qui*
212 *garde un contact, qui se téléphone de temps en temps, qui vont boire un pot. Je trouve qu'au*
213 *contraire, ça créé des liens. Après la question pourrait se poser, des soignants entre eux, des*
214 *patients et des soignants, je pense que ça pour moi, c'est une des limites. Certes on est*
215 *danseurs avec les patients, on est tous danseurs, plus exactement, mais on garde malgré*
216 *tout, on est sur un temps de travail, on est quand même des professionnels. Cela c'est une de*
217 *mes limites, c'est-à-dire la question amicale avec des patients, me paraît pas, je ne verrais*
218 *pas les patients à l'extérieur.*

219

220 *Que pensez-vous d'un point de vue éthique, de la participation des patients et des soignants*
221 *à des représentations publiques ?*

222

223 *Public, tout dépend du public, effectivement, est-ce que c'est un public à l'intérieur de*
224 *l'hôpital, est-ce que c'est un public à l'extérieur de l'hôpital. On peut mettre au courant les*
225 *patients de la performance qui va avoir lieu, si les patients sont d'accords... Après bien sûr, il*
226 *y a des aspects légaux, si les patients sont sous tutelle, sous curatelle, la question des photos,*
227 *la présence du public, tout ça, ça peut se discuter avec les patients. Mais moi je trouve au*
228 *contraire, certes c'est un travail thérapeutique, mais c'est aussi un... comment dire, quand on*
229 *participe à un atelier écriture ou un atelier dessin et qu'on va faire une exposition des*
230 *œuvres, avec un vernissage, je ne vois pas vraiment la différence. Au contraire, c'est*
231 *intéressant que le public découvre ce que les soignants et les patients sont capables.*

232

233

234 *On parle un peu de la vie sociale, les rapports soignants, patients...*

235 *Comment percevez-vous les expériences des patients, comment elles résonnent en vous, ce*
236 *qu'ils traversent dans ces ateliers ?*

237

238 *Je disais tout à l'heure, mais pas pour tous, certains patients m'ont énormément touché. Je*
239 *n'avais pas conscience, ou je ne savais pas ça d'eux. Dans l'expression, dans la mise en jeu de*
240 *leur corps, dans la mise en mouvement de leur corps, dans la capacité à pouvoir exprimer, ou*
241 *voir même à improviser, j'avoue que j'ai été extrêmement surprise par certains patients. Et*

242 *c'est aussi une des raisons pour lesquelles je pense qu'il faut impérativement que ce genre*
243 *d'atelier se poursuive. C'est un lieu et un espace où il y a une expression justement du corps*
244 *possible, et il n'y en a pas ailleurs, il n'y a pas d'autres lieux où on peut exprimer avec son*
245 *corps, dans un cadre donné, c'est une chance inouïe d'avoir cette possibilité-là. Il y a des*
246 *patients qui se sont ouverts, qui se sont appropriés l'espace, il y a des patients qui ont*
247 *travaillé, il y a des patients qui ont écrits, c'est extraordinaire ce qui a pu se passer pour*
248 *certains, pas pour tous évidemment. Mais que ce soit possible pour deux ou trois patients,*
249 *cela vaut vraiment le coup. Voilà, moi je dirais, surprise et touchée par ce qu'ont pu exprimer*
250 *certains patients.*

251

252 En quoi l'atelier danse affecte votre relation avec eux, dans le quotidien, dans le service, est-
253 ce que les patients vous perçoivent différemment ?

254

255 *A l'époque où je le faisais bien sûr, il s'est tissé des liens particuliers, on faisait partie du*
256 *groupe danse. Il y avait des échanges avec les patients, c'est quand, quand est-ce que ça*
257 *reprend, est-ce que tu viens mardi prochain. Il y a une forme de complicité, de proximité de*
258 *ce groupe-là qui se reconnaît, et effectivement je suis une soignante un peu particulière. Et*
259 *là, je faisais partie de ce groupe-là, de ce groupe danse. Bien sûr que ça change un peu les*
260 *choses, mais au contraire, je trouve que c'est extrêmement intéressant. Il se trouve que*
261 *j'avais déjà participé à d'autres activités, dans d'autres endroits, dans d'autres services, et*
262 *moi je crois vraiment à ça. C'est dans ces espaces et dans ces moments où n'est pas que*
263 *soignant et patient, que là on travaille bien.*

264

265 Quel est l'intérêt selon vous, d'assister à des activités culturelles communes liées à la danse
266 hors de l'hôpital ?

267

268 *C'est aussi fondamental. A partir du moment où on a commencé cette activité, ce groupe, ce*
269 *travail de danse, qui était pour beaucoup d'entre nous totalement inconnue, la chorégraphie,*
270 *la danse contemporaine, pour quelque uns on avaient vu un peu ça à la télé, mais pour*
271 *certains patients et pour certains d'entre nous, on avait absolument aucune idée de ce que*
272 *c'était vraiment. Donc on a commencé à explorer, à exprimer aussi pour chacun d'entre nous.*
273 *Il paraissait évident que dans un second temps, il était important qu'on aille voir des*
274 *spectacles de danse à l'extérieur de l'hôpital, en vrai. D'autant que plus, on voyait sur la*
275 *scène où on avait nous travaillé, le travail des chorégraphes qu'on avait pour certains*
276 *rencontré dans le travail. Cela donne une toute autre dimension, ça donne une profondeur,*
277 *ça donne une socialisation, ça donne une sortie. Le travail qu'on a fait, les explorations qu'on*
278 *a faites, ce n'est pas uniquement pour passer le temps, ça ressemble aussi à ce que font les*
279 *vrais chorégraphes. Cela a une dimension de réalité.*

280

281 Sur le rapport des soignants au pédagogue, parlez-moi de votre rapport ou du rapport
282 d'autres soignants au pédagogue, au sein de l'atelier et à l'extérieur.

284 *En ce qui me concerne, j'ai complètement découvert la danse contemporaine. Dans un*
 285 *premier temps, je me suis totalement laissé guider par le pédagogue, il a fallu aussi que je*
 286 *laisse tomber un certain nombre de résistances, de barrières. J'ai appris, sans doute, avec le*
 287 *pédagogue, sans doute autant de choses que les patients, particulièrement ce qui moi me*
 288 *touche beaucoup, c'est l'attention, le respect, la bienveillance et le guide. C'est-à-dire qu'en*
 289 *fait très rapidement pour moi, s'est installée une confiance dans la capacité du pédagogue à*
 290 *percevoir jusqu'où il fallait aller avec certains patients. C'est vrai que parfois on échangeait,*
 291 *on en discutait, mais finalement pas tant que ça. Et c'est sans doute, parce qu'on lui faisait*
 292 *totalement confiance que nous aussi on a pu lâcher et du coup danser, et ne plus être*
 293 *uniquement des soignants. Très rapidement on a su que le pédagogue pouvait gérer le*
 294 *groupe, pouvant sentir pratiquement pour chacun patient, au fur à mesure, jusqu'où il*
 295 *pouvait aller, confiance!*

296 Le rapport des patients entre eux. Vous avez parlé un peu tout à l'heure sur les liens
 297 possibles entre eux, mais si vous avez d'autres choses à ajouter...

298 *L'exemple que j'ai donné c'était l'exemple de ces deux personnes qui aujourd'hui encore*
 299 *plusieurs années après, gardent le contact, se téléphonent, et ils vont boire un pot ensemble.*
 300 *Mais, je pense aussi au séjour qui a eu lieu, à la rencontre des patients de différents endroits,*
 301 *et de ce temps partagés, quand même trois quatre jours, quatre jours à partager ensemble,*
 302 *c'est toujours ça qui est très étonnant, ce n'est pas que pour la danse, mais ça s'est révélé là*
 303 *encore, à l'extérieur de l'hôpital dans un autre cadre, et je me demande si ce n'est pas une de*
 304 *seules expériences que les patients ont eu, de pouvoir passer plusieurs jours ensemble, alors*
 305 *qu'il ne se connaissaient que peu, ou en tout cas juste sept heures et demie partagées*
 306 *d'activité, et ils ont pu passer du temps ensemble pendant ce séjour. Moi je suis toujours*
 307 *étonné de leur capacité, au fond, à pouvoir s'entraider, être solidaire, être l'écoute.*
 308 *Quelquefois quand il y a eu des soucis dans le groupe, ils sont très solidaires au fond.*

309

310 Le rapport du pédagogue au patient. Qu'est-ce que vous observez dans les liens qui se
 311 développent entre le pédagogue et les patients.

312 *Alors je pense à un exemple très précis dont je garde vraiment le souvenir, alors, le*
 313 *pédagogue et les patients. Il y a une proximité d'emblée - peut-être d'emblée pas forcément -*
 314 *il va se créer entre le pédagogue et les patients une proximité corporelle que le pédagogue*
 315 *s'autorise du fait du cadre de la danse, que nous n'autorisons pas dans le cadre de*
 316 *l'hôpital, et surtout je pense un exemple précis, donc d'un patient qui avait improvisé une*
 317 *scène, qui était vraiment quelque chose d'extrêmement puissant, d'extrêmement fort, et*
 318 *cette improvisation aurait pu être présentée lors d'un petit spectacle de fin d'année, on va*
 319 *dire ça comme ça, mais le patient ne voulait pas répéter, c'est-à-dire que aux séances d'après*
 320 *il ne voulait pas répéter, il voulait pas recommencer la même chose qu'il avait fait. Et le*
 321 *souvenir que j'ai, vraiment ça c'est pour moi très fort, on ne savait toujours pas le jour du*
 322 *spectacle s'il allait venir parce que ça lui cassait les pieds de répéter, et comment le*
 323 *pédagogue l'a accompagné dans une proximité, mais juste pour que le patient puisse de*
 324 *nouveau exprimer des choses, il fallait vraiment trouver la bonne distance, et là ce n'est pas*
 325 *une bonne distance psychique. C'est une bonne distance corporelle mais sans la présence du*
 326 *pédagogue, on était sûr que le patient n'aurait rien présenté. Il aura fallu que le pédagogue*
 327 *s'approche et joue quelque chose avec lui, pour que hop voilà ! Pour que le patient puisse*

328 *s'exprimer. Le pédagogue il savait, il a su intuitivement, ou je ne sais pas comment, mais il a*
329 *su qu'il fallait s'approcher au plus près du patient, l'inviter mais sans un mot, corporellement*
330 *pour qu'il puisse de nouveau exprimer. Et ce n'était pas par la parole s'était vraiment par le*
331 *corps. Voilà ça c'était un des exemples...je dirais presque de la finesse clinique du pédagogue.*
332 *C'est comme ça que moi je le lis. Après, sur un plan... la chorégraphie, enfin de ce que tu sais*
333 *faire, je ne sais pas. Mais pour moi c'est à ce moment-là, c'était une grand finesse clinique*
334 *que de pouvoir accompagner ce patient sur scène, en l'invitant corporellement, avec toi.*
335 *Alors que pour les autres, les autres pouvaient présenter leur petit bout*
336 *d'improvisation...voilà. Mais lui non. Il avait fallu l'inviter et ça tu as su le faire.*

337 C'est un peu répondu mais... Une autre question c'était : devrait le pédagogue garder plus ou
338 moins de distance, permettre ou pas des liens amicaux, qu'on a vu tout à l'heure ?

339 *Alors la question c'est : est-ce que le pédagogue permet des liens amicaux ?*

340 Oui. Quelle distance devrait-il garder ?

341 *Je ne sais pas si j'ai quelque chose à dire moi de ça... Je sais qu'un des patients téléphone*
342 *régulièrement, en tout cas pas forcément régulièrement, mais téléphone de temps en temps*
343 *au pédagogue, moi ça ne me pose pas de problème, c'est le pédagogue qui met ses limites. Je*
344 *dirais... personnelles. Voilà, si ça dépasse les bornes et si le patient est très envahissant, le*
345 *pédagogue il va mettre des limites. Maintenant, je pense que forcément quand on passe du*
346 *temps, quand on met le corps en mouvement quand on passe du temps ensemble, forcément*
347 *ça crée des liens. Voilà, mais c'est des liens humains. On ne va pas forcément tous les jours au*
348 *cinéma avec le pédagogue, mais moi je suis ravi de le voir quoi.*

349 On passe au rapport au corps. Commençons par des choses terre à terre comme l'hygiène.
350 Est-ce que vous observez des évolutions, de changements par rapport à leurs habitudes
351 d'hygiène depuis qu'ils sont dans cet atelier ?

352 *Ce n'est pas ce qu'il m'a plus frappé. Comme ça, très vite, en essayant de me souvenir je n'ai*
353 *pas le sentiment que spontanément des patients qui se lavent pas les pieds, ou qui changent*
354 *pas de vêtements, ont pu le faire spontanément, ont pu évoluer spontanément là-dedans.*
355 *Par contre je pense que les soignants qui accompagnent les patients, les soignants qui sont*
356 *présents le matin peuvent être plus vigilants, peuvent être beaucoup plus vigilants du coup à*
357 *l'hygiène des patients. Mais je n'ai pas remarqué... Alors du coup, il faudrait savoir est-ce que*
358 *c'est parce que les soignants leur ont dit : bon il faudrait quand même que tu sois un peu plus*
359 *propre pour l'activité, du coup je n'ai pas le sentiment quand même que spontanément...*
360 *Alors peut-être... Peut-être pour un patient le type de vêtements a pu, un petit peu, changer.*
361 *Le type des vêtements, mais l'hygiène...*

362 Maintenant on passe sur la vitalité et la tonicité. Parlez-moi de leur état tonique avant
363 pendant après la séance et à long terme.

364 *Je crois vraiment que certains patients, pas tous, mais certains patients...pour certains*
365 *patients cette activité-là, à mon avis, a aidé à leur réveil. Je ne veux pas rentrer dans la*
366 *question de la psychose, qui est une autre question là-dessus et qu'on verra, mais je pense*
367 *notamment à une patiente très très très pragmatique, qui aussi alors - je vais dire un*
368 *gros mot - a pu se réveiller, c'est-à-dire s'animer au niveau vraiment de son corps même de*
369 *son regard, petit à petit, tout petit à petit, tout petit à petit, alors, je pense qu'elle était*
370 *quand même un peu dans un état...elle était très attirée par le pédagogue et elle était très*

371 *content de le retrouver, c'était probablement des liens un tantinet amoureux de sa part. Mais*
372 *là, je crois aussi, pour revenir encore à la question d'avant, la distance était complètement*
373 *respectée et voilà. Mais je pense qu'il s'est animé quelque chose chez elle, qui fait qu'après*
374 *plusieurs années d'hospitalisation, c'est quelqu'un qui est retourné chez elle. C'est quelqu'un*
375 *que j'ai vu récemment et que je n'ai pas reconnu. Je ne dis pas que c'est grâce à l'atelier*
376 *danse, mais je pense sincèrement que ça a participé. Alors, la question est sur la question de*
377 *tonicité...*

378 *...Et la vitalité...Avant, pendant après l'atelier...*

379 *Pendant et après certainement. Toute la difficulté c'est la question de la permanence c'est-à-*
380 *dire que...mais ça on le retrouve pour plein d'autres patients et dans plein d'autres activités.*
381 *C'est-à-dire que sur le moment de l'activité et après quelques heures, après on a le bénéfice*
382 *vital, énergie vivante, et puis parfois la maladie prend le dessus. Ça ne dure pas forcément*
383 *très longtemps. Voilà. À long terme, il y a des patients que j'accompagnais moi. Il y en a deux*
384 *qui sont sortis, deux qui étaient hospitalisés depuis très longtemps, et qu'ils sont sortis et ce*
385 *sont de patients qui ont participé assez longtemps à l'activité danse... Je ne saurais pas, ou*
386 *alors il faudrait vraiment que je fasse là un exercice clinique très importante, mais j'ai la*
387 *conviction que l'atelier danse a participé. Il y aura peut-être une question sur pourquoi. On*
388 *verra après.*

389 *Sur l'image du corps : est-ce que vous pensez que ça change leur image du corps, et en quoi?*
390 *Leurs représentations sur le corps ? Sur leur façon de parler sur leur propre corps ?*

391 *Est-ce que l'atelier danse leur permet, leur permettrait de parler différemment de leur corps?*
392 *Ou de parler simplement de leur corps ?*

393 *Différemment, oui.*

394 *Alors, je sèche un peu... Parce que, en tout cas, à la période où j'étais là, je n'ai pas eu le*
395 *sentiment d'avoir posé ces questions. C'est-à-dire, qu'il aura fallu que je prenne une autre*
396 *posture... une autre place pour pouvoir les interviewer, les interroger là-dessus.*
397 *Spontanément, si ! Je pense à un ou deux exemples de patients qui disaient : ah oui, non mais*
398 *pour faire ça moi je suis trop grosse. Ou : je suis trop lente. Voilà. Mais c'était plutôt un*
399 *constat. Est-ce que ça a modifié...je ne saurais pas dire.*

400 *Après on passe au schéma corporel, plutôt dans le ressenti, mais vous n'avez pas trop*
401 *d'informations sur leur état, sur leur ressenti sur l'évolution de leur ressenti. Peut-être sur*
402 *leur posture, sur leur façon de marcher ? Vous avez eu des changements ?*

403 *En tout cas, cette patiente dont je parle, donc je disais qu'elle était apragmatique, qui restait*
404 *très très très longtemps alors à l'hôpital, hospitalisée, que j'ai vu récemment et que je ne*
405 *reconnaissais pas... Là, oui. Là, c'est quelqu'un qui était totalement courbé, dont on ne voyait*
406 *pas le regard, qui était d'une...qui est au-delà de la timidité, qui parlait pas, je l'ai croisé il y a*
407 *un mois ou deux, voilà. Elle est droite, elle a changé de lunettes, elle vous parle comme si*
408 *vous l'avez quitté la veille, voilà. C'est quelque chose d'extrêmement impressionnant.*
409 *Encore une fois, je ne peux pas dire que c'est grâce à l'atelier danse. Il se trouve que... Alors*
410 *sur un plan du tonus musculaire, de la posture c'est radicalement différent.*

411

412

413 On parle un peu sur le rapport à la discipline. La pédagogie de la danse contemporaine. Est-
414 ce que vous voyez des changements sur leur envie de participer, une envie d'arrêter peut-
415 être, quelques mots sur la motivation initiale et l'évolution de celle-ci.

416 *La motivation...la mienne ?*

417 Non celle des patients.

418 *Dans mon souvenir, les patients qui ont arrêté, soit parce qu'ils en avaient peut-être mal posé*
419 *notre proposition - je ne parle pas d'indication - c'est-à-dire, que en fait, ça n'allait pas. Ce qui*
420 *était proposé ne leur convenait pas, parce que c'était trop abstrait, ou trop... improviser avec*
421 *le corps ça demandait peut-être trop de... Trop ! Ça leur demandait trop. Ils ne comprenaient*
422 *pas ce qu'on pouvait proposer, ou ce que le pédagogue pouvait proposer. Après il y avait des*
423 *patients aussi qui ont arrêté parce qu'ils sont sortis, sont sortis de l'hôpital, Ils ont déménagé,*
424 *où ils sont allés ailleurs, pour leur boulot, ou...voilà. Il y a les patients qui ont arrêté aussi*
425 *parce qu'ils ont décompensé, ils allaient aussi plus mal. Peu, mais il y a eu. Voilà, mais*
426 *finalement sur la motivation, fin...moi je trouve ça remarquable qu'il y ait - en tout cas au*
427 *moins deux que je connaisse - qui sont encore à l'atelier six ans plus tard. C'est quand*
428 *même... Au niveau motivation, c'est quand même assez extraordinaire. Il y en a peut-être*
429 *d'autres, des autres secteurs que je ne connais pas. Je pense aussi que d'année en année le*
430 *pédagogue a essayé d'inventer ou de mettre en place d'autre chose. Parfois, il y a eu des*
431 *patients qui ont dit : oui mais non on s'ennuie là, ils ont été capables à certains moments de*
432 *dire : mais nous on veut faire plutôt ça, et pas ça...ce que tu nous proposes là, non, ça va pas.*
433 *Nous on veut faire plutôt ça, ou la musique elle n'est pas bien, fin...*
434 *Il y a eu une période où ils ont pu donner leur avis sur ce qui était proposé. Donc la*
435 *motivation... ils n'ont pas subi ça. Je crois que c'est aussi très important de le dire. Ça veut*
436 *dire que le pédagogue il a pu proposer quelque chose qui fait que les patients avaient la*
437 *parole, pouvaient dire, et pouvaient donner... Fin, dire ce dont ils avaient envie. Réalisable ou*
438 *pas, possible ou pas. Mais à un moment donné des patients sont autorisés à dire.*

439 Concernant toujours la motivation, il n'y avait pas une question de prescription. Il y avait un
440 premier choix de votre part, et après vous demandiez les patients. Il n'y avait pas une
441 prescription médicale.

442 *Il n'y avait pas de prescription médicale. C'est arrivé une fois ou deux, qu'un médecin vienne*
443 *nous voir et dise : vous savez, je ai pensé à Mme Machin pour la danse. Ce n'était pas du tout*
444 *en termes de prescription, mais c'était plutôt en terme de : je pense que ça pourrait être bien*
445 *pour elle.*

446 Maintenant on passe à la critique, la critique sur la pédagogie. Vous avez commencé en
447 disant que même les patients dès fois ils critiquaient l'approche. Et ce qu'il y a certaines
448 pratiques à l'intérieur de cet atelier, qui vous semblent plus ou moins adaptés pour la
449 psychiatrie ?

450 *Non. Il n'y a pas des choses plus ou moins adaptées pour la psychiatre, parce qu'en fait moi*
451 *j'ai découvert d'abord un univers, et il me semble que les patients pas tous, chaque patient a*
452 *pu prendre dans des...je ne sais pas comment dire...Dans une séance il y a plusieurs choses*
453 *qui sont proposées par le pédagogue. Certains patients ont pu adhérer, ou en tout cas*
454 *exprimer ou s'investir, dans certaines activités et moins dans d'autres : plus dans*
455 *l'improvisation, moins dans certaines répétitions... Quand on commençait on faisait des*

456 *exercices de respiration pour se mettre en état, il y a certains patients - je me souviens - ils*
457 *étaient assis sur une chaise. Ils n'avaient pas envie de faire ça par exemple. Mais je ne crois*
458 *pas que l'on puisse dire : ça c'est mieux et ça c'est moins bien pour un service de psychiatrie,*
459 *parce que moi je pense qu'il faut laisser quelque chose d'ouvert, où des patients vont nous*
460 *surprendre... Fin, si on ferme... C'est comme le fait de dire tout à l'heure : il ne faudrait pas*
461 *lire des textes. Moi je ne crois pas. Ça a déclenché ça sur ce patient, mais ce n'est pas pour*
462 *autant qu'il faut arrêter. Je ne crois pas. Je crois qu'il faut... Il y a toute une palette de choses*
463 *qui sont proposées par le pédagogue. Il y a des choses qui vont intéresser certains, moins*
464 *d'autres, mais c'est justement ça la richesse. Si on commence à dire...il faut... Fin, en tout cas*
465 *dans tout ce que j'ai vu moi sur un certain nombre d'années, je ne vois pas de choses qui*
466 *sont... Qu'on ne doit pas... Après c'est subjective. Il y a des choses qui m'ont plu plus que*
467 *d'autres.*

468 *Oui... Les différents éléments comme le massage, l'improvisation le travail avec la voix, la*
469 *lenteur... Que ce que vous en pensez du travail avec la lenteur ?*

470 *Je trouve que c'est complètement fondamental, parce que...Fin, la lenteur, le mouvement*
471 *décomposé, la lenteur d'un mouvement... D'abord c'est une question de la conscience de son*
472 *mouvement ou même de pouvoir faire un pas...Fin, moi je trouve que c'est extrêmement*
473 *important. Alors là, quand je réponds à cette question, je réponds, j'entends bien de plus en*
474 *plus de manière subjective. C'est-à-dire que ça m'engage moi aussi dans ce que j'ai découvert*
475 *moi. Il y a des patients qui sont... la majorité des patients sont dans leur tête. Ils sont dans le*
476 *mental. Parfois dans les hallucinations, parfois dans leur voix, parfois dans la réflexion*
477 *toujours, toujours de leur souci, de leur problème, de leur souffrance, de leur douleur. Le*
478 *fait de leur demander d'ouvrir une porte, et de décomposer le mouvement pour ouvrir une*
479 *porte, ben... je pense que c'est extrêmement intéressant parce que ça oblige aussi pas que,*
480 *mais ça oblige aussi à se concentrer sur autre chose ; à découvrir aussi autre chose : la*
481 *lenteur.*

482 *Ça vous avez répondu au début, sur la dangerosité de certaines pratiques. Il y a aussi une*
483 *remarque comme quoi le massage...peut-être ce n'est pas l'endroit pour faire un massage. Je*
484 *ne sais pas ce que vous en pensez.*

485 *Je serais assez d'accord pour dire que ce n'est peut-être pas le lieu. J'accorde beaucoup*
486 *d'importance à la question du cadre. Je ne suis pas du tout contre le massage. Mais le*
487 *massage peut-être quelque chose qui peut se faire dans un autre lieu dans un autre cadre. Il y*
488 *a des ateliers de socio-esthétique, des ateliers spécifiques... Je ne crois pas...Fin. Il me semble*
489 *que le massage n'est...ça dépend quel massage, ça dépend quel état d'esprit...Mais massage,*
490 *massage, non.*

491 *Oui. C'était une façon de l'interpréter pour la plupart des patients, parce que le travail du*
492 *toucher sensoriel qu'on impliquait, où on ressentait, on réveillait des parties du corps, pour*
493 *eux c'était considéré comme du massage.*

494 *D'accord.*

495 *Après, dans l'atelier ce n'est pas vraiment un massage c'est aux limites entre travail de*
496 *sensibilisation à une technique de danse et pédagogie thérapeutique. C'est un peu entre les*
497 *deux.*

498 *D'accord.*

499 Mais ce n'était pas très souvent ça.

500 Et c'est les patients qui parlaient à ce moment-là de massage ?

501 Pour eux oui, c'était...

502 *Alors là, peut-être la consigne...revoir peut-être la façon dont on propose, dont on présente*
503 *ça. Peut-être que là, il faut plus préciser les choses. Après, ça reste toujours une question*
504 *difficile, la question du toucher. Ça reste toujours difficile. Mais ce n'est pas parce que c'est*
505 *difficile qu'il ne faut pas le faire.*

506 D'accord

507 Maintenant sur la question du suivi : exister-t-il un suivi entre les ateliers avec l'équipe
508 soignante ? Est-ce que vous anticipez la fin d'un atelier ? Et de quelle façon ?

509 *En tout cas dans la période où on accompagnait les patients, la fin du groupe était marquée*
510 *par, justement, la petite performance publique. Avec un petit goûter, avec des gens qui*
511 *venaient voir, et je trouvais que symboliquement ça permettait de clore. Alors c'est vrai aussi*
512 *que on avait des petites réunions entre nous, voilà pour faire un peu le point, pour savoir si*
513 *l'année d'après on allait proposer à d'autres patients. Il y avait un petit travail. Ce n'était pas*
514 *un travail élaboré clinique, mais qui est quand même une petite réflexion sur ce qui était*
515 *passé sur comment aborder l'année d'après. Et si on allait trouver des sous pour l'année*
516 *d'après.*

517 Qu'est-ce que vous pouvez dire sur la prise de médicaments psychotropes et la disponibilité
518 des patients pendant la séance.

519 *Probablement, que pour certains patients, les médicaments pouvaient un peu les ralentir.*
520 *Probablement. Mais ce n'est pas tant ça que je retiendrai, c'est plutôt le surpoids. C'est plutôt*
521 *la question de la...du poids du corps. En même temps, je me suis aussi posé la question à*
522 *certain moments, mais je me suis dit aussi que c'était grâce à ces médicaments-là pour*
523 *certain, qu'ils étaient aussi en mesure de venir à cet atelier. C'est-à-dire que c'était aussi...*
524 *je ne suis pas pro-médicaments absolument absolument, mais quand même, il y avait dans*
525 *ce groupe au début des patients malades ; très malades. Relativement stabilisés, par le*
526 *traitement mais avec des effets secondaires, qui étaient le surpoids et un certain*
527 *ralentissement. Mais au même temps, on a quand même vu dans le cadre de l'atelier, que - je*
528 *trouve que - certains patients ont trouvé des biais, ont trouvé d'autres façons d'exprimer.*
529 *Même avec le poids, même avec le surpoids... Je pense à cette patiente très ronde, d'un autre*
530 *service. Extraordinaire ! Fin, elle déclamait les choses, elle racontait l'histoire de l'activité, je*
531 *ne sais pas si tu te souviens...mais...C'est une petite boule ! Elle était vraiment très très très*
532 *rond quoi, au et en même temps elle avait une...je ne sais pas, il se dégageait quelque chose*
533 *de son visage, de sa posture, de sa façon de bouger. Comme si le surpoids la gênait pas,*
534 *ou en tout cas, elle faisait avec, ou en tout cas, elle trouvait d'autres façons d'exprimer*
535 *quoi. Mais oui bien sûr que probablement pour certains, ça les ralentissait. Oui.*

536 ...sur l'expressivité : disons sur leur capacité expressive...

537 *La danse, l'atelier ?*

538 Oui.

539 *Quand même, enfin... Moi je découvre encore une fois des patients qui spontanément, de leur*
540 *propre initiative, proposent de lire des textes qu'ils ont écrits, proposent... Je pense à cette*
541 *patiente aussi qui déclame comme ça spontanément, et puis petit à petit, qui vont*
542 *s'exprimer, qui vont demander au pédagogue des choses... C'est-à-dire que au bout d'un*
543 *moment, nous les soignants on est fondus dans le groupe quoi ! Et c'est le pédagogue qui*
544 *devient le référent, le guide, celui à qui on s'adresse pour mettre telle musique, pour faire*
545 *telle activité, ou pour pas la faire, ou pour... C'est le pédagogue qui devient réellement,*
546 *complètement l'interlocuteur, et plus les soignants. Ça c'est quand même génial. Ce n'était*
547 *pas complètement la question ?*

548 Par exemple sur leur capacité de prendre la parole devant un groupe ou sur la capacité
549 d'être étendu pendant qui ils s'expriment, leur rapport à la vitesse à la lenteur, des jeux de
550 rôle...

551 *Ça je crois que c'est des choses qu'ils ont travaillé ! Au fur et à mesure des années. Des*
552 *patients qui n'ont pas voulu dans les premières années et qui étaient dans l'incapacité, parce*
553 *qu'ils ne voulaient pas parce qu'ils ne pouvaient pas prendre la parole ; s'exprimer. On avait*
554 *au bout de deux... D'où l'intérêt encore une fois de la permanence de cet atelier... Au bout de*
555 *deux ans, de trois ans... Pouvoir prendre la parole, pouvoir s'exprimer, pouvoir... On sent bien,*
556 *c'est des... Les résistances elles sont aussi comme pour les névrosés, non ? On n'a pas...*
557 *S'exprimer en public c'est un peu impressionnant ! C'est impressionnant pour tout le monde,*
558 *et on voit bien qu'il faut travailler ça, l'expérimenter, et que finalement on peut faire que sa*
559 *voix... Sa voix il faut l'appivoiser, quand on déclame comme ça devant des gens. Il y a*
560 *vraiment des patients qui ont évolué là-dedans. On n'imaginait pas cet patient déclamer ces*
561 *textes enfin.*

562 Après c'est presque le même registre, la créativité ; pourriez-vous dire quelque chose là-
563 dessus ?

564 *C'est l'initiative et la manière de faire du pédagogue ça. Ça c'est fondamental et c'est*
565 *évidemment... Je crois que durant toutes ces années la manière dont le pédagogue s'y est*
566 *pris, a favorisé pour chacun à son rythme, quelque chose d'une créativité possible. Je ne dis*
567 *pas que c'est le cas de tout le monde. Mais en tout cas, il me semble plus que le pédagogue il*
568 *est allé chercher chez chacun de nous, ce qu'on pouvait avoir à l'intérieur d'exprimable.*
569 *J'aimerais bien voir ce que ça donne le groupe maintenant. Ça me manque.*

570 Alors, les impacts thérapeutiques. Parlez-moi des impacts, vous en avez un peu parlé, peut-
571 être vous pouvez ajouter quelque chose ? Quelque chose sur les impacts que vous ou les
572 médecins considérez comme thérapeutique dans cet atelier.

573 *Les deux premières choses qui me viennent ce le fait que ce soit... alors, ce n'est pas spécifique*
574 *à la danse mais, le fait que ce soit un atelier à l'extérieur, que ce soit dans un lieu comme je*
575 *disais c'est la question du cadre, donc dans un lieu prévu pour. La question aussi de la*
576 *pérennité, justement. Ce n'est pas uniquement un atelier comme ça, une lubie, un atelier*
577 *occupationnel. Non, c'est un travail. C'est un travail sur plusieurs années. Et c'est sur*
578 *plusieurs années qu'on peut dire que c'est thérapeutique. Moi je crois qu'il y a des patients*
579 *qui ont noué des liens entre eux, qui ont noué des liens avec le pédagogue, mis en jeu leur*
580 *corps, et que ça modifie leur parcours de vie. En tout cas les médecins qui étaient là à*
581 *l'initiative, fin... qui étaient à l'initiative dans cette perspective-là, partagent cet avis-là.*
582 *L'aspect thérapeutique ce n'est pas forcément quelque chose qu'on peut mesurer et ce n'est*

583 *pas forcément quelque chose qu'on peut voir. Ce n'est pas forcément un avant, un après. Ce*
584 *qu'on partage, ce qu'on offre, ce qu'on propose, ce qu'on partage avec les patients de tout à*
585 *fait particulier dans le cadre de l'activité danse, parce que ça met en jeu le corps, parce que*
586 *ça met en mouvement le corps, parce que ça peut provoquer, ou faire émerger quelque chose*
587 *de l'ordre du vivant, qui est quand même un peu ratatinée chez certains patients. Ça c'est ce*
588 *que moi je peux en dire. À la limite, ce qui serait intéressant c'est de voir ce que les patients*
589 *peuvent en dire. Parce que comment repérer la thérapeutique ? Comment est-ce qu'on peut*
590 *dire M. truc Mme machin et les comme ça aujourd'hui parce que l'atelier de danse... Je crois*
591 *que dans la manière dont le pédagogue mène ça, dans la manière dont le travail évolue, il y a*
592 *du thérapeutique. Je ne peux pas aller plus loin.*

593 D'accord. Voilà le questionnaire a fini

1 Retranscription de l'entretien avec Julie

2 Âge : 38 ; Position : Infirmière ; Années au projet : 5

3 Parlez-moi de l'organisation et la mise en place de cet atelier : complexité, responsabilités, durée,
4 faisabilité aujourd'hui par rapport au passé, etc. quelle place pour le médiateur culturel du CHU ?

5 Commencez par la mise en place de l'atelier ;

6 *Alors, la mise en place, c'est d'abord, et bien, d'avoir les ressources humaines en tant que soignant. Et*
7 *la disponibilité des soignants pour cette activité, qui demande quand même beaucoup d'énergie au*
8 *niveau engagement, dans l'activité et de présence dans l'activité. Et du coup, il faut être prêt à*
9 *adapter son organisation de travail par rapport à cette activité. Parce que, comme on quand même*
10 *est très présent dans cette activité avec les patients il faut un minimum d'une présence régulier,*
11 *même si c'est une activité à la semaine ; une fois par semaine. Et c'est vrai que ce n'est pas une*
12 *activité, où on peut se permettre d'y être d'une manière occasionnelle. Je trouve que pour suivre le*
13 *travail qui est fait : la relation avec les soignants et les patients ; avec l'intervenant aussi. Après, nous*
14 *au niveau de l'institution on est bien porté par l'institution, enfin c'est un travail qui est approuvé par*
15 *l'institution, par les médecins, en fin vraiment on a un soutien par rapport à ça. Le financement : on*
16 *n'a jamais eu des difficultés à trouver le financement, c'est par l'association traverses dans notre cas,*
17 *et c'est vrai qu'ils ont toujours soutenu le projet. Il y a jamais eu des réticences en tout cas par*
18 *rapport à ça. Après, moi-même, au niveau de mon service, et je n'ai jamais eu des réticences de mes*
19 *supérieurs. Bon après, c'est vrai que le travail en interne prévaut sur les activités en extra, extra*
20 *institutionnel. Si il y a un problème je ne peux pas me libérer comme ça, mais sinon c'est assez facile*
21 *au niveau de la présence, moi je trouve que...*

22 **D'accord...**

23 *...ce n'est pas difficulté en tout cas.*

24 **Comment vous décidez qui d'entre vous, entame la procédure des conventions, de mise en lien**
25 **avec la hiérarchie ou l'administration?**

26 *Alors, déjà de trouver quel soignant va participer à cette activité-là, donc ça, ça se fait par affinité.*
27 *Moi c'est quelqu'un qui, c'est un collègue qui faisait déjà l'activité, qui partait, ou qui m'a transmis,*
28 *eh bien, en PSY B, c'était Evelyne qui m'a parlé de cette activité quand je suis arrivé dans le service, et*
29 *moi ça...*

30 **Evelyne Rebbboh-Flaschner ?**

31 *Oui, oui, voilà...et c'est vrai que c'est quelque chose qui m'a plu assez rapidement, et donc j'ai*
32 *participé mais sans être active dans l'organisation, j'ai participé d'abord aux séances, et après au*
33 *niveau de l'organisation c'est le soignant qui est en lien avec l'intervenant, avec toi, et bien, on gère*
34 *et on se réfère après à la hiérarchie, mais au niveau de l'écriture de la convention ou tout ça moi je*
35 *m'en suis pas occupé, c'était les collègues de la PSY D qui ont fait ça, mais moi après c'est ma*
36 *collègue, ma cadre qui a pris le relais. Moi, je ne me suis pas occupé de la convention...*

37 **D'accord...**

38 *Parce que toi tu as écrit une convention, tu as proposé à l'institution, et moi je ne suis pas intervenu à*
39 *ce niveau-là en fait...*

40 **D'accord...**

41 *C'est...après... c'est vrai que moi j'ai géré plus l'aspect financement de l'activité pour toi, mais pas au*
42 *niveau institutionnel, de l'organisation, comment ça s'est passait au niveau des écrits je n'ai pas géré*
43 *ça moi.*

44 **D'accord. Est-ce qu'il y a un médiateur culturel au centre hospitalier universitaire ?**

45 *Nous, au niveau de l'institution, enfin en psychiatrie B, on a l'association culturelle qui existe...*

46 **Mais dans la hiérarchie, il n'y a pas un médiateur culturel ?**

47 *Oh si, si. Ça s'appelle peut-être plus quelqu'un de la communication, je pense. Un responsable de la*
48 *communication.*

49 **D'accord.**

50 *Je ne sais plus son nom mais Murielle [Delage] saurait te dire. Ils sont lien avec eux. Si, si, il y a*
51 *quelqu'un qui s'occupe de ça.*

52 **Est-ce que vous avez remarqué des différences entre le travail avant quand c'est et le CHRU de**
53 **tours face au centre chorégraphique national de tours, alors c'étaient des institutions, est**
54 **maintenant depuis un an c'est entre une institution est une association ?**

55 *Eh bien non. Au niveau de...*

56 **...d'organisation administrative...**

57 *Au niveau administratif ? Moi à mon niveau je n'ai ressenti aucune différence. Après, comme je n'ai*
58 *pas écrit des conventions et tout ça, je ne sais pas.... En tout cas ce qui est sûr c'est que les gens*
59 *appellent ça encore le CCNT.*

60 **D'accord.**

61 *C'est vraiment quelque chose qui est resté. Pourtant, je leur explique. Mais, S'est inscrit en fait.*
62 *L'histoire de la création de l'atelier avec le CCNT est assez inscrite. Voilà.*

63 **D'accord. Que pensez-vous vous de la durée et de la fréquence des ateliers ?**

64 *Alors, moi je trouve que c'est dommage qu'on ne perdure pas ça sur une année, en fait que ce ne soit*
65 *pas en continue, que ce soit sur une période très courte. Parce que du coup on la pression du temps,*
66 *et de trouver, et bien... c'est vrai...d'avoir des patients sur une courte durée, d'avoir une disponibilité*
67 *comme ça, sur une très courte durée, ça nous donne une pression du temps, une espèce de sorte de*
68 *rentabilité de l'activité quoi, et...*

69 **Vous voulez dire la séance ? La durée de la séance d'une heure et demie ?**

70 *Non dans l'année le fait qu'il y a...*

71 **14 séances....**

72 *Oui, oui, ça...ce qui serait bien en fait, c'est vraiment que ça soit institutionnalisé, et qu'il y ait deux ou*
73 *trois patients, en fait on s'en fiche mais la séance est tout le temps là c'est la permanence de la*
74 *séance qui fait que, pour nous qui travaillons en intra c'est difficile d'avoir un public pour ce jour-là et*
75 *c'est un peu dommage après ce qui aide en fait c'est le mélange du public avec les structures intra et*
76 *extra hospitalière des autre secteurs de psy mais c'est vrai que s'il y avait cette activité qu'avec du*
77 *public qui est hospitalisé en intra ça serait moins dynamique parce que le fait qu'il y est 14 séances*
78 *concentrées sur une certaine période c'est compliqué de se caler parce que nous on est obligé de*
79 *s'adapter au public que l'on a et là dès fois on est obligé de s'adapter à l'activité et là ça rentre en*
80 *confrontation je trouve.*

81 **Alors qu'elle fréquence vous semble plus pertinente ?**

82 *Alors moi je trouve que faudrait qu'il y ait une séance toutes les semaines...*

83 **Une séance chaque semaine, ok**

84 *...avec des pauses pendant les vacances comme on fait dans toutes les activités, parce que du coup*
85 *l'activité n'est pas forcément bien repérée par le patient dans l'institution, déjà parce qu'elle n'a pas*
86 *lieu dans l'institution, et en plus parce que c'est sur une période assez courte, ce n'est pas comme une*
87 *activité de modelage ou une activité ou l'art thérapie, qui déjà a lieu dans l'institution mais on sait*
88 *qu'elle a lieu toutes les semaines, quel que soit les aléas du temps et c'est ce qui manque un peu.*

89 **D'accord, prochaine question : que pensez-vous du lieu de la pratique ? Entre vous ; vous avez déjà**
90 **commencé à en parler, c'est moins repérable car c'est à l'extérieur de l'institution ?**

91 *Alors je pense que ce n'est pas forcément le fait que ce soit à l'extérieur, c'est plus que ce n'est pas*
92 *permanent...*

93 **La fréquence...**

94 *Après moi, je trouve que c'est très bien de faire ça sur un autre lieu parce que les patients...et bien...de*
95 *sortir de l'institution aussi, ça leur permet aussi de rencontrer d'autres lieux et puis par rapport à*
96 *l'aspect créatif, je trouve que ça donne une richesse supplémentaire de se retrouver dans un autre*
97 *lieu pour faire cette activité, moi je trouve ça vraiment bien.*

98 **D'accord et le lieu actuel, qui est à l'espace Giraudeau par rapport au lieu d'avant à Charles**
99 **Boutard, avec fenêtres, sans fenêtre, est ce que ça vous affecte ?**

100 *Oui c'est que ça ne donne pas la même lumière je trouve, c'est plus confiné, on retrouve un peu les*
101 *murs de l'institution en fait et c'est vrai que d'avoir une vue sur l'extérieur, d'avoir une lumière*
102 *extérieure, je trouve que c'est un plus ; un atout et ça ressemble plus à une vraie salle de dance, la*
103 *salle Charles Boutard, et ça c'est un peu dommage, bon déjà on sort de l'institution, donc ça déjà*
104 *bien. Après je trouve que les patients s'adaptent bien au lieu où ils sont.*

105 **Très bien. Et là juste vous avez un petit peu parlé là-dessus, et sur le rapport avec la hiérarchie**
106 **mais là... est ce que vous avez quelque chose à ajouter sur : comment la hiérarchie administrative**
107 **ou médicale perçoit votre engagement à l'atelier.**

108 *Les médecins me demandent comment ça se passe, au niveau médical, équipe médicale, parce qu'ils*
109 *ont vu ce qu'on a fait, ça les a marqué, ils ont des images.*

110 **Ils ont vu quoi ?**

111 *L'intervention au Vinci par exemple, il y a des médecins qui ont participé à des activités, enfin à des*
112 *séances, qui sont venus à des séances et puis je me souviens qu'il y a des soignants qui sont venus au*
113 *stage que vous aviez fait avec Bernardo et c'est vrai que c'est quelque chose qui était très positif pour*
114 *l'image de l'atelier et l'importance de cet atelier parce que ça touche à la fois les soignants et les*
115 *patients et du coup c'est vrai que franchement c'est quelque chose qui n'a jamais été critiqué au*
116 *niveau de la hiérarchie.*

117 **Et alors vous avez eu des échos de l'équipe médicale ?**

118 *Des échos directs non*

119 **Où pour savoir s'ils considèrent cet atelier comme une activité occupationnelle, culturelle ou**
120 **thérapeutique, comment ils considèrent, vous savez ?**

121 *Thérapeutique oui*

122 **Pour eux c'est plutôt la thérapeutique**

123 *C'est plus l'équipe médicale qui m'en parle, parce que c'est quand même eux qui...mais oui oui c'est*
124 *considéré comme une activité thérapeutique.*

125 **Très bien. Là on va passer à des questions qui concernent l'éthique et la déontologie. Déjà avec**
126 **quels critères choisissez-vous les patients à participer et qui les choisi ?**

127 *Au niveau du choix des patients ça se fait soit par les soignants qui participent à l'activité soit en*
128 *concertation avec les médecins donc soit on leur demande leur avis quand on a un doute par rapport*
129 *à l'éventuelle participation ou pas on demande aux médecins sinon nous c'est aussi en fonction*
130 *comment on sent la personne alors c'est souvent des personnes qui ont, alors il n'y a pas du tout de*
131 *profil type, c'est vraiment au cas par cas par rapport aux gens, aux patients qu'on a au moment des*
132 *activités, après comme on essaie d'avoir des patients sur une durée, il y a ça aussi, si on sait que le*
133 *patient va être là pendant une certaine durée et qu'il peut s'inscrire dans l'activité qu'on va lui*
134 *proposer mais si c'est des patients qui sont là juste pour une semaine, comme l'idée c'était de faire*
135 *une activité sur 14 séances ça joue. Alors après, par rapport au profil, soit c'est en lien avec des*
136 *préoccupations corporelles ou une difficulté dans la communication verbale aussi, de trouver une*
137 *autre forme de langage pour communiquer avec la personne, ou des difficultés aussi d'inhibition*
138 *sociale, ou a des gens de tout profil, on a eu des gens qui ont eu des dépendances alcoolique, après*
139 *des patients psychotique on en a quand même c'est une grande majorité, parce que c'est aussi des*
140 *patients qui sont là pour une plus grande durée, après c'est comme se fait l'harmonie du groupe,*
141 *parce que ce qui est important c'est le patient mais c'est aussi l'harmonie du groupe, comment la*
142 *personne s'inscrit dans le groupe parce que c'est des petits groupes*

143 **Est-ce que c'est un genre d'intuition du groupe de soignant qui décide ou est-ce que vous en**
144 **discutez entre vous, comment vous faites ?**

145 *On en discute entre nous quand le patient est hospitalisé, comment ça se passe dans le service,*
146 *comment il s'inscrit dans les activités quand on lui propose des activités quand il y a déjà eu des*
147 *activités de faites mais qui n'ont pas permis au patient de parler de lui plus que ça on essaie d'être*
148 *dans la nouveauté par rapport au patient, quelque chose qui peut le surprendre lui-même aussi. Je me*
149 *rappelle de Ghislaine qui n'avait jamais pratiqué d'activité danse de ce type-là donc voilà c'est*
150 *quelque chose qui peut être une découverte de soi un peu.*

151 **Très bien. Quel risque potentiel identifiez-vous dans cette activité ?**

152 *Le risque potentiel, heu....*

153 **Si je peux vous aider, on m'avait averti pendant un atelier que ça pourrait traumatiser, on m'a dit**
154 **d'absolument éviter de laisser le patient entrer dans un discours parce que ça peut affecter**
155 **d'autres patients et il y a eu...**

156 *Oui je me rappelle, moi je n'étais pas présente à ce moment-là mais on ne peut pas contrôler tout ce*
157 *qui se passe, mais je pense qu'il faut surtout être là pour accueillir ce qui se passe et c'est pour ça qu'il*
158 *faut un nombre de soignants suffisant parce qu'il y a aussi un engagement du corps, extérioriser des*
159 *choses, enfin le corps qui parle après ça peut amener à verbaliser des choses très très fortes parce que*
160 *c'est quand même sur des ressentis, et par exemple pour des patients psychotiques où il y a une*
161 *grande difficulté de l'image du corps et du ressenti corporel, et ça peut, c'est vrai, entraîner des*
162 *choses assez violentes à l'intérieur et c'est aussi pour ça je pense qu'il faut des soignants dans cette*
163 *activité. Après du risque...il faut aussi savoir quel patient on a choisi, après peut être qu'il y a des*
164 *patients qui n'auraient pas dû être là à ce moment-là, c'est pour ça que le choix des patients est*
165 *important et qu'il doit être discuté parce que dès fois ce n'est pas toujours le moment pour le patient*
166 *de faire cette activité ou pas. Après des risques moi je trouve qu'il y en a tous les jours en intra, après*
167 *en extra c'est différent parce que c'est un public plus stabilisé et tout ça. Mais nous c'est vrai que*

168 *nous, qui travaillons en intra on est là pour des états plutôt aigus, c'est des états aigus en*
169 *hospitalisation. Je trouve qu'il faut une grande écoute du patient, de ce qu'il se passe et pouvoir*
170 *recueillir ça, pouvoir le prendre à part si il y a une difficulté mais il faut faire attention. Après ce qui*
171 *est important du coup c'est comment on amène la pédagogie du coup c'est là que ça doit être*
172 *réfléchi.*

173 **Est-ce que vous considérez que le pédagogue doit connaître la pathologie des patients ou pas et**
174 **pourquoi ?**

175 *Non je ne pense pas que ce soit obligatoire de connaître la pathologie du patient, parce que du coup il*
176 *n'y a pas d'idée reçue, de préjugé, parce que du coup le pédagogue travaille avec ce qui est aujourd'hui*
177 *même, ce n'est pas parce que le patient souffre de telle pathologie que ce jour-là il ne va pas être à*
178 *l'écoute de ce qui se passe, ça ne le conditionne pas dans un cadre fermé et ça lui permet aussi d'avoir*
179 *un cadre d'expression, d'aborder les choses sans que l'on sache de quoi il souffre, enfin je trouve que*
180 *par exemple au spectacle il y a Jacques et Thierry, que j'ai trouvé, après le spectacle étaient vraiment*
181 *très très bien par rapport au spectacle de l'année dernière où l'on sentait vachement de tension chez*
182 *eux alors que là, le samedi après le spectacle je les ai trouvés dans une grande détente, et ils ont pu*
183 *parler avec d'autres gens qu'ils ne connaissaient pas, qui ne savaient pas de quoi ils souffraient dans*
184 *un dialogue normalisé, ils ont pu parler entre guillemets quoi et du coup je pense qu'ils se sont eux*
185 *même surpris parce qu'ils ne sont pas rangés dans des catégories et je trouve que le pédagogue... par*
186 *rapport à surtout ce que tu fais, tu travailles avec les gens comment ils sont avec toi, ce qu'ils*
187 *apportent le jour même, ils sont malades mais ils n'emmènent pas avec eux tous les symptômes de la*
188 *maladie et du coup je trouve que c'est vraiment une grande richesse à ce niveau-là.*

189 **Qu'est-ce que vous pouvez dire sur votre rôle pendant l'atelier ?**

190 *Nous notre rôle, je trouve que c'est avant tout d'être avec eux, parce que je trouve que c'est un atelier*
191 *qui n'est pas simple au niveau de l'engagement corporel de garder la présence dans le groupe parce*
192 *que c'est quand même un travail de groupe et on est là un peu pour faire le lien avec toi au niveau du*
193 *suivi des consignes des difficultés par rapport à l'exercice qui est demandé*

194 **Mais vous vous participez aux exercices aussi**

195 *Moi je pense que c'est important de vivre l'exercice avec les patients déjà pour voir soi-même ce que*
196 *demande l'exercice pour pouvoir aider le patient à le vivre aussi parce que sinon de l'extérieur ce*
197 *serait très compliqué si on était là que pour vous regarder travailler et puis dès qu'il y a une difficulté*
198 *du patient ou une tension parce qu'il ne comprend pas ce qu'il y a à faire ou dès qu'il y a une*
199 *coordination du mouvement il s'emmêle ou ça l'énerve, ou ça demande beaucoup de concentration*
200 *donc si il a envie de sortir pour fumer, je pense que si on était là que pour gérer, ça n'aurait aucun*
201 *intérêt pour le patient, parce que du coup il serait encore dans un lieu comme à l'hôpital, où on est là*
202 *pour cadrer, être le cadre, en tant que soignant on est le garant du cadre, là on est aussi dans*
203 *l'activité, il y a un glissement dans l'activité*

204 **Vous faites des choses avec eux ?**

205 *Oui, on fait les exercices avec eux, on danse avec eux, on crée avec eux du coup, on est dans la*
206 *création avec le patient.*

207 **D'accord. Considérez-vous nécessaire de redéfinir votre rôle ? Et si oui comment ?**

208 *Alors ça c'est toujours ce qui manque un peu, parce qu'on n'a pas le temps, c'est de retravailler peut*
209 *être comment nous en tant que soignant on a vécu la séance et c'est vrai qu'on ne prend pas trop le*
210 *temps de le faire, parce qu'on se sent un peu débordé, parce que le fait de faire l'exercice soi-même*
211 *ça demande aussi un investissement du soignant malgré tout et on doit gérer notre propre*
212 *investissement et notre présence en tant que soignant avec le patient et c'est vrai que dès fois on ne*

213 *prend pas le temps de se poser, parce qu'on est dans notre travail, et ça je pense qu'il faudrait le*
214 *travailler plus entre soignants dans l'institution ou avec l'intervenant après, du coup je ne sais pas*
215 *quelle forme ça pourrait prendre.*

216 **Vous proposez alors de faire plus de bilans ?**

217 *Des bilans ou des petits débriefings sans que ça prenne des formes protocolaires, mais que ce soit un*
218 *peu plus parlé, parce que dès fois on est épaté par ce qui se passe. Parce qu'on a une image du*
219 *patient dans l'institution, et c'est vrai qu'ils donnent une autre forme, une autre présence dans cette*
220 *activité, du coup on a un autre regard, on porte un autre regard, et ça c'est comment le transmettre*
221 *aux collègues dans l'intra aussi. Dès fois ce n'est pas simple.*

222 **Que pensez-vous de la pratique du toucher dans cet atelier ?**

223 *Eh bien, elle est indispensable et elle se fait naturellement et je sais que dans les soignants qui*
224 *s'investissent dans l'activité c'est quelque chose qu'il faut avoir réfléchi, je sais qu'il y a des soignants*
225 *ou le toucher peut être difficile avec les patients et qui ne pourraient pas s'inscrire dans ce type*
226 *d'activité mais ça c'est quelque chose qu'il faut avoir réfléchi. Après le toucher c'est une forme de*
227 *rencontre avec le patient par le contact et c'est aussi une forme de rassurance pour le patient, je*
228 *trouve que c'est assez indispensable et par rapport au type des exercices qui sont demandées c'est*
229 *très important. Ce n'est pas toucher pour toucher, c'est, je trouve toujours une notion de fabriquer*
230 *avec la personne, et puis on est en contact pour la danse, c'est vraiment de l'ordre de la création, et*
231 *ça c'est vraiment important.*

232 **Que pensez-vous, d'un point de vue éthique, de la participation des patients et des soignants à des**
233 **représentations publiques ?**

234 *Alors, je sais qu'au niveau institutionnel c'est compliqué par rapport au patient qui est sous la*
235 *responsabilité de l'hôpital, que entre...l'acceptation morale...après il y a les notions de responsabilité,*
236 *moi personnellement je trouve que ça ne devrait pas être un frein.*

237 **Ça pose quel problème ?**

238 *Je pense que c'est une histoire de droit et de responsabilité vis-à-vis du patient, notamment pour les*
239 *patients peut être qui sont sous curatelle, tutelle où il faut des autorisations. Après nous en tant que*
240 *soignants, si le projet est accepté par l'institution, à partir de là si il y a un projet de représentation il*
241 *n'y a pas de frein particulier.*

242 **Et les patients comment ils vivent ses représentations ? Est-ce que ça les affecte ?**

243 *Alors oui, par rapport au dernier projet, le fait d'être dans la représentation d'eux mêmes, publique ça*
244 *amène une certaine tension, mais je trouve pas plus que pour les soignants, enfin ça affecte mais ça*
245 *n'est pas démesuré je trouve par rapport à quelqu'un qui n'est pas hospitalisé et qui fait un spectacle,*
246 *il n'y a pas eu de clash, il n'y a pas eu de débordement dans toutes les représentations, après il y a des*
247 *tensions mais après le soignant est là pour accueillir ça et discuter de ça avec la personne*

248 **Et sur le fait de nommer la fragilité, ou la maladie, ou la pathologie des patients est ce qu'on doit**
249 **annoncer ça au public ? Est-ce que ça doit être caché ? On les considère comme des amateurs ?**

250 **Comment faire face à ça pour ne pas exposer leur pathologie psychique face au public ? Qu'est-ce**
251 **que vous en pensez ?**

252 *C'est vrai que amener une activité, un travail créatif, ça dépend dans quel cadre c'est organisé, il*
253 *existe des compagnies qui se créaient à partir d'un public de patients, de soignant...*

254 **Par exemple ?**

255 *Alors moi j'ai vu ça, je ne sais plus dans quelle vile, c'était une équipe de soignants, en fait c'est une*
256 *activité de danse qui avait été créée mais qui a justement pris des formes de création assez*
257 *importantes et du coup ils ont été amenés à créer une compagnie, parce que ça dépassait le cadre*
258 *hospitalier, et après si ça reste de l'ordre de la création d'un spectacle suite à une activité qui est*
259 *donnée régulièrement au sein de l'institution, je pense que le public saura qu'il y a un public de*
260 *patients en psychiatrie mais après on est pas obligé de détailler les choses, on le sait voilà, et puis on*
261 *le sait mais je ne pense pas que le public ait un autre regard sur ce qui est montré en fait par la danse*
262 *des patients, je pense que l'idée c'est justement de dépasser un peu ça ; qu'on peut montrer autre*
263 *chose que sa maladie sur scène et je pense que c'est ça qui est important, qu'on est malade mais*
264 *qu'on est avant tout une personne avec une sensibilité, avec un caractère, une personnalité et que ça*
265 *aussi ça compte autant, même plus que la maladie qu'on porte en soi, et je trouve que c'est ça qu'il*
266 *est bien de montrer sur scène et c'est ce qu'on a essayé de faire dans le dernier spectacle, de montrer*
267 *les fragilités personnelles et d'en faire quelque chose de beau que ce soit pour les patients ou les*
268 *soignants, après ça dépasse ça, c'est plus un travail de personne et de groupe.*

269 **Est-ce que des liens affectifs, amicaux éventuels entre les différents acteurs poseraient des**
270 **problèmes ?**

271 *Par exemple patients, soignants, pédagogue ?*

272 **Amitié pédagogue soignants, ou amitié pédagogue patients**

273 *Entre le pédagogue et les soignants, après il faut savoir faire la part des choses entre l'intimité et ce*
274 *qui se passe ce jour-là, pour moi ce n'est pas un frein, je ne vois pas de difficulté particulière, après il*
275 *faut savoir se dire les choses, mais ça c'est comme le pédagogue est aussi thérapeute, le soignant est*
276 *aussi thérapeute, c'est comme en intra il y a des soignants qui sont amis dans le travail et qui sont*
277 *amis en dehors du travail, c'est savoir gérer l'amitié et le travail, après c'est plus l'intimité du patient*
278 *et du soignant dans la danse, il y a une certaine intimité qui se révèle et c'est comment aussi le*
279 *soignant est prêt à l'exposer parce que quand on danse on a une certaine...on parle de soi malgré*
280 *tout et du coup le patient le vois parce qu'il est là et après c'est comment garder la distance, sa place*
281 *de soignant par rapport au patient, parce qu'il y a une certaine complicité qui se crée surtout quand*
282 *il y a un travail de création. Moi je trouve que ce n'est pas une complicité qui est négative en tous cas*
283 *dans la relation thérapeutique, il faut toujours savoir quand même qu'on est toujours soignant. Moi je*
284 *me suis posé cette question quand les patients nous font la bise à l'hôpital, aucun patient ne va faire*
285 *la bise au soignant, ou alors c'est que ça rentre dans la pathologie, il y a une espèce de proximité du*
286 *corps, il y a des patients qui nous font des câlins, parce que voilà ça fait partie de la pathologie du*
287 *patient qui a besoin de contact physique pour être rassuré, je pense que c'est parfois plus le patient,*
288 *qui dans l'activité déborde un peu parce qu'on est là justement dans le partage d'une certaine*
289 *complicité, une intimité du corps, qui fait qu'il se permettent en fait de dépasser un peu leur place de*
290 *patient par rapport à nous parce qu'on est avec eux dans l'activité.*

291 **Un exemple qui dépasse les limites ce serait quoi ?**

292 *Par exemple à chaque fois qu'on arrive à l'activité ce n'est pas la poignée de main, c'est la bise,*
293 *comme si on était des copains et moi je l'accepte parce que c'est une forme de réassurance pour le*
294 *patient, c'est qu'on est là avec eux et que ça ne prend pas d'autre forme de débordement, ça n'a*
295 *jamais dépassé ça. Mais moi je me suis déjà posée cette question par rapport à Thierry par exemple*

296 **Thierry est un patient ?**

297 *Un patient qui vit à l'extérieur, qui a une vie sociale malgré tout, qui a une vie intellectuelle, qui est*
298 *intéressant et c'est comment on vie ça à l'extérieur parce que c'est aussi une activité qui est à*
299 *l'extérieur. Ou il m'est arrivé de voir Jacques en ville et je trouve qu'en fait, peut-être d'y penser ou de*
300 *se le dire ça n'a jamais débordé en fait mais il faut en être conscient et ne pas en avoir peur, je crois*

301 *qu'il faut surtout l'accepter, parce ce que justement comme on travaille sur la personne que l'on est, il*
302 *faut le dire, je pense qu'il faut en parler quand on sent que c'est une gêne, que ça aborde une gêne.*

303 **Et les liens entre patients et pédagogue ?**

304 *Eh bien moi je trouve que ça ne regarde pas l'institution, je trouve que c'est la liberté, et puis c'est*
305 *aussi le professionnalisme du pédagogue de savoir ce qu'il fait, après dans qu'il n'y a pas de problème*
306 *dans les cours, chacun est responsable.*

307 **Très bien. On va passer maintenant à la vie sociale, un peu plus ciblé sur la vie sociale. Comment**
308 **les expériences des patients résonnent en vous ? Les expériences de cet atelier comment elles**
309 **résonnent en vous dans le service ?**

310 *Dans le service, alors je trouve que c'est une activité qui s'inscrit dans le temps et que ce n'est pas en*
311 *trois séances que ça va bouleverser la vie du patient. Pour prendre un cas bien précis, celui de Jacques*
312 *ou Thierry. Jacques je trouve que pour lui ça a été spectaculaire, moi je l'ai connu au début de*
313 *l'atelier, j'ai dû commencer en même temps que lui d'ailleurs, quasiment, et au niveau du contact à*
314 *l'autre, de la communication, je trouve qu'il y a eu un travail énorme qui a été fait par rapport à son*
315 *aisance de l'autre et du regard qu'il peut porter sur l'autre, de sa présence physique aussi où il n'y a*
316 *plus cette tension quand il était à côté de nous, ou dans le regard à être très inquiet de ce qui pouvait*
317 *se passer, mais ça c'est fait sur quelques années, et j'ai trouvé qu'il avait fait un travail sur lui, sur son*
318 *corps, sur sa coordination intérieure, je l'ai croisé par hasard dans le bus et bien ça été très facile, ce*
319 *qui aurait pu être très compliqué dans un échange de ce dire bonjour, et bien là ça a été très simple,*
320 *ou je l'ai croisé à une brocante.*

321 **Et à l'intérieur du service, le rapport avec le patient est influencé par ce travail ?**

322 *Dans le service, moi j'avais un patient Denis, qui participait à l'activité et je trouvais dans le services il*
323 *n'avait pas été hospitalisé dans ce moment-là, il y avait une sorte de relation, il y avait une forme de*
324 *communication différente qui s'était établit, parce que il avait pu montrer des choses de lui dans*
325 *l'activité danse, qu'il n'avait pas forcément l'occasion d'exprimer dans le service, et du coup c'était, il*
326 *y avait des choses plus simples après qui s'était instaurée dans le service dans la communication dans*
327 *la relation mais le problème c'est qu'il n'a pas fait longtemps cette activité, et du coup la pathologie*
328 *est tellement importante que ça a pris le dessus sur les petits progrès qu'il avait fait par rapport à*
329 *tous ce qui a été ses préoccupations corporelles notamment. Je pense que c'est au niveau des grosses*
330 *pathologies, psychotiques, ou.... On n'est pas là pour les guérir de toute façon, mais plus pour les*
331 *accompagner dans un mieux-être, et une forme....les aider aussi à rentrer en relations avec les autres.*
332 *Mais c'est vrai que c'est pour ça que c'est quelque chose qui il faut s'est inscribe dans le temps.*

333 **Et ce travail dans l'atelier est-ce que vous voyez que finalement il y a une différence dans vos**
334 **rapports quotidiens dans les services c'est ça ce que vous dites ?**

335 *Oui. En plus, en tant que soignants qui participent à l'activité, on a instauré une autre relation dans*
336 *cette activité, et du coup elle perdure dans le service. Parce qu'elle existe déjà dans l'activité, donc...*
337 *et puis, c'est vrai que ça nous amène aussi à porter un autre regard sur le patient, au-delà des*
338 *symptômes de la maladie.*

339 **Très bien. J'ai une autre question, mais vous l'avez je pense que vous avez déjà répondu : Est-ce**
340 **que les patients vous perçoivent autrement grâce à cette pratique ?**

341 *Alors est-ce qu'ils nous perçoivent différemment ? Je ne sais pas. Ça ils ne nous le disent pas. Ils ne*
342 *sont pas surpris qu'on participe avec eux à la danse c'est plus les soignants, les autres soignants.*
343 *Quand on leur dit, « Ben nous on danse aussi avec », eux ils sont surpris. Mais les patients ils ont*
344 *jamais dit « Eh, ben dis donc vous danser avec nous... », fin voilà. Ce n'est pas un effet de surprise*

345 pour eux. Et comment eux ils nous perçoivent après... On est repéré dans cette activité-là, mais je ne
346 peux pas trop en dire de plus.

347 **D'accord. Quel est l'intérêt d'assister à des activités culturelles communes, liées à la danse, hors de**
348 **l'hôpital?**

349 *Comme : aller voir un spectacle de danse ?*

350 **Par exemple.**

351 *Je pense que ça participe à l'ouverture sur le monde, et pas les enfermer dans un carcan*
352 *psychiatrique. Ce n'est pas parce qu'ils sont malades qu'ils n'ont pas aussi...Ils doivent avoir l'occasion*
353 *de voir du travail créatif, et pas uniquement du travail créatif au sein de la psychiatrie. Je trouve que*
354 *c'est... sinon, s'il y a un enfermement, je trouve que ça permet... c'est une ouverture sur le monde et*
355 *c'est très important. Surtout dans notre époque d'hyper- communication déjà eux-mêmes ils*
356 *communiquent avec l'extérieur, et après c'est une réflexion sur le monde. Ça peut aussi leur renvoyer*
357 *des choses sur eux-mêmes, enfin sur leur propre vie intérieure. Nous, on a vu un spectacle avec*
358 *Michelle Murray récemment, et on en a beaucoup parlé avec les patients, parce que c'est des choses*
359 *qu'ils n'avaient jamais vu ; une forme de danse qu'ils ne connaissaient pas. Puis, ça sort un peu des*
360 *sentiers battus, d'aller voir une expo... c'est très vivant la danse, ça peut être très vivant, et là, d'avoir*
361 *vu un spectacle en plus avec beaucoup de danseurs, ça permet de comparer, d'exprimer aussi*
362 *comment on a perçu la danse, le mouvement, la musique. Je trouve c'est une grande richesse, une*
363 *ouverture...*

364 **Et ses sorties sont mises en place par vos services et l'association Omnivion ? Comment ça**
365 **s'organise ?**

366 *Alors, on a proposé ça au groupe des danse avec de l'association, avec l'intervenant, et puis la volonté*
367 *de soignants aussi de... oui je trouve que c'est aussi aller voir ce qui se passe dans la ville dans laquelle*
368 *on vit, et bien aller voir qu'est-ce qu'il y a comme création, et de permettre aux patients d'aller voir*
369 *aussi ce qui se passe dans leur ville, dans laquelle ils vivent parce qu'ils sont pas toujours hospitalisés,*
370 *de permettre aussi d'accéder à des lieux auxquels ils ont pas forcément l'occasion d'aller.*

371 **La question a été : si c'est l'hôpital qui organise ou les soignants indépendamment, l'association de**
372 **l'hôpital, où l'association Omnivion.**

373 *Et bien ça s'est organisé en concertation entre les soignants qui organisent l'activité et l'association...*

374 **L'association ?**

375 *Omnivion. Oui, ça a été en collaboration...en concertation.*

376 **Parlez-moi de votre rapport au pédagogue au sein de l'atelier et à l'extérieur. Est-ce que ça affecte**
377 **la qualité de l'atelier et comment ? Par exemple : est ce qu'il y a une facilité des liens avec le**
378 **pédagogue s'il connaît les soignants, est-ce que ça facilite l'atelier, où est-ce que c'est mieux de ne**
379 **pas les connaître [personnellement] pour être neutre ? Qu'est-ce que vous en pensez ?**

380 *Moi je trouve que c'est un plus pour le soignant de connaître comment travaille le pédagogue, et que*
381 *le pédagogue aussi connaît un peu les attentes des soignants vis-à-vis..., enfin nous on connaît les*
382 *patients qu'on amène à l'activité, leurs difficultés, et puis je trouve que c'est important qu'il y a des*
383 *moments qu'on puisse discuter de ça avec le pédagogue, et après, de se connaître intimement ou pas,*
384 *je trouve que ça n'a pas forcément d'enjeu, parce que on est avant tout là pour les patients. Après ce*
385 *qui se passe...je trouve que c'est la vie privée, et ça ne rentre pas en jeu, en tout cas et il faut savoir le*
386 *verbaliser*

387 **Comme exemple : dès fois je vois qu'on est dans des discussions plus intimes à la fin de l'atelier, ou**
388 **avant l'atelier, et les patients sont autour de nous avec une petite confusion. Dans quel rôle sont-**

389 ils ? Est-ce qu'ils restent dehors est ce qu'ils entrent? Voilà, je ne sais pas moi comme pédagogue
390 comment accueillir ça.

391 *D'accord oui je vois. Je pense que c'est le côté extra hospitalier qui donne ça. Mais en fait je pense*
392 *qu'ils se créent des affinités entre les soignants qui participent à l'activité, parce qu'il y a une grande*
393 *implication du soignant et on se retrouve dans ces activités parce que on a les mêmes affinités, et du*
394 *coup c'est vrai qu'ils se créent des liens d'amitié un peu naturellement.*

395 **Et surtout le rapport avec le pédagogue, alors ?**

396 *Le rapport avec le pédagogue. Oui, il faudra peut-être faire plus d'attention à ce qui se passe après,*
397 *en fin d'activité pour ne pas...mais en même temps je n'ai pas constaté d'abus... en fin moi je n'ai*
398 *jamais eu de réflexion des patients par rapport à ça en tout cas. C'est vrai. Ou des réflexions sur notre*
399 *vie avec...Enfin, s'il y a une amitié qui s'installe avec le pédagogue, enfin il n'y pas... Je n'ai jamais eu*
400 *des réflexions de patient qui s'est plaint à part qu'ils ont faim parce que c'est la fin de séance. Ce n'est*
401 *pas un facteur limitatif dans le travail qui est fait.*

402 **Est maintenant ont part sur le rapport patient-patient. Quel est l'impact de cette pratique sur les**
403 **relations des patients entre eux au service ou à l'extérieur?**

404 *Eh bien moi je trouve pour des patients qui ont des difficultés dans le lien social et dans les échanges*
405 *et du contact, eh bien là comme il se passe des affinités entre les soignants, je trouve qu'il se passe un*
406 *peu le même phénomène entre les patients. Où il y a une certaine reconnaissance de l'autre, parce*
407 *qu'ils ont partagé des moments forts ensemble, et du coup, je trouve que par rapport- dès fois- aux*
408 *grosses pathologies qui handicape énormément les patients dans leurs liens aux autres, je trouve que*
409 *ça permet des renforcer le lien à l'autre. Et ça ce n'est pas mal pas je trouve. Il y a une chose*
410 *commune qui est partagé en fait. Ça c'est bien.*

411 **Le rapport pédagogue-patient, qu'est-ce que vous observez dans les liens qui se développent entre**
412 **le pédagogue et les patients ?**

413 *Alors ça par contre, c'est verbalisé par les soignants, en général j'ai toujours eu des retours très positifs*
414 *du pédagogue, il y a une relation de confiance qui s'installe, je pense parce que le pédagogue est dans*
415 *l'écoute de la personne et dans ce qu'il est, peut-être aussi parce qu'il ne connaît pas sa pathologie,*
416 *c'est assez surprenant et je pense que c'est parce qu'il y a cette relation qui s'instaure que le patient va*
417 *vers des choses auxquelles il ne s'attendait pas lui-même, il y a un certain lâcher-prise, une expressivité*
418 *qui se met en place parce qu'il y a vraiment une relation de confiance et d'écoute du pédagogue, dans*
419 *un cadre très rassurant, et par contre dans le service j'ai eu des retours par rapport à ça, toujours dans*
420 *ce sens-là.*

421 **Est-ce que le rapport affectif entre patient et pédagogue est sain, ou pensez-vous que le pédagogue**
422 **devrait garder plus ou moins de distance par rapport au patient ?**

423 *Je pense que ça n'est pas de l'ordre de l'affect, mais de l'ordre du savoir-faire du pédagogue. Le patient*
424 *peut renvoyer des affects mais on n'est pas dans le « copinage ». On est vraiment dans une*
425 *transmission, c'est amener des outils pour pouvoir entrer dans l'expression du corps et parfois de la*
426 *parole, pour moi on n'est pas dans l'ordre de l'affect. C'est vraiment faire partager à l'autre, pendant*
427 *la séance, des exercices, mais toujours dans un but d'écoute de soi, du corps. Ce qui fait la différence*
428 *c'est vraiment l'écoute du pédagogue au moment présent sur ce que le patient qui danse va apporter,*
429 *comment on le reçoit, qu'est-ce que ça nous renvoie à nous et comment on va le retravailler. Mais ça*
430 *ne nous affecte pas, il y a de l'émotion, ce n'est pas pareil, les affects sont plus chez le patient qui peut*
431 *revivre des choses qu'il a vécues, ou des pensées et je pense que le travail du pédagogue c'est comment*
432 *sublimer ça dans une autre forme, comment on peut en faire quelque chose de créatif, d'expression.*

433 **Le Rapport au corps. L'hygiène, est-ce que vous observez des problèmes ou des changements par**
434 **rapport à leurs habitudes d'hygiène, liées à l'atelier, c'est-à-dire si l'atelier a un impact sur leurs**
435 **habitudes d'hygiène ?**

436 *Je trouve que par rapport à leurs habitudes, par moment, ça peut mettre en avant cela, on le voit quand*
437 *on danse pieds nus, les odeurs, nous en tant que soignant ça nous est arrivé de faire des réflexions au*
438 *patients, ça ne se fait pas du jour au lendemain mais petit à petit on essaie d'amener les patients aux*
439 *ateliers dans un état d'hygiène correct, pour pouvoir être avec les autres, être supporté par les autres.*

440 **Mais devient-il autonome par rapport à ça ou pas ?**

441 *Non, pas en intra, il y a des gens en extra qui sont autonomes qui vivent à l'extérieur. A l'hôpital, c'est*
442 *à nous, je n'ai pas eu de difficultés avec des patients à ce niveau-là, qui avaient des problèmes d'hygiène*
443 *important qui sont venus à l'atelier danse.*

444 **Parlez-moi de leur état tonique, de leur état de vitalité, avant, pendant et après les séances**

445 *Souvent, avant il peut y avoir du stress. En intra, c'est difficile parfois de sortir de l'hôpital, d'aller sur*
446 *un site extérieur, ça demande beaucoup d'énergie du soignant pour emmener les patients vers un autre*
447 *lieu, vers une activité. On parlait tout à l'heure de la place du soignant pendant l'activité mais en dehors*
448 *de l'activité c'est énorme, pour stimuler le patient à venir, parce que parfois il est tellement pris par sa*
449 *maladie. Pour le sortir de ça, pour l'amener dans un autre lieu physique, un autre état d'esprit*
450 *psychique, parfois c'est très laborieux, on a du mal, on rate, ils ne veulent pas venir.*

451 **Leur état tonique ?**

452 *Pendant l'atelier ça peut prendre, le patient rentre dans l'atelier, participe, avec des moments de*
453 *fatigue, souvent ils sont très fatigables, ils ont besoin de se poser avant de reprendre un autre exercice.*

454 **Pourquoi ?**

455 *Je pense parce qu'il y a une fatigue du corps et de concentration aussi.*

456 **Elle est liée à quoi cette fatigue physique ? À leur état physique ? Aux médicaments ? Ou à autre**
457 **chose ?**

458 *C'est imbriqué en fait. Souvent ça peut être lié à des troubles du sommeil. En Intra, il y a des patients*
459 *qui sont décalés dans la journée par rapport à la vie à l'extérieur. Ils ne dorment pas la nuit, ils ont des*
460 *moments de somnolence la journée. Ce sont des patients qui n'ont pas forcément une grande activité*
461 *physique pendant la journée et rien que de faire quelques pas de danse cela leur prend beaucoup*
462 *d'énergie. Il peut y avoir l'effet des médicaments qui invite à une certaine somnolence. Et il peut y avoir*
463 *des problèmes somatiques, des maladies somatiques associées. Je pense à Marie-Thérèse qui est*
464 *diabétique, elle est venue plusieurs fois, elle se fatigue vite. Souvent il y a des problèmes de corpulence,*
465 *soit ils sont très forts ou des maigres, donc cela entraîne aussi une certaine fatigue. La présence*
466 *psychique dans l'atelier, la concentration, ça peut être épuisant. Il peut y avoir du coup des moments*
467 *d'angoisse qui s'installent, ils ont besoin d'aller fumer, ils reviennent. Souvent, en fin de séance ils sont*
468 *fatigués. J'ai rarement raccompagné des patients dans le service après la séance, qui étaient tendus.*
469 *Souvent ça a plutôt une forme de détente, détente physique et psychique, même si ça leur a demandé*
470 *de l'énergie. Ils ont faim souvent à midi, parce que ça se termine à midi. Mais par moment quand je les*
471 *accompagne en activité, on vient en voiture c'est très silencieux, au retour il peut y avoir une certaine*
472 *tonicité, qui laisse la place à la parole. On met de la musique. Les gens discutent plus facilement.*

473 **Même étant fatigués ?**

474 *Au niveau de l'énergie intérieure qui est là, oui, je trouve que ça renforce ça.*

475 **Et sur le long terme est-ce que vous observez quel est l'effet sur leur état de vitalité**

476 *Sur les patients en Intra je n'ai pas observé de différence.*

477 **Et dans leur quotidien, est-ce que ça change quelque chose sur leur quotidien, dans la journée ?**

478 *Non, non, ça ne change rien sur leur quotidien.*

479 **On passe à l'image du corps. En quoi ça change leur image du corps de participer à cet atelier ?**

480 *Sur les exercices que l'on fait, sur les rythmes, la coordination, c'est ça aussi qui participe à la fatigue*

481 *je pense, la difficulté à coordonner le mouvement, et ils s'en rendent compte que c'est difficile pour eux.*

482 *Et je pense que ça aussi ça participe à la fatigue physique et psychique.*

483 **Est-ce qu'ils se sentent en échec par rapport à ça ?**

484 *Pas en échec forcément, parce qu'ils ne le vivent pas comme ça, parce qu'il y a une image du corps qui*

485 *est un peu défaillante. Mais ils sont confrontés à leurs difficultés physiques. Ça ils le disent dans l'atelier.*

486 *Dès fois ils disent « je n'arrive pas à faire les exercices » et c'est là que l'on est présent en tant que*

487 *soignants. C'est important de modérer ces propos justement pour que ça ne soit pas considéré comme*

488 *un échec, mais plus comme une expérience du corps.*

489 **Mais comment cela affecte leur perception de leur corps ce travail ? Est-ce que la représentation**

490 **qu'ils ont de leur corps change ? Est-ce qu'ils parlent différemment de leur corps ? Est-ce qu'il y a**

491 **des nouveautés par rapport à la perception de leur corps ?**

492 *Ils disent quand ils sont plus à l'aise dans les mouvements. Quand ils n'arrivent pas à faire les exercices,*

493 *ils se mettent dans des états très défensifs. Ça demande beaucoup d'effort pour arriver à travailler dans*

494 *la coordination des mouvements, dans l'image du corps. Soit ils se mettent dans un état de fuite et ça*

495 *renforce le symptôme défensif, du rire émotif, de l'agitation. Quand on arrive à faire de leurs*

496 *difficultés quelque chose de positif, ça renforce en eux une certaine confiance en eux, et en ce qu'ils*

497 *sont malgré leurs difficultés physiques, leurs rapports aux autres, corporels par des mouvements un*

498 *peu brusques qu'on leur renvoie parce que du coup les patients entre eux se le disent quand il y a des*

499 *mouvements qui ne sont pas bien. Quand on donne des consignes et qu'elles sont mal faites, tu donnes*

500 *des consignes et le patient ne comprend pas ou comprend autre chose et du coup on lui renvoie qu'il*

501 *n'a pas compris l'exercice. En même temps on peut en faire autre chose, il le fait autrement. On*

502 *improvise sur ce qu'il a proposé. Du coup je trouve que ça renforce peu à peu la confiance qu'ils ont en*

503 *eux et leur appropriation de leur corps. Mais c'est très subtil, ça n'est pas radical comme changement.*

504 *C'est vraiment des petites choses qui s'instaurent petit à petit. Ce n'est pas magique. C'est plus dans la*

505 *connaissance de soi et de ce qu'on est, comment ils parlent d'eux-mêmes en fait. Comment ils vont*

506 *arriver à parler plus d'eux même en faisant des choses qu'ils n'arrivent pas à faire. Et comment nous*

507 *on va positiver ça pour rendre ça positif pour pas qu'ils partent sur des échecs permanents.*

508 **Est-ce qu'ils parlent d'autre chose, sur les ressentis qu'ils ont eu pendant l'atelier ?**

509 *Souvent en fin de séance ils expriment une fatigue la plupart du temps, mais en même temps que ça*

510 *les a détendus. Il y en a qui disent qu'ils n'arrivent jamais à faire les choses, que c'est difficile pour eux.*

511 *D'autres s'expriment sur la musique souvent, qu'ils ont bien aimé la musique.*

512 **Est-ce que vous voyez des changements dans leur posture, leur façon de se tenir debout ?**

513 *Oui pour ceux qui suivent l'atelier depuis longtemps je trouve qu'il y a un ancrage plus important.*

514 **Un ancrage par rapport à quoi ?**

515 *Physique, sur la stabilité physique. Par rapport à Thierry même si sa maladie évolue, je trouve que*

516 *d'avoir fait l'activité danse depuis tant d'années, ça lui permet d'intégrer, de verbaliser sa maladie de*

517 *manière différente. Au niveau corporel, ce sont souvent des personnes qui grossissent, il y a des*

518 *modifications corporelles et de danser dans ce cadre-là permet une stabilité des choses.*

519 **On va aborder la motivation. Parlez-moi de leur motivation initiale et de l'évolution de celle-ci.**
520 **Qu'est-ce qui les a attiré et qu'est-ce qui les repousse parfois ?**

521 *En Intra on leur présente l'atelier, on leur propose de venir à des séances d'essai, tant qu'ils ne l'ont pas*
522 *vécu c'est difficile d'être motivé par l'atelier. Souvent ce qui les motive avant tout c'est le travail du*
523 *pédagogue, sa présence comment il est avec le patients. La musique qui est proposé. L'aspect*
524 *bienveillant de la séance, c'est ça qui fait que souvent ils reviennent à la séance d'après. C'est vécu*
525 *comme quelque chose de bienveillant, différent aussi de ce qui se passe en Intra. Les difficultés à les*
526 *inscrire c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est de les sortir de l'Intra, parce qu'une fois qu'ils y sont,*
527 *ils sont contents mais c'est l'effort que ça demande pour sortir de l'hôpital, c'est très compliqué.*

528 **Vous avez exprimé le fait que les difficultés des exercices les démotivent parfois**

529 *Je ne pense pas que ça soit la difficulté des exercices qui les dé motive mais plutôt le fait de venir à une*
530 *activité. Déjà en Intra c'est difficile de les faire participer à des activités par moment mais quand il faut*
531 *sortir de l'hôpital, c'est encore plus compliqué, pour les grands malades au niveau chronique.*

532 **A votre avis, est-ce que ces ateliers doivent être libres ou prescrits ? Le choix, la volonté du patient ?**

533 *Même si c'est prescrit et que le patient ne veut pas venir on ne pourra pas l'amener. Par contre, ça ne*
534 *doit pas être libre, sinon cela ne sera pas perçu avec l'intérêt thérapeutique que cela peut avoir. Ça*
535 *n'est pas une distraction, sinon ça perd son intérêt thérapeutique. Je pense qu'il faut que ça soit*
536 *vraiment en concertation avec le soignant et le patient, parce qu'il y a un investissement du patient qui*
537 *est important, ça n'est pas comme donner un médicament. Je parlerai plutôt d'un engagement du*
538 *patient à participer à cette activité parce que cela demande un effort, et qu'il n'est pas là pour se*
539 *distraindre mais pour travailler sur lui.*

540 *J'en parlais avec Fanny qui fait un atelier poterie à Château-Renault. Ils accueillent des patients, mais*
541 *ils sont là pour travailler sur eux à travers la matière. Et je trouve que dans l'activité danse, c'est ce qui*
542 *nous manque, c'est comment travailler sur l'engagement du patient pour entretenir cette motivation*
543 *dans l'activité, pour qu'il se mette au travail sur lui-même. Ça sera à travailler je pense. Mais le*
544 *problème c'est d'avoir des patients sur la longue durée pour pouvoir travailler là-dessus. Parce que si*
545 *le patient reste 3 semaines, il va faire 3 séances, c'est difficile de travailler sur l'engagement dans ce*
546 *cas. J'ai essayé de travailler sur l'engagement quand le patient est sorti de l'hôpital, pour qu'il vienne*
547 *à l'activité par ses propres moyens mais ça n'est pas facile à mettre en place.*

548 **Revenons au tout début, à l'institution, à l'organisation. La pérennité de ce projet. Est-ce que cette**
549 **activité est mise en danger par la mobilité professionnelle des participants de l'équipe soignante, et**
550 **comment ?**

551 *La difficulté je trouve que c'est le relai d'une activité, quand tu t'en vas, quand tu vas suivre une autre*
552 *activité psychiatrique, parce que cela demande beaucoup d'investissement et trouver quelqu'un qui est*
553 *prêt à prendre ce relai, à prendre un peu le projet sur ses épaules, ça n'est pas évident. Dans mon service*
554 *pour l'instant, personne ne s'est proposé pour prendre le relai. Je n'en ai pas beaucoup parlé, parce que*
555 *je ne savais pas encore si je pourrai faire l'activité l'année prochaine. Mais je pense que ça sera difficile.*
556 *J'étais disponible tous les mardis matin, je coupais mes périodes de repos. Je ne sais pas si quelqu'un*
557 *sera motivé pour prendre ce relai, qui amène pourtant je trouve une grande richesse dans le travail de*
558 *soignant. C'est vraiment quelque chose d'exceptionnel, ça sort des sentiers battus du travail en*
559 *institution, en Intra. On fait du travail infirmier basique, je trouve que c'est autre chose dans le travail*
560 *en psychiatrie, c'est une expérience très très riche.*

561 **Et qu'est-ce que vous proposeriez alors pour assurer la pérennité d'un tel projet ? Sur la motivation,**
562 **la sensibilisation de l'équipe soignante ou de la hiérarchie ?**

563 *Ce qu'il faudrait, c'est que ça soit moins porté par le soignant mais vraiment que cela rentre dans la vie*
564 *institutionnelle, où quel que soit le soignant qui sera dans l'activité, l'activité perdurera, que ça n'est*
565 *pas en fonction du soignant. Peut-être que c'est moi qui n'ai pas bien fait le relai. J'avais trouvé une*
566 *collègue. Comme ça n'est pas une activité qui est inscrite d'une année sur l'autre cela demande une*
567 *énergie, il faut y penser, anticiper les choses et ça n'est pas évident de trouver les ressources humaines*
568 *pour ça.*

569 **Sur la pédagogie même. Quelle pratique, exercice ou atelier spécifique vous semble plus adapté pour**
570 **la psychiatrie ?**

571 *Tous les exercices de coordinations, de ressenti des mouvements autour de la coordination, les ressentis*
572 *autour de la coordination les exercices sur la musique percussive c'est important pour le patient, on*
573 *peut démarrer par des choses très très simples, assez ludiques en même temps, mais qui font travailler*
574 *le corps, et on peut monter en difficulté. Le travail au sol aussi c'est important.*

575 **Pourquoi ?**

576 *Parce qu'il y a un contact du corps entier sur le sol, y a des appuis, il y a des ressentis différents, on*
577 *travaille sur les limites du corps avec les appuis, c'est pas mal.*

578 *D'amener un travail d'impro c'est bien aussi, mais pas d'emblée, mais d'aller vers ça, par des petits*
579 *exercices, ça donne une liberté c'est vraiment un lieu de liberté, que ça soit cadré, mais que l'on tende*
580 *vers ça, c'est vraiment bien. Il y aussi le travail par deux, en groupe, avec la musique, différentes*
581 *musiques, travailler sur les sons, découvrir des sons.*

582 *De faire des exercices pas forcément très longs, comme cela demande une certaine concentration*
583 *psychique, mais que cela soit repris d'une séance à l'autre, pas forcément que l'exercice soit très long,*
584 *sauf si les gens le demandent.*

585 **Et le travail du toucher sensible ou du massage ? Parfois on faisait du massage de malaxation et**
586 **d'autre fois quelque chose dans la lenteur, le ressenti par le toucher, des mains sur le corps.**

587 *Je trouve que le toucher sensible c'est bien. Le massage, ça peut être difficile pour le patient qui a des*
588 *difficultés dans la distance corporelle, on voit des patients assez brusques dans leurs mouvements et*
589 *ça peut leur être renvoyé parce qu'ils peuvent faire mal, mais sans le vouloir. Il faut faire attention à*
590 *ça. Dans le toucher sensible, on est plus dans un contact à l'autre, dans une certaine sensibilité, une*
591 *lenteur, on travaille sur la retenue, dans la communication avec l'autre, c'est peut-être plus approprié.*
592 *Alors que des massages demandent une certaine technicité, un savoir-faire, ça ne s'improvise pas. Par*
593 *contre, on peut faire des petits exercices entre nous, mais des trucs très simples, de toucher qui ont un*
594 *effet un peu de massage, mais sans aller dans le massage où on peut faire mal. L'idée c'est de ne pas*
595 *se faire mal mais plus d'être en relation avec l'autre par le toucher.*

596 **Et le travail sur le mouvement codifié de la psychopédagogie perceptive ? Celle qu'on fait à la fin du**
597 **cours, en lenteur ?**

598 *Le travail sensoriel ? Moi je trouve que c'est bien, mais qu'il faudrait que ça soit aussi sur une*
599 *permanence. C'est difficile pour les patients, très difficiles. Alors peut-être que dès fois c'est long, du*
600 *coup ça demande une concentration sur un long terme ou qu'il y a beaucoup de mouvements. Peut-*
601 *être que refaire le même mouvement plusieurs fois cela suffirait, alors que faire beaucoup de*
602 *mouvements différents c'est compliqué, la lenteur c'est compliqué, ça demande une certaine maîtrise*
603 *de son corps, c'est très difficile. Et en même temps, je pense qu'il ne faut pas sous-estimer leurs*
604 *capacités, peut-être que leur faire faire des choses difficiles c'est important pour les amener plus haut.*
605 *On avait cette réflexion là avec la prof de danse du CCNT, on lui disait que c'était super dur ce qu'elle*
606 *nous demandait de faire. Et elle disait que si on veut amener les gens plus haut, il y a une certaine*

607 exigence. C'est une histoire de dosage de tout ça. Je pense qu'il y a l'acceptation de la personne qui
608 danse, on n'est pas dans une performance en fait c'est ça qu'il faut retenir.

609 **J'insiste là-dessus parce qu'il y a eu souvent une demande très motivée des soignants et de quelques**
610 **patients pour faire ces mouvements lents à la fin ou au début des séances, et je me pose la question**
611 **de savoir pourquoi.**

612 *En tant que soignant on le fait et cela a un effet relaxant. Et certains patients disent que le mouvement*
613 *lent ça amène une détente du corps très importante, même s'ils n'arrivent pas à faire les exercices*
614 *complètement, parce qu'il y a une concentration dans la lenteur, ça fait une sorte de méditation. Je*
615 *pense que c'est pour ça que c'est demandé en fin de cours. C'est un peu un retour sur soi après avoir*
616 *fait des exercices où on était avec les autres, à échanger, à danser avec les autres, à toucher les autres.*
617 *Là on est avec soi-même sur un travail de lenteur qui ramène à soi et c'est bien.*

618 **Et quand on propose dans la continuité de ces mouvements codifiés, des mouvements libres mais**
619 **avec la même qualité, qu'est-ce que vous en observez ?**

620 *Les patients essaient de faire perdurer cette lenteur dans le travail avec le pédagogue. Ils s'approprient*
621 *un peu le mouvement, je trouve que ça marche assez bien cet exercice de lenteur. En tout cas il y a un*
622 *effort qui est fourni par le patient qui danse pour essayer de conserver cette lenteur qui avait été*
623 *amenée par le pédagogue. C'est rare qu'on ait vu des gens partir dans l'effet inverse de l'excitation du*
624 *corps. Et il y a un effet de groupe, avec la musique ; ça créé un effet dans le groupe où chacun est libre*
625 *de son mouvement, et ça prend bien.*

626 **On a reposé cette question plus loin, quelle pratique vous semble dangereuse et pourquoi ?**

627 *Peut-être qu'il faut faire attention quand on est dans la performance.*

628 **Performance vous voulez dire dans les exploits, impressionner l'autre ? Dans la virtuosité ?**

629 *Pas impressionner l'autre, non, mais quand on n'a plus de prise sur ce qui se passe dans la salle. Il faut*
630 *faire attention parce qu'il peut se passer des choses qui n'étaient pas prévues.*

631 **Vous voulez dire être plus à l'écoute de l'état de la personne ou du groupe ?**

632 *Oui et par exemple quand on est dans l'impro, il faut faire attention à la façon dont s'est amené parce*
633 *que ça peut mal partir si ça n'a pas été bien amené, si les gens sont tendus angoissés, ne pas être à*
634 *l'écoute de ce qui se passe à ce moment-là mais d'être plus à l'écoute du programme qui était prévu,*
635 *ça peut être dangereux, parce qu'on essaie d'appliquer une activité qui ne correspond pas du tout à*
636 *l'état du groupe à ce moment-là. Et là ça peut être mauvais, pas dangereux, mais pas bénéfique pour*
637 *le groupe. Mais le groupe le verbalise, le dit, quand il y a des choses qu'ils ne sentent pas, ou que les*
638 *soignants ne le sentent pas et ils le dit au pédagogue, et on réajuste, ce qui est important c'est de*
639 *pouvoir réajuster quand on sent que ça ne va le faire, que le patient ne va pas être à l'écoute ou que ça*
640 *va le mettre mal*

641 **On revient à la fréquence, à la durée, comment anticiper la fin d'un cycle, d'une saison de ces 14**
642 **ateliers ? Est-ce qu'il y a une nécessité d'anticiper la fin du dernier atelier ?**

643 *En prévenant les gens ? Quand les patients démarrent l'activité, quel que soit le temps qui reste on leur*
644 *explique comment ça s'organise, que c'est sur 14 séances, y a pas de secret par rapport à ça, d'une*
645 *séance à l'autre, on parle tout le temps du cadre et de la prochaine séance, si c'est la fin ou pas, combien*
646 *de séances il reste avant la fin, on l'anticipe.*

647 **Quel suivi pédagogique existe-t-il et peut-on envisager entre les séances ou entre les cycles d'une**
648 **saison à l'autre, parce qu'il y a de grandes périodes d'arrêt entre le printemps et l'automne**

649 *Jusqu'à présent on faisait des bilans, on se retrouvait pour faire des bilans, et de préparation de la*
650 *rentrée prochaine, je trouve qu'il faut maintenir ça, c'est important.*

651 **Et le suivi pédagogique des patients ? Est-ce qu'ils continuent une pratique entre l'arrêt de l'atelier**
652 **et la séance suivante ?**

653 *Non il n'y a pas de suivi.*

654 **Est-ce que vous envisagez qu'il faudrait un suivi à court terme et long terme, entre chaque séance et**
655 **chaque cycle ?**

656 *On en parle, ça reste oral il n'y a pas d'écrit. Je ne sais pas s'il y a un intérêt particulier s'il n'y a pas*
657 *d'activité.*

658 **Est-ce que c'est déstabilisant pour le patient, cette période de mouvement d'émotions et après il n'y**
659 **a plus rien, est-ce une rupture désagréable ?**

660 *Jamais rencontré. Pour les patients en extra c'est une activité forte de leur vie dans la semaine, et quand*
661 *ça s'arrête pendant plusieurs mois ça fait un vide dans leur vie sociale*

662 **Que pourriez-vous dire sur la prise de médicaments psychotrope et la disponibilité des patients**
663 **pendant la séance ?**

664 *Je ne sais pas quel effet il peut y avoir. Il y a beaucoup de choses en jeu. Effet des médicaments, de*
665 *l'énergie que cela demande, on ne peut pas séparer les choses.*

666 **Pédagogie de l'expressivité. Quelles pratiques quels exercices dans l'atelier stimulent leurs**
667 **expressivité ?**

668 *Dans les exercices à deux, ça peut stimuler. Dans les exercices de coordination, d'échauffement, il n'y a*
669 *pas forcément de créativité, mais on peut avoir des choses qui surprennent, parce qu'il n'y a pas de*
670 *respect de la consigne, ça amène autre chose. Il y a un exercice que tu fais où on est tous en cercle, où*
671 *on invente un mouvement que l'autre doit refaire, ça participe à la créativité, à l'expressivité. Dans les*
672 *exercices d'impro que l'on peut faire. Elle peut ressortir à tout moment c'est ça qui peut être surprenant*
673 *et surtout chez les patients parce qu'il n'y a pas cette inhibition que l'on peut avoir en tant que*
674 *soignants. Les patients ont un certain détachement du regard de l'autre et ils font des choses qu'on*
675 *n'aurait jamais imaginé possible parce que nous on a cette conscience du regard de l'autre, qu'ils n'ont*
676 *pas ou qu'ils ont mis de côté ou qui est caché par des symptômes, et cela peut les rendre très expressifs.*
677 *Tous les exercices peuvent amener à ça. D'emblée toute l'expression de la personne est accueillie et*
678 *quand la personne l'a perçue compris ou senti, il y a un certain lâcher prise.*

679 **Et l'impact du rythme ou de la lenteur, comment cela agit sur l'expressivité ? Comme lors des**
680 **traversées libres en rythme**

681 *Ce n'est pas évident pour eux d'avoir un respect du rythme, c'est même très difficile, ça demande*
682 *beaucoup d'effort, la lenteur est difficile mais peut être plus accessible. La cadence c'est dur. Ce respect*
683 *du rythme peut inhiber leur expressivité, parce qu'ils se focalisent sur ça et ça met des tensions et dès*
684 *fois ça ne marche pas bien.*

685 **Et la lenteur du rythme ?**

686 *Je trouve que la lenteur amène plus d'expressivité dans le mouvement parce qu'ils se l'approprient plus*
687 *facilement. Ils ont leur lenteur à eux même si c'est un peu plus rapide que ce qui est demandé. Mais il*
688 *ne faut pas mettre de côté un exercice de côté parce que c'est difficile, c'est important d'aborder aussi*
689 *toutes les formes de la danse.*

690 **Quels phénomènes positifs de ce travail pouvez-vous observer sur leur présence, leur prise de**
691 **parole, leur état d'éveil, leur gestuelle, sur l'expressivité ?**

692 *Ce qui est très positif. Ils peuvent parler d'eux dans leur intimité sans forcément le verbaliser par la*
693 *parole.*

694 **Est-ce qu'ils ont un autre rapport à la parole après ces ateliers ? Une prise de parole différente face**
695 **à un groupe, face à quelqu'un d'autre ?**

696 *Jacques dans la prise de parole est beaucoup plus à l'aise. Thierry après la soirée de samedi parlait de*
697 *sa maladie, de lui, dans une certaine simplicité, sans angoisse apparente, parce que par sa danse, il*
698 *avait pu partager ce qu'il était lui, son intimité, avec un public réceptif, qui l'a reçu en tant que personne*
699 *avant tout.*

700 **Autre phénomène positif ou négatif de ce travail sur la créativité, l'expressivité ?**

701 *Aspect négatif, je ne vois pas. Mais c'est toujours le questionnement dans la thérapie. C'est un travail*
702 *sur soi, qui travaille sur l'intimité, l'intérieur de soi, qui peut réveiller des choses difficiles qui à un*
703 *moment vont ressortir. Et qui peuvent « paraître » difficiles, parce qu'il y a une forme de*
704 *décompensation de la personne, ça le rend encore plus « fou » ou moins bien, ou plus mal alors qu'il*
705 *faisait une activité qui pouvait l'amener à du mieux, mais je ne le perçois pas comme quelque chose de*
706 *négatif, mais comme un passage dans la maladie. C'est plutôt comment on accueille cela après, nous*
707 *(soignants). D'être conscient que cela peut réveiller des choses très violentes dans la personne, des*
708 *vécus difficiles qui ressortent, qui avaient été enfouies, refoulés. C'est toujours la discussion de savoir*
709 *s'il faut favoriser ça, ou au contraire que les gens gardent ça refoulé et qu'ils se maintiennent plus ou*
710 *moins bien. C'est toujours le questionnement en soin thérapeutique. C'est important que ça vienne du*
711 *désir du patient d'aller vers un autre état d'être, parce qu'il est mal dans celui qu'il vit en ce moment.*
712 *Même si ça va passer par des moments compliqués, difficiles, des ré-hospitalisation. Je ne le vois pas*
713 *comme quelque chose de dangereux ou de négatif personnellement. Mais plus comme des passages à*
714 *un moment donné, mais il faut que la personne soit soutenue dans ces moments difficiles, s'ils ont lieu*
715 *à un moment donné.*

716 **Un dernier mot, quel autre impact voyez-vous de cette pratique sur l'expressivité, la créativité, à**
717 **long terme dans la vie des patients ?**

718 *Je pense que c'est dans l'acceptation de soi, de ce que la personne est malgré sa maladie. Surtout quand*
719 *il y a un travail créatif, de création d'un projet. Malgré ce qu'elle est, sa maladie, ses difficultés, elle a*
720 *pu participer à un projet de groupe et dans une créativité. Je trouve que pour la personne c'est*
721 *drôlement riche d'avoir pu participer à ça.*

722 **J'insiste là-dessus parce qu'il y a souvent une confusion dans la transversalité entre pédagogie et**
723 **thérapie, est ce qu'il y a des médecins des collègues qui considèrent qu'il y a des effets**
724 **thérapeutiques de cette pédagogie ?**

725 *Moi je le prends comme une activité thérapeutique parce qu'elle consiste à travailler sur un mieux-être*
726 *de la personne, et ça dépasse la pédagogie parce que c'est quand même un travail très important sur*
727 *soi. Pour aller vers un autre état d'être ou y aller sans vraiment s'en rendre compte. Je trouve que c'est*
728 *de l'ordre de la thérapeutique.*

729 **Depuis combien d'années suivez-vous cet atelier ?**

730 *5 ans*

1 Retranscription de l'entretien avec Victor le 23-12-2013

2

3 **Âge : 66 ; Sexe : masculin, Position : Psychiatre ; Années au projet : 4**

4 Bonsoir, on va passer rapidement aux questions sur l'implication de la direction du CHRU, dans cette
5 activité, sur l'organisation administrative par exemple : parlez-moi un peu de l'organisation et la mise
6 en place de cet atelier. Est-ce que vous-vous souvenez de l'époque où c'était mise en place ? Est-ce
7 que c'était complexe ? Ça a pris du temps ? Et la faisabilité aujourd'hui par rapport au passé ?

8 *Alors, mes souvenirs sont un peu lointains. Mais, j'ai l'impression que c'est que ce n'était pas très*
9 *difficile, de convaincre la direction de l'hôpital et ce qui était peut-être plus compliqué, c'était peut-*
10 *être au niveau d'équipe, peut-être une partie de l'équipe qui a dû avoir quelques réticences...Bon,*
11 *parce que le souvenir que j'ai, à peu près, de la mise en place de l'atelier, le point de départ, c'est-à-*
12 *dire une rencontre de l'association culturelle, où vous étiez venus quelques-uns pour présenter le*
13 *travail de chorégraphie, et puis une espèce d'échanges avec l'équipe soignante pour trouver un peu,*
14 *inventer finalement des points communs qui se sont révélés importants, et donc de faire une activité*
15 *thérapeutique, un peu sur le modèle que nous avons fait dans le passé. C'est-à-dire : la mise en place*
16 *d'activités chorégraphiques, je pense qu'elle s'est établie sur le modèle de coopération qu'on avait*
17 *déjà établi dans le passé, avec plutôt des artistes plasticiens et aussi musiciens. Une chef de chœur,*
18 *au moins une plasticienne artiste peintre, une personne qui faisait de la poterie. Donc, on avait déjà*
19 *une expérience de rencontres avec des gens travaillant tout à fait en dehors du champ de la*
20 *sentimentale, avec qui il nous semblait, qu'il pouvait se mettre en place une activité avec nos*
21 *patients. Donc, je pense que le modèle était relativement rodé, c'est à dire que je pense un aspect*
22 *crédit, de quelque subside de la part de l'hôpital mais aussi des aides de la part, peut-être de notre*
23 *association Croix Marine (c'est comment ils s'appellent) qui nous permettent d'avoir une certaine*
24 *autonomie vis-à-vis des activités à organiser dans le service. Donc, j'ai l'impression qu'il n'y a pas eu*
25 *beaucoup de difficultés. Les difficultés sont, peut-être, apparues de la part, peut-être, de certains*
26 *cadres pour qui les problèmes d'activités, surtout d'activités extérieures, pouvaient imposer des*
27 *questions de planning, mais il m'a semblé que ça a été résolu finalement, assez facilement. Donc,*
28 *pour résumer, une rencontre dans le cadre d'une association culturelle du service de psychiatrie, avec*
29 *un certain nombre d'acteurs du Centre Chorégraphique, le sentiment qu'un travail pourrait se faire et*
30 *l'utilisation, la reprise d'un modèle qui existait avec les arts plastiques, le théâtre, la musique et de*
31 *par conséquent une mise en place d'un projet qui je pense n'a pas été trop compliqué, trop difficile à*
32 *mettre en place.*

33 Je ne sais pas si ça peut vous concerner, mais je vais vous poser la question : Est-ce que vous voyez la
34 différence entre la convention qui s'est faite entre deux institutions – le CCNT et le CHRU - et
35 aujourd'hui, depuis quelques années, entre le CHRU et Omnivion qui est une association ? (ce n'est
36 pas un centre national) Mais vous n'avez pas vécu ce changement.

37 *Non, je n'ai pas vécu ce changement, mais à mon avis ça n'a pas dû présenter d'énormes difficultés,*
38 *dans la mesure où les intervenants plasticiens, ou choristes, fin...ou musiciens, pardon, fonctionnaient*
39 *à titre de leur entreprise personnelle. Donc je ne pense pas qu'il y a eu de problèmes de*
40 *contractualisation insurmontables.*

41 Cette question, je pense est partiellement ou totalement répondu : quelle volonté et quelle difficulté
42 de financement avez-vous rencontré, mais...vous n'avez rien à ajouter ?

43 *Non, non.*

44 Qu'en pensez-vous de la durée et de la fréquence des ateliers et qui étaient, je vous rappelle, 14
45 séances d'une heure et demie dans une saison ?

46 Il me semblait que c'était assez bien équilibré que c'était, peut-être...ç'aurait pu être encore plus
47 fréquent, mais il faut tenir compte aussi de la fatigabilité de certains patients. Le groupe, je
48 suppose...Je peux peut-être me tromper...D'abord, le groupe de patients qui se rendait à ces séances
49 était peut-être un peu hétérogène. C'est-à-dire des gens très investis, très mobilisés pour y participer
50 intensivement, et puis d'autres qui nécessitaient plus de sollicitations et pour lesquelles... Peut-être
51 une plus haute fréquence aurait été aussi source d'opposition, de réticences. De plus, le problème - ce
52 que je disais tout à l'heure - c'est aussi le problème de l'organisation de planning infirmiers,
53 toujours...donc, je suppose que c'est devenu encore plus difficile aujourd'hui, que les effectifs
54 stagnent, voire régressent, et que la charge de travail est quand même très lourde dans les unités.
55 Donc on peut supposer, que cette fréquence, en tout cas, devrait être suffisante.

56 Qu'en pensez-vous du lieu de la pratique ?

57 Je trouve que c'était très bien, très intéressant d'avoir un lieu extérieur à l'hôpital. Il est aussi très
58 intéressant d'avoir des activités à l'intérieur de l'hôpital. Ma théorie, si on peut dire est qu'il faudrait
59 que l'hôpital soit le plus ouvert possible sur la ville, sur la cité. C'est-à-dire que des activités externes
60 puissent se dérouler, et que par conséquent la notion de monde clos et renfermé sur lui-même soit en
61 somme subvertie par la venue d'intervenants extérieurs, non membres du personnel soignant. C'est-à-
62 dire des gens ayant des compétences en somme un peu hétérogènes à la spécialisation
63 psychiatrique, mais il est aussi très important de sortir, de s'organiser pour vivre dans la cité, et donc
64 se retrouver dans une ancienne école désaffectée, était quelque chose de très positif. Ça suppose
65 aussi tout un travail de déplacement, dans tous les sens du terme psychique, comme physique qui a
66 sa valeur en lui-même ; parce que préparer les gens, mobiliser les voitures ou un moyen de transport,
67 s'organiser pour pendant tout ce trajet maintenir en peu l'intérêt, la curiosité, l'investissement des
68 patients et des soignants, et puis après la séance revenir reprendre les moyens de transport. Tout ça
69 ce sont des temps qui organisent, vraiment le temps, l'espace, on va dire qui sont finalement aussi
70 une gestion des corps qui est tout à fait, tout à fait intéressante. Donc sortir de l'hôpital et aller dans
71 ce lieu, un lieu qui est aussi, enfin, qui était spécialisé, si on peut dire, aidait aussi à rendre, comment
72 dirais-je — je veux dire professionnel ; leur donner une teinte de reconnaissance plein et entier à ces
73 moments, à ces stages passés à la danse. Bien que le fait de bricoler dans un lieu comme on a pu le
74 faire, dans un sous-sol du service, dans un lieu de spécifié, bon qui est aussi intéressant, aurait peut-
75 être été moins valorisant que de fait de travailler dans un lieu où il y avait des barres, un parquet, une
76 installation, une sono aussi de bonne qualité qui permettait de rendre plus crédible peut-être cette
77 activité.

78 Eh bien...Pendant la période où vous étiez encore impliqué à l'équipe du CHRU, comment est-ce que
79 la hiérarchie administrative a perçu votre engagement à cette activité ?

80 C'est assez subjectif mais je dirais très bien. Alors, je pense, mais peut-être que c'est une illusion, j'ai
81 eu l'impression que dans le service dans lequel je travaillais, j'étais un peu repéré comme prenant des
82 initiatives relativement innovantes. Innovantes au sens sortant de la chronicité, et de l'aspect
83 strictement sanitaire des prises en charge. Donc, que je crois qu'il y a eu une écoute très positive, les
84 directeurs ayant participé pleinement, alors peut-être que je me trompe, mais je sais que nous avons -
85 aussi dans cette période-là, à un moment ou à un autre – développé une activité cirque à l'hôpital, et
86 en dehors de l'hôpital, on avait organisé, ça nous est arrivé de participer à des manifestations
87 extérieures, des expositions...bon donc, je pense que c'était plutôt valorisé. D'autant plus qu'on a
88 toujours...on a essayé de faire en sorte que l'administration ne soit pas vécue comme un ensemble
89 étranger ou hostile à notre travail, mais comme pleinement un outil, pouvant nous aider et soutenir
90 notre fonctionnement. Il m'a semblé qu'il a toujours eu une écoute très très positive.

91 Très bien. Maintenant, une sous-question qui fait référence à la première, est celle-ci : quel serait la
92 place pour un médiateur culturel au CHU ? Il y avait, ou il y a eu un médiateur culturel ? Est-ce qu'il
93 était envisageable ?

94 *Donc, c'est une question compliquée.*

95 *Pardon, je vais ajouter que c'est un nouveau métier. Il a été créé les années 2000 je pense.*

96 *Pourquoi pas? Moi ça me paraît...Disons que l'hôpital prenne pleinement la mesure de l'importance*
97 *de la dimension culturelle, pourquoi pas? On peut imaginer que ça soit en somme personnifié dans un*
98 *tel médiateur. Ce qui est capital est que le médiateur ne se substitue pas à l'inventivité et au travail de*
99 *recherche et d'imagination du personnel eux-mêmes. Il me semble qu'un des aspects très importants*
100 *du fonctionnement psychiatrique, c'est faire en sorte que le personnel soignant s'investisse dans des*
101 *activités, dans lesquelles ils trouvent finalement aussi un certain épanouissement personnel. Alors, on*
102 *voit bien qui il y a des gens qui sont à des niveaux très différents de la pratique...des pratiques*
103 *culturelles, et certains qui sont simplement des curieux, d'autres des amateurs, mais des amateurs*
104 *spectateurs, ou amateurs qui peuvent s'engager dans certaines pratiques, mais il se trouve qu'il y a*
105 *aussi un certain nombre soignants, qui sont des acteurs si on peut dire, soit par leur formation*
106 *antérieure, où par leurs activités actuelles qui ont un certain nombre de compétences. Je dis ça parce*
107 *que nous avons eu dans un moment ou un autre, dans le service par exemple des gens qui étaient,*
108 *qui faisaient...bon de la peinture, mais de façon très très suivie, d'autres qui faisaient de la poterie,*
109 *qui avaient chez eux, avec d'autres un atelier de poterie, des fours, donc qui avaient un certain*
110 *nombre de compétences. Et puis je crois qu'il n'est pas mal, assez intéressant - comme c'est arrivé*
111 *d'ailleurs, pour la rencontre avec le centre chorégraphique - c'est qu'il y ait des gens qui ont des*
112 *pratiques donc effectivement amateurs extérieurs, qui ont fait l'expérience de la rencontre d'un*
113 *certain nombre de gens, que par leur sensibilité ce qu'ils ont pu sentir de ce qui se passait dans le*
114 *service dans lequel ils travaillaient, ont senti que ces rencontres-là qu'ils avaient choisi pour eux-*
115 *mêmes pourraient être intéressantes pour le service. C'est comme ça que nous avons eu une choriste,*
116 *une potière, je pense que par l'intermédiaire d'un psychologue - il me semble Eléonore - que*
117 *finalement le centre chorégraphique est venu parce que c'est une rencontre intéressante, qu'on a*
118 *parlé en disant 'Tiens, qu'est-ce que tu en penses ?' et puis que l'on a pu faire cette rencontre. Donc,*
119 *s'il existe un médiateur, ce qui serait bien que ce soit un facilitateur et quelqu'un qui aide à la*
120 *réalisation la concrétisation peut-être des rencontres, des mises en place d'événements ou d'activités,*
121 *mais il ne faudrait pas qu'il soit quelqu'un qui se substitue aux propositions, à l'inventivité des équipes*
122 *elles-mêmes. Donc, il faut qu'il y ait vraiment une très grande vigilance à ce que ce médiateur apporte*
123 *son ouverture, son expérience mais qu'il ne soit par le spécialiste exclusif et le référent faisant office*
124 *en somme de censeur éventuellement de ce qui est possible et ce qui n'est pas possible.*
125 *Et ça, ça serait vraiment fâcheux. Alors on voit bien là les risques de toute spécialisation*
126 *de personnel, c'est que il y a une tendance à l'auto-entretien, justifiant la place que l'on peut*
127 *exercer et donc éventuellement une petite...un embarras face aux idées qui viennent d'ailleurs en*
128 *somme, donc il y a des choses qui sont à préparer, à organiser. Mais que ça soit pleinement reconnu*
129 *la fonction, disons la place du culturel, c'est-à-dire de ce qui se déroule aussi en dehors du strictement*
130 *sanitaire, c'est absolument fondamental. Et pourquoi pas, par le biais d'un médiateur, mais dont la*
131 *fonction doit être très clairement inscrite dans des systèmes d'échanges, et d'échanges le plus*
132 *déhiérarchisés possibles avec l'ensemble des personnels comme des patients d'ailleurs, puisque il y a*
133 *bien un certain nombre d'activités de type culturels qui sont faites avec des patients, et à l'extérieur*
134 *du service et à leur initiative. Je pense notamment à des expositions qui ont pu être faites à*
135 *l'extérieur.*

136 *Très bien. Est-ce que l'équipe soignante ou administrative, ou les cadres, l'équipe dirigeante*
137 *considéraient cette activité comme activité occupationnelle, culturelle ou thérapeutique ?*

138 *Oui alors, donc il y a d'abord un premier élément, en tout cas je ne sais pas ce qu'y était dans la tête*
139 *de chaque cadre et de chaque intervenant, mais enfin pour moi en tout cas comme médecin*
140 *responsable d'un service, il a toujours été très clair les activités que nous proposons n'étaient pas des*
141 *activités de loisirs. En aucun moment...Ce sont des activités effectivement culturelles dont*
142 *l'orientation est quand même thérapeutique et soignante. Pour moi l'ensemble de ces activités sont*

143 thérapeutiques mais ne sont pas thérapeutiques au sens d'un effet direct. C'est différent du
144 thérapeutique d'un médicament qui est prescrit pour obtenir un effet antidépresseur, anxiolytique,
145 hypnotique ou tout ce qu'on voudra. L'activité institutionnelle de façon plus générale et notamment
146 quand elle s'organise par l'intermédiaire d'ateliers, elle a une dimension effectivement culturelle et en
147 même temps fondamentalement thérapeutique. Si il s'agissait d'une activité strictement culturelle qui
148 se détachait du thérapeutique, je dirais...ça se passe à l'extérieur, complètement à l'extérieure et sans
149 les équipes soignantes...Nous intervenons, nous accompagnons les patients dans ces ateliers, enfin je
150 pense que c'est des infirmiers comme les médecins dans une relation qui n'est pas accidentelle avec
151 les patients. Cette relation elle se construit sur une dimension de soins et cette dimension de soins
152 est toujours, enfin me semble-t-il toujours présente. Mais entre soins et culturel, les limites sont
153 souvent très floues, puisque un des objectifs du soin c'est bien de sortir de la chronicité, de développer
154 une certaine inventivité, de développer des capacités relationnelles. Alors que ça soit par
155 l'intermédiaire de l'activité musicale, l'activité plastique ou de la danse, selon des spécificités à
156 chaque fois différentes, c'est bien de cela qu'il s'agit : de développer des qualités relationnelles, les
157 capacités à surmonter ses phobies, ses craintes, d'être dans un groupe, de pouvoir adhérer à une
158 relation qui suppose aussi un certain nombre de synchronies, de moments partagés. Ça me paraît
159 toujours dans une dimension thérapeutique.

160 Très bien. On continue sur une deuxième partie de questions, qui concernent l'éthique et la
161 déontologie : avec quels critères choisissez-vous les patients à participer ?

162 Je ne me souviens pas très très bien comment les choses...je pense qu'il a dû y avoir - pour la mise en
163 place de cette activité -je pense que c'est quelque chose dont on a pu parler aux réunions du club des
164 patients. C'est à dire que - en tout cas mon principe de fonctionnement - nous avons donc dans le
165 service (je ne sais pas si ça continue), nous avons donc un club de patients. C'est-à-dire que toutes les
166 semaines, l'ensemble des patients hospitalisés ou en hôpital de jour, en accueil partiel étaient invités
167 de participer à un groupe de discussions avec la prise en compte à la fois des aspects du quotidien,
168 comme une information mais une information ouverte à la discussion à la réflexion sur les activités
169 proposées ; bien que nous faisions toutes les semaines une espèce d'organigramme, que nous
170 précisions avec les patients pour dire que tel jour à telle heure à un tel moment il y avait une telle
171 activité. Donc une information pour ce genre d'activité qui était toujours - m'a-t-il semblé - une
172 activité fondée à la fois sur l'envie en somme des patients de participer à telle ou telle activité et
173 sur...malgré tout une réflexion de l'équipe soignante pour valider, ou parfois avec le patient lui-
174 même - ou enfin en tout cas toujours d'ailleurs - valider l'envie qu'il pourrait exprimer. Alors, je pense
175 qu'il a dû y avoir aussi en réunion de synthèse, des propositions venant de certains soignants
176 participants à l'activité, pour devant tout le monde évoquer la possibilité pour tel ou tel patient de
177 participer à l'activité. Donc, de toutes façons ce qui est clair c'est que les activités - et celle-là je pense
178 qu'elle n'y échappait pas - les activités sont des activités qui ne sont pas clandestines ou réservées a
179 priori au petit groupe de patients dont s'occuperaient les soignants ayant telle ou telle activité ;
180 toujours quelque chose d'ouvert à l'ensemble de la collectivité. Donc, la possibilité pour des patients
181 de, en somme, de pouvoir se proposer ou proposer leur participation à telle ou telle activité.
182 Mais, en dernier lieu, c'est une décision médicale, enfin médicale au sens de l'équipe soignante, qui
183 organise, décide de la possibilité de tel ou tel patient de participer à une activité. Oui, il faut juste dire
184 que évidemment il y a un élément qui freine aussi la possibilité d'accepter pour tel ou tel patient, c'est
185 aussi - même si c'est un peu marginale - c'est le statut dans lequel il est. C'est-à-dire que... et puis
186 l'état clinique dans lequel il est. Bon... Il peut y avoir eu quelques difficultés peut-être avec certains
187 patients qui étaient en placement, en hospitalisation, par exemple de ce contrainte où là, les
188 déplacements pourraient être liés à des autorisations, donc rendre un peu complexe leur
189 participation. Mais c'est quelque chose à mon avis de marginale. L'essentiel, c'est la possibilité pour le
190 patient d'adhérer à une activité qui n'avait rien de clandestine, ouverte à tous les patients, et au
191 travers d'une indication disons médicale, et puis aussi l'opinion des animateurs en fin de l'atelier pour
192 apprécier si c'est quelque chose qui était jouable ou pas.

193 Très bien. Alors il y avait deux éléments importants. Une s'était la motivation alors du patient et
194 deuxièmement aussi la prescription par l'équipe soignante.

195 *Oui absolument. Mais on voit bien que la prescription elle est aussi en partie - c'est des phénomènes*
196 *assez...on va dire rapidement ça subtiles, parce que la prescription bien sûre, elle peut être faite sans*
197 *que le patient y ait pensé, mais on peut aussi imaginer qu'il y ait une espèce d'image, de réputation*
198 *de l'activité qui se répand parmi un certain nombre de patients, que ce soit autour de la soignante ou*
199 *de quelques soignants ayant participé à l'activité et une, disons une idée qui a eu un goût ou une*
200 *envie qui peut germer de façon un peu, je dirais synchrone quoi, entre les soignants et les patients*
201 *pour permettre de faire venir un patient finalement. L'idée ne naît pas complètement de façon disons*
202 *unilatérale d'un côté comme de l'autre.*

203 Quel risque potentiel identifiez-vous, ou avez-vous identifié dans cette activité ?

204 *Alors, bon...mes souvenirs ne sont pas très précis. Je ne sais pas. Mais, ce qu'on peut imaginer c'est*
205 *qu'une activité de groupe peut provoquer des effets difficiles chez certains patients qui sont*
206 *éventuellement relativement fragiles, éventuellement pas très bien reconstruits, et aussi bien*
207 *l'activité dans un groupe, une activité motrice peut soit entraîner des phénomènes - peut-être - un*
208 *peu d'hyperactivité un peu désordonné, désorganisé, ou au contraire des phénomènes de peur, de*
209 *phobie, de repli sur soi, de régression du fait - peut-être - de certains moments du groupe. Il y a un*
210 *certain nombre de difficultés à être dans un groupe. Un certain nombre de patients peuvent vivre le*
211 *groupe sur un mode persécutif. Or, ils peuvent faire l'effort, ou peuvent avoir le sentiment qui sont*
212 *bien ancrés dans le groupe, puis à un moment ou un autre, je pense à certains patients notamment*
213 *schizophrènes, qui peuvent avoir une espèce d'intuition hostile de la part d'un tel ou tel. Il ne faut pas*
214 *oublier aussi que le groupe est composé de personnes. Soignants et patients à l'égard desquels les*
215 *patients peuvent avoir disons des affinités plus ou moins positives, voire très hostiles et on peut*
216 *imaginer qui ait un refus de retourner parce qu'il y a tel ou tel qui est là, parce qu'il y a une espèce...-*
217 *à un moment ou un autre de la séance - une espèce de vécu de dépersonnalisation dans un groupe, ou*
218 *de vécu persécutif de la part du groupe, qui observe qui juge, qui dévalorise et on peut imaginer qu'il*
219 *y a quelque chose qui soit vécu comme très négatif. De même, bon c'est peut-être un peu théorique*
220 *là, mais on évoque quand même que dans les maladies psychiatriques, disons que une des premières*
221 *fragilités se retrouve au niveau de l'image du corps, de l'image corporelle. Donc, on peut imaginer, le*
222 *corps étant vécu selon...disons des valences un peu différentes, de différentes parties du corps,*
223 *qu'il puisse y avoir de la danse, du mouvement, des vécus de dissociation et de morcellements qui*
224 *peuvent être très difficiles à gérer pour les patients qui n'ont pas l'image du corps très très bien*
225 *construite ; qui n'est pas stable quoi.*

226

227 Est-ce que vous considérez que le pédagogue artiste doit connaître la pathologie des patients ou pas
228 et pourquoi ?

229 *Alors, s'il s'agit de connaître le diagnostic pourquoi pas, mais je ne crois pas que ce soit très*
230 *intéressant. Je dirais la même chose pour le travail psychothérapique. C'est vrai qu'il y a tellement le*
231 *diagnostic qui compte, que le mode d'intrication disons des phénomènes relationnels transférentiels*
232 *au contre-transférentiels si on utilisait les mots un peu liés à la psychanalyse, c'est-à-dire quand on se*
233 *trouve en présence de quelqu'un, ce qui compte c'est sa présence. Et c'est une présence qui met en jeu*
234 *d'emblée de déterminations que chacun peut avoir travaillé plus ou moins, qui sont de déterminations*
235 *touchant à l'angoisse, à la dépression, à la peur de l'autre ou au contraire en tendance fusionnelle à*
236 *l'égard de l'autre, ou même d'une dimension, on va dire ça, d'érotisation séduction de la part de*
237 *l'autre. Donc l'important c'est comment l'art thérapeute...enfin l'art thérapeute - un terme à utiliser*
238 *avec précaution - en tout cas l'acteur de l'activité doit pouvoir, en comptant sur sa propre expérience*
239 *de la relation à l'autrui, il doit pouvoir adapter sa technique, sa pédagogie à la manière dont*
240 *l'autre va réagir. On voit bien avec une bonne adhésion, ou au contraire avec réticence,*

241 *une certaine lenteur, des craintes qui me semblent - en fonction de la sensibilité de chacun -*
242 *qui me semblent être assez universellement partagées. Par contre je pense que c'est toujours*
243 *très important, qu'il y ait un partage, ou au moins une certaine réflexion avec le groupe*
244 *soignants entre le...même si ce n'est pas très très long, que le pédagogue...enfin l'art thérapeute si on*
245 *veut, soit suffisamment à l'aise avec l'équipe soignante pour partager ses questions, ses inquiétudes.*
246 *Parce que là, il peut aussi se trouver lui-même en difficulté, et ça peut être important de pouvoir en*
247 *parler ; indépendamment de la notion de diagnostic. C'est une question de plutôt de repréciser, ou de*
248 *recadrer, ou de réguler la relation avec le patient qui a pu mettre en difficulté le thérapeute, fin le*
249 *pédagogue.*

250 Vous étiez, je me souviens, présent dans quelques séances. Quelle était votre rôle dans cet atelier
251 pendant les séances et même hors des séances ?

252 *Un infirmier ne prescrit pas. Un médecin prescrit, signe des permissions. Il y a toute une série de,*
253 *comment dirais-je, de territoires en somme correspondent au statut de la qualification. Mais en*
254 *même temps, je pense que ce qui est capital pour faire référence un peu aux distinctions que fait la*
255 *psychothérapie institutionnelle sur 'rôle fonction et statut', c'est que nous avons aussi des fonctions et*
256 *des rôles qui eux dépassent notre statut. C'est-à-dire que nous pourrions avoir une fonction je dirais*
257 *paternelle, maternelle, bref peu importe; et un rôle qui est celui de facilitateur de la relation et ça*
258 *c'est très largement partagé. Donc moi j'ai toujours estimé capital, enfin important qu'un*
259 *médecin...que je sois aussi impliqué comme personne ~~au même titre que chaque soignant~~ au même*
260 *titre que chaque soignant est impliqué comme personne, dans les différents ateliers et dans les*
261 *différents activités de la vie quotidienne. C'est-à-dire que j'ai fait un peu de la poterie j'ai fait un peu*
262 *de peinture, j'ai aussi chanté, pas beaucoup tout ça un peu; pas beaucoup je dois l'avouer. Mais j'ai*
263 *estimé que c'était essentiel de bien montrer, que si nous demandons aux patients de s'engager et*
264 *d'oser quelque chose dans un territoire qui n'est pas habituellement le sien, je ne sais pas...c'est-à-dire*
265 *je ne sais pas si c'est effectivement de chanter, et qu'il n'a pas l'habitude de le faire, jusque-là c'est*
266 *une pratique culturelle, mais aussi une pratique engageant le corps ; ce qu'on montre de soi.*
267 *J'estimais donc, nous avions comme soignants à nous engager aussi dans quelque chose qui n'est pas*
268 *passé par une université des facultés des diplômes, et que nous n'étions pas, parce que nous étions*
269 *docteurs en médecine, ou chefs de service meilleurs peintres ou meilleurs dessinateurs que les autres,*
270 *plus habiles ou plus à l'aise dans notre corps que quelqu'un d'autre. Donc, c'est une façon, c'est*
271 *agir au niveau de la fonction et du rôle au niveau de nous-mêmes comme personne et pas*
272 *comme...statutairement docteur, à la hiérarchie avec des titres etc. Et donc, cette recherche du*
273 *partage est en même temps un étayage, si on peut dire de l'engagement que nous proposons aux*
274 *patients dans une autre façon d'être en relation avec le monde, et puis avec les autres, qui se*
275 *comporte effectivement un certain risque, c'est-à-dire celui d'être maladroit, d'hésiter, mais que*
276 *c'était quelque chose, un terrain sur lequel nous pensions qu'il était important de faire accomplir*
277 *aussi...enfin de témoigner qu'il était possible de s'engager. Donc, ça m'a paru tout à fait naturel de*
278 *m'y rendre. C'est tout à fait intéressant. Parce que, on peut dire que par rapport justement à la danse,*
279 *par exemple, c'est un domaine qui m'est particulièrement lointain et qui me met particulièrement en*
280 *difficulté. Mais justement je trouve que il n'y a pas de... je crois que pour tout soignant c'est capital de*
281 *s'engager et d'aller même sur les territoires sur lesquels il n'est pas à l'aise.*

282

283 Justement, ce n'était pas difficile d'être dans deux rôles à la fois? Celui qui est responsable du patient
284 pendant l'atelier et en même moment être assez libre pour participer comme, au même titre,
285 presque au même titre que le patient ?

286

287 *Non je ne crois pas. Je ne crois pas parce que là encore c'est des questions alors qu'elles sont...j'aurais*
288 *du mal à les définir sur le moment, mais il me semble c'est quelque chose à avoir avec cette fameuse*

289 distinction sur laquelle on discute beaucoup : autorité, autoritas, et protestas pouvoir. Ce n'est pas la
290 même chose d'avoir le pouvoir d'interdire à quelqu'un de sortir et d'autre part la dimension d'autorité
291 qui est plutôt quelque chose qui ne se s'exprime que sur certaines occasions, à certains moments, et
292 pas de façon omnipotente et omniprésente. C'est-à-dire que, à mon avis, je ne crois pas du tout que
293 l'on perd de son autorité - si on peut dire - si au moment où il faut l'exprimer en étant dans un
294 partage à égalité avec les gens. Au contraire, je pense même que si l'on permet - aussi bien pour le
295 patient que pour moi - de s'estimer à ce moment-là dans le bon moment et selon, disons non pas
296 arbitraire, mais disons la justice du moment où on décide ; une sorte de justice au sens du 'c'est juste',
297 c'est-à-dire que c'est équilibré, et ce n'est pas quelque chose qui est dans l'abus du pouvoir. Il me
298 semble qu'il faut pouvoir fonctionner dans ce registre-là. Mais je n'ai pas du tout l'impression que le
299 patient a eu le sentiment, que je perdais de ma possibilité de refuser ou d'interdire à quelqu'un avec
300 qui j'ai partagé...je ne sais pas...un goûter, avec qui j'ai partagé un moment... Au contraire,
301 je pense que ça permet de percevoir aussi bien pour moi qui a partagé et qui...donc, a peut-être
302 l'occasion un peu de saisir dans quelque chose de ce qu'il y a de partagé, au sens de l'épaisseur de nos
303 existences. Et en même temps du coup le poids de la responsabilité qui m'aonde, au moment où je
304 dois prendre décision qui n'est pas en rupture radicale avec l'autre moment, mais qui est le plus
305 possible lié à d'autres chaînes disons déontologiques. Mais ils ne sont pas des logiques non plus,
306 logiques administratives ou médico-juridiques qui sont des chaînes qui sont profondément intriquées
307 à l'idée que je me fais que le travail de soignant et un travail d'accueil d'accompagnement et dans
308 lequel je donne et aussi je reçois de la part du patient, pleinement

309

310 Très bien, alors, là vous avez plutôt répondu la question d'après. C'était : est-ce que vous considérez
311 nécessaire de définir votre rôle et comment ? C'est déjà répondu. Qu'en pensez-vous d'un point de
312 vue éthique de la participation des patients et des soignants à des représentations publiques ?

313

314 Je pense que c'est tout à fait...ça me paraît une très bonne chose. Alors évidemment on voit bien le
315 risque qu'il y aurait à ce qu'en somme le patient soit le faire-valoir du soignant ; les bons soignants
316 qui ont permis à des patients de monter sur scène, en somme, et de les faire acclamer...Qui serait
317 quelque chose quand même un peu, à mon avis d'un peu hypocrite et assez manipulateur. Donc, c'est
318 certainement un risque qu'il faut éviter. Maintenant, je pense que si on a bien conscience que dans le
319 fond il y a des soignants qui font de toute façon qui sont pas dans une compétition mais qu'ils sont
320 dans une... Fin, pour préparer un spectacle, dans une espèce de coopération, moi je crois que c'est
321 quelque chose qui marche, fin, qui est éthiquement tout à fait valable. J'ai assisté à cette superbe
322 représentation à la chapelle des Capucins c'était absolument extraordinaire. On n'a pas eu du tout le
323 sentiment qu'il y avait une soignante ou des soignantes qui étaient des artistes très avancées et des
324 patients qui venaient simplement décorer le spectacle. Ils étaient pleinement participants et de façon
325 très très intense avec la particularité de leur fonctionnement...voilà de leur fonctionnement
326 dynamique. Et je trouvais que c'était tout à fait remarquable. Ça permettait aux uns et aux autres
327 de constituer quelque chose avec les...sans doute à la fois ce qui était, disons très proche et en
328 même temps ce qui était différent mais aussi comme ils sont différents chaque personne.
329 Non, je trouve que sur un plan éthique, je trouve que c'est très important. Même si il y a l'idée que le
330 soignant reste un soignant et le patient reste un patient, c'est-à-dire fragile, qu'il faut rester avec
331 l'idée que le patient ne peut pas faire n'importe quoi. Il n'empêche qu'il se retrouve aussi comme
332 personne, comme itinéraire humain individuel particulier qui s'exprime de façon complémentaire de
333 même qu'une troupe, je suppose, qui est constituée de personnes différentes et ont des histoires
334 différentes, des goûts différents, donc je pense que c'est une des formes de cet [?_...]

335

336

337 Qu'en pensez-vous de la pratique du toucher dans ses ateliers ?

338

339 *Oui c'est un peu la même chose me semble-t-il de ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire il y a des*
340 *patients... C'est très compliqué parce que le tactile, le toucher peut être vécu de manière très*
341 *phobique et paranoïaque. Il suffit de penser, même si c'est un extrême, on pense à l'importance du*
342 *toucher particulier chez les patients autistes qui ont besoin de...fin, qui ont un toucher très particulier*
343 *des objets. Donc, on voit bien pour un certain nombre de patients, le toucher qui pourrait être*
344 *quelque chose d'extrêmement persécutif et intrusif, peut être au contraire quelque chose de très*
345 *rassurant. Ce n'est pas un hasard d'ailleurs, si à peu près à la période où l'atelier s'est mis en place, à*
346 *peu près, je pense que c'est un peu avant, il s'est mise en place une activité particulière*
347 *d'enveloppement humide dans les services, où le soin est fait justement par le toucher. C'est-à-dire, ce*
348 *sont des enveloppements qui sont faites pour des patients assez divers, mais surtout pour des*
349 *patients psychotiques, qui ont des grandes difficultés de communication, et pour lesquels ces*
350 *enveloppements dans des draps humides s'accompagnent évidemment d'un toucher, permettant, on*
351 *peut imaginer, une espèce de tentative de confirmer une réalité extérieure. Une réalité qui passe*
352 *justement par ce tactile. Donc, je pense que le toucher peut être très dangereux, effectivement. Dès*
353 *lors, que s'il se met dans une dimension de manipulation, d'érotisme, d'emprise sur l'autre. Mais... [?*
354 *_51:15] dans une dimension - même si les choses sont parfois plus troubles - parce que la sensorialité*
355 *n'est jamais d'une clarté que ça soit les sons, les odeurs, le toucher ça déborde un peu le mot, quoi. Et*
356 *donc, ce n'est pas toujours, absolument... Tu peux avoir des [?_51:37] plus compliqués, qui*
357 *n'empêchent que, pour les soignants, pour la personne qui accompagne il est clair qu'il s'agit là de*
358 *quelque chose qui permet le contact à un réel autre, et que c'est une espèce d'aide de la présence, je*
359 *crois que ça peut être... C'est parfaitement valable. Ça peut permettre aussi à des patients de*
360 *dépasser...d'apprendre à dépasser certaines peurs à l'égard du corps de l'autre, et de justement de*
361 *l'exprimer dans le toucher.*

362

363 Très bien. Considérez-vous que les liens amicaux éventuels entre les différents acteurs poseraient
364 des problèmes ? Ça veut dire patients soignants et pédagogues.

365

366 *C'est une question qui est assez complexe. Entre pédagogue et soignants je dirais que ça ne pose*
367 *aucun problème. Par contrat entre...d'abord je pense qu'il y a une difficulté entre soignant et patient.*
368 *Je pense que c'est une difficulté réelle. Il me semble qu'il faut établir une différence. Il me*
369 *semble...c'est un choix. C'est un peu fort ce que je veux dire là, mais c'est un peu comme poser une*
370 *base, au sein du travail de soignant, c'est comme poser l'impossible interdit de l'inceste. C'est-à-dire*
371 *que, s'il n'y a pas une démarcation quelque part, une limite entre la relation du soignant et la relation*
372 *du patient je pense qu'on rentre dans une confusion qui ne permet pas d'avoir une fonction soignante*
373 *durable. À mon avis. Ce qui ne veut pas dire du tout qu'il n'y ait pas de sentiment profond, de*
374 *sentiment qu'il me paraît normal, compréhensible qu'on puisse rêver d'un patient, [?_54:25]*
375 *comment on peut rêver d'un ami, voire de l'aimer. C'est possible, mais c'est autre chose. C'est le*
376 *registre du fantasme. C'est le registre du rêve. Ce n'est pas le registre de la réalité. Je pense que là, à*
377 *mon avis il y a quelque chose du registre d'un interdit très sévère. Ça ne veut pas dire qu'on n'ait pas*
378 *de sentiment d'admiration, de sentiment même d'affection profonde pour des patients qui sont*
379 *parfois extraordinaires qui sont des gens absolument extraordinaires. Mais, je crois qu'il faut très*
380 *clairement... Ou alors on n'est plus dans le soigner. Ça me paraît très clair.*

381

382 Même si dans le atelier dès fois il y a des échanges dans l'acte chorégraphique, où il y a exactement
383 cet élément d'affinité, même d'érotisation comme vous avez dit, mais ça reste peut-être...qu'en
384 pensez-vous ?

385

386 *Moi je dirais... Mais je me trompe peut-être...C'est tout le problème du paradoxe du comédien,*
387 *comme on dit. C'est-à-dire, que le comédien il peut jouer le Don Juan et n'a pas un moindre sentiment*
388 *éventuellement envers la personne à qu'il s'adresse. Alors, c'est toujours le problème...*

389 *C'est-à-dire, le problème c'est que en même temps l'art, si on peut dire sans doute du comédien*
390 *ou du danseur, c'est d'aller le plus loin possible dans ce qu'il peut comprendre, dans ce qu'il*
391 *peut entendre; le plus loin possible tout en gardant une frontière. Et il me semble, alors c'est*
392 *compliqué, parce qu'en même temps ce qui est intéressant c'est d'explorer ; c'est d'aller toujours le*
393 *plus loin. Le problème c'est : ce n'est pas la même chose d'être d'un côté de la ligne et d'être de l'autre*
394 *côté de la ligne. Il semble qu'il y a une ligne, qui est quelque chose du registre de l'inceste. C'est-à-dire*
395 *du rapport amoureux désirant. Et il me semble qu'à l'adresse de la personne en question. Ce n'est pas*
396 *la même chose de trouver chez l'autre l'occasion de jouer ce rôle et en même moment de le ressentir*
397 *et de le vivre. Il me semble évident c'est quand même pas la même chose. C'est là où il pourrait y*
398 *avoir un danger. C'est quelque chose qui n'est pas très fréquent, mais qui existe. Par exemple le*
399 *fonctionnement psychique c'est notamment le délire érotomanie. C'est-à-dire, que les patients croient*
400 *aimer et être aimés par éventuellement un tel ou tel infirmier médecin etc. Si vous donnez la*
401 *plus petite parcelle d'occasion de faire croire que c'est vrai, c'est catastrophique. C'est*
402 *catastrophique.*

403

404 Et l'amitié entre patient et pédagogue?

405

406 *Je dirai pourquoi pas, mais il y a quand même cette nuance que je ferai : c'est que cet atelier est - me*
407 *semble-t-il, quand même - dans un registre thérapeutique. C'est ça, me semble-t-il la différence : que*
408 *ce n'est pas tout à fait un atelier comme les autres. C'est compliqué parce que d'un côté...bon, on peut*
409 *imaginer que des patients s'inscrivent dans un atelier à l'extérieur d'une façon complètement*
410 *détachée de l'hôpital. Il n'y a pas de soignants, l'hôpital ne paye rien, ne participe en rien, il se passe*
411 *ce qu'ils veulent avec les autres participants, ou avec les animateurs ou animatrices. C'est leur*
412 *affaire personnelle. Il me semble qu'à partir du moment où l'atelier est quand même dans un registre*
413 *thérapeutique, c'est-à-dire qu'il y a une présence et une intention thérapeutique, puisque c'est quand*
414 *même des soignants qui prennent sur leur temps de travail, qui sont délégués pour le faire qui ont une*
415 *participation, il me semble qu'il y a une certaine limite restrictive. Mais ça ne veut pas dire pour ça,*
416 *qu'il ne puisse pas y avoir des moments de partage plutôt très sympathique. Par exemple, je sais par*
417 *exemple que dans différents ateliers les gens vont déjeuner ensemble dîner ensemble ou participer à*
418 *une soirée, [?_01:00] ensemble. Ça c'est possible. Ça me paraît tout à fait possible. Mais ce n'est pas*
419 *tout à fait l'amitié.*

420

421 Alors, on passe à la vie sociale justement : entre soignant et patient. Comment les expériences de cet
422 atelier de la part des patients résonnent en vous ? Comment les expériences des patients au sein de
423 cet atelier résonnent en vous ? Vous avez pu en discuter avec eux ?

424

425 *Un petit peu. Mais c'est vrai que c'est un peu loin. Moi j'ai eu l'impression qu'il y a eu dans l'ensemble,*
426 *les gens avaient le sentiment de participer à une expérience tout à fait exceptionnelle. C'est-à-dire*
427 *quelque chose, un moment de découverte et de grand partage. Donc, vraiment quelque chose qui*
428 *sortait, qui s'est passé dans un lieu en dehors de l'hôpital, qui faisait de l'accompagnement du travail*
429 *thérapeutique, un moment vraiment détaché distinct parfois de la routine de la tristesse qu'il y a*
430 *parfois dans le service.*

431

432 En quoi l'atelier affecte votre révélation aux patients ? Est-ce que les patients vous perçoivent
433 différemment grâce, ou à cause de cette pratique ?

434

435 *J'avais un petit peu répondu avec ma participation... J'ai donné mon opinion à partir de, c'est une*
436 *impression peut-être, simplement une impression. C'est peut-être une illusion. En tant que chef de*

437 *service, en tant que médecin ayant soutenu l'activité, et puis comme d'autres d'ailleurs, il est possible*
438 *d'ailleurs qu'il y a un peu de retombés dans le sens où ça participe peut-être de l'impression, qu'ont*
439 *pu avoir certains patients, que j'étais vraiment dans le coup, si on peut dire, de cette sortie de*
440 *l'hôpital et ce fonctionnement l'extérieur. Donc, je pense que ça a pu contribuer à la [? _ 1:02:57]*
441 *que je souhaite, que je recherche c'est-à-dire que le soin ce n'est pas de confirmer un diagnostic, et*
442 *d'être bien dans les clous d'un protocole, mais le soin c'est bien d'accéder à une situation d'être*
443 *humain, de sujet vivant d'expérience, d'échange avec autrui, enrichissante, positive et qui ouvre à des*
444 *possibles.*

445

446 *Quel est pour vous le l'intérêt d'assister à des activités culturelles, comme de la danse, hors de*
447 *l'hôpital ? Ça veut dire : aller voir un spectacle ensemble...*

448

449 *Effectivement, ça ne m'est pas arrivé très souvent, mais ça m'est arrivé. Oui, c'est un peu quelque*
450 *chose de semblable, le fait de se retrouver ensemble, là comme spectateur à partager ensemble un*
451 *moment qui a une valeur partagée. Qu'il n'y a pas, en somme, une activité d'élite notamment la*
452 *danse et la danse contemporaine et puis de l'autre l'activité commune, qui serait entre guillemets de*
453 *façon dévalorisant 'populaire' et sans valeur, donc les choses sont partagées. Il y a rien qui soit a*
454 *priori, disons inabordable pour les gens qui soient malades ou pas malades, avant tout il s'agit de*
455 *fonctionner encore je le répète comme sujet humain, avec ses variétés d'expression, certaines*
456 *marquées par la souffrance, des difficultés à saisir le réel, s'imprégner du réel mais nous partageons,*
457 *parce que nous sommes sur la même travée, à distance de la scène et nous partageons des moments*
458 *qu'on peut estimer de grande valeur pour nos émotions. Donc, je crois que c'est cela. De même que*
459 *nous sommes capables de partager, disons aussi, une consigne collective dans un cours de danse,*
460 *dans nos activités, de même nous sommes capables de partager l'émotion en étant spectateur. Bon*
461 *alors, le fait aussi d'assister ensemble à un spectacle qui est donné par les animateurs, c'est quelque*
462 *chose qui ouvre à l'intérêt de continuer quoi.*

463

464 *On passe au rapport du soignant au pédagogue. Est-ce que ça affecte la qualité de l'atelier de*
465 *connaître les pédagogues, ou de les connaître en dehors de l'atelier, ou ça pour être aussi... La*
466 *question n'est pas claire... Est-ce que le rapport des soignants au pédagogue affecte la qualité de*
467 *l'atelier ou pas?*

468

469 *Oui bien sûr. Je pense que ça l'affecte. Maintenant ça peut l'affecter dans tous les sens; c'est bien*
470 *donc dans un bon sens, comme dans un mauvais sens. Mais ça c'est qu'un cas particulier. Du fait que*
471 *entre soignants, comment dirais-je, les interactions entre soignants sont différentes; entre soignants*
472 *qui se connaissent et entre soignants qui se tiennent un peu en distance. C'est vrai que j'ai un peu*
473 *des liens d'amitié avec certains médecins, ou certaines infirmières, ou psychologues, par exemple*
474 *que je n'avais pas avec d'autres soignants. Forcément ça interfère, évidemment parce que nous*
475 *n'agissons pas, comme je le disais en fonction de nos rôles, mais nous interagissons en fonction aussi*
476 *de ce que nous sommes comme personnes; avec nos goûts, nos préférences, nos affinités, et en*
477 *particulier [? _ 1:08:02] de liens de sympathie, voire de partage, voire d'expérience commune qui ont*
478 *lieu à l'extérieur de l'institution ou à l'extérieur de l'atelier, et qui forcément interfèrent dans notre*
479 *travail. Je crois que c'est un élément très important, qu'il faut prendre en compte, alors, en ayant en*
480 *peu conscience quand même, mais disons, en faisant aussi attention. Il serait très grave par exemple*
481 *de prendre des décisions, ou de favoriser - par exemple - tel ou tel patient, tel ou tel soignant dans sa*
482 *prise en charge, en fonction des relations d'amitié qu'on a avec lui. Forcément ça interfère, des*
483 *façons dès fois méconnues de nous-mêmes. Mais le plus possible, il faut y être vigilant. Ce n'est pas*
484 *parce que tel soignant est notre ami, qu'il a raison à tous les coups. Et forcément, ça amènerait à des*
485 *catastrophes ; et aussi sur le plan institutionnel. Mais qu'il y ait des relations extérieures, c'est*
486 *absolument inévitable; s'est même souhaitable. Mais là encore, en étant sensible à, justement, cette*
487 *dimension-là, qui modifie un peu, comme on dit, le champ relationnel avec telle ou telle personne,*
488 *ou tel ou tel soignant ou tel ou tel patient.*

489

490 Maintenant une petite question, pour trouver une certaine précision à ces questionnements : est-ce
491 que le fait – par exemple – qu'entre le pédagogue et les soignants la salutation se fait par des bises,
492 et avec le patients c'est que en se donnant la main. Et depuis maintenant deux ans, dans la durée,
493 dans l'intimité, il y a certains patients qui expriment spontanément l'envie de faire les bises, du coup
494 la norme n'est pas claire. Est-ce que ça pose un problème ?

495

496 *Non pas vraiment. C'est-à-dire que, parce que là aussi c'est des systèmes de convention.*
497 *Effectivement, ça traduit certainement quelque chose de plus... comment dirais-je... de plus personnel,*
498 *de plus intime si on peut dire, mais... Delors qu'il ne s'agit pas d'embrassades fougueuses, amoureuses*
499 *ça me paraît... ça me paraît pas... Mais il est arrivé, qui ait des patients... quand même je suis assez...*
500 *Je ne me laisse pas embrassé assez facilement. Mais, il y a eu parfois des patients qui ont voulu*
501 *m'embrasser à l'occasion de Noël, ou de nouvel an ou des choses comme ça. Je n'ai pas augmenté le*
502 *traitement pour ça. (Rires)*

503

504 On passe sur les rapports patients - patients: quel est l'impact de cette pratique sur la relation des
505 patients entre eux ?

506

507 *J'aurais du mal à...Je n'ai pas d'exemple flagrant. Peut-être qu'il m'a semblé entendre... D'abord, il*
508 *m'a semblé... mais peut être que je me trompe, il m'a semblé avoir entendu un, ou des patients, par*
509 *exemple, évoquer avec éloge - on pourrait dire avec admiration - telle ou tel, qui avait progressé, ou*
510 *qui s'était exprimé au cours de danse. Voilà, je crois que c'est ce qui se passait dans d'autres*
511 *occasions. C'est-à-dire que surtout dans quelque chose qui n'est pas verbale, par rapport à la*
512 *dimension non verbale, dans une dimension aussi où on a des patients... Je pense à certains patients*
513 *psychotiques, schizophrènes comme on dit, qui sont dans une espèce de fonctionnement*
514 *apparemment figé, très introverti, plus ou moins régressé, et de le voir au contraire s'animer d'une*
515 *façon paradoxale, ça illustre peut-être sur les autres, des possibilités qui n'étaient pas connues,*
516 *qui peuvent aider à nouer des liens, à favoriser l'admission du patient régressé, dans un monde plus*
517 *large.*

518

519 Il y a une troisième partie: c'est le rapport pédagogue patient mais vous avez déjà répondu dans les
520 précédentes questions.

521

522 *Il y a une question qui est régulièrement débattue et évoquée : le tutoiement et le vouvoiement. Alors,*
523 *moi de façon générale avec les patients, c'est toujours mon astuce : c'est de vouvoyer. Toujours. Je*
524 *comprends que beaucoup de soignants tutoient les patients. C'est compliqué, parce qu'on voit bien*
525 *que dans la vie quotidienne, pour un certain nombre de patients le vouvoiement est une mise à*
526 *distance insupportable. Bon... Il faut dire que c'est une affaire de sensibilité. Je pense que c'est*
527 *très bien dans une institution, qu'il y ait une variété. Qu'il y a des gens qui maintiennent ; qui*
528 *sont précis avec le vouvoiement et puis d'autres [?_01:15:00] le tutoiement et ça me paraît pas*
529 *gênant.*

530

531 Sur le rapport au corps, sur l'hygiène par exemple : est-ce que vous observez des évolutions par
532 rapport à leurs habitudes d'hygiène?

533

534 *Je serais incapable d'y répondre.*

535

536 Ça devrait être plutôt les infirmières que je devrais questionner...

537

538 *Oui.*

539

540 Sur leur vitalité et tonicité : de leur état tonique avant, pendant, après les séances, et à long terme.

541

542 *Je pourrais répondre que de façon un peu intuitive. On peut supposer que le bénéfice quand*
543 *même...c'est quand même, je pense, l'apprentissage d'une plus grande aisance à être, à se tenir...*
544 *disons au regard des autres, et peut-être aussi, ça participe aussi, peut-être d'une meilleure gestion*
545 *de cette animation du corps. Il peut y avoir un risque [?_01:16:27] pour des patients éventuellement,*
546 *à des moments de leur évolution, dans le sens d'une certaine désinhibition un peu hyperactive, ou*
547 *autre. Ce qu'on voit par exemple, lors de soirées qu'on organisait dans le service, dans des fêtes,*
548 *où il y avait des patients qui - sur des musiques un peu animées - n'arrivaient pas à s'arrêter.*
549 *C'est absolument hors... C'est très différent de ce qui se passe ; de ce que j'ai vu pendant les*
550 *séances. Il y a une espèce d'apprentissage... où la variété des expressions, et qui est: ne pas faire*
551 *n'importe quoi. Qu'il y a des moments plus souple effectivement, des initiatives mais aussi des*
552 *moments de contrôle. Et être frappé par le "stop, on arrête" voilà, des choses qui sont peut-être*
553 *des occasions d'apprendre à gérer, justement, les spontanéités motrices sur un mode quand même*
554 *plus modulé. Donc je me dis que ça peut avoir une certaine valeur.*

555

556 Sur l'image du corps que vous avez aussi évoqué tout à l'heure : en quoi cet atelier change leur image
557 du corps ? Leurs représentations, aussi sur leur façon de parler sur le corps?

558

559 *C'est un peu ce que je déjà évoqué... Il me semble qu'il y a dans cet atelier la possibilité, avec la*
560 *présence des consignes, avec la présence aussi des moments bien distingués, des synchronies*
561 *exécutées, il me semble qu'il y a une découverte peut-être pour les patients, que le corps peut*
562 *s'animer dans ses différents segments, mais selon un ensemble qui paraît plus unifié. Il me semble*
563 *que ça peut aider à une certaine restauration d'une image du corps qui n'est pas seulement le*
564 *déploiement des morceaux du corps, le morcellement tonique, disloqué, dissocié mais quelque chose*
565 *qui fait référence à la parole, la consigne éventuellement, qui fait référence aussi un ensemble le*
566 *groupe, et je pense que ça permet... d'aider à relier le corps à la voix, à la parole et au groupe,*
567 *l'ensemble des autres. Je pense que c'est positif mais je n'ai pas d'exemple précis.*

568

569 Il avait une question un peu plus spécifique, liée à la danse; là, on parlait de l'image du corps, qui est
570 plutôt une représentation mentale de son corps. Et après on a le schéma corporel, qui est plutôt de
571 la part du ressenti. C'est la perception corporelle qu'on a dans notre sentiment de... S'il y a eu ... Je
572 ne sais pas, des éléments de la part de patients qui parlent d'une modulation, d'un changement de ce
573 rapport au corps ou au ressenti corporel.

574

575 *Je suis dans l'embarras pour répondre de façon précis... Il me semble avoir donné quelques éléments*
576 *de réponse, dans les autres questions. Je ne crois pas avoir le souvenir des patients de façon précise,*
577 *pour qui j'ai cherché à savoir quels effets, etc. Moi, ce qui m'a paru essentiel, c'est qu'il y a des gens*
578 *qui ont réinvesti cette activité, c'est-à-dire qui ont trouvé une accroche dans la réalité, dans une*
579 *réalité temporelle, spatiale et fondamentalement relationnelle, stable, dans laquelle ils ont pu mettre*
580 *en jeu, ce que j'ai évoqué tout à l'heure... C'est quand même un des premiers signes de la maladie*
581 *psychique, la première expression de la maladie psychique serait souvent l'hypocondrie. C'est-à-dire*
582 *on a mal, on a mal partout, et puis une autre dimension de la maladie mentale, c'est effectivement un*
583 *vécu corporel qui se dissocie, qui se morcelle. Je pense que c'est par l'étayage sur une relation avec un*
584 *autrui, qui est soutenant auquel on peut s'identifier, que ce soit le pédagogue - enfin bon l'art-*
585 *thérapeute si c'est ce qu'on veut - que se construit un peu sur le même modèle, pas exactement*

586 *semblable, plus sur le même modèle : une synchronie, une organisation corporelle qui je trouve*
587 *réunifiait leur corps sur la voix, la consigne à la fois du groupe, et du thérapeute.*

588

589 Comme exemple plus précis, ça serait aussi la posture. Quand je vois des exemples de patients qui
590 ont tendance à s'enrouler, à fermer la poitrine, regarder toujours le sol. Est-ce que vous avez
591 remarqué de changement, même si c'est des exemples sporadiques ?

592

593 *Effectivement, il y a des postures qui sont très lourdes de sens. Effectivement, on peut imaginer que*
594 *là, la régression fœtale est quelque chose, une manière de fuir la réalité ambiante. Et au contraire une*
595 *espèce d'enfermement sur ces propres sensations synesthésiques sur un mode un peu autistique.*

596 *L'ensemble de soins cherche à ouvrir un peu cette posture vers... le regard tourné vers autrui, l'appui,*
597 *bon... c'est des notions aussi qui se rapprochent beaucoup des dimensions un peu phénoménologiques*
598 *[?_01:24:07], par le type de dialogue, le traitement, on essaye d'aider les gens à retrouver l'appui du*
599 *sol, et quelque part et finalement la danse participe à ce travail de l'appui.*

600

601 On passe maintenant au rapport à la discipline : la motivation initiale des patients. Est-ce qu'il y a une
602 évolution par rapport à leur motivation de participer au début, et la motivation plus tard ?

603

604 *J'ai du mal à répondre. On peut supposer que l'expérience de toute activité quelque part est un pari.*
605 *Les gens viennent à une activité avec un a priori... des a priori différents : "danse", "chorégraphie"*
606 *spontanément ils pourraient penser "danse de salon". Bon, rapidement ils ont compris que ce n'était*
607 *pas ça. Je crois qu'il y a ouverture ; ne serait-ce que à voir ce que ça a donné, la participation des*
608 *gens, la participation aussi au spectacle, d'un certain nombre, on voit que ils ont bien pigé de quoi il*
609 *s'agissait.*

610

611 Un peu maintenant sur une critique de la pédagogie appliquée : quelle pratique ou exercice semble
612 être plus adapté pour la psychiatrie ? Par exemple la question serait quelles choses sont à éviter pour
613 des patients en psychiatrie ?

614

615 *Il est évident que des gens sont dans une relation avec leur vécu corporel, ce que représente le*
616 *rythme, ce que représente la présence d'autres, qui sont dans des registres très différents. Donc on*
617 *peut imaginer que certains patients ont besoin de beaucoup de précautions, de beaucoup de temps*
618 *pour accepter les questions qui sont posées, le toucher, la mise en jeu des différentes parties de leur*
619 *corps. On voit des gens qui sont très très figés, [?_0127:02] colonne vertébrale, qui bouge pas du*
620 *bassin, qui sont gênés, qui donnent l'impression qu'ils ont peur de tomber. Donc c'est des registres*
621 *différents, qui peuvent correspondre à des pathologies aussi assez différentes. Dans l'ensemble, les*
622 *patients psychotiques notamment schizophrènes, certaines formes de schizophrénie notamment, on*
623 *imagine bien dans lesquels il y a la dimension très catatonique. C'est-à-dire, des catatonies sont*
624 *souvent de modalités d'expression corporelle très figées, dans lesquelles le corps a perdu sa*
625 *spontanéité et fonctionne sur un mode, qu'on décrit comme ça : des modes de mobilité cirrrose. On a*
626 *l'impression que c'est de la cire, qu'on déplace. S'il y avait une espèce de difficulté à la détente des*
627 *muscles agonistes antagonistes on peut dire, et qui y avait donc une espèce de lutte contre le*
628 *changement absolument vital. On voit bien, qu'il y a là des enjeux qui demandent du temps, de la*
629 *précaution, et c'est évident que ça serait dramatique de bousculer quelqu'un, et d'essayer de lui*
630 *imposer coûte que coûte le vécu dans un groupe, et puis un certain nombre de gestes peut-être en*
631 *précipitant un peu ce geste, qui serait tout à fait catastrophique. De même il y a une désinhibition aussi,*
632 *qui peut être excessif. Je pense des patients qui ont une tendance un peu maniaque ou hystérique où*
633 *ça peut présenter un certain risque.*

634

635 Quand vous étiez présents à ces ateliers vous souvenez des séances, où il y avait des mouvements
636 extrêmement lents ?

637

638 *Oui il me semble.*

639

640 Qu'est-ce que vous en pensez de ces exercices? Vous en pensez quoi de cette extrême lenteur ?

641

642 *Oui je pense que c'est des apprentissages. C'est une gestion du corps qui sort justement du quotidien.*
643 *C'est vrai que les gestes...ma gestuelle est souvent un gestuelle pratique. Souvent aux yeux des gens*
644 *et de soi-même on est dans une intentionnalité très concrète et pratique. On déplace un livre, on tape*
645 *sur ordinateur, on joue des jeux, voilà il faut être relativement rapide. La lenteur a l'avantage de*
646 *donner une autre dimension à la symbolique du corps, au ressenti corporel, à ce que représente un*
647 *déplacement. Je crois que c'est quelque chose qui ouvre à des prises de conscience peut-être très*
648 *intéressantes précisément sur l'image du corps. C'est très bien. Justement, ce qui est gestuelle...*
649 *proposer... qui sort même si elle en est l'écho, puisque on peut imaginer un déroulé ou de prendre*
650 *un objet, mais avec une grande lenteur, c'est quand même à la fois des exercices qui font*
651 *référence au quotidien, et en même temps qui permet de découvrir, qu'il s'agit d'un engagement*
652 *qui n'est pas seulement utilitaire, et qui est un engagement qui fait ressentir l'ensemble de ces*
653 *segments.*

654

655 Une des questions récurrentes, une des problématiques récurrentes, que l'on retrouve dans les
656 bilans avec l'équipe soignante : comment anticiper la fin d'un atelier à la fin de la saison ? Parce que
657 ça pose dès fois de problème d'arrêt radical pour les patients, et quel suivi pédagogique existe-t-il, ou
658 devrait exister entre ces segments, dans le temps qu'on appelle saison artistique (Qui est en général
659 d'octobre à mai ou juin)? Alors, qu'est-ce que vous en pensez?

660

661 *C'est quelque chose qui - à mon avis - se retrouve dans d'autres ateliers, évidemment, avec des*
662 *spécificités chaque fois, mais aussi, qu'il y ait quelque chose je dirais qui se prépare. C'est-à-dire, qu'il*
663 *me semble comme toute thérapie, comme tout engagement relationnel... c'est ce qu'il fait d'ailleurs,*
664 *justement qu'une erreur à mon avis, pour un soignant est tombé - tombé bon...- dans une relation*
665 *amicale avec un patient... c'est que le soignant lui il a ses congés, sa carrière va changer, il va muter*
666 *etc. Le patient lui, il va rester. C'est-à-dire, il faut que, me semble-t-il notamment dans une relation*
667 *thérapeutique, c'est ce qui différencie une relation amicale ou d'une relation familiale, c'est que on*
668 *sait d'emblée qu'il aura un fin. Il me semble. C'est fondamental; qu'elle se terminera. Une partie de la*
669 *pathologie psychologique psychiatrique, c'est aussi valable chez chacun, mais c'est particulièrement*
670 *évident, chez des personnes qui ont des problèmes psychologiques. C'est bien le problème de de la*
671 *séparation. Le problème de la fusion s'est que c'est l'éternité. Il n'y a pas de fin, il n'y a pas de limites.*
672 *Or, précisément s'il s'agit d'instaurer ou de restaurer, c'est bien la notion de 'tout et limité', 'tout*
673 *connaît une fin', 'tout connaît une interruption', et c'est quelque chose sur laquelle il ne faut pas*
674 *créer, ou entretenir l'illusion que ça va être pour toujours. C'est une illusion terrible. Et effectivement*
675 *[?_01:34:07] du petit homme de chacun d'entre nous c'est des expériences de séparation, depuis*
676 *qu'on est petit. On connaît sans arrêt des séparations. Durant toute sa vie, on connaît ça. Donc qu'il y*
677 *ait une activité, qui à un moment donné entraîne une séparation, c'est indispensable. Là où c'est*
678 *effectivement difficile, c'est si on a créé l'impression de quelque chose d'autre; de que quelque chose*
679 *qui est du registre du fusionnel, de "à jamais"... C'est très difficile de s'en dépêtrer. On laisse, on peut*
680 *laisser des patients qui sont dans des registres tellement abandonniques considérables, on peut les*
681 *laisser dans un état très pénible; avec le "souvenir inoubliable" et "à jamais", "réparé" de tel ou tel*
682 *soignant... Donc, quelque part la séparation me semble-t-il doit être de la première séance. Elle doit*
683 *être déjà instaurée quelque part. Et je pense que c'est indispensable qu'il y ait des séquences. C'est-à-*
684 *dire que le temps n'est pas infini, mais qu'il connaît des répétitions, de retours effectivement, mais*
685 *aussi des séparations. D'autre part, il m'a semblé que c'était capitale dans un fonctionnement*
686 *institutionnel mais c'est aussi valable dans la vie est partout, c'est qu'il y ait des circulations. C'est-à-*
687 *dire que [?_01:35:53] on peut avoir fait une saison je ne sais pas avec telle personne ou tel groupe*

688 *etc. on fait une autre saison avec tel autre et tel groupe, et qu'il y ait quelque chose de différent.*
689 *C'est-à-dire qu'on est sans arrêt dans, à la fois, différence et répétition. Et je crois qu'il faut que, bon,*
690 *moi par exemple j'ai quitté le service depuis maintenant quelques années... Je pense que les patients,*
691 *ils ont retrouvée auprès d'autres soignants, d'autres médecins quelque chose qui à la fois est un peu*
692 *ce qui s'est qui passé avec moi, sans doute, et en même temps un différend. Samedi je suis passé à*
693 *Château-Renault, ou j'ai travaillé et j'ai quitté il y a plus de 20 ans, j'ai retrouvé des patients. Ils sont*
694 *encore là. Ça fait 20 ans je les ai pas vus. Pour certains d'entre eux. Ça n'empêche que je suis*
695 *persuadé qu'ils ont trouvé auprès d'autres, qu'ils ont trouvé autre chose. Et puis il se trouve que dans*
696 *la vie parfois on voit quelqu'un cinq minutes au hasard, etc. bon, très bien... C'est un passage c'est*
697 *tout.*

698

699 Est-ce que vous avez des observations à faire par rapport aux impacts sur leur capacité expressive ?
700 Sur l'expressivité?

701

702 *Eh bien, je manque un peu d'éléments pour pouvoir répondre. Mais ce que je veux dire, c'est le fait*
703 *d'avoir vu certains patients dans l'atelier ou au spectacle, ça nous le fait...les regarder de façon*
704 *différente. Je pense qu'en soi ça facilite aussi une relation différente, de la part des patients à mon*
705 *égard et réciproquement. C'est comme ça que je répondrai.*

706

707 Ça, vous avez répondu aussi à peu près au début : la discussion sur les impacts ; sur ce que vous
708 considérez comme thérapeutique, parce que s'est un atelier artistique et pédagogique, mais il y a
709 comme on voit, des effets thérapeutiques. Vous l'avez évoqué au début...je ne sais pas si vous avez
710 des choses à rajouter.

711

712 *Non.*

713

714 Pour la fin... dernière question : Est-ce qu'il y a quelque chose d'autre, que voudriez dire sur cette
715 expérience, qu'on n'a pas évoqué dans ce questionnaire ?

716

717 *On a évoqué pas mal de choses. (Rires)*

718

719 Moi je voulais juste vous faire part de mon expérience. Quand vous avez parlé du fait que le
720 pédagogue doit être clair... Moi, au début je n'étais pas très clair sur mon intention d'être pédagogue
721 thérapeute. Moi, j'avais une couche un peu inconsciente, que je voulais soigner ; faire du bien à ces
722 patients en psychiatrie, et puis j'ai découvert ça, grâce à un suivi psychothérapeutique personnel, où
723 on m'a fait découvrir que : 'voilà, je ne suis pas là pour les soigner'. Je suis là pour partager une
724 expérience artistique avec eux, et s'il y a des effets thérapeutiques c'est tant mieux.

725

726 *Oui, tout à fait. Je crois qu'en effet, il y a rien de pire qu'un art thérapeute, fin quelqu'un qui*
727 *intervient... Le mot art-thérapeute est complexe, parce qu'effectivement ce n'est pas toujours*
728 *adapté... Je pense que l'artiste intervient. Il intervient comme artiste. Voilà. Mais il est évident qu'il y a*
729 *dans la fonction thérapeutique, quelque chose qui dépasse le statut de soignant. C'est-à-dire que*
730 *chacun de nous est un peu thérapeute de son prochain quoi. Et alors, il ne s'agit pas de se prendre*
731 *pour un thérapeute, mais il s'agit d'être peut-être plus sensible et puis ce n'est pas un hasard que ça*

732 *soit avec des patients que l'artiste intervienne. Il y a aussi des soignants qui sont là en tant que*
733 *soignant, mais ils sont aussi là en tant que personnes. Ce qui facilite peut-être l'expression de ces*
734 *sensibilités soignantes quoiqu'on fasse. Fin, parce qu'on a une espèce de sensibilité qui répond aux*
735 *difficultés d'être, d'un certain nombre des gens. [?_01:40:43] je pense que les soignants qui*
736 *interviennent, qui vont à la danse, et ce qu'ils sont tous très bien dans leur corps? Je n'en sais rien.*
737 *Dans leurs esprits? J'en sais rien, peut-être pas, mais ils ont besoin aussi de se soigner, donc ils en*
738 *profitent par ce biais-là, même ceux qui font la peinture du chant... Donc, je crois qu'il y a une*
739 *dimension thérapeutique officielle, et il y a une dimension thérapeutique de surcroît, qui est facilitée*
740 *par le fait que c'est quand même l'hôpital qui... Enfin l'hôpital, ce sont des soignants qui sont*
741 *impliqués, et des patients qui sont impliqués dans cette aventure quoi.*

742

743 *À un certain moment, intuitivement, j'appliquais des ateliers, ou des rapports au corps que*
744 *personnellement moi je traversais, dans ma vie personnelle ; qui m'ont soigné moi-même...*

745

746 *Oui bien sûr...*

747

748 *...Qui me faisait du bien.*

749

750 *...Absolument.*

751

752 *Transposer ça...*

753

754 *Mais je crois comme chacun de nous est thérapeute, je crois que c'est notre propre expérience de la*
755 *dépression, de l'angoisse, de la persécution, de la peur, de la panique... c'est comme ça que l'on*
756 *peut...oui? Mais là encore, c'est toujours un fonctionnement à la limite. C'est-à-dire qu'on peut*
757 *comprendre la folie, c'est-à-dire le fait de partir en petits morceaux, sans y tomber. [?_01:42:09] sans*
758 *doute une expérience différente, une expérience entre que... mais à ce moment-là on ne peut plus*
759 *intervenir. Mais, il faut s'approcher, le plus possible. Effectivement, il y a des gens qui évoquent des*
760 *expériences où il faut pas [?_01:42:22] heureusement, ils ressentent des émotions [?_01:42:27]*
761 *absolument épouvantables ou des vécus très dramatiques, ou des histoires très fines [?_01:42:38] ce*
762 *qui peut se passer, de dislocation mentales... Là, il y a un patient, j'ai deux ou trois patients qui m'ont*
763 *raconté ça, je l'évoque, qu'ils me racontaient, que quand ils marchaient, ils avaient l'impression de*
764 *s'enfoncer avec chaque pas. Une expérience extraordinaire. Mais on peut sentir que ce que ça veut*
765 *dire, que cette perte de sécurité de sol sur lequel nous pouvons nous appuyer pour marcher. Voilà*
766 *quelque chose qui... Le monde est un immense marécage, qui nous engloutit... ça ouvre des horizons*
767 *terribles.*

768

769 *Vous me rappelez à une autre situation, qui est nouvelle pour moi. L'opposé de ça. C'est une des*
770 *patientes qui a commencé l'atelier l'année dernière, mais on n'a pas vu souvent. Cette année elle*
771 *redémarre, et elle a toujours le regard en bas, et un manque de tonicité terrible. Elle participe*
772 *toujours au cours avec beaucoup d'aide des accompagnants. Et la seule fois que je l'ai vu sourire,*
773 *c'était au moment de la demande d'un atelier de chute, sur un matelas. Elle était dans un plaisir, elle*
774 *rayonnait...Le seul moment où elle rayonnait, c'était au moment de la chute; être allongé sur le*

775 matelas accueillant, où elle était accompagnée par deux personnes pour faire la chute... Peut-être
776 une envie de s'enfoncer... De se faire porter...je ne sais pas.

777

778 *Oui...*

779

780 C'est un acte poétique pour nous. Nous, on voit le côté artistique d'être accompagné par quelqu'un
781 et se laisser tomber.

782

783 *Entendu.*

784

785 Une chute peut-être une image poétique, avec des effets thérapeutiques bien sûr.

786

787 *La leçon de chute, enfin pour moi, c'est surtout écho à la notion de soutien et particulièrement*
788 *auholding". C'est un terme classique, ou une expérience fondamentale de l'enfant de se sentir en*
789 *sécurité porté, et au contraire l'idée de la chute, c'est une idée qu'il n'y a plus deholding". C'est-à-dire*
790 *qu'il n'y a pas eu de parents suffisamment porteurs, pas seulement physiquement. C'est vrai qu'il y a*
791 *des expériences fréquentes qu'on peut avoir... c'est celle de la répétition des épisodes traumatiques,*
792 *dans lesquelles on prend du plaisir. Je le raconte souvent, les enfants qui demandent aux grands-*
793 *parents racontent moi encore, le loup quand il mange la grand-mère"! Raconte encore!" Il y a un*
794 *plaisir. Et puis avoir un plaisir, alors ce paradoxal à revivre une expérience dont on sait qu'on va*
795 *échapper. Parce que ce n'est pas une chute dangereuse brutale. Il y a le plaisir de vivre quelque chose*
796 *qui est peut être traumatique, [?_01:45:37] tentative de distanciation.*

797

798 Très bien merci beaucoup.

1 Retranscription de l'entretien avec Béatrice, le 21-01-2014

2 **Âge : 50 ; Position : Psychomotricienne ; Années au projet : 3**

3 Alors on va commencer avec la question sur l'organisation administrative, des questions sur
4 l'organisation administrative. Sur l'évolution de la procédure. Parlez-moi de l'organisation et la mise
5 en place de cet atelier, de la complexité, les responsabilités, la durée, et de la faisabilité aujourd'hui.

6 «Alors la faisabilité par rapport au passé, c'est plus facile parce que maintenant les choses sont
7 installées tant au niveau de la convention qu'au niveau du budget, donc c'est beaucoup plus facile à
8 mettre en place aujourd'hui, c'est une reconduction de ce qui c'était fait avant. Pour la mise en
9 place, c'est vrai que ça été assez complexe, puisqu'il fallait à la fois avoir une autorisation médicale,
10 du côté du soin, et une autorisation du côté administrative, à savoir la direction de l'hôpital, la
11 direction des soins et aussi la direction juridique, car il s'agissait de faire venir quelqu'un d'extérieur
12 au personnel soignant. A partir du moment où s'est soutenu médicalement, on se rend compte
13 qu'administrativement ça va beaucoup plus rapidement. Après il y a la question du budget bien
14 évidemment, et là c'est un peu la même chose, quand c'est un projet qui est soutenu par
15 l'institution, on trouve le budget nécessaire même si ça doit se faire au détriment de quelques autres
16 choses, c'est un choix de l'institution de faire ce groupe-là. Il faut bien argumenter sur la nécessité
17 d'avoir un budget pour une activité qui se passe à l'extérieur de l'hôpital. »

18 Avez-vous ressenti une différence au niveau de la perception des institutions, au début c'était entre
19 institutions, entre le CCNT et le CHRU, et plus tard, depuis deux maintenant entre institution et
20 association, CHRU et l'association OMNIVION ?

21 « C'est compliqué pour moi d'en parler, parce que je n'ai pas travaillé avec le CCNT, je suis arrivée au
22 moment où l'association Omnivion a été créée. »

23 Sur la temporalité, que pensez-vous de la durée et de la fréquence des ateliers, la quantité, la
24 qualité ?

25 « Pour la temporalité, une séance hebdomadaire c'est un bon rythme. Le fait que ce soit dans un
26 temps fixe, c'est bien, c'est un bon repère pour tout le monde, pour l'organisation du service, mais
27 aussi pour les patients. Je pense c'est repéré au niveau du temps, sur la durée, c'est un bon
28 compromis entre le fait que ce soit le matin, on est dans un réveil corporel et on arrive à l'heure du
29 déjeuner. C'est un bon compromis, au niveau de l'installation, de la durée, c'est quand même une
30 activité qui demande de l'énergie et qu'il ne faudrait pas que ce soit plus long. La durée est vraiment
31 très bien dans la mesure où à l'intérieur même de cette durée, on sent qu'il y a des compartiments
32 au niveau du temps, il y a l'installation, le départ, et entre ces deux points il y a la séance, je trouve
33 que la façon dont s'est construit, c'est très bien. »

34 Et la fréquence, il y a 14 séances dans une année ?

35 « 14 séances, je trouve que c'est bien, personnellement, il y en aurait un peu plus, je trouve que ce
36 serait bien de pousser jusqu'au mois de mai par exemple. On aurait une vingtaine de séances ce
37 serait aussi bien. Il faut du temps pour s'installer, un petit peu plus me semblerait bien. »

38 Sur l'organisation toujours, que pensez-vous de l'efficacité de gestion... le rapport à la hiérarchie
39 administrative, comment perçoivent-ils votre engagement à l'atelier ?

40 « Je fais partie des gens sans doute qui ont permis que ce projet aboutisse, j'étais très motivée et j'ai
41 donc pu convaincre les autres. Le retour depuis trois ans que ce groupe existe, c'est que maintenant
42 on ne remet même pas en question le fait que ça puisse exister, c'est vraiment passé dans les
43 activités importantes du service et c'est repéré par la hiérarchie et par l'ensemble des collègues.
44 L'atelier chorégraphique est plutôt bien perçu. Au niveau de la hiérarchie de l'hôpital, je pense que
45 ça commence aussi à être perçu, on a été contacté par la direction de la communication pour en

46 parler. Au niveau des conventions c'est pareil, on n'a pas trop de difficultés, c'est une activité qui est
47 bien perçue, sur le terrain on a des bons retours. »

48 Connaissez-vous les échos au sein de l'équipe dirigeante et s'ils considèrent cette activité comme
49 une activité occupationnelle, culturelle ou thérapeutique ?

50 Dans le service c'est clairement une activité thérapeutique. Tous les patients qui font partie de cette
51 activité, cela a fait partie de discussions en réunion, cela fait partie du projet de soin du patient, c'est
52 un maillon de la chaîne du soin, donc c'est clairement pour nous et pour l'ensemble du personnel et
53 de la hiérarchie, considéré comme une activité thérapeutique. »

54 Avec quels critères choisissez-vous les patients qui vont participer ? Est-ce que c'est prescrit ou est-ce
55 que c'est un choix libre du patient ?

56 « C'est intéressant comme question, parce que cela nous a posé problème la première année on
57 avait beaucoup de candidats. Il y avait eu une présentation, et beaucoup de gens voulaient en faire
58 partie, et nous avec les médecins, on ne souhaitait pas que ce soit une activité sur prestations
59 médicales qui auraient entraînés l'élimination d'autres patients, donc on a fait le choix d'une
60 candidature libre des patients, et de fait, spontanément les gens qui ne correspondaient pas, qui ne
61 s'y retrouvaient pas sont partis. On s'est donc retrouvé avec le nombre de patient qu'il fallait, le
62 groupe a un nombre de patients limité. Depuis cette année, cela a quand même fait l'objet de
63 discussions, on avait plusieurs patients qui étaient prévus et là on a vraiment discuté de l'intérêt
64 thérapeutique pour ces patients là, dans la mesure où certains d'entre eux n'étaient pas
65 complètement stabilisés au niveau psychique. Ce n'était pas vraiment une prescription médicale,
66 mais un vrai choix thérapeutique de les intégrer dans ce groupe là, dans tous les cas on a l'accord du
67 médecin. »

68 Quels risques potentiels identifiez-vous dans cette activité ?

69 « Ce ne sont pas des risques qui sont particuliers à cette activité, je pense que ce sont des risques que
70 l'on peut avoir quand on propose à des patients qui ne sont pas toujours bien, de participer à une
71 activité où il est question d'être avec les autres, de travailler un certain nombre de choses, que ce
72 soit au niveau physique ou psychique, le fait aussi d'être à l'extérieur, ce sont des risques d'angoisse,
73 de crise d'angoisse. Ce n'est pas particulier à cette activité-là, et l'intérêt c'est que l'on est aussi des
74 soignants et que l'on doit accompagner cela. »

75 Considérez-vous que le pédagogue doit connaître la pathologie des patients, ou pas ?

76 « Je pense que ça peut être un frein à la spontanéité de ce que propose le pédagogue. Je pense que
77 c'est bien qu'il y ait quelqu'un dans le groupe, en tous cas celui qui anime en l'occurrence, qui soit
78 vierge de toutes cultures psychiatriques et que justement c'est l'interaction entre nous les soignants
79 qui avons chacun une culture psychiatrique différente d'ailleurs, mais qui avons une connaissance
80 des pathologies psychiatriques, et quelqu'un justement qui amène autre chose, c'est une ouverture
81 pour moi, une liberté aussi dans ce qui peut être proposé sans avoir le frein de se dire, et si je fais
82 ça... on se pose les mêmes questions mais pas avec le même filtre. »

83 Considérez-vous nécessaire de redéfinir votre rôle dans cet atelier et si oui comment ?

84 « Non, je ne considère pas qu'il faut que je redéfinisse mon rôle, j'ai pris une place qui me semblait
85 être la mienne, c'est-à-dire à la fois de participant, puisqu'il n'y a pas de spectateur, on participe avec
86 ce qu'on est, et en même temps il faut qu'on soit vigilant puisqu'on est là pour accompagner et
87 soutenir le travail du pédagogue et c'est comme ça que je vois mon rôle, je trouve que ça fonctionne
88 très bien comme ça. »

89 Que pensez-vous d'un point de vue éthique de la participation des patients et des soignants à une
90 représentation publique ?

91 « A partir du moment où le groupe est d'accord ça me semble être quelque chose de positif au sens
92 où un travail thérapeutique peut aussi aboutir à une représentation publique, où il ne s'agit pas de
93 montrer sa folie mais de justement montrer que l'art permet d'être une passerelle entre ce qu'on
94 peut dire de la folie, ce qu'on peut imaginer de la folie, et le monde de l'expression artistique. Ça ne
95 me pose pas de problèmes d'un point de vue éthique. »

96 Que pensez-vous de la pratique du toucher dans ces ateliers ?

97 « Alors c'est vrai que ça peut être un point sensible. De l'expérience que j'en ai, je n'ai jamais vu de
98 débordements, de dérives. Je pense que c'est un des axes qu'il est nécessaire d'aborder puisqu'on ne
99 peut pas travailler autour du corps sans travailler autour du toucher. Après évidemment, il faut être
100 vigilant, puisqu'on sait que pour certaines personnes parmi les patients, parmi les soignants
101 aussi d'ailleurs, de l'expérience que j'en ai, on sait que le toucher ce n'est jamais anodin. Cela peut
102 être vécu comme une intrusion, comme une pénétration, comme quelque chose de dangereux, mais
103 dans le cadre du groupe cela ne m'a jamais semblé décalé, c'est-à-dire que cela avait un sens dans le
104 travail qu'on faisait, ce n'était pas toucher pour toucher. »

105 Considérez-vous que des liens amicaux entre les différents acteurs poseraient des problèmes ?

106 « C'est une question difficile, est-ce que c'est des liens entre soignants et soignés par exemple ? je
107 vais répondre à titre personnel, sans faire de généralités, de l'expérience que j'en ai, c'est vrai que de
108 partager cette activité ça crée des liens particuliers entre les gens, je n'irais pas jusqu'à dire que ça
109 crée des liens amicaux, puisque quand même je le fais dans le cadre de mon activité professionnelle
110 et que donc pour moi ce serait difficile de passer d'un lien professionnel, même s'il peut être
111 chaleureux, à un lien amical au sens où je l'entend. Pour moi un lien amical, ce serait vivre en dehors
112 de toutes activités professionnelles des choses avec les patients ou les soignants, les autres
113 participants, ce qui n'est pas le cas. Par contre oui, cela crée des liens très particuliers, ça retisse des
114 liens, ça les resserrent, c'est une expérience humaine, du sentiment humain, qui ne me pose pas de
115 problèmes particuliers. »

116 On continue sur la vie sociale, comment les expériences des patients résonnent en vous ?

117 « C'est toujours très intéressant de voir que c'est un peu un moment de transformation, cet atelier
118 en tous cas, dans la façon dont les patients peuvent soit en parler, soit dans leur attitude
119 personnelle. C'est comme un moment de passage, d'un état à un autre, moment dont on peut
120 reparler après dans la semaine, qui a des effets dans l'instant et qui peuvent se prolonger. C'est
121 vraiment un outil pertinent dans le dialogue qu'on peut avoir avec les patients dans leur histoire de
122 vie, ce qu'ils peuvent nous dire de leur souffrance, je trouve que c'est très enrichissant dans ma
123 pratique quotidienne auprès des patients, ça me donne des éléments en plus pour aller plus en avant
124 dans le travail que je fais avec eux. »

125 « Cela rejoint même la question des liens amicaux, on a cette parenthèse avec un groupe qui est
126 toujours le même, les élus, dont on fait partie, donc cela crée évidemment une espèce de complicité
127 mais on est aussi amené à partager cela avec le reste de l'institution donc c'est intéressant. Dans ma
128 pratique professionnelle, c'est un élément important parce que je vois aussi les patients en
129 individuel, et sur la question du corps, et même en groupe, ça m'enrichi et cela enrichi ma
130 pratique. »

131 Quel est l'intérêt d'assister à des activités culturelles communes liées à la danse, hors de l'hôpital,
132 aller voir des spectacles par exemple ?

133 « C'est toujours la question des passerelles, parfois la folie ça isole, et la danse c'est une passerelle
134 vers autre chose, et le fait d'aller voir des spectacles, c'est aussi partager avec tout un chacun un
135 spectacle, à la fois quelque chose d'esthétique, comme on va voir une exposition, un musée, on va
136 voir un spectacle de danse, mais aussi quelque chose qui résonne en nous par rapport à notre propre

137 pratique. C'est bien, cela permet de prendre du recul, d'extrapoler sur tout ce qu'il est possible de
138 faire avec son corps, en référence à ce que nous on fait dans ce groupe-là. C'est très intéressant. »

139 Comment s'organisent ses sorties culturelles ?

140

141 « En général, il y a quelqu'un qui fait une proposition, ça peut être un patient ou un soignant, les
142 patients qui sont intéressés s'inscrivent et on essaie d'organiser avec eux sur la question du budget,
143 c'est souvent là que ça coïncide. Cela peut être des patients qui sont hospitalisés à temps plein, pour
144 qui aller dans une salle avec plein de monde, n'est pas toujours évident, ça fait aussi partie d'un
145 travail thérapeutique, et trouver des soignants qui sont aussi prêts à accompagner en dehors de leurs
146 horaires habituels de travail, mais en général, ça arrive toujours à se faire, on arrive toujours à
147 trouver des gens motivés. »

148 Il y a toujours une autorisation du médecin ?

149 « Oui pour n'importe quelle activité, en particulier les activités qui ont lieu en dehors des locaux
150 hospitaliers. Il y a bien sûr, non seulement une autorisation médicale, c'est discuté avec les médecins
151 et en équipe soignante, et parfois pour certains patients on peut avoir la nécessité d'une autorisation
152 préfectorale, si ce sont des patients qui sont en placement sous contrainte. Il y a certains dans le
153 groupe, qui sont en placement sous contraintes, donc il y a nécessité d'avoir une autorisation
154 préfectorale. »

155 On passe au rapport entre soignants et pédagogue, est-ce que cet atelier permet les échanges entre
156 les soignants et le pédagogue, parlez-moi de ces échanges, il y a-t-il des liens qui se créent ?

157 « Souvent on a pas trop de temps pour discuter, alors je pense que ce n'est pas forcément le temps
158 de la séance qui est le meilleur moment, parce que je résiste toujours à cette tentation qu'on a en
159 tant que soignants, d'être entre nous, et j'ai remarqué de temps en temps, que les soignants avaient
160 tendance à se regrouper dans un coin pour discuter, et ça, c'est vraiment quelque chose que moi, je
161 ne lutte pas contre, parce que ce n'est pas vers ça que je vais spontanément, mais il faut se méfier de
162 ça. Justement dans la cohésion d'un groupe, l'intérêt est à ce qu'il y ait un mélange et que pendant le
163 groupe en tous cas, il n'y ait pas trop d'échanges entre soignants et pédagogue, que si on a besoin
164 d'éclaircir quelque chose, soit ça se fait devant tout le groupe, si on pense que ça peut se faire
165 devant tout le groupe, soit on le fait en dehors du temps, et je ne pense pas que ce soit au moment
166 de la séance qu'il faut le faire. Si on sent qu'il y a une question qui se pose dans le fonctionnement du
167 groupe, c'est bien d'en discuter avec tout le monde, y compris les patients, de ne pas trop séparer.
168 Après quant au travail plus spécifique, les questions qu'on peut se poser pour tel ou tel patient,
169 effectivement je pense qu'il est peut-être nécessaire, si on en a besoin, de s'appeler au téléphone,
170 mais ça doit se faire en dehors de la séance. »

171 Certains soignants connaissent le pédagogue, et d'autres pas, il y a peut-être plus une ouverture
172 amicale, et des choses qui pourraient rendre confus certains patients, l'exemple c'est la bise, la façon
173 que l'on a de se saluer, certains ont le droit, certains pas, pareil avec les soignants, y a-t-il un impact
174 à cette intimité qui se crée différemment, hors du cadre professionnel ?

175 « C'est intéressant, c'est une question que je me suis posée, et moi ça me pose un problème. Pas
176 entre le pédagogue et les participants, parce qu'il n'y a pas trop de différences entre les soignants et
177 les patients. J'ai l'impression que le pédagogue fait aussi la bise à certains patients. Je me suis
178 vraiment beaucoup posé la question puisqu'en fait quand on arrive, on serre la main aux patients et
179 on fait la bise entre soignants, ça me pose un problème. Je n'ose plus tendre la main à mes collègues
180 parce qu'ils vont se demander pourquoi d'un seul coup je ne leur fait plus la bise !, mais sincèrement
181 j'en aurais fortement envie, pour justement qu'il n'y ait pas cette différence. Après qu'il y ait des
182 liens amicaux, c'est dans tous les milieux professionnels, mais ça n'a peut-être rien à voir au moment

183 du groupe. On sait qu'il y a des affinités, des gens qui travaillent depuis plus longtemps et ça sans
184 forcément le marquer, entre le je serre la main et je fais la bise. Il y a des collègues que je connais
185 moins que certains patients qui m'ont spontanément fait la bise parce qu'on était soignants, du
186 même clan. Cela me pose problème. »

187 Quel est l'impact de cette pratique pédagogique sur les relations des patients entre eux ?

188 « Il y a une espèce de complicité qui s'installe, un regard différent entre eux aussi. J'accompagne les
189 patients en voiture, c'est intéressant de voir ce que les patients peuvent en dire sur les temps de
190 trajet. Quand ils parlent des autres, ils parlent souvent de ceux de leur service d'ailleurs, ils
191 apprennent à se connaître différemment, souvent finalement ils se rendent compte soit qu'ils sont
192 aussi fou les uns que les autres, soit finalement ils ne sont pas si fou que ça, et je trouve que ça
193 abrase tous les discours qu'on peut avoir, et toutes les tensions qu'on peut avoir sur certains patients
194 ici, et qui du coup se retrouvent dans le même groupe, voir même parfois qui ne souhaitaient pas
195 participer au groupe parce qu'untel ou untel y était, et en insistant on se rend compte que ça aide les
196 patients dans la tolérance de la folie de l'autre, et que ça installe de la confiance, peut-être même
197 des liens un peu plus chaleureux qui se poursuivent dans l'institution, après. Cela atténue les conflits
198 et les qui pro quo qu'il peut y avoir. »

199 On passe au rapport entre pédagogue et patients, qu'observez-vous des liens qui se développent ? Le
200 pédagogue devrait-il garder plus ou moins de distance ?

201 « Je ne sais pas ce qu'on appelle distance, mais compte tenu du type de travail qui est proposé dans
202 cet atelier, il est difficile de garder de la distance. La distance que propose le pédagogue est la bonne,
203 en même temps il est très impliqué dans ce qu'il propose et en même temps on sent qu'il est un petit
204 peu à côté, il va proposer, il va accompagner, il va parfois participer, mais il y a toujours un décalage
205 par rapport à nous, notre participation, je trouve que c'est bien. De ce que je ressens des patients, ils
206 ont une grande confiance, ils ont une certaine admiration aussi, ils ont confiance dans ce que leur
207 propose le pédagogue, ce qui leur permet d'aller sans doute plus loin dans ce qu'ils font. Le
208 pédagogue peut aussi à certains moments, s'investir corporellement, ce qui fait que du coup le
209 patient se sent autorisé à faire des choses qu'il ne se serait pas autorisé à faire à d'autres moments.
210 Le pédagogue a une position particulière dans le groupe par rapport aux autres accompagnants,
211 c'est intéressant et nécessaire, ça évite justement la confusion et ça donne un cadre, une structure et
212 une sécurité pour les gens. Oui il peut faire beaucoup de choses, mais il est là comme un veilleur du
213 groupe. »

214 On passe sur le rapport au corps, commençons par l'hygiène, percevez-vous des évolutions par
215 rapport à leurs habitudes ?

216 « Il est clair que pour certains des patients qui participent, il est certain qu'ils vont aller à la
217 chorégraphie, qu'ils vont être en groupe, qu'ils vont être proche des autres au niveau corporel. Il y a
218 un souci d'être présentable, ils vont sans doute prendre un soin un peu plus particulier ce jour-là à
219 faire leur toilette, à s'assurer qu'ils sont à peu près bien habillés. Oui, il y a une volonté de prendre un
220 peu plus soin de soi ce jour-là. »

221 Sur la vitalité, et la tonicité, parlez-moi de leur état tonique, avant, pendant et après les séances,
222 même à long terme dans leur quotidien

223 « Sur la question de l'état tonique c'est très fluctuant, globalement, pour un même patient en
224 fonction de l'état des jours, il pourra être dans quelque chose d'hyper tonique, dans un tonus
225 stabilisé, ou au contraire dans une grande fatigue, un manque d'énergie, une hypotonie, mais quel
226 que soit l'état tonique dans lequel arrive ces patients, ce groupe a une fonction de régulation. Si un
227 patient est très effondré, ça va lui donner du corps, de la structure, et si un patient est au contraire
228 extrêmement tonique, très tendu, ça va lui donner un peu de souplesse et de malléabilité.
229 Globalement, ce groupe a une fonction de régulation. »

230 Sur leur image du corps, voyez-vous des évolutions par rapport à la perception de leur image du
231 corps, la façon de parler, la représentation du corps ?

232 « Ce n'est sans doute pas aussi clair que ça, ce que je peux constater qu'ils explorent des choses
233 différentes qui leur permettent d'habiter leur corps, je pense en particulier à une patiente qui
234 participe qui a toujours l'impression de perdre la tête au sens propre comme au sens figuré, et
235 depuis qu'elle a commencé ce travail- là, parle beaucoup moins de la perte et du détachement de la
236 tête du reste de son corps. Ce n'est pas encore clairement identifié mais les patients disent, je me
237 sens bien, je suis bien, je suis détendu, ça me donne de l'énergie. Cela a un effet et sur le schéma
238 corporel, dans la conscience qu'ils peuvent avoir de leurs corps, et aussi de leur représentation
239 interne, de ce qu'ils peuvent en ressentir. »

240 Y-a-t-il des évolutions sur leur postures, sur leurs démarches ?

241 « On peut constater que oui il y a des évolutions, c'est comme le tonus, c'est fluctuant d'une séance
242 à l'autre en fonction de l'état du patient quand il arrive. On voit des patients qui sont toujours, pliés
243 en deux, et qui d'un seul coup sont dans une verticalité qu'ils avaient un peu perdu, alors parfois ça
244 dure une fraction de seconde, puis parfois ça dure plusieurs minutes, donc on voit une différence.
245 C'est dans la question d'habituer son corps, les patients habitent ou ré-habitent leurs corps, ce qui
246 fait que ça leur donne une verticalité, une meilleure amplitude, et du coup cette sensation que le
247 corps n'est pas qu'une souffrance, une espèce de jouissance du corps qui est parfois un peu oubliée
248 pour eux. »

249 On peut parler un peu de leurs motivations, comme il y a eu des patients parfois qui ont du mal à se
250 lever le matin ou à se motiver pour venir, on observe quand même une présence assez engagée dès
251 qu'ils sont là, qu'observez-vous de leurs motivations avant ou après l'atelier ou sur la durée, est-ce ça
252 change, est-ce qu'il y a certains qui veulent arrêter ?

253 « Je pense que pour un certain nombre de patients, en tous cas dans ceux que j'accompagne, le
254 début a été difficile, c'est-à-dire que certains patients avaient tendance à se mettre sous leurs draps,
255 à ne pas se lever. Ce n'était pas forcément propre à ce groupe-là, je pense que c'est un peu la peur
256 d'aller dans un lieu pas très connu, avec des gens pas très connus non plus, sur des expériences un
257 peu nouvelles, pour certains d'entre eux, donc c'est là où nous on prend toute notre place
258 d'accompagnant. On parle du groupe, on parle de ce qui va se passer, on dit qu'on est attendu aussi,
259 qu'il y a des gens qui nous attendent, que quand certains d'entre nous ne sont pas là, c'est un
260 manque, il y a une absence, qu'on la note. Les deux premières séances, on a beaucoup parlé de ça et
261 maintenant je pense que les gens ont été rassurés et du coup on a plus du tout à se batailler pour
262 que les gens se lèvent, je pense à un patient en particulier qui avait l'art de se planquer au moment
263 où on partait, et bien maintenant il est prêt largement avant l'heure, ou une autre patiente qui avait
264 une peur panique de toutes les sorties à l'extérieur, de tout ce qui pouvait se passer à l'extérieur et là
265 ça se passe vraiment très très bien, donc effectivement l'engagement on le ressent dès le départ,
266 même avant le départ, dans leur préparation. »

267 On va rentrer dans une critique de la pratique pédagogique, quelles pratiques, exercices ou atelier
268 spécifique vous semble le plus adapter pour la psychiatrie ?

269 « Evidemment, moi, mon regard est un peu particulier, moi j'ai pris clairement l'optique du corps
270 dans ma pratique professionnelle. Je pense que c'est un médiateur très important qui redonne de la
271 parole justement, c'est-à-dire que parfois on a des patients qui n'arrivent pas à mettre de parole sur
272 ce qu'ils peuvent ressentir et le fait que ça passe par le corps redonne de la parole aux gens, redonne
273 la parole aux gens, c'est le corps qui redonne la parole, et je pense que ce sont vraiment des
274 pratiques qui proposent une approche globale, qui ont une vocation d'unification, individuelle et
275 aussi en plus qui travaillent aussi la question du lien social, du lien avec le groupe. »

276 Que pensez-vous des exercices qui demandent une application assez pointue sur la lenteur, sur
277 l'extrême lenteur parfois ?

278 « C'est quelque chose d'extrêmement intéressant parce que parfois on sait que l'angoisse elle peut
279 soit figer complètement le corps, c'est-à-dire qu'il ne s'agit même plus d'être lent ou rapide, c'est
280 qu'il y a une immobilité morbide, ou alors effectivement il peut y avoir au contraire une espèce
281 d'anarchie, d'hémorragie de gestes et de mouvements et il peut y avoir aussi une certaine lenteur, il
282 ne faut pas oublier qu'on a des patients qui sont « neuroleptisés », mais d'un seul coup, proposer au
283 patient, de prendre conscience de cette lenteur et de jouer avec, alors là, ça change complètement la
284 donne. On parle de patient ralenti mais le patient n'a pas toujours la sensation d'être ralenti, et là,
285 d'un seul coup on met le doigt sur cette sensation et donc là on se retrouve un peu face à soi-même
286 ou là le mouvement se fait vraiment en conscience ou on ressent toutes les tensions, les fatigues, les
287 difficultés d'équilibre, donc je trouve que c'est très intéressant comme travail, évidemment il ne faut
288 pas que ça dure très longtemps parce qu'on voit bien que ça entraîne une certaine fatigabilité mais
289 je pense que c'est un moment important du travail. »

290 Avez-vous d'autres idées sur quelles pratiques à l'intérieur de l'atelier vous semblent dangereuses et
291 pourquoi ?

292 « Je pense qu'il n'y a pas forcément de pratiques dangereuses à partir du moment où elle est
293 proposée à bon escient, dans un cadre bien précis et que ça a un sens pour celui qui le propose.
294 Alors, bien sûr, on n'est jamais à l'abri que quelque chose résonne chez quelqu'un d'une façon
295 particulière et amène des difficultés. Il ne faut pas oublier, qu'on est là, dans un groupe
296 thérapeutique et que c'est aussi ce qui permet aux gens d'avancer et que oui ça provoque des
297 choses, mais je n'irais pas jusqu'à dire que c'est dangereux. A partir du moment où on sent qu'un
298 patient peut être un peu déstabilisé, et bien justement c'est là où commence notre travail. »

299 Il y a un exemple aussi d'un travail où il y a eu une réunion rapide pendant la séance, avec les
300 soignants, comme quoi l'utilisation de la parole dans un atelier, ça déstabilisait les autres patients.
301 Un des patients a utilisé la parole dans une pratique chorégraphique, c'était un peu perturbant pour
302 d'autres patients, on m'a demandé d'éviter justement de travailler avec la parole, qu'en pensez-
303 vous ?

304 « Là, je ne sais pas, je dois dire que cette question me... globalement, il serait intéressant peut-être
305 pas de travailler sur la parole parce que justement là, on est dans un autre registre, mais qu'on ne
306 peut pas non plus, faire la scission entre la parole et le corps. Alors peut-être que, moi je ne me
307 souviens pas de ce qu'il s'est passé, mais je trouve qu'il serait intéressant de travailler plus avec le
308 souffle et la voix qui sont les prémices de la parole, pour justement pour ne pas séparer les choses
309 qui sont pour nos patients parfois séparées, et c'est peut-être là où justement ça perturbe les gens.
310 C'est qu'on essaie de faire du lien entre ça et ça devient compliqué. Après je pense que les gens, dans
311 leurs intentions et dans les motivations qui les poussent à venir dans ce groupe là, ce n'est
312 effectivement pas la parole, c'est avant tout le corps. Après si la parole arrive, il faut en discuter avec
313 le groupe, y compris avec les patients, et savoir à qui et pourquoi ça a posé problème, mais de là à
314 interdire toute parole, non. »

315 Comment anticiper la fin d'atelier danse-psychiatrie, la fin de la saison, ou comment envisager un
316 suivi pédagogique entre les séances ?

317 « Alors sur la fin, pas la fin à l'intérieur de la séance..., la fin des 14 séances, je pense qu'il faut poser
318 un acte, alors cela peut être une sortie culturelle, cela peut être ce qu'on a fait nous, un petit séjour
319 ailleurs dans un autre lieu, de deux jours, dans une abbaye par exemple, où il est toujours question
320 de la danse, pour signifier la fin. Cela peut être une représentation, la question de la représentation
321 c'est que ça ne concerne que quelques personnes, j'avais trouvé que la solution de faire une séance
322 publique pour marquer la fin du travail qu'on avait fait, était un bon compromis. »

323 Que pourriez-vous dire sur la prise de médicaments psychotropes et la disponibilité des patients
324 pendant la séance ?

325 « Il est bien évident que les neuroleptiques ont des effets, sur leur disponibilité, mais en fait on se
326 rend compte dans la pratique qu'il y a tellement d'autres choses qui viennent freiner leurs
327 disponibilités que je ne mettrais pas forcément les neuroleptiques au premier plan. On voit bien que
328 parfois ça peut disparaître, après on sait qu'il y a des effets secondaires, on en a parlé tout à l'heure,
329 au niveau du tonus par exemple. On sait que cela a un effet sur le tonus, on sait qu'il peut y avoir des
330 patients qui ont des effets secondaires, ça peut venir entraver leur liberté de mouvement, leur
331 efficacité motrice, mais finalement comme on n'est pas dans la performance, c'est quelque chose de
332 toutes façons avec laquelle ils ont à faire au quotidien et là du coup, on les aide peut être à faire
333 avec. »

334 On va parler de l'effet qu'il y a, comme c'est un atelier pédagogique qui promeut l'expressivité et la
335 créativité, quelles sont les pratiques dans cet atelier qui ont le plus d'impact positif sur les capacités
336 expressives par exemple ?

337 « Alors, c'est tout le travail par exemple sur les déambulations, avec comme des personnages à
338 trouver dans notre façon de déambuler, là on est déjà dans une expression. Il y a le travail à deux, où
339 on doit faire des chorégraphies, il y a la question de la musique derrière évidemment, qui influence,
340 par exemple chuter sous le regard des autres, comment trouver la bonne façon de tomber, quand on
341 est un patient psychiatrique, trouver la bonne chute, ce n'est pas toujours facile. Sinon au niveau de
342 l'expressivité, je pense que les moments, qui sont assez rares, mais les moments où l'on fait
343 intervenir la voix et le souffle, rajoutent sans doute de l'inhibition mais du coup la question de
344 l'expressivité et de la création. Puis c'est tout ce qui est proposé pour créer son propre mouvement,
345 sa propre gestuelle, voilà, c'est trouver son personnage. »

346 Voyez-vous des impacts de cette expressivité dans le groupe au quotidien, sur la prise de parole par
347 exemple ou sur leur gestuelle ?

348 « Alors, pour certains oui, et pour d'autres non, donc pour ceux pour lesquels cela a un impact, je
349 pense que comme ça remet du lien dans le corps, il y a une fluidité qui arrive, alors qui n'a pas
350 toujours un effet durable, mais auquel en tous cas on peut faire référence quand on voit que les
351 patients ne sont pas bien. On peut faire référence à ce moment où ils ont pu retrouver une certaine
352 fluidité, une certaine tranquillité. Comme cela est vécu au niveau corporel, cela peut aider le patient
353 à d'autres moments. »

354 Et concernant l'impact sur leurs capacités créatives ?

355 « Je pense que ça en a, ce n'est pas forcément, objectivable comme ça, mais je pense que les
356 patients pendant ce groupe-là, découvrent des possibilités expressives et créatrices qu'ils ne
357 connaissaient pas ou qu'ils ne connaissaient plus, et du coup vont s'autoriser à d'autres moments,
358 quand ils vont faire du dessin, à reprendre une certaine confiance en ce qu'ils ont à l'intérieur d'eux,
359 des choses qu'ils ont pu vivre au niveau corporel et qui vont faire du lien avec un dessin, une
360 musique, une autre pratique expressive. Je pense que ça leur redonne confiance dans ce qu'ils
361 peuvent faire. »

362 Parlez-moi des impacts que vous, l'équipe soignante ou les médecins, considérez comme
363 thérapeutiques dans cet atelier

364 « Déjà le premier impact, c'est tout le travail qui se fait au niveau corporel, pour des patients qui
365 pour la majorité d'entre eux, ont un sentiment, ont une difficulté, avec leur enveloppe, avec la
366 sensation du dehors, du dedans, qui vivent souvent des choses corporelles plutôt de l'ordre de la
367 souffrance, ou de la persécution, et où là ça vient les réconcilier un peu avec des sensations soit
368 oubliées, soit nouvelles, et ça leur donne de la structure, ça leur donne une unité, donc ça, ça fait

369 partie des indications d'ailleurs qu'on avait par rapport à certains patients pour qui il était difficile au
370 départ de venir, c'est vrai que c'était ça aussi qu'on avait dans la tête, des patients qui étaient très
371 morcelés, qui avaient un vécu très morcelé au niveau de leur corps, je parlais de cette patiente qui
372 avait l'impression de perdre la tête, et bien on voit bien que ça fait partie des pratiques qui l'aide
373 vraiment à sentir son corps, avec les limites. En plus dans le groupe, on travaille tout ce qui est
374 déplacement dans l'espace, donc c'est trouver sa place dans un groupe, trouver sa place dans
375 l'espace, sur la question d'avoir un dos, d'avoir des articulations qui bougent, de ne pas être figé,
376 voilà je trouve que le premier impact il est là-dessus. Le deuxième, moi je dirais aussi, c'est être avec
377 les autres, puisque c'est un groupe, on est en contact, voire parfois physique ou on se touche, même
378 si le toucher est cadré, prévu, c'est quand même des patients qui sont pour certains ont oubliés
379 qu'on pouvait toucher et être touché, donc ça dédramatise un peu le contact avec l'autre, d'autant
380 plus que ça se fait dans le respect, c'est-à-dire qu'il y a des patients qui ne peuvent pas le faire, et
381 qu'il ne s'agit pas de forcer mais de proposer. Et donc le deuxième impact, je trouve que c'est ça, sur
382 trouver sa place dans le groupe et redécouvrir un peu être avec l'autre. Ce sont beaucoup de patients
383 qui vivent en institution et ce n'est pas toujours facile, donc là c'est un autre collectif, et je trouve
384 que c'est aussi la question du jeu, et du je, mais retrouver une forme ludique, c'est-à-dire qu'adulte
385 on ne joue plus beaucoup avec son corps, on ne s'amuse plus trop, on a des gestes toujours un peu
386 les mêmes, c'est un peu la routine corporelle et là d'un seul coup, on redécouvre qu'on peut rigoler,
387 qu'on peut s'effondrer, qu'on peut s'affaler, qu'on peut faire des choses complètement dingues. Le
388 fait aussi que ce soit partagé par les soignants et les soignés ça abrase toute notion de jugement, s'il
389 faut faire des grimaces, on fait tous des grimaces et voilà on retrouve une dimension ludique
390 partagée que je trouve aussi très intéressante. »

391 Il y a t-il autre chose que vous aimeriez dire sur cette expérience, surtout sur la pertinence générale
392 d'une telle entreprise ?

393 « Pour moi cette activité réunit beaucoup de choses que j'aime dans la pratique avec les patients,
394 puisque c'est à la fois quelque chose qui s'adresse à chacun d'entre nous, d'une façon individuelle,
395 c'est-à-dire que chacun y trouve quelque chose de très personnel, que ça s'adresse aussi à nous dans
396 le groupe et que ça réunit un peu tout ce qui fait le monde. Il y a la notion de l'espace, la notion du
397 temps, la notion de l'humain, tous les exercices qu'on fait sur les ruptures de rythme ou on fait les
398 choses lentement et d'un seul coup il y a un geste qui fuse, sur cette dimension comme ça,
399 rythmique, sur l'accompagnement de la musique. Je redis que je souhaiterais qu'il y ait un tout petit
400 peu plus de choses avec la voix, sans que ce soit de la parole articulée, il est important de pouvoir
401 accompagner ce qui se passe dans son corps avec un souffle, une onomatopée. Ce qui se fait, mais
402 on sent bien que les patients... c'est plus inhibant, et peut-être que voilà, ça mériterait une réflexion
403 autour de cela. »

404 Sur la vie sociale, à l'intérieur de l'hôpital, est-ce que cette activité pédagogique a des effets sur les
405 soignants ?

406 « Ça, c'est une question intéressante aussi, oui ça a un effet extrêmement positif parce qu'à l'intérieur
407 de la même institution il y a différentes ailes de soin, et les gens, même si on a des échanges, ne
408 partagent pas forcément des activités de ce type- là. Là, le fait de se retrouver dans ce groupe- là
409 ensemble, crée des liens différents. C'est un peu comme pour les patients je dirais, on peut avoir des
410 aprioris sur les uns ou sur les autres, sur nos pratiques. On a des fonctions différentes aussi dans
411 l'institution et là on met bien en avant combien il est important d'être complémentaire, qu'on a pas
412 tous le même regard, mais qu'on est tous là, un petit peu ensemble, et ça crée des liens particuliers
413 qui ont un effet après, qu'il y a un autre regard sur son ou sa collègue, par rapport à ce qu'on a pu
414 partager dans le groupe. »

1 Retranscription de l'entretien avec Angélique le 04-2014

2 **Âge : 45 ans, Sexe : Féminin ; position : Infirmière, Années au projet : 4**

3 On va commencer par le rapport à l'institution, l'organisation administrative de cet
4 atelier, parlez-moi de l'organisation et de la mise en place de cet atelier, la complexité,
5 les responsabilités et la durée que cela prend pour l'organiser
6

7 « La complexité c'est le fait qu'il y ait plusieurs partenaires et institutions en fait qui
8 doivent se mettre d'accord sur un même projet. Dans un premier temps, il y avait
9 Dimitri et le CCNT, les infirmiers de plusieurs secteurs de la psychiatrie de Tours avec
10 leurs hiérarchies respectives, de cadres infirmiers, de cadres sup, et pour la validité
11 thérapeutique du projet. Il y avait tout l'aspect juridique, droit à l'image, assurance,
12 etc..., et l'aspect financier. Comme on était plusieurs partenaires, c'était assez
13 compliqué de se rencontrer, d'échanger, de mettre les choses en place. Cela c'est
14 encore plus complexifié quand il n'y a plus eu le CCNT qui était une institution, avec
15 ses secrétaires, son système juridique, et que l'on a travaillé avec Dimitri et
16 l'association qu'il venait de créer. Il a fallu re-réfléchir au projet, surtout au niveau
17 administratif et juridique en fait. Il a fallu louer une salle par exemple, donc il y avait
18 un tas de petites choses comme ça à régler. On a eu aussi des difficultés de
19 financement au niveau de l'hôpital, chaque secteur n'ayant pas les mêmes budgets en
20 ergothérapie. Il y a une année, où, pour maintenir l'activité, avec une collègue on a été
21 chercher des financements extérieurs, par exemple. Il a fallu monter des dossiers de
22 financement, et là, rien que ça en soi, c'était assez complexe. »
23

24 Et c'était plutôt la responsabilité de l'équipe soignante, pas de l'équipe administrative,
25 ni de l'équipe médicale ?
26

27 « Mais on peut jamais faire sans, puisque nous on travaille de toutes façons en lien
28 avec notre hiérarchie, il faut l'accord de l'équipe médicale, de la hiérarchie infirmières
29 et de la direction de l'hôpital. L'hôpital c'est une grande mille-feuille, il y a beaucoup
30 d'étages, de hiérarchie, et il faut que ça passe toutes les étapes pour être validé, mais
31 après, l'initiative, ça venait de nous, évidemment. Nous proposons, nous mettons en
32 place, mais toujours avec l'accord des responsables médicaux, administratifs et
33 infirmiers de l'hôpital »

34 Là vous avez un peu répondu entre une convention qui s'est fait entre le CHU et
35 Centre Chorégraphique, alors entre institutions, et dernièrement depuis deux ans,
36 entre le CHU et une institution Omnivion, qui est une association, voulez-vous rajouter
37 quelque chose là-dessus ?

38

39 « La structure CCNT est une grosse institution habituée à faire des conventions etc...
40 donc tout cet aspect- là, c'était fait en fait par l'équipe administrative du CCNT. C'est

41 vrai qu'avec l'association, il a fallu réfléchir, au statut, à définir les responsabilités des
42 uns et des autres, c'était nouveau, mais ça c'est fait. »

43

44 Quelles volontés, et quelles difficultés de financement avez-vous rencontré durant
45 toutes ces années ?

46

47 « De ce que j'en ai compris et retenu, du temps du CCNT, finalement c'est comme si
48 dans la convention entre le CCNT et le CHU, c'est comme si Dimitri était un peu mis à
49 disposition, lui était salarié du CCNT donc il était rémunéré au travers du CCNT. Quand
50 le CCNT a changé de direction, Dimitri a créé son association du coup il n'était plus
51 salarié, il fallait trouver une façon de rémunérer honnêtement, et c'est à ce moment-
52 là, qu'on s'est regroupé entre plusieurs secteurs aussi pour trouver des financements
53 qui soit décents en fait, ça reste quand même très modeste, la participation des
54 services pour l'activité reste très modeste, c'est aussi pour ça qu'on est allé chercher à
55 un moment donné des financements extérieurs pour financer un séjour thérapeutique
56 et puis pour payer décemment l'intervenant en fait. Si on veut parler de chiffre pour
57 ce qui concerne la psy D et la CPU (?), donc deux des secteurs qui travaillent avec
58 Omnivion, ça représente environ 500 euros par an pour l'activité, c'est beaucoup pour
59 l'hôpital et ça reste très faible par rapport à la qualité de l'intervention. »

60

61 Sur la temporalité, que pensez-vous de la durée et de la fréquence des ateliers ?

62

63 « C'est vrai que les années ne se sont jamais ressemblées, il y a eu chaque fois
64 beaucoup de créativité, on a toujours réfléchi à améliorer, à trouver des
65 fonctionnements différents, et une des réflexions à un moment donné, on avait des
66 ateliers où il pouvait y avoir de longues périodes d'interruption entre les séances, on a
67 constaté que ça déstabilisait un petit peu les patients. Là, on s'est efforcé, ces
68 dernières années, de regrouper les séances, pour qu'il y ait moins de période
69 d'interruption et tout le monde a priori s'y retrouve. »

70 Et la fréquence ?

71 « Oui, toutes les semaines, c'est très bien. On a un atelier hebdomadaire, cela permet
72 une continuité du travail. »

73 Et le fait qu'il y ait 14 séances dans une année, c'est suffisant ou il faut faire plus,
74 moins ?

75 « Moi ça me paraît suffisant, par exemple une séance par semaine, ça me paraît
76 suffisant parce qu'on a quand même des patients assez fatigables. On est avec des
77 gens qui ne pourraient pas pour la plupart faire deux fois par semaine cet atelier. Pour
78 la fréquence sur l'année, ça me paraît bien que ce ne soit pas continu toute l'année,

79 que ce soit vraiment sur une saison. Cela demande vraiment une implication, un
80 engagement assez fort pour les patients, rien qu'en terme d'assiduité, donc les
81 mobiliser comme ça sur quelques mois, ça me paraît bien, ça me paraît assez
82 équilibré. »

83 Que pensez-vous du lieu de la pratique, l'architecture, ou le fait qu'il soit intérieur,
84 extérieur à l'hôpital ?

85

86 « En ce qui me concerne, j'aurais finalement testé 3 lieux, on avait la salle Charles
87 Boutard les premières années, que moi j'aimais beaucoup. C'était vraiment une salle
88 de danse, il y avait des glaces, beaucoup de lumière, un des murs c'était que des
89 fenêtres, c'était une belle salle, assez ouverte sur l'extérieur et assez intime, j'aimais
90 vraiment bien cet espace. J'ai l'expérience des séjours à l'abbaye de Seuil, là c'était
91 complètement différent, c'était un très grand espace, qui pouvait même être trop
92 grand au départ, à priori, et finalement on l'a bien investi. Evidemment, le dernier
93 espace sur la salle Giraudeau, je le trouve quand même un peu moins agréable, il n'y a
94 pas d'ouverture sur l'extérieur, ce n'est qu'un éclairage artificiel, il n'y a pas de glace.
95 Les glaces on jouait avec, c'était quand même un plus. C'était un travail sur l'image de
96 soi, l'image du groupe, on jouait avec. »

97

98 On passe au rapport du soignant à la hiérarchie administrative, comment est-ce que la
99 hiérarchie administrative du CHU perçoit votre engagement à l'atelier ?

100

101 « D'une manière générale, plutôt bien, au départ on a plutôt été sollicité pour le faire,
102 c'était la psy A qui avait commencé l'atelier, on a été sollicité, le cadre à l'époque a été
103 assez partant donc on s'est lancé. Au niveau de la direction, on peut citer Véronique
104 Méplaud il y a vraiment un engagement et une volonté que ça continue. C'est
105 quelqu'un qui voit un intérêt à l'activité et qui la soutient. On peut rappeler, c'est peut
106 être hors sujet, la rencontre qu'on a eu avec la dame de l'ARS. C'est une femme qui
107 faisait une recherche un peu sur le recyclage des danseurs, éventuellement dans la
108 pédagogie avec des patients en psychiatrie, des personnes âgées. Il y avait tout cette
109 réflexion du volet formation après. Elle avait travaillé avec Véronique Méplaud, je les
110 avais vues à ce moment-là, il y avait un vrai enthousiasme pour l'activité. Véronique
111 Méplaud soutenait le fait que ce soit un artiste qui mène l'activité, un danseur
112 professionnel, et non pas un infirmier formé à la danse par exemple. »

113 Pour quelles raisons ?

114 « Pour une ouverture, pour la raison de l'ouverture, de l'échange entre les patients,
115 puis un univers, un autre univers, celui de la danse, et celui de l'art. »

116

117 Comment est-ce que la hiérarchie médicale du CHU perçoit votre engagement à
118 l'atelier ?

119

120 « Je pense que ça dépend vraiment des personnes, on sait qu'il y a médecin qui était à
121 l'origine du projet sur un autre secteur, qui était très engagé, qui a participé à
122 certaines séances. Il y a eu d'autres médecins qui sont venus parfois voir les séances,
123 participer aux séances, quelque fois, mais rarement, ça dépend vraiment en fait de
124 leur intérêt personnel pour la danse et pour l'activité. Après ça reste une activité sur
125 prescription médicale, donc ils y voient bien l'intérêt pour certains patients, au niveau
126 psychocorporel, confiance en soi, des choses comme ça. »

127

128 Avez-vous eu des échos de l'équipe dirigeante, des bilans où réunions pendant
129 lesquelles ils ont discutés, et que c'est- il dit de cet atelier ?

130

131 « Pas d'échos particuliers, je n'ai rien qui me vient en tête..., je sais qu'un des
132 médecins de psy D avait vu ce qui c'était fait au Vinci pendant la conférence de la Croix
133 Marine, et qu'il avait été assez touché par le travail des patients, donc là il y avait eu
134 un retour très positif, mais sinon non là je n'ai rien d'autre qui me vient en tête. »

135

136 Est-ce que l'équipe dirigeante considère qu'il s'agit d'une activité occupationnelle,
137 culturelle ou thérapeutique ?

138

139 « Je ne veux pas parler à leur place, mais je pense qu'ils considèrent que c'est une
140 activité où il y a les trois relais, occupationnel, culturel, thérapeutique. En tous cas
141 nous les soignants qui participons à l'atelier, c'est comme ça qu'on la présente, et c'est
142 comme ça qu'on veut la développer. »

143

144 Pour revenir à l'architecture et le lieu, trouvez-vous plus intéressant pour les patients
145 de participer à ces ateliers à l'intérieur de l'architecture de l'hôpital ou dans un lieu
146 extérieur ?

147 « Dans un lieu extérieur, évidemment. Tout le travail, quand on est en hôpital de jour
148 avec les patients est justement qu'on est un peu l'interface entre l'hôpital, l'intra-
149 hospitalier et l'extérieur, la cité. Donc c'est évidemment toujours plus intéressant de
150 les amener sur l'extérieur. Autour de l'atelier, il y a aussi un travail d'autonomie dans
151 le transport par exemple, qui va être élaboré. L'intérêt c'est d'aller en ville parmi les
152 autres. »

153

154 On revient à la considération par l'équipe dirigeante, sur la question de la pérennité de
155 l'atelier, comment pensez-vous mobiliser ou sensibiliser encore plus l'équipe médicale
156 pour pérenniser cette activité ?

157

158 « Continuer régulièrement à parler de l'atelier, de ce qui s'y passe, faire aussi des
159 comptes rendus. Là je pense qu'il faut qu'on soit plus vigilants peut-être par rapport à
160 ça, avoir plus de retours écrits. La pérennité de l'atelier c'est aussi constater que les
161 patients ont envie de continuer et que ça les fait progresser. »

162

163 On passe à l'éthique et la déontologie, avec quels critères choisissez-vous les patients
164 qui participent ?

165

166 « C'est vraiment du cas par cas, il y a évidemment la dimension psychocorporelle. Un
167 patient avec des difficultés de schéma corporel, de latéralisation, de choses comme ça,
168 là il y a évidemment une indication à aller faire un atelier comme ça. Il y a tout l'aspect
169 socialisation, d'être dans le groupe, le travail dans les séances, c'est constamment un
170 aller-retour entre soi et les autres, donc il y a des patients pour qui c'est vraiment
171 intéressant. Et puis à chaque fois, il y a quand même la dimension culturelle, c'est
172 comme d'aller vers d'autres personnes, vers un autre univers, avec parfois les
173 spectacles le soir où on a pu emmener certaines personnes. Cela dépend vraiment des
174 patients..., globalement ce sont des patients psychotiques, schizophrènes. On a eu
175 aussi parfois des problèmes d'anorexiques, des patients qu'on a emmenés sur cet
176 atelier par rapport à tout ce qui est image du corps, voilà, c'est très différent, ce n'est
177 pas du tout les mêmes objectifs. »

178

179 Quelle est la procédure, vous demandez aux patients s'ils sont intéressés puis il y a une
180 prescription ?

181

182 « En général, c'est parce que nous on a une connaissance du patient, comme on a une
183 connaissance de l'atelier, on fait un lien, on se dit tiens telle personne ça pourrait être
184 intéressant, et on en parle avec le médecin, on en parle avec le patient. Après, si le
185 patient adhère au projet, on essaie, on propose toujours une ou deux séances pour
186 voir. Après, par contre, si la personne a envie de participer à l'atelier on lui demande
187 de s'engager, de faire toutes les séances et ça fonctionne très bien comme ça. »

188 La prescription est écrite ?

189 « On avait mis en place un moment donné des documents pour que ce soit écrit, là, en
190 fait non, elle est orale, mais ça apparaît quand même dans les dossiers de soins, c'est
191 écrit dans les dossiers de soins. »

192

193 Vous connaissiez l'atelier avant de le proposer, considérez-vous que ce soit important
194 de connaître le contenu avant de le proposer ?

195

196 « Pour ce type d'activité, oui, c'est quand même une activité impliquante. On ne peut
197 pas obliger quelqu'un, ni le patient, ni le soignant d'ailleurs, à faire cet atelier. Rien
198 que pour l'expliquer au patient, pour lui expliquer ce qu'on y fait, il faut connaître. »

199

200 Quels risques potentiels identifiez-vous dans cette activité ?

201

202 « Pas de risques potentiels dans la mesure où le soignant connaît le patient, connaît
203 son histoire, connaît ses difficultés et qu'il est garant. On perçoit dans une séance si un
204 patient n'est pas très bien, on le connaît, on le sait, donc on peut parfois se mettre un
205 peu à l'écart, on peut reprendre les choses avec lui, c'est en ça que c'est
206 thérapeutique d'ailleurs. C'est une activité, c'est une base, après, de travail avec le
207 patient, d'échange, de compréhension de choses. A priori il n'y a pas de mise en
208 danger. »

209 Physiquement non plus ?

210 « Physiquement ce n'est pas violent, on est quand même sur une gestuelle très
211 douce, très lente, qui est basée plutôt sur le bien-être, il n'y a pas d'effort physique,
212 en tant que tel. »

213

214 Il y avait aussi un cas cela fait quelques années, c'est pour cela que j'ai cette question
215 sur le danger, d'éviter d'utiliser la parole, le discours, est-ce que cela pourrait créer
216 des épisodes, pour certains autres patients ?

217

218 « Cela reste une activité collective, on ne peut pas laisser un patient à un moment
219 donné prendre trop de place dans le groupe, ou révéler des choses qui
220 n'appartiennent qu'à lui, qui pourrait effectivement mettre mal à l'aise les autres
221 participants. C'est aussi à nous quand on voit que quelqu'un commence à..., qu'une
222 certaine limite est franchie, d'intervenir, en fait, d'inviter la personne à plutôt en
223 parler avec le psychologue, le médecin ou à en parler en dehors de la séance. »

224

225 Sinon, il y aurait quoi comme épisode, comme réaction, de la part des patients ?

226 « Cela ne s'est jamais produit, je n'ai jamais assisté à ça mais comme toute situation,
227 cela n'a pas à voir avec l'activité, à partir du moment où un patient commence par

228 exemple à dire des choses un peu inquiétantes ou à parler de son angoisse,
229 évidemment que ça peut inquiéter les autres. »

230

231 Je parle d'un incident, où vous étiez présente je pense, où une personne a commencé
232 à parler d'une expérience personnelle, ça parlait de la mort, une personne est partie
233 en courant de la salle, vous ne vous en souvenez pas ?

234 « Non... »

235

236 Pouvez-vous parler un peu de votre rôle pendant l'atelier ?

237

238 « La première chose c'est qu'on donne une impulsion, le fait que nous même on
239 participe, ça a un rôle un peu moteur. Le fait qu'on participe, qu'on se lance dans les
240 exercices, etc... ça sécurise en fait les patients. Puisque les infirmiers le font, je vais le
241 faire avec, ça a un côté un peu mimétique quand même parfois dans les exercices, et
242 ça encourage les patients. Les patients sont quand même souvent pragmatiques, ils ne
243 vont pas forcément initier les choses donc on est là pour ça, pour impulser un peu,
244 pour amorcer les choses. D'ailleurs c'est surtout en début de séance qu'on a un rôle.
245 Au début de séance les infirmiers sont plus présents dans les mouvements, puis
246 rapidement on s'efface et les patients après sont beaucoup plus spontanés. »

247

248 Et votre rôle, parce que vous avez plusieurs facettes, d'une certaine façon vous
249 participez comme eux dans l'atelier, et d'une autre, vous êtes responsables un peu du
250 cadre, de cadrer, pouvez-vous parler de ces deux différences ?

251

252 « C'est toute la difficulté et la richesse de l'activité. C'est qu'effectivement parfois
253 quand on est dans le mouvement, quand on fait les exercices, on est des individus,
254 donc on a aussi notre ressenti, nos émotions, nos propositions, notre imaginaire, il y a
255 tout ça aussi qui se met en marche. Et en même temps, on doit rester soignant. C'est
256 vrai que c'est constamment trouver l'équilibre en fait, de trouver sa place, c'est-à-dire
257 ne pas s'empêcher de vraiment faire les exercices assez librement, sans jamais oublier
258 qu'on est professionnel. »

259

260 Après toutes ces années dans cet atelier, vous considérez nécessaire de redéfinir le
261 rôle de la soignante, encadrant dans cet atelier ?

262

263 « Oui, j'en suis convaincue, c'est pour ça qu'il doit absolument y avoir des moments
264 d'échange entre l'intervenant et l'équipe, entre l'intervenant, l'équipe et les patients.
265 Des moments de débriefing et d'échanges, ça me paraît indispensable, pour garder...,
266 c'est la question du sens, pourquoi on le fait, pourquoi on continue. C'est au cas par
267 cas avec chaque patient, on doit toujours avoir ça à l'esprit. Puis d'année en année,
268 l'atelier on doit le faire évoluer, et re-réfléchir, le redéfinir, ça me paraît
269 fondamental. »

270 Cela se fait aléatoirement, c'est ça ?, ce n'est pas assez régulier ?

271

272 « Je pense que ça dépend quand même des équipes. Le fait qu'on soit plusieurs
273 secteurs comme ça, plusieurs à travailler ensemble, ça rend plus difficile de trouver
274 ces moments d'échange. Les infirmières qui viennent de l'intra hospitalier, qui portent
275 le groupe, c'est quand même plus difficile pour elles de trouver du temps. Comme par
276 exemple, je trouvais intéressant les premières années, il y avait une psychologue dans
277 l'équipe, je trouvais ça..., je trouve ça dommage qu'il n'y en ait plus. »

278 Pour quelles raisons ?

279 « Justement par rapport à certains questionnement qu'on peut avoir. Je trouve que
280 c'était un échange intéressant. »

281

282 Que pensez-vous de la pratique du toucher dans ces ateliers ? Tout en sachant que
283 c'est à éviter par rapport aux impératifs des psychiatres et des psychothérapeutes en
284 général

285

286 « C'est toujours délicat, parce qu'effectivement on a à faire à des patients qui peuvent
287 être... à qui cela peut renvoyer des choses très difficiles. C'est toujours un sujet délicat
288 donc on ne peut jamais l'imposer évidemment. C'est là que le soignant a un rôle
289 important justement dans la connaissance du patient, comment il peut intervenir au
290 cours d'une séance. Après dans les faits, ça se passe plutôt bien. Il y a effectivement,
291 quand on fait de la chorégraphie, des moments où dans le sport, dans la danse, où on
292 va avoir à toucher son partenaire, ça se passe finalement plutôt bien. Il n'y a jamais eu
293 de difficultés ou de réticences. Mais c'est vrai que nous on est toujours assez vigilants
294 de ce côté-là. »

295

296 Est-ce qu'il y a aussi une différence à faire entre les différentes façons de toucher, il y
297 a eu aussi dans les ateliers dès fois un rapport avec un toucher lent, avec la personne
298 allongée, comment vous trouvez ça ? est-ce que ça a marché, est-ce que c'est
299 possible ?

300

301 « Je pense que ça dépend vraiment des personnes, à chaque fois. Mais ça reste quand
302 même très délicat. »

303

304 Que pensez-vous d'un point de vue éthique de la participation des patients et des
305 soignants à des représentations publiques ?

306

307 « Alors de représentations publiques, il n'y en a jamais vraiment eu, et à chaque fois
308 qu'il y a eu des présentations du travail, c'était toujours face à un public averti on va
309 dire, et très empathique. Si on fait référence au Vinci, où je n'étais pas d'ailleurs,
310 c'était quand même plutôt un public de professionnel, de famille, donc un regard
311 vraiment bienveillant sur les patients. Donc au niveau de l'éthique, il n'y a rien qui me
312 choque. Ce que je peux en dire de cette expérience, c'est que le retour pour les
313 patients a été très positif. Cela a été une expérience vraiment valorisante, et hyper
314 positive, pour les patients, et les soignants d'ailleurs, une reconnaissance de leur
315 travail et ça c'était vraiment intéressant. Et après, cela a toujours été des
316 présentations du travail à d'autres soignants en fait, ou auprès d'un public vraiment
317 bienveillant. Il n'y a jamais eu de mise en difficulté, il n'y a jamais de voyeurisme. C'est
318 là où nous, on est très attentif, qu'il n'y ait jamais de voyeurisme. Cela reste quand
319 même un travail dans le cadre de l'hôpital, du soin. »

320

321 Et aussi les représentations qui sont faites par une petite partie seulement de ce
322 groupe au sein de l'association

323 « Ce qui s'est passé à la chapelle des capucins l'an dernier ? A partir du moment où les
324 patients, font ce qu'ils veulent, là c'est une démarche individuelle, là c'est leur
325 initiative, c'est une démarche individuelle, ça ne concerne plus l'atelier. Ce qu'on peut
326 en dire, c'est que l'atelier a permis à ces patients finalement d'aller vers plus
327 d'autonomie, parce qu'ils sont capables maintenant de s'inscrire seul, et de participer
328 seul, de façon autonome à l'activité. »

329

330 Est-ce que pour vous d'avoir des liens amicaux éventuels qui se créent entre les
331 différents acteurs poseraient des problèmes ? Entre patients et pédagogue, entre
332 patients et patients, entre soignants et pédagogue, entre soignants ?

333

334 « Pour moi, on est hors cadre, parce que l'atelier en tant que soignant, en tant que
335 salarié de l'hôpital, on est dans un rôle professionnel, on ne peut rester que dans une
336 dimension professionnelle. Après que les gens se connaissent après ou qu'ils se
337 rencontrent en dehors, ça n'a plus rien à voir avec l'atelier. Il faut vraiment souligner le

338 caractère soignant et professionnel de l'activité, et c'est important de le redéfinir et de
339 le recentrer régulièrement pour moi. »

340

341 On continue dans cette même réflexion sur la vie sociale en général, comment les
342 expériences des patients à l'atelier résonnent en vous, dans le service ou à
343 l'extérieur ?

344

345 « Positivement, parce que ça nous a quand même permis de voir des choses, il s'est
346 quand même passé des choses assez incroyables. Je pense à une patiente qui fait
347 l'atelier depuis des années, qui a traversé une période très difficile où elle a été ré-
348 hospitalisée, vraiment très difficile, elle ne faisait absolument plus rien, elle était très
349 mal, et on a maintenu l'activité. C'était beaucoup d'effort pour elle, et on voyait que
350 pendant le temps de l'activité, il se passait des choses, elle retrouvait un peu de
351 dynamisme, un petit peu d'enthousiasme, voilà, c'était assez surprenant. Cela a une
352 résonnance évidemment positive. »

353

354 (Sur le ton de la confiance, elle parle d'un ex patient Jean X, parti à St-Nazaire, qui a
355 fait l'atelier pdt 3 ans -)

356

357 En quoi l'atelier affecte votre relation au patient, de façon positive au négatif, le fait
358 que vous participiez ensemble à l'atelier et que vous voyez ensemble dans les services,
359 sentez-vous qu'il y a autre chose ?

360 « Oui, mais comme plein d'ateliers comme ça, les ateliers impliquant comme ça, bien
361 sûr, il y a une expérience commune quand même. Je pense plus au stage et au séjour
362 thérapeutique qu'on a fait, là on a une immersion, on est pendant 3 jours ensemble.
363 On partage des choses ensemble, ce n'est jamais pareil après avec le patient. Il y a une
364 confiance, il y a des tas de choses qui se développent face à cette expérience -là. »

365

366 Ils vous perçoivent différemment ?

367

368 « Probablement »

369 Quel est l'intérêt d'assister à des activités culturelles communes liées à la danse, hors
370 de l'hôpital, et hors de cet atelier aussi ?

371

372 « Cela fait aussi partie du travail à l'hôpital de jour d'inciter les personnes à sortir de
373 chez elles, à aller vers les autres, à découvrir en fait. C'est très difficile pour elles.

374 Souvent, soit c'est difficile de mettre en place, d'organiser la sortie, soit c'est difficile,
375 parce que c'est un peu insécurisant pour eux. Donc l'intérêt de faire des sorties de
376 groupe, c'est que déjà on aide à l'organisation, on vient, puis on est rassurant, on est
377 sécurisant. Donc oui c'est un atelier..., il y a quand même une dimension culturelle
378 dans cet atelier. Pas simplement dans les spectacles qu'on va voir de temps en temps
379 à l'extérieur, mais aussi je pense à la musique. Sur les 14 séances, il y a aussi une
380 découverte de musiques, de sons, il y a aussi tout ce volet- là, bien sûr, c'est
381 enrichissant pour ça. »

382 Il y a souvent des patients qui demandent quel genre de musique c'est, les titres...

383 « Oui, bien sûr, ça questionne. »

384 Il y a eu aussi des séjours thérapeutiques, c'est considéré comme une activité
385 culturelle ?

386 « Comme une activité thérapeutique, mais évidemment en plus des ateliers
387 thérapeutiques de chorégraphie qu'on faisait pendant le séjour, en plus de la vie
388 quotidienne, puisque nous, un séjour, ça nous permet aussi d'observer le patient dans
389 la vie quotidienne et de repérer des choses, et après finalement, de mettre en place
390 des aides, pour palier à leurs difficultés. Mais il y a aussi forcément un volet culturel,
391 puisqu'on va ailleurs, on va visiter d'autres choses, on rencontre d'autres personnes. A
392 l'abbaye de Seuil, juste le lieu, c'était un enrichissement culturel bien sûr. On en a
393 profité pour aller visiter Chinon et faire d'autres choses. »

394 Et l'atelier danse, là-dedans ?

395 « L'intérêt de l'atelier danse là-dedans, c'est qu'en fait, on est vraiment immergé,
396 pendant trois jours, on est dans le bain de la danse. Il n'y a pas simplement les séances
397 de danse, on en parle avant, on en parle après, on réfléchit à ce qu'on va faire. On est
398 vraiment en immersion pendant trois jours, et ça, c'est productif, dans l'échange, et
399 même dans ce que les patients arrivent à proposer pendant l'atelier, c'est très
400 productif. Du coup, tout le monde est à l'aise. »

401

402 Parlez-moi de votre rapport au pédagogue au sein de l'atelier, comment ça évolue,
403 est-ce que ça affecte l'atelier, les rapports du soignant avec le pédagogue ?

404

405 « Il y a toujours eu un échange facile, il y a toujours eu des questionnements mutuels,
406 puis un intérêt mutuel pour le travail de l'autre. On a vraiment toujours travaillé en
407 partenariat, en complémentarité en fait. Je pense que c'est pour ça que l'atelier
408 fonctionne. Nous on est vraiment les interfaces parfois entre le pédagogue et le
409 patient, on est un peu le traducteur parfois de ses symptômes, ou de ses difficultés. »

410 Et des fois même de mes propositions qui ne sont pas compréhensibles !!!

411 « Parfois on va les réadapter, mais ça se fait de façon simple et vraiment fluide. »

412

413 Parlez-moi du rapport patient-patient, quel impact a cette pratique sur leurs
414 relations ?

415

416 « Il y a un sentiment d'appartenance à un groupe qui se crée, tous les ans, on a pu le
417 constater, ce n'est pas évident pour certains patients. Il y a un sentiment
418 d'appartenance à un groupe, on fait quelque chose ensemble, parfois on a un objectif
419 commun ensemble. Cela peut se poursuivre en dehors de l'activité, il y a certains
420 patients qui vont se débrouiller pour y aller ensemble, qui vont se voir parfois à
421 l'extérieur. Oui, cela crée du lien social. »

422

423 Qu'observez-vous dans les liens qui se développent entre le pédagogue et le patient ?

424

425 « A mon avis, le succès de l'activité repose là-dessus. Cela repose sur un climat, une
426 ambiance que le pédagogue met en place, et qui tout de suite met les gens très à
427 l'aise. Les personnes parfois qui y vont ne savent pas trop, chorégraphie, danse, elles
428 ne savent pas trop ce qu'on va y faire, ce qu'on va y demander. Elles peuvent être un
429 peu réticentes parfois, tout de suite, il y a ce climat, cette ambiance, où c'est très
430 doux, c'est très calme, c'est très respectueux. Je pense que c'est pour ça que les gens
431 y retournent, c'est pour ça que les gens s'inscrivent dans un premier temps. C'est aussi
432 pour ça que les soignants se sentent à l'aise, il y a vraiment ce climat, c'est très
433 sécurisant. »

434

435 Sur le rapport à la cité en général, est-ce que cet atelier contribue et comment à une
436 ouverture sur la cité ?

437 « Déjà parce qu'il ne se passe pas à l'hôpital mais à l'extérieur. Là par exemple c'est
438 dans un centre socio-culturel, donc quand on y va, on croise des gens, qui vont, qui
439 viennent, à leurs propres activités, on est bien accueilli. Cela oblige à des
440 déplacements dans la ville. Il y a tout le côté qu'on a déjà évoqué, le fait d'aller voir
441 des choses. Du temps de Bernardo Montet, on a quand même participé à beaucoup de
442 choses, je pense à *Veiller par le geste*. Il y avait des échanges avec les habitants, avec
443 les autres participants, et beaucoup de bienveillance des gens avec le groupe Indigo.
444 Puis quand il y a eu des petites présentations du travail, c'est toujours valorisant, cela
445 fait exister le patient. »

446

447 Sur le rapport au corps, est-ce que vous avez observez des évolutions, des
448 changements par rapport à leurs habitudes d'hygiène, leurs habitudes ?

449

450 « Leurs habitudes d'hygiène, en particulier, non, on a jamais eu des patients qui
451 avaient des grosses difficultés par rapport à ça. Par contre, par rapport à la gestuel, à
452 la motricité, là je pense à un patient en particulier, qui fait l'atelier depuis le début, qui
453 est un patient qui est très tendu, où il y a vraiment une forme de « spasticité »
454 surtout des mains. On a eu l'évolution au niveau moteur, évidente, de mouvements
455 qui étaient très retenus, très tendus, crispés, et maintenant il y a une amplitude qui
456 est complètement différente, il arrive à réguler la lenteur, les choses comme ça. Cela
457 s'est fait dans le temps, ça c'est sûr que ça a été possible, parce que c'est un patient
458 qui a fait l'atelier plusieurs années. On a vu l'évolution progressive, et nous ça nous a
459 encouragé, lui aussi, à continuer. »

460

461 On continue, dans ce même questionnaire, sur le schéma corporel, on voit qu'il y a
462 des impacts sur leur perception du corps, est-ce qu'ils s'expriment aussi là-dessus, est-
463 ce qu'ils disent des choses sur le changement qu'ils ont traversé, parlent-ils de leur
464 ressenti ?

465

466 « Oui, plutôt, je pense qu'on a des retours positifs sur le ressenti, sur la confiance en
467 soi. Sur le fait qu'ils ne pensaient pas être capables de faire les choses et finalement ils
468 se rendent compte qu'ils en sont capables. Donc c'est plus au niveau de l'estime de soi
469 et la confiance en soi, le plaisir, et la capacité à se sentir bien, ils vont dire en fait. Cela
470 on a des retours, par rapport à des évolutions plus psychomotrices, non je ne pense
471 pas. Par contre nous on le voit, il y a quand même un énorme travail au niveau de
472 l'orientation spatiale dans l'atelier. Il y a plein de choses qui sont travaillées en dehors,
473 je pense à tout ce qui est latéralisation, l'orientation dans l'espace, mémorisation des
474 enchainements de gestes, précision des gestes, arriver à réguler rapide-lent, des
475 choses comme ça. Tout cela a été très difficile pour les patients, on le travaille à
476 chaque séance en fait. Il n'y a pas que l'aspect relationnel, émotionnel, culturel. Il y a
477 quand même un aspect, moi j'y suis plus sensible maintenant, il y a tout un aspect de
478 mémoire, de choses comme ça qui se travaillent, plus à notre insu. »

479

480 Comme j'ai eu avec d'autres membres de l'équipe, ils parlaient que certains avaient
481 une image du corps un peu complexe, où il manquait carrément des parties du corps
482 dans leur représentation psychocorporelle

483 « On parle souvent du morcellement psychotique... »

484

485 Vous avez parlé beaucoup de l'évolution sur leur mobilité, avez-vous vu des évolutions
486 sur leurs postures, ou leurs démarches ?

487

488 « En tous cas pendant le temps d'une séance, il y a une évolution, et il y a la prise de
489 conscience pendant la séance, de comment on est, comme on se tient, comment on
490 regarde l'autre, on travaille beaucoup là-dessus. »

491 Mais à long terme vous ne savez pas, on ne peut pas savoir... ?

492 « Non, mais, je pense quand même aux deux patients auxquels j'ai fait référence, qui
493 ont fait l'atelier pendant plusieurs années, je pense quand même qu'il y a un impact,
494 sur la façon de se tenir. Je pense à cette patiente, sur la façon de se relever, dans ce
495 sens- là. On a beaucoup travaillé avec elle, le fait qu'elle puisse lever le regard, qu'elle
496 puisse s'affirmer un petit peu. J'ai envie de penser que ça a un impact après dans le
497 quotidien bien sûr. »

498

499 On revient sur la vitalité, la tonicité, sur leur état tonique, avant, pendant et après les
500 séances

501 « En fin de séance, ils sont plutôt très détendus en fait. Pendant tout le temps de la
502 séance, on leur demande de se mobiliser et d'être là, de s'affirmer, d'être présents, de
503 proposer des choses, tout ça justement avec tellement de sécurité, dans cette
504 ambiance tellement sécurisante qu'ils y parviennent, c'est valorisant. Ils ont toujours
505 le sourire à la fin de la séance. De l'enthousiasme, et de la détente, c'est ça qui se... »

506 Avant la séance, on parlait de difficultés de les préparer, de les motiver...

507 «...ce qui est propre à nos patients, pour beaucoup de choses, le travail sur la
508 motivation, la mise en route, la mise en marche. »

509 Est-ce que c'est parce que c'est le matin, ou est-ce que c'est leur situation ?

510 « Non, ça fait partie des symptômes en fait, ils peuvent tout-à-fait faire les choses, la
511 difficulté c'est de se lancer, c'est d'initier, de se mettre en marche en fait. Notre rôle
512 se situe souvent là, d'impulser, d'accompagner, et puis après une fois que c'est parti,
513 c'est vraiment sur la motivation. »

514

515 Y a-t-il des évolutions dans leurs capacités de se motiver ou est-ce qu'il y a certains qui
516 sont motivés au début de l'année, et à la fin de l'année ils veulent arrêter, ou autre
517 chose que vous pouvez observer ?

518

519 « Moi je vois plutôt une motivation qui va crescendo. »

520

521 Y a-t-il des choses dans l'atelier qui les repoussent, qui leur font peur, qu'ils veulent
522 éviter ?

523 « Non parce que rien n'est obligé en fait. Dans l'atelier, il y a toujours la possibilité de
524 se mettre en retrait, de se fondre dans le groupe si on ne veut pas faire les choses tout
525 seul, il n'y a jamais rien d'obligé, d'imposé, il n'y a jamais de mise en difficulté. »

526

527 On continue sur la critique, dans la pédagogie, quelles pratiques ou exercices vous
528 semblent le plus adaptées pour les personnes hospitalisées en psychiatrie ?

529

530 « Un exercice qui aidait au démarrage de l'activité, c'était des exercices où la musique
531 était plutôt des percussions. On faisait des grands déplacements à travers la salle tous
532 ensemble, et vraiment sur du rythme. Ce sont des choses assez simples en fait, là le
533 groupe se constituait en début de séance, avec un côté un peu ludique, avec
534 beaucoup d'énergie dans cet exercice. J'ai toujours trouvé bien les séances qui
535 commençaient par ça. Cela nous réveillait. Et justement, on n'est pas exposé
536 personnellement, c'est vraiment marcher tous ensemble, rapidement. Je trouvais ça
537 vraiment bien. Tous les exercices de lenteur, de mouvements très lents, c'est bien
538 parce que ce n'est pas évident. Il y a justement un gros travail de mémoire, de
539 postures, d'assouplissement, c'est complexe, mais je trouve que ça fonctionnait bien.
540 Les exercices les plus difficiles sont les exercices où on demande à chacun de proposer
541 un mouvement. Cela il ne faut pas que ça arrive trop vite à mon avis, ni trop en début
542 de séance. Ce peut inhiber, cela peut bloquer quand même. D'une façon générale, les
543 exercices où les personnes se présentent seules devant les autres, ça ne doit pas
544 arriver trop tôt, et ça doit rester spontané en fait. C'est là que le soignant joue un rôle,
545 en faisant, en montrant qu'on peut faire par exemple, sachant que ce n'est pas facile
546 pour les soignants. C'est le plus délicat je pense dans l'atelier, c'est le plus difficile,
547 c'est quand même de proposer des choses aux autres, donc il ne faut pas que ça arrive
548 trop vite. Il ne faut pas que ce soit obligatoire, évidemment. »

549 Que pensez-vous des massages ?

550 « Hors-sujet, pour moi. Hors-sujet, parce qu'on n'est plus dans le cadre de l'activité.
551 Les gens viennent faire une activité, on ne peut pas leur proposer autre chose. Donc
552 pour moi, hors-sujet. »

553

554 Et le travail de la voix, sans texte nécessairement ?

555

556 « Cela c'est à un moment donné quelque chose, c'était je ne sais plus, il y a 2 ou 3 ans,
557 je trouvais que ça prenait trop de place. C'était trop présent, cela prenait trop de
558 place, et ça pouvait mettre en difficulté, et après, à nouveau je trouvais qu'on était
559 plus dans le sujet. Cela peut être un accessoire, on va faire la chorégraphie, on sait
560 qu'il y a certains patients qui vont être à l'aise, cela va leur permettre de faire des
561 propositions. Mais il y a eu un moment, je crois que ça prenait trop de place. »

562

563 Et sur les séquences, les exercices de lenteur au début de la séance, vous trouvez ça
564 plus difficile qu'au milieu ou à la fin ?

565

566 « Je préfère à la fin. Je trouve que quand on commence avec plutôt des moments où il
567 y a plus d'énergie, de rythme, ça crée le groupe en fait. Et après la fin, c'est comme
568 une transition à la fin de la séance, ce sont des exercices où il y a plus de détente, on
569 se recentre un peu sur soi, avant de quitter la séance. Moi je le conçois plus comme
570 ça. Et puis on est plus fatigués quand même en fin de séance. »

571 Vous avez dit « recentré sur soi », est-ce qu'il y a d'autres phénomènes que vous
572 ressentez pendant cette lenteur pour le patient ou pour vous ?

573

574 « Des exercices lents comme ça, je le vois plus comme des exercices où on se recentre.
575 C'est le moment le plus difficile au niveau de l'attention, parce que là on est dans des
576 postures très précises. Au niveau de l'orientation c'est complexe, devant, derrière,
577 gauche, droite. Il y a des déplacements très précis, donc ça mobilise beaucoup
578 l'attention. L'attention sur ce que tu fais, on est vraiment dans la comparaison, le
579 pédagogue montre, on doit faire pareil. Il y a souvent un décalage énorme, il faut en
580 prendre conscience, et il faut arriver à corriger, cela est très difficile pour certains
581 patients. La lenteur, c'est difficile, pour certains patients c'est très difficile. Cela
582 demande à réguler le mouvement, la hauteur du bras, c'est très cognitif, en fait, cet
583 exercice. »

584 C'est lié à leur pathologie ?

585 « Le fait que ce soit difficile ? Cela demande en fait beaucoup de contrôle, ce sont des
586 mouvements où on est beaucoup dans le contrôle de soi, donc c'est difficile oui. Et en
587 même temps, il y a l'aspect, quand le mouvement commence à être acquis et que ça
588 devient plus simple, il y a quand même l'aspect détente de ces mouvements calmes,
589 avec des musiques calmes, et on se recentre sur soi. Quand on fait des mouvements
590 lents, on est très centré sur soi, comment j'ai mis mon bras, est-ce que j'ai tourné du
591 bon côté... Pour certains patients, c'est un effort important. »

592

593 Que pourriez-vous dire sur la prise de médicaments psychotropes et la disponibilité
594 des patients pendant la séance ?

595

596 « Je ne veux pas remettre en question la prise des médicaments ! »

597 Non c'est juste sur ce que ça fait par rapport à leur disponibilité pendant la séance,
598 est-ce que vous voyez que ça altère leur façon d'être ?

599 « Non, parce qui peut altérer leur façon d'être pendant les séances, c'est le fait qu'ils
600 ne soient pas bien. Plutôt par exemple, qu'ils n'aient pas pris leur traitement. J'ai
601 plutôt cette vision- là. Je ne pense pas, ça n'a pas d'impact. Ce qui peut altérer une
602 séance pour un patient, c'est le fait par exemple qu'il n'ait pas bien dormi, ou qu'il soit
603 stressé par quelque chose et qui du coup il ne soit pas très attentif à ce qu'on fait mais
604 je ne pense pas que le médicament soit un frein à l'activité, au contraire.»

605 Il y a eu des incidents dès fois, certains patients qui deviennent très passifs, ils ont la
606 bouche ouverte et ils salivent, dans des états où ils sont à moitié endormi, ce n'est pas
607 lié au médicament ça ? On ne peut pas savoir ?

608 « Non... »

609

610 Quel suivi pédagogique existe-t-il entre les séances ou entre les saisons, comment
611 anticiper la fin d'un atelier ?

612

613 « Avec des temps d'échange, de bilan, d'évaluation. La fin de saison doit se clore avec
614 un temps d'échange des uns et des autres. »

615 Ou tout le monde participe, les patients...

616 « Oui bien sûr, tout ceux qui en ont envie, justement soit pour améliorer le
617 fonctionnement, pour verbaliser en fait. »

618

619 On passe sur la pédagogie elle-même, encore une fois, l'expressivité et la créativité,
620 observez-vous des étapes positives sur leur capacité expressive ?

621

622 « Pour moi c'est évident qu'il y a un impact, évidemment. Pour moi, ce qu'ils peuvent
623 faire pendant la séance, pour la plupart, il n'y a pas d'autres espaces pour le faire, dans
624 leur vie quotidienne. Le but de la séance c'est quand même de développer ça,
625 l'expressivité, l'imaginaire, et après d'arriver à le proposer et de s'affirmer, oui il y a un
626 impact. Les patients qui suivent l'atelier, la preuve c'est qu'il y en a beaucoup qui
627 voudrait le suivre pendant des années, c'est qu'ils y trouvent un intérêt. »

628 Il y a aussi des impacts sur leur quotidien, on voit cette créativité-expressivité rentrer
629 dans leur quotidien ?

630 « Probablement... »

631

632 Parlez- moi des impacts que vous, ou le médecin, considérez comme thérapeutiques
633 dans cet atelier ?

634

635 « Probablement, la confiance en soi, un rapport au corps plus positif, l'appartenance à
636 un groupe, l'aspect socialisation est quand même important aussi. Le côté, dans un
637 autre registre, l'assiduité, le fait de s'engager dans un atelier pour 14 séances, de se
638 débrouiller pour s'y rendre, etc..., organiser. Tout ça pour les patients, ça a un impact
639 positif aussi. »

640

641 Depuis combien d'années êtes-vous dans cet atelier ?

642

643 « 6 ans, il me semble... moins cette année, en gros vraiment 5 années actives. »

644

645 Est-ce qu'il y a quelque chose d'autres que vous voudriez dire sur cette expérience ?

646

647 « Je pense qu'il faudrait que ça continue ! Qu'il faut arriver à maintenir l'atelier en le
648 redéfinissant à chaque fois, que ça ne devienne pas une routine, parce que ça peut
649 être le risque pour tous les ateliers comme ça, que ça ne devienne pas une routine, et
650 qu'on continue à se questionner sur le sens et les objectifs. En plus comme ça change
651 de soignants, beaucoup, vraiment de redéfinir les objectifs de départ en fait, et les
652 objectifs pour chacun des patients, pour que ça ne soit justement pas de
653 l'occupationnel. »

1	4	2	3	5	6
Contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse	Engagement et présence des soignants dans l'atelier de danse	Problématiques liées à l'état du patient	Appréciation du soignant concernant l'activité danse	Valeur ajoutée de l'atelier danse dans le cadre thérapeutique traditionnel	Présence ou non d'effets sur les patients
[...] c'est un atelier qui doit être décidé en équipe, équipe médicale, la hiérarchie, les cadres des services, les cadres supérieurs également, et l'accord de la direction, et l'association CLAPARED pour la subvention. (R, L.4-6)	[...] telle ou telle personne ne supporte pas que quelqu'un d'autre le touche, ou ne supporte pas tel ou tel exercice qui pourrait générer de l'angoisse ou autre chose, là oui on pourrait prévenir avant la fin de la séance que la personne n'est pas bien, et qu'il faudrait éviter de faire ça ou ça. (R, L.127-130)	Pas beaucoup de personnes, on va dire, qui spontanément demandent à y participer, ils ont besoin de beaucoup d'explications, sur à quoi ressemble cette activité, cet atelier, comment ça va s'organiser, qu'est-ce qu'il va être fait. (R, L.93-95)	C'est un atelier qui est riche, dans le sens de groupe, humain, corporel [...] (R, L.73)	Ce qui met un plus dans la relation avec le patient, ce qui est différent, c'est clairement cette proximité, qu'il y a peu, qu'il y a moins dans les services. C'est vraiment ce partage et ce rapprochement qu'il y a entre soignant-soigné, parce qu'on est en tant que soignant et on est en tant que participant aussi, et tout ce qui est mis en place pendant cette séance, ça apporte aussi bien pour le patient, que pour le soignant, comme un rapprochement. (R, L.187-192)	Je n'ai pas vu une seule personne abandonner, ils sont généralement très réguliers, très rigoureux, ils ne manquent pas, sauf dans un cas extrême où là, la personne n'est pas bien du tout et là elle ne peut pas y participer, [...] (R, L.305-307)
[l'efficacité de gestion par une association et non pas par une institution :] [...] aucun problème. (R, L.56)	Notre rôle, premièrement, c'est un rôle d'accompagnement auprès du patient, d'observation surtout, [...] d'aide également dans les exercices, d'écoute, les patients demandent malgré tout beaucoup d'attention, et viennent rapidement vers nous pour discuter, et surtout les cadrer pendant la séance. (R, L.133-136)	Pour d'autres personnes qui sont psychotiques, le avant est difficile, parce qu'il y a tout ce qui est préparation, organisation, le départ qui peut être source d'angoisse. D'autres qui se cachent dans l'institution, là c'est encore plus difficile. (R, L.261-264)	C'est thérapeutique, parce que c'est un atelier qui se fait en groupe, sur l'extérieur, avec d'autres secteurs de psychiatrie, c'est un mélange intersectoriel. (R, L.401-402)	[...] au niveau du comportement, ils peuvent se sentir plus proches des soignants, parce que ça rapproche cet atelier chorégraphique. (R, L.197-198)	Ils viennent parce que déjà c'est une sortie qui se fait sur l'extérieur, c'est prendre la voiture, s'est sortir de l'hôpital, ensuite, ce qu'ils disent c'est qu'ils vont chanter, qu'ils vont danser, pour certains patients, c'est le chant, la danse, se relaxer, apprendre des exercices pour les refaire chez moi quand je suis trop angoissé, voilà leurs paroles. (R, L.309-312)

[...] il y a plusieurs services dans l'institution qui participe à cet atelier, donc chaque service s'organise à sa manière, bloque des créneaux, parce que ça nécessite quand même de bloquer plusieurs heures dans la journée, et d'avoir des moyens humains aussi présents dans les services, ça nécessite aussi qu'il y ait une infirmière de disponible ce jour-là obligatoirement par sécurité, et aussi s'il y a un accident, s'il y a des malaises, pour les patients. Au niveau de la complexité, l'organisation c'est nous qui la faisons, de ce côté-là il n'y a pas de problèmes particuliers. (R, L.6-12)	Les patients sont déçus que l'atelier s'arrête, mais cela a été travaillé avec eux avant, c'est-à-dire qu'on les a préparé avant [...] (R, L.353-354)	[...] l'idéal c'est que la personne soit motivée et qu'elle s'engage pleinement à faire cette activité, c'est la confiance. (R, L.318-319)	Pour les patients, le rapport avec la musique, de correspondre avec la musique, au niveau physique, verbal, au niveau de l'autre, tout ça pour un psychotique, c'est la guérison. (R, L.402-404)	[...] les patients psychotiques étaient beaucoup plus dans l'individualisme, ils ne font pas attention aux autres, c'est dans leur pathologie déjà à la base, ils ne peuvent pas faire attention à l'autre. Donc se retrouver confronté à des jeux de rôles à deux, d'être en face de quelqu'un d'autre, ce n'est que positif pour eux. (R, L.231-235)	La plupart des patients ont l'impression de ne pas sentir leur corps, de ne pas se sentir soi, une partie de leurs membres, ou même tout leur corps, de ne pas savoir même où est leur jambe, où est leur tête ou est leur bras... l'atelier permet vraiment de pouvoir les ressentir, de travailler sur tel ou tel membre, c'est inévitable, ils le disent qu'ils se sentent être un. (R, L.283-286)
C'est un choix, un engagement de la personne, avec un accord médical, [...] pas de prescription. Une discussion [...] entre l'équipe soignante, le médecin psychiatre et le patient. (R, L.104-106)	On travaille aussi dans la continuité ; on leur dit aussi que l'atelier va sûrement reprendre, qu'on les tiendra informé, savoir est-ce qu'ils souhaiteraient y participer l'année prochaine, [...] (R, L.357-359)	[...] il y a des activités qui sont mises en place, gym, gym douce, activités théâtres, beaucoup d'expression, et on en parle avec les patients, on reparle de l'année, des séances avec eux, de ce qu'ils en ont pensé, est-ce qu'ils aimeraient le reprendre, donc ils se disent voilà que dans quelques mois ils reprendront sûrement cette activité. (R, L.353-354)	Si un psychotique arrive à se sentir, lui, tout son corps, d'arriver à partager avec l'autre, d'arriver à faire attention à son geste et à la musique en même temps, cela a un impact tant sur le physique que psychologique. (R, L.404-406)	[...] je ne les vois pas dans le quotidien, mais de façon ponctuelle quand je fais des déplacements dans l'institution, à chaque fois qu'ils me voient, ils m'en parlent. (R, L.269-271)	[...] on voit bien qu'ils ne savent pas où le membre se trouve, jusqu'au moment où on leur montre et on leur fait toucher et là ils peuvent faire l'exercice correctement, je pense qu'en effet là ils ressentent leurs membres qu'ils ne devaient pas sentir avant. (R, L.289-291)
[...] c'est principalement des personnes qui sont atteintes de troubles psychotiques, qui ont justement besoin de se recentrer sur leurs corps, comme des personnes qui peuvent être névrosées avec des problèmes d'images corporelles, des problèmes d'images de soi, d'estime de soi. [...] de personnes qui ont des troubles anxieux ou qui ont des sensations d'avoir des pertes de soi, physique. (R, L.97-101)	Un moment de détente, [...], une grande relaxation, parce qu'il y a quand même beaucoup d'exercices d'étirements, et de surpasser parfois certaines barrières qu'on peut se mettre, de prendre un petit peu plus les devants. (R, L.141-143)	Savoir si le traitement influe sur le comportement ? le traitement est pris généralement le matin avant la séance, ce qui peut justement atténuer l'anxiété du départ. (R, L.370-371)	[...] c'est un atelier qui fonctionne très bien, et que les patients le demandent, c'est à refaire, [...] (R, L.408-409)		[...] on a vu que cela avait un effet bénéfique sur leurs corps. (R, L.295)

Cela fait partie intégrante de notre rôle de surveillant, c'est un atelier qui est thérapeutique pour les patients, donc ils le voient d'un bon œil. (R, L.63-64)	[...] on arrive chacun à tempérer à notre manière. (R, L.145-146)	[...] c'était la collectivité, et la relation à l'autre qui peut être dérangeante, le bruit, l'effet de masse, et le rapprochement qui en tous cas, en début de séance était difficile et qui a commencé à s'approprier au fur et à mesure. (R, L.118-120)	[...] la durée, c'était sur plusieurs mois, c'était environ sur 6 à 8 mois [...] (R, L.28)	[...] une patiente qui systématiquement ne sens pas sa tête, elle a l'impression que sa tête n'existe pas, qu'elle est coupée en deux, elle met systématiquement un bandeau et un élastique pour sentir sa tête, et depuis plusieurs temps, elle ne le met plus. (R, L.295-299)
La hiérarchie médicale est pour cet atelier, cela a été longuement discuté, que ce soit en réunion d'équipe, et ils ont toujours été pour, ils ont vu auprès des soignants, que c'était quelque chose qui tenait, et qui avait du sens. (R, L.66-68)	[...] c'est encore plus enrichissant, qu'ils se mélangent là, et que parfois on enlève un peu notre veste de soignants, et qu'on arrive à créer un autre lien que soignants-soignés [...] (R, L.174-176)	Un envahissement, et de l'angoisse principalement. (R, L.122)	[...] la fréquence, comparée à l'année dernière, était meilleure parce qu'il n'y avait pas un laps de temps trop long entre chaque séance, donc c'était généralement un mardi sur deux, voire un mardi toutes les semaines, ce qui donne beaucoup plus de sens [...] à cet atelier pour les patients. Les patients ont besoin de se repérer également dans le temps, et quand [...] c'était beaucoup plus long entre chaque séance, les patients n'étaient pas aussi réguliers, [...], et actifs [...]. (R, L.28-34)	Pourquoi c'est important qu'ils aient ce rapport au corps ?, parce que ça permet qu'ils le ressentent, [...] (R, L.337-338)
[...] nos cadres [...] trouvent que c'est un atelier qui est assez original, qui ne s'organise pas habituellement (R, L.78-79)	[...] c'est un rapprochement, c'est un lien qui est particulier, c'est-à-dire qu'on est différents plus ou moins dans cet atelier. (R, L.174-176)	Je réfléchis sur ce qui aurait pu engendrer des difficultés, mais je n'ai pas d'exemple concret, à part une situation où un patient s'est senti très mal et a dû sortir du cours, parce qu'il y avait beaucoup de monde, beaucoup de bruit, la musique forte qu'il n'a pas supporté [...] (R, L.345-347)	[...] l'année dernière on avait testé en intra, donc en hospitalisation. Le lieu, est tout à fait correct, il y avait de la place pour accueillir tout un groupe pour la chorégraphie. (R, L.37-39)	[...] ça ne dérange en rien au contraire, ça permet pour eux, d'être réinsérés complètement dans la vie sociale. Cela leur redonne confiance en eux aussi. (R, L.159-160)

[...] principalement pour les psychotiques, c'est un travail intéressant. (R, L.80-81)	[...] je ne me voyais pas aller vers mes collègues et leur faire la bise, je trouvais que ça mettait une certaine séparation entre les patients et les soignants, c'est vrai qu'au début ça me dérangeait, mais en fait pour les patients, ils savent trouver leur propre distance, je ne pense pas que pour eux ça posait problème, c'était peut-être plus pour nous, que pour eux. (R, L.218-222)	Savoir si le traitement influe sur le comportement ? [...] Pendant la séance, non je pense que ça ne perturbe pas, si le traitement est équilibré et qui leur convient, il est fait pour garder cette stabilité, je ne pense pas que ça influe pendant la séance. (R, L.370-373)	L'inconvénient c'était que ça fait partie intégrante de la structure, donc généralement les patients ne différenciaient pas l'hospitalisation de l'atelier chorégraphique qui était partie d'un extérieur, et du coup ça cassé un petit peu, par moment, les séances, parce que les patients rentraient, sortaient comme ils le souhaitaient. Ils ne respectaient pas le temps, ne respectaient pas le début de la chorégraphie, la fin de la chorégraphie, c'était vraiment un désavantage. (R, L.39-44)	[...] pouvant être vraiment dans le partage avec les autres, chose qu'on voit moins dans les services. (R, L.185)
[...] pour eux, c'est plus une activité qui est thérapeutique. (R, L.88)	On créé toujours des liens, qu'on le veuille ou non, plus ou moins affectifs, et j'ai envie de dire, heureusement d'ailleurs. Quand on est soignant, on est humain, on ne peut pas ne rien laisser transparaître, ne rien donner au patient, ne rien partager, ce n'est pas possible, non. Donc s'il y a des liens comme ça qui se créent, tant qu'il y a une petite distance malgré tout, c'est important, pour eux aussi. (R, L.246-250)	Les patients sont déçus que l'atelier s'arrête, mais cela a été travaillé avec eux avant, c'est-à-dire qu'on les a préparé avant [...] (R, L.353-354)	[...] sur l'extérieur, comme on l'a fait cette année, chaque patient se responsabilisait à être à l'heure, le départ se faisait, vraiment en harmonie. Voilà, tout simplement l'extérieur pour eux c'est important, ce n'est pas partie intégrante de l'hospitalisation. (R, L.44-46)	[...] c'est plutôt un groupe qui a été plutôt dynamique, dans le partage. (R, L.227-228)
[...] ça ne dérange en rien au contraire, ça permet pour eux, d'être réinsérés complètement dans la vie sociale. Cela leur redonne confiance en eux aussi. (R, L.159-160)	[...] qu'il n'y a généralement que un soignant par voiture, avec 4 à 5 personnes par voiture, et gérer les demandes de chaque patient, gérer principalement la sécurité dans la voiture, déjà, jusqu'à la salle. (R, L.114-116)	La continuité du soin, passe par la parole, toute l'équipe, c'est toujours en discussion. (R, L.367)	C'est un lien que je trouve très fort pour les patients, quelqu'un vraiment de référent et qui mélange un peu tout, le sérieux avec l'écoute, l'humour, je trouve que c'est vraiment un ensemble, ce que vous transmettez comme émotions, parce qu'il y a beaucoup d'émotions qui passent à travers vous, ce que vous donnez au patient, toutes sortes d'émotions confondues. (R, L.238-241)	C'est positif que les patients arrivent à s'inscrire dans un groupe qui étaient assez nombreux, un peu plus d'une dizaine. C'est positif qu'ils arrivent à trouver aussi leur place au sein d'un groupe [...] (R, L.229-230)

Je ne pense pas que ça les fragiliserait, je ne pense pas que ça les perturberait que le public sache que ce sont des personnes qui ont des troubles psychiatriques. (R, L.164-165)	[...] le toucher n'est pas mal perçu par les patients, c'est même limite contenant pour eux, de ce qu'on a pu observer tout au long de l'atelier chorégraphique. Je n'ai pas vu que le toucher aurait pu être mal géré par les patients au contraire. J'ai plutôt trouvé que cela avait permis à certains patients de se sentir vivants [...] (R, L.152-154)	[...] entre patients, des liens amicaux, [...] (R, L.243)
	[...] entre pédagogue et patient, un lien de confiance. (R, L.243)	[...] ils font un effort vestimentaire, [...] (R, L.255)
	[...] l'expression est le plus important dans le cadre de l'atelier chorégraphique, l'expression corporelle, tout ce qui transmet par le corps, [...] (R, L.325-326)	L'intérêt déjà d'y participer, c'est l'extérieur. Ce sont des patients qui sont en hospitalisation complète, qu'il y ait une accroche avec l'extérieur, une réinsertion quand même avec d'autres personnes. Après le fait de s'exposer pendant des spectacles ou d'y participer, ce que ça peut leur apporter, c'est une reconnaissance je pense. (R, L.277-280)
	[...] il y a l'atelier théâtre, des expressions libres, mais encadrés aussi. (R, L.326-327)	physiquement il y a eu du changement, et psychologiquement aussi, ce patient a réussi à accepter l'autre, chose qui était extrêmement difficile auparavant. (R, L.391-392)
	[...] cette lenteur, c'est vraiment des balancements du corps d'une jambe à une autre pendant les exercices, et c'est justement pendant ces exercices qu'ils peuvent travailler chez eux, parce qu'ils n'ont pas cette sensibilité-là, de leur corps, je trouve que c'est l'idéal. (R, L.331-334)	{Les cadres : } Ils perçoivent également des changements auprès des patients, [...] que ce soit physique, au niveau de leur comportement, de la détente [...] ils voient les patients plus détendus. (R, L.81-84)
	[...] le toucher permet un ressenti de la part du patient, ressenti qui est affecté à cause de leur maladie. (R, L.339-340)	[...] beaucoup plus indépendants, [...] chose qu'on voit moins dans les services. (R, L.184-185)

[...] que les jeux de rôles, fait à deux, dans l'improvisation, ça permet au patient de développer d'autres capacités, insoupçonnées pour eux. Cela utilise leur imagination, [...] (R, L.378-379)

Pendant la séance il y a vraiment une excitation psychomotrice, ils se lâchent, clairement, de façon adaptée [...] (R, L.264-265)

[...] un patient qui n'arrivait pas à se concentrer, qui avait du mal à se mettre dans le groupe, et qui au fur et à mesure des séances et de la relation qu'il avait avec le pédagogue grâce au chant, à la danse, au sport de combat mélangé avec des mouvements lents au sol, tout cela a apporté une rigueur qu'il n'avait pas au début, une douceur aussi, et le rapport à l'autre tout simplement. (R, L.386-390)

[...] et l'après séance est vraiment le moment de relâchement physique et psychologique. (R, L.266-267)
Le retour dans le service est calme, détendu, posé, c'est vraiment un moment où ils se sentent mieux physiquement et psychologiquement. (R, L.267-268)

[...] mais je vois des changements, pour certains patients, je les trouve plus posés, dans tous les sens du terme, plus calmes, réagissant différemment à certaines situations, prenant plus de recul. Alors est-ce que c'est en lien avec l'atelier ? Je ne sais pas. (R, L.396-399)

[...] beaucoup plus créatifs pendant l'atelier, [...] (R, L.184)

[...] ils peuvent se laisser aller complètement à l'expression corporelle, [...] (R, L.265-266)

[...] que les jeux de rôles, fait à deux, dans l'improvisation, ça permet au patient de développer d'autres capacités, insoupçonnées pour eux. Cela utilise leur imagination, [...] (R, L.378-379)

[...] je ne pense pas qu'ils nous voient
différemment, ils savent bien qui ont
est, ce qu'on fait; je ne pense pas que
ça change leur perception. (R, L.196-
197)

[...] pas au niveau de l'hygiène [...] (R,
L.255)

Non pas dans le quotidien, je ne vois
pas de changement dans leur gestuel
[...] (R, L.396)

Katerina : Grille Classificatoire de l'entretien		Âge : 58 ans, Sexe : Féminin ; position : Psychologue, Années au projet : 5			
1	4	2	3	5	6
Contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse	Engagement et présence des soignants dans l'atelier de danse	Problématiques liées à l'état du patient	Appréciation du soignant concernant l'activité danse	Valeur ajoutée de l'atelier danse dans le cadre thérapeutique traditionnel	Présence ou non d'effets sur les patients
La mise en place est de 2005 [...], à l'issue d'une rencontre à l'hôpital, dans un service de psychiatrie, de l'ensemble de l'équipe du Centre de Chorégraphie et à l'occasion de cette rencontre et de cette discussion, on décide très rapidement de mettre un place un échange, un partenariat. (K, L.6-9)	Tous les ans on a proposé à un ou deux patients de rejoindre le groupe. Quelque fois ça a été possible, c'est-à-dire qu'ils ont poursuivis l'activité, quelquefois ils ont arrêté l'activité. (K, L.142-144)	Je parlerais plutôt de soin maintenant que d'activité d'ailleurs. (K, L.103-104)	Bien évidemment, on garde toujours un regard, ou une façon d'être, une posture, à certains moments où on est un peu vigilants, on regarde ce qui se passe, mais je dirais que la position uniquement soignante est devenue de plus en plus petite. Parce que vraiment, à un moment donné, on a tous dansés, et c'est aussi ce qui permet aux patients..., on était tous des humains qui dansaient, en gardant l'œil. (K, L.182-187)	Ce qui a permis que des équipes, des soignants de secteur de psychiatrie différents se rencontrent, et des patients également, ce qui n'est pas si courant que ça, que des patients et des soignants de différents services se rencontrent autour d'une activité. (K, L.36-38)	[...] je trouve ça remarquable qu'il y ait - en tout cas au moins deux que je connaisse - qui sont encore à l'atelier six ans plus tard. (K, L.426-427)
Alors là, commencent pour nous [...] un peu plus de difficultés. Cela veut dire des déplacements, des transports, un mini bus, donc un nombre de places limitées dans le mini bus, donc un choix spécifique de patients. (K, L.16-19)	[...] il existe des patients qui ont commencé l'activité et qui sont encore là depuis 2005. Il n'y en a pas beaucoup, mais il doit y en avoir deux ou trois peut être. (K, L.142-144)	[...] on ne savait pas du tout ce que ça allait être. On a eu envie de faire cette expérience, on a eu envie de partager ces moments- là avec les chorégraphes, sans avoir aucun projet précis initialement. Au bout de 4 ou 5 ans de cette expérience, je peux dire que c'est un travail thérapeutique, ce qui n'était pas du tout le projet de départ. (K, L.108-111)	Certes on est danseurs avec les patients, on est tous danseurs, plus exactement, mais on garde malgré tout, on est sur un temps de travail, on est quand même des professionnels. (K, L.214-216)	[...] c'est indispensable que ce travail se poursuive. D'abord parce qu'il permet encore une fois, et ça c'est quelque chose qui est pérenne, c'est-à-dire la rencontre de soignants et de patients de différents services, ça c'est fondamental. (K, L.117-120)	Il y a eu une période où ils ont pu donner leur avis sur ce qui était proposé. Donc la motivation... ils n'ont pas subi ça. (K, L.434-435)
Deux soignants vont encadrer, accompagner quatre ou cinq patients régulièrement. (K, L.20)	[...] c'était grâce à ces médicaments-là pour certains, qu'ils étaient aussi en mesure de venir à cet atelier. (K, L.522-523)	La question de la danse, ou en tous cas de la mise en jeu du corps me paraît aussi indispensable à maintenir, [...] (K, L.117-120)	Ce patient, qui s'est cogné la tête contre les murs, parce que ça a fait échos en lui, le texte [...] dit par son collègue, je pense que c'est quelque chose qu'on pourrait reprendre avec lui. Soit on le reprend dans le groupe, [...] soit on le reprend dans le bureau du médecin, mais très tranquillement. Soit on le reprend, avec les infirmiers à l'hôpital, mais je ne serais pas favorable d'arrêter ça, sous prétexte que. Je ne crois pas qu'il faille arrêter. (K, L.168-175)	[...] certains patients m'ont énormément touché. Je n'avais pas conscience, ou je ne savais pas ça d'eux. (K, L.238-239)	[...] des patients qui spontanément, de leur propre initiative, proposent de lire des textes qu'ils ont écrits, (K, L.539-540)

La question du financement s'est posée la deuxième année. (K, L.33)	[...] il y avait dans ce groupe au début des patients malades ; très malades. Relativement stabilisés, par le traitement mais avec des effets secondaires, qui étaient le surpoids et un certain ralentissement. (K, L.525-527)	[...] il faut impérativement que ce genre d'atelier se poursuive. C'est un lieu et un espace où il y a une expression justement du corps possible, et il n'y en a pas ailleurs, il n'y a pas d'autres lieux où on peut exprimer avec son corps, dans un cadre donné, c'est une chance inouïe d'avoir cette possibilité-là. (K, L.242-245)	[...] progressivement, je me suis mise aussi à danser, et vraiment à certains moments, on était des danseurs. (K, L.181-182)	A l'époque où je le faisais bien sûr, il s'est tissé des liens particuliers, on faisait partie du groupe danse. Il y avait des échanges avec les patients, (K, L.255-256)	Comme si le surpoids la gênait pas, ou en tout cas elle faisait avec, ou en tout cas elle trouvait d'autres façons d'exprimer quoi. (K, L.533-537)
[...] la somme demandée par le centre chorégraphique étant trop importante, [...] on a donc sollicité des collègues des autres services, pour au fond payer la note. (K, L.33-36)	[...] il est possible que ce travail, comme danger, puisse libérer des pulsions. (K, L.152)	Il y a une forme de complicité, de proximité de ce groupe-là qui se reconnaît, [...] Bien sûr que ça change un peu les choses, mais au contraire, je trouve que c'est extrêmement intéressant. (K, L.257-260)	Cela c'est une de mes limites, c'est-à-dire la question amicale avec des patients, me paraît pas, je ne verrais pas les patients à l'extérieur. (K, L.216-218)	Il y a une forme de complicité, de proximité de ce groupe-là qui se reconnaît, [...] (K, L.257-258)	Il y en a deux qui sont sortis, deux qui étaient hospitalisés depuis très longtemps, et qu'ils sont sortis et ce sont de patients qui ont participé assez longtemps à l'activité danse...(K, L.383-385)
[...] ce qui me paraît important c'est la crédibilité qu'on accorde au chorégraphe qui a formalisé cette association. (K, L.46-47)	Je pense à ce patient qui a pu exprimer par le corps de l'agressivité, de la colère mais dans un contexte contenant. Il y a un danger potentiel mais je crois que le chorégraphe qui anime ça et les soignants qui sont présents, en l'espace de 6, 7 ans, il me semble qu'il n'y ait jamais eu de problèmes. Il pourrait y en avoir, mais je crois que le groupe, le chorégraphe et les soignants le contiennent. (K, L.152-157)	[...] le seul danger éventuel, pour résumer, ce serait peut-être libérer des pulsions, mais jusqu'à présent, ça ne s'est jamais produit, au point que ce ne soit pas repris dans le groupe. (K, L.158-160)	[...] je me suis totalement laissé guider par le pédagogue, il a fallu aussi que je laisse tomber un certain nombre des résistances, des barrières. (K, L.285-286)	C'est dans ces espaces et dans ces moments où n'est pas que soignant et patient, que là on travaille bien. (K, L.262-263)	Il y a des patients qui se sont rencontrés dans le cadre de cet atelier, et qui gardent des contacts. (K, L.209-210)
[...] que ce soit associatif ou institutionnel ne me paraît pas plus compliqué, réducteur, ou il faudra avoir plus d'informations, c'est surtout la personne qui porte ce projet qui me paraît important [...] (K, L.49-51)	Ce patient, qui s'est cogné la tête contre les murs, parce que ça a fait échos en lui, le texte [...] dit par son collègue [...] (K, L.168-170)	[...] sur plusieurs années, ça devient un travail thérapeutique. (K, L.168)	[...] J'ai appris, sans doute, avec le pédagogue, sans doute autant de choses que les patients, particulièrement ce qui moi me touche beaucoup, c'est l'attention, le respect, la bienveillance et le guide. (K, L.286-288)	[...] ce travail de danse, qui était pour beaucoup d'entre nous totalement inconnue, la chorégraphie, la danse contemporaine, pour quelque uns on avaient vu un peu ça à la télé, mais pour certains patients et pour certains d'entre nous, on avait absolument aucune idée de ce que c'était vraiment. (K, L.269-272)	[...] quand on met le corps en mouvement quand on passe du temps ensemble, forcément ça crée des liens. Voilà, mais c'est des liens humains. (K, L.345-347)

[...] pour que ça puisse être pérenne, il va sans doute falloir effectivement, bien argumenter la suite. Ce n'est pas donné encore. (K, L.124-125)		[...] on ne savait toujours pas le jour du spectacle s'il allait venir parce que ça lui cassait les pieds de répéter, (K, L.321-322)		[...] pour certains patients cette activité-là, à mon avis, a aidé à leur réveil. (K, L.364-365)		[...] c'est sans doute, parce qu'on lui faisait totalement confiance que nous aussi on a pu lâcher et du coup danser, et ne plus être uniquement des soignants. (K, L.291-293)		Il paraissait évident que dans un second temps, il était important qu'on aille voir des spectacles de danse à l'extérieur de l'hôpital, en vrai. D'autant que plus, on voyait sur la scène où on avait nous travaillé, le travail des chorégraphes qu'on avait pour certains rencontré dans le travail. Cela donne une toute autre dimension, ça donne une profondeur, ça donne une socialisation, [...] (K, L.273-277)		[...] il y a des patients qui ont noué des liens entre eux, qui ont noué des liens avec le pédagogue, mis en jeu leur corps, et que ça modifie leur parcours de vie. (K, L.578-580)	
[...] on avait des petites réunions entre nous, voilà pour faire un peu le point, pour savoir si l'année d'après on allait proposer à d'autres patients. (K, L.512-513)		[...] on faisait des exercices de respiration pour se mettre en état, il y a certains patients [...] ils étaient assis sur une chaise. Ils n'avaient pas envie de faire ça par exemple. (K, L.455-457)		Mais que ce soit possible pour deux ou trois patients, cela vaut vraiment le coup. (K, L.248-249)		[...] ça m'engage moi aussi dans ce que j'ai découvert moi. (K, L.474-475)		Le travail qu'on a fait, les explorations qu'on a faites, ce n'est pas uniquement pour passer le temps, ça ressemble aussi à ce que font les vrais chorégraphes. Cela a une dimension de réalité. (K, L.277-279)		[...] une patiente très très très apragmatique, qui aussi alors - je vais dire un gros mot - a pu se réveiller, c'est-à-dire s'animer au niveau vraiment de son corps même de son regard, petit à petit, tout petit à petit, (K, L.367-369)	
Il y avait un petit travail. Ce n'était pas un travail élaboré clinique, mais qui est quand même une petite réflexion sur ce qui était passé sur comment aborder l'année d'après. Et si on allait trouver des sous pour l'année d'après. (K, L.513-516)				Je ne dis pas que c'est grâce à l'atelier danse, mais je pense sincèrement que ça a participé. (K, L.375-376)		[...] au bout d'un moment, nous les soignants on est fondus dans le groupe quoi ! Et c'est le pédagogue qui devient le référent, le guide, (K, L.542-544)		En ce qui me concerne, j'ai complètement découvert la danse contemporaine. (K, L.284)		[...] je pense qu'il s'est animé quelque chose chez elle, qui fait qu'après plusieurs années d'hospitalisation, c'est quelqu'un qui est retourné chez elle. C'est quelqu'un que j'ai vu récemment et que je n'ai pas reconnu. (K, L.373-374)	
On est obligé de réfléchir à qui, avec qui on va travailler la question de la danse. (K, L.19)				Je ne saurais pas, ou alors il faudrait vraiment que je fasse là un exercice clinique très importante, mais j'ai la conviction que l'atelier danse a participé. (K, L.385-387)		J'aimerais bien voir ce que ça donne le groupe maintenant. Ça me manque. (K, L.569)		[...] c'est indispensable que ce travail se poursuive. D'abord parce qu'il permet encore une fois, et ça c'est quelque chose qui est pérenne, c'est-à-dire la rencontre de soignants et de patients de différents services, ça c'est fondamental. (K, L.117-120)		[...] sur le moment de l'activité et après quelques heures, après on a le bénéfice vital, énergie vivante, [...] (K, L.381-382)	

Il n'y a pas eu de réunion mais plutôt des discussions informelles sur les patients que nous proposons d'accompagner, mais pas d'indication spécifique [...]. (K, L.27-29)	Mais je ne crois pas que l'on puisse dire : ça c'est mieux et ça c'est moins bien pour un service de psychiatrie, parce que moi je pense qu'il faut laisser quelque chose d'ouvert, où des patients vont nous surprendre... (K, L.457-460)	[...] c'est quelqu'un qui était totalement courbé, dont on ne voyait pas le regard, qui était d'une...qui est au-delà de la timidité, qui parlait pas, je l'ai croisé il y a un mois ou deux, voilà. Elle est droite, elle a changé de lunettes, elle vous parle comme si vous l'avez quitté la veille, (K, L.405-408)
Il n'y avait pas de prescription médicale. (K, L.442)	Ça a déclenché ça sur ce patient, mais ce n'est pas pour autant qu'il faut arrêter. (K, L.461-462)	Encore une fois, je ne peux pas dire que c'est grâce à l'atelier danse. Il se trouve que...(K, L.409)
C'était un peu des paris [...] (K, L.138)	Il y a toute une palette de choses qui sont proposées par le pédagogue. Il y a des choses qui vont intéresser certains, moins d'autres, mais c'est justement ça la richesse. (K, L.462-464)	[...] ce qui était très intéressant c'était de voir l'évolution de ces patients, comment dans les petites performances, ils pouvaient exprimer des choses. (K, L.139-141)
Et probablement que dans le choix des patients, on propose aussi à des patients qui sont un peu stabilisés. (K, L.157-158)	L'aspect thérapeutique ce n'est pas forcément quelque chose qu'on peut mesurer et ce n'est pas forcément quelque chose qu'on peut voir. (K, L.582-583)	On a aussi été terriblement surpris par ce que les patients ont été en mesure de proposer, de faire. (K, L.141-142)
Ce n'était pas du tout en termes de prescription, mais c'était plutôt en terme de : je pense que ça pourrait être bien pour elle. (K, L.443-445) Cela pouvait être des patients qui étaient très apragmatiques mais dont on sentait que cette activité- là pouvait mettre un peu de mouvement, dans le corps. Cela pouvait être aussi des patients qui étaient au contraire, non pas agités mais maladroits dans leur posture et que l'atelier pourrait peut-être contenir. (K, L.136-138)	[...] ce qui serait intéressant c'est de voir ce que les patients peuvent en dire. Parce que comment repérer la thérapeutique ? (K, L.588-589)	Dans l'expression, dans la mise en jeu de leur corps, dans la mise en mouvement de leur corps, dans la capacité à pouvoir exprimer, ou voir même à improviser, j'avoue que j'ai été extrêmement surprise par certains patients. (K, L.239-241)
	[...] dans la manière dont le pédagogue mène ça, dans la manière dont le travail évolue, il y a du thérapeutique. (K, L.591-592)	Il y a des patients qui se sont ouverts, qui se sont appropriés l'espace, il y a des patients qui ont travaillé, il y a des patients qui ont écrits, c'est extraordinaire ce qui a pu se passer pour certains, [...] (K, L.245-248)

il y a eu des patients qui venaient d'une année sur l'autre, et aussi ce qui était très intéressant c'était de voir l'évolution de ces patients, [...] (K, L.138-140)	Au début on avait prévu une dizaine de séances, ça c'était la première année. (K, L.20-21)	[...] un patient qui avait improvisé une scène, qui était vraiment quelque chose d'extrêmement puissant, d'extrêmement fort, (K, L.316-317)
[...] le psychiatre, le responsable, le chef de service étant présent à la réunion de rencontre avec les chorégraphes, était tout à fait partie prenante sur ce projet-là, il était plutôt encourageant. (K, L.25-27)	La durée elle est à peu près d'une heure, je ne sais pas si c'est encore le cas, ...elle est d'une heure et demie, et on avait entre 10 et 12 , 14 séances, ça dépendait des années. (K, L.56-57)	[...] certains patients ont trouvé des biais, ont trouvé d'autres façons d'exprimer. Même avec le poids, même avec le surpoids. (K, L.528-529)
[...] les cadres, la cadre supérieure, savait que je travaillais à ce projet, ils n'ont jamais été hostiles, au contraire, plutôt encourageants. (K, L.86-87)	Une heure et demie, ça me paraît vraiment très bien, certaines fois deux heures auraient été bien, mais ça dépend tellement du groupe, ça dépend tellement de ce qui est proposé. (K, L.57-59)	Elle était vraiment très très très rond quoi, au et en même temps elle avait une...je ne sais pas, il se dégageait quelque chose de son visage, de sa posture, de sa façon de bouger. (K, L.531-533)
La hiérarchie médicale, via le chef de service, était très très encourageante, complètement ouverte à ce projet-là. D'autres médecins étaient moins engagés, mais on n'a jamais eu, au contraire, d'entraves, d'obstacles. Dans toutes les années où j'ai accompagné les patients, c'était au contraire un encouragement et ils étaient très partants pour ce projet-là. (K, L.93-96)	Quelque fois quand il y avait un espace trop grand entre les séances, on avait parfois trois séances, trois, quatre ou cinq toutes les semaines, et après on avait un espace très long, un mois, un mois et demi, là on sentait qu'on perdait un peu quelque chose. (K, L.62-65)	Sa voix il faut l'apprivoiser, quand on déclame comme ça devant des gens. Il y a vraiment des patients qui ont évolué là-dedans. (K, L.559-560)
[...] il y avait une reconnaissance de ce travail, de cette activité, de ce soin je dirais. (K, L.102-103)	[...] c'était très bien 12, 14 séances, ça ne me semblait pas qu'il faille plus, on aurait été dans un autre projet à ce moment-là. (K, L.65-67)	[...] mais pas pour tous, (K, L.238)

[...] les jeunes médecins psychiatres ne sont pas du tout formés de la même manière, ou en tous cas n'ont pas les mêmes projets, ni la même ouverture d'esprit, tant pis, je l'ai dit, à des choses comme la chorégraphie. (K, L.121-124)	[...] c'est des choses qu'ils ont travaillé ! Au fur et à mesure des années. Des patients qui n'ont pas voulu dans les premières années et qui étaient dans l'incapacité, parce qu'ils ne voulaient pas parce qu'ils ne pouvaient pas prendre la parole ; s'exprimer. D'où l'intérêt encore une fois de la permanence de cet atelier... Au bout de deux ans, de trois ans... Pouvoir prendre la parole, pouvoir s'exprimer, [...] (K, L.551-555)	[...] pas pour tous évidemment. (K, L.248)
On peut mettre au courant les patients de la performance qui va avoir lieu, si les patients sont d'accords [...] (K, L.224-225)	La question aussi de la pérennité, justement. Ce n'est pas uniquement un atelier comme ça, une lubie, un atelier occupationnel. Non, c'est un travail. C'est un travail sur plusieurs années. Et c'est sur plusieurs années qu'on peut dire que c'est thérapeutique. (K, L.575-578)	[...] parfois la maladie prend le dessus. Ça ne dure pas forcément très longtemps. [...] (K, L.382-383)
[...] il y a des aspects légaux, si les patients sont sous tutelle, sous curatelle, la question des photos, la présence du public, tout ça, ça peut se discuter avec les patients. (K, L.225-227)	[...] ça a lieu dans un premier temps au sous-sol du service de psychiatrie. [...] mais très rapidement à la fois les patients et les chorégraphes trouvent que cet endroit est moche, sombre, pas adéquat. (K, L.9-14)	Il y a les patients qui ont arrêté aussi parce qu'ils ont décompensé, ils allaient aussi plus mal. Peu, mais il y a eu. (K, L.424-426)
Au contraire, c'est intéressant que le public découvre ce que les soignants et les patients sont capables. (K, L.230-231)	[...] les chorégraphes décident que ça pourrait se faire dans les studios, donc au centre chorégraphique. (K, L.15-16)	Je ne dis pas que c'est le cas de tout le monde. (K, L.566-567)

[...] la fin du groupe était marquée par, justement, la petite performance publique. Avec un petit goûter, avec des gens qui venaient voir, et je trouvais que symboliquement ça permettait de clore. (K, L.509-511)

Quand on a travaillé au studio, au Centre de Chorégraphie, ça me paraissait très important d'être dans ce lieu-là. Cela avait symboliquement aussi un sens pour les patients. Ce n'était pas une activité à l'hôpital, c'était une activité dans un lieu prévu pour la danse [...] Et quand on est allé voir des spectacles, on s'est retrouvé dans ce même lieu, ça je crois que cela a un sens symbolique cet espace-là. (K, L.71-76)

Après on a changé de lieu, on est allés dans d'autres salles, le groupe étant constitué, l'espace avait moins d'importance. (K, L.76-77)

Je crois que ça c'est très important, que ce soit des lieux symboliquement reconnus autour de la danse. (K, L.78-79)

[...] très rapidement pour moi, s'est installée une confiance dans la capacité du pédagogue à percevoir jusqu'où il fallait aller avec certains patients. (K, L.289-290)

Très rapidement on a su que le pédagogue pouvait gérer le groupe, pouvant sentir pratiquement pour chacun patient, au fur à mesure, jusqu'où il pouvait aller, confiance! (K, L.293-295)

[...] il fallait vraiment trouver la bonne distance, et là ce n'est pas une bonne distance psychique. C'est une bonne distance corporelle mais sans la présence du pédagogue, on était sûr que le patient n'aurait rien présenté.(K, L.324-326)

Le pédagogue il savait, il a su intuitivement, ou je ne sais pas comment, mais il a su qu'il fallait s'approcher au plus près du patient, l'inviter mais sans un mot, corporellement pour qu'il puisse de nouveau exprimer. Et ce n'était pas par la parole s'était vraiment par le corps. (K, L.328-331)

[...] je dirais presque de la finesse clinique du pédagogue. C'est comme ça que moi je le lis. (K, L.331-332)

[...] la distance était complètement respectée. (K, L.372-373)

[...] d'année en année le pédagogue a essayé d'inventer ou de mettre en place d'autre chose. (K, L.429-430)

[...] le pédagogue il a pu proposer quelque chose qui fait que les patients avaient la parole, pouvaient dire, et pouvaient donner... Fin, dire ce dont ils avaient envie. Réalisable ou pas, possible ou pas. Mais à un moment donné des patients sont autorisés à dire.(K, L.436-438)

C'est le pédagogue qui devient réellement, complètement l'interlocuteur, et plus les soignants. Ça c'est quand même génial. (K, L.545-546)

[...] le pédagogue il est allé chercher chez chacun de nous, ce qu'on pouvait avoir à l'intérieur d'exprimable. (K, L.545-546)

[...] quand on a fait des exemples comme ça, ou même de pouvoir se toucher mutuellement, on est déjà dans un toucher extrêmement respectueux, qui est dans le cadre de la danse. (K, L.197-199)

[...] ce cadre-là, tel qu'il est, en tous cas tel qu'il était quand moi j'ai travaillé, ne me paraissait pas dangereux pour les patients. (K, L.199-201)

[...] il y a des médecins qui disent il ne faut surtout pas toucher, il ne faut surtout pas se toucher, on ne sait pas ce que ça va faire. (K, L.201-202)

[...] il n'y a aucune raison pour qu'on ne puisse pas dans un cadre précis, avec le sens de la danse, qu'on ne puisse pas se toucher. (K, L.203-204)

[...] il va se créer entre le pédagogue et les patients une proximité corporelle que le pédagogue s'autorise du fait du cadre de la danse, que nous n'autorisons pas dans le cadre de l'hôpital, (K, L.314-316)

Ce qui était proposé ne leur convenait pas, parce que c'était trop abstrait [...]
(K, L.419-420)

Improviser avec le corps ça [...] leur demandait trop. [...] (K, L.420-421)

[...] la majorité des patients sont dans leur tête. Ils sont dans le mental. Parfois dans les hallucinations, parfois dans leur voix, parfois dans la réflexion toujours, toujours de leur souci, de leur problème, de leur souffrance, de leur douleur. Le fait de leur demander [...] de décomposer le mouvement pour ouvrir une porte, [...] je pense que c'est extrêmement intéressant parce que ça oblige [...] aussi à se concentrer sur autre chose ; à découvrir aussi autre chose : la lenteur. (K, L.475-481)

Je trouve que c'est complètement
fondamental, parce que...[...] la
lenteur, le mouvement décomposé, la
lenteur d'un mouvement... D'abord
c'est une question de la conscience de
son mouvement [...] (K, L.470-472)

[...] ça reste toujours une question
difficile, la question du toucher. Ça
reste toujours difficile. Mais ce n'est
pas parce que c'est difficile qu'il ne
faut pas le faire. (K, L.503-505)

[...] durant toutes ces années la
manière dont le pédagogue s'y est
pris, a favorisé pour chacun à son
rythme, quelque chose d'une
créativité possible. (K, L.565-566)

[...] ça met en mouvement le corps,
parce que ça peut provoquer, ou faire
émerger quelque chose de l'ordre du
vivant, qui est quand même un peu
ratatinée chez certains patients. (K,
L.586-587)

JULIE : Grille classificatoire de l'entretien
Âge : 38 ans, Sexe : Féminin ; position : Infirmière, Années au projet : 5

1	2	3	4	5	6
Contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse	Engagement et présence des soignants dans l'atelier de danse	Problématiques liées à l'état du patient	Appréciation du soignant concernant l'activité danse	Valeur ajoutée de l'atelier danse dans le cadre thérapeutique traditionnel	Présence ou non d'effets sur les patients
[...] jamais eu des difficultés à trouver le financement (J, L.16)	[...] en dehors de l'activité c'est énorme, pour stimuler le patient à venir, parce que parfois il est tellement pris par sa maladie (J, L.447-449)	Malgré ce qu'elle est, sa maladie, ses difficultés, elle a pu participer à un projet de groupe et dans une créativité. Je trouve que pour la personne c'est drôlement riche d'avoir pu participer à ça. (J, L.719-721)	[...] qu'il faut surtout être là pour accueillir ce qui se passe [...] (J, L.157)	[...] c'est vrai que ça nous amène aussi à porter un autre regard sur le patient, au-delà des symptômes de la maladie. (J, L.337-338)	[...] il avait fait un travail sur lui, sur son corps, sur sa coordination [...] (J, L.317-318)
Il y a jamais eu des réticences en tout cas par rapport à ça (J, L.16-17)	[...] c'est l'effort que ça demande pour sortir de l'hôpital, c'est très compliqué (J, L.527)	Moi je le prends comme une activité thérapeutique parce qu'elle consiste à travailler sur un mieux-être de la personne, et ça dépasse la pédagogie parce que c'est quand même un travail très important sur soi. (J, L.725-727)	On parlait tout à l'heure de la place du soignant pendant l'activité mais en dehors de l'activité c'est énorme, pour stimuler le patient à venir, parce que parfois il est tellement pris par sa maladie. Pour le sortir de ça, pour l'amener dans un autre lieu physique, un autre état d'esprit psychique, parfois c'est très laborieux, on a du mal, on rate, ils ne veulent pas venir. (J, L.447-450)	[...] je pense que si on était là que pour gérer, ça n'aurait aucun intérêt pour le patient parce que du coup il serait encore dans un lieu comme à l'hôpital où on est là pour cadrer (J, L.200-202)	Par rapport à Thierry même si sa maladie évolue, je trouve que d'avoir fait l'activité danse depuis tant d'années, ça lui permet d'intégrer, de verbaliser sa maladie de manière différente (J, L.515-517)
j'ai participé mais sans être active dans l'organisation (J, L.31-32)	. J'ai essayé de travailler sur l'engagement quand le patient est sorti de l'hôpital, pour qu'il vienne à l'activité par ses propres moyens mais ça n'est pas facile à mettre en place. (J, L.546-547)	[...] je trouve que faudrait qu'il y ait une séance toutes les semaines (J, L.82)	[...] en tant que soignant on est le garant du cadre, là on est aussi dans l'activité, il y a un glissement dans l'activité (J, L.202-203)	Des bilans ou des petits débriefings sans que ça prenne des formes protocolaires, mais que ce soit un peu plus parlé, parce que dès fois on est épaté par ce qui se passe (J, L.217-218)	Jacques je trouve que pour lui ça a été spectaculaire [...] au niveau du contact à l'autre, de la communication, je trouve qu'il y a eu un travail énorme qui a été fait par rapport à son aisance de l'autre et du regard qu'il peut porter sur l'autre (J, L.312-315)
[...] le travail en interne prévaut sur les activités en extra, extra institutionnel. (J, L.19)	[...] souvent ils sont très fatigables, ils ont besoin de se poser avant de reprendre un autre exercice (J, L.453)	[...] je trouve que c'est dommage qu'on ne perde pas ça sur une année, en fait que ce ne soit pas en continue, que ce soit sur une période très courte. (J, L.64-65)	[...] on fait les exercices avec eux, on danse avec eux, on crée avec eux du coup, on est dans la création avec le patient (J, L.205-206)	[...] on a une image du patient dans l'institution, et c'est vrai qu'ils donnent une autre forme, une autre présence dans cette activité, du coup on a un autre regard (J, L.218-220)	[Jacques] sa présence physique aussi où il n'y a plus cette tension quand il était à côté de nous, ou dans le regard à être très inquiet de ce qui pouvait se passer (J, L.315-316)
[...] ce qui serait bien en fait, c'est vraiment que ça soit institutionnalisé (J, L.72)	[...] il y a des patients qui sont décalés dans la journée (J, L.458-459)	[...] c'est une activité qui s'inscrit dans le temps et que ce n'est pas en trois séances que ça va bouleverser la vie du patient (J, L.310-311)	Dès fois ils disent « je n'arrive pas à faire les exercices » et c'est là que l'on est présent en tant que soignants. C'est important de modérer ces propos justement pour que ça ne soit pas considéré comme un échec, mais plus comme une expérience du corps (J, L.486-488)	Je pense que ça participe [le spectacle] à l'ouverture sur le monde, et pas les enfermer dans un carcan psychiatrique (J, L.351-352)	ça ne le conditionne pas dans un cadre fermé et ça lui permet aussi d'avoir un cadre d'expression (J, L.178-179)

Ce qu'il faudrait, c'est que ça soit moins porté par le soignant mais vraiment que cela rentre dans la vie institutionnelle (J, L.563-564)	Ils ne dorment pas la nuit, ils ont des moments de somnolence la journée. Ce sont des patients qui n'ont pas forcément une grande activité physique pendant la journée et rien que de faire quelques pas de danse cela leur prend beaucoup d'énergie (J, L.459-462)	[...] c'est très bien de faire ça sur un autre lieu parce que [...] sortir de l'institution [...] ça leur permet aussi de rencontrer d'autres lieux et puis par rapport à l'aspect créatif, [...] ça donne une richesse supplémentaire [...] (J, L.94-96)	[...] on arrive à faire de leurs difficultés quelque chose de positif, ça renforce en eux une certaine confiance en eux (J, L.495-496)	[...] je pense qu'ils se créent des affinités entre les soignants qui participent à l'activité, parce qu'il y a une grande implication du soignant et on se retrouve dans ces activités parce que on a les mêmes affinités, et du coup c'est vrai qu'ils se créent des liens d'amitié un peu naturellement. (J, L.391-394)	[...]trouver une autre forme de langage pour communiquer avec la personne (J, L.136-137)
[...] quel soignant va participer à cette activité-là, donc ça, ça se fait par affinité. (J, L.26)	[...] pour des patients psychotiques où il y a une grande difficulté de l'image du corps et du ressenti corporel, et ça peut, c'est vrai, entraîner des choses assez violentes à l'intérieur et c'est aussi pour ça je pense qu'il faut des soignants dans cette activité (J, L.160-163)	[...] d'avoir une vue sur l'extérieur, d'avoir une lumière extérieure, je trouve que c'est un plus ; un atout [...] (J, L.101-102)	[...] nous on va positiver ça pour rendre ça positif pour pas qu'ils partent sur des échecs permanents. (J, L.506-507)	[...] ils se sont eux même surpris parce qu' ils ne sont pas rangés dans des catégories (J, L.184-185)	[...] ils sont malades mais ils n'emmènent pas avec eux tous les symptômes de la maladie et du coup je trouve que c'est vraiment une grande richesse (J, L.187-188)
Au niveau du choix des patients ça se fait soit par les soignants qui participent à l'activité soit en concertation avec les médecins (J, L.127-128)	La présence psychique dans l'atelier, la concentration, ça peut être épuisant (J, L.465-466)	Moi je trouve que c'est un plus pour le soignant de connaître comment travaille le pédagogue, et que le pédagogue aussi connaît un peu les attentes des soignants (J, L.380-381)	[...] c'est important de vivre l'exercice avec les patients déjà pour voir soi-même ce que demande l'exercice pour pouvoir aider le patient à le vivre aussi parce que sinon de l'extérieur ce serait très compliqué (J, L.195-197)		[...] après le spectacle je les ai trouvé dans une grande détente, et ils ont pu parler avec d'autres gens qu'ils ne connaissaient pas, qui ne savaient pas de quoi ils souffraient dans un dialogue normalisé (J, L.182-184)
c'est aussi en fonction comment on sent la personne (J, L.129-130)	Souvent, en fin de séance ils sont fatigués. (J, L.467-468)	c'est verbalisé par les soignants, en général j'ai toujours eu des retours très positifs du pédagogue, il y a une relation de confiance qui s'installe (J, L.413-414)	on est là un peu pour faire le lien avec toi au niveau du suivi des consignes des difficultés par rapport à l'exercice qui est demandé (J, L.192-193)		[...] il y a une certaine reconnaissance de l'autre, parce qu'ils ont partagé des moments forts ensemble (J, L.406-407)
il n'y a pas du tout de profil type, c'est vraiment au cas par cas (J, L.130-131)	Sur les exercices que l'on fait, sur les rythmes, la coordination, c'est ça aussi qui participe à la fatigue je pense, la difficulté à coordonner le mouvement, et ils s'en rendent compte que c'est difficile pour eux. Et je pense que ça aussi ça participe à la fatigue physique et psychique. (J, L.480-482)	[...] je ne pense pas que ce soit obligatoire de connaître la pathologie du patient, parce que du coup il n'y a pas d'idée reçue, de préjugé (J, L.175-176)	Avoir les ressources humaines en tant que soignant (J, L.6-7)		Jacques dans la prise de parole est beaucoup plus à l'aise. Thierry après la soirée de samedi parlait de sa maladie, de lui, dans une certaine simplicité, sans angoisse apparente [...] (J, L.696-697)

[...] par rapport au profil soit c'est en lien avec des préoccupations corporelles ou une difficulté dans la communication verbale aussi, de trouver une autre forme de langage pour communiquer avec la personne ou des difficultés aussi d'inhibition sociale (J, L.135-138)	[...] ils sont confrontés à leurs difficultés physiques. Ça ils le disent dans l'atelier (J, L.485)	Ce qui fait la différence c'est vraiment l'écoute du pédagogue au moment présent sur ce que le patient qui danse va apporter (J, L.427-428)	[...] disponibilité des soignants pour cette activité (J, L.7)	[...] je trouve que ça permet des renforcer le lien à l'autre (J, L.408-409)
on essaie d'avoir des patients sur une durée, il y a ça aussi, si on sait que le patient va être là pendant une certaine durée et qu'il peut s'inscrire dans l'activité on va lui proposer (J, L.132-133)	Quand ils n'arrivent pas à faire les exercices, ils se mettent dans des états très défensifs (J, L.492-493)	[...] le pédagogue par rapport à surtout ce que tu fais, tu travailles avec les gens comment ils sont avec toi, ce qu'ils apportent le jour même (J, L.185-187)	[...] le fait qu'il y est 14 séances concentrées sur une certaine période c'est compliqué de se caler parce que nous on est obligé de s'adapter au public que l'on a (J, L.77-79)	au retour il peut y avoir une certaine tonicité, qui laisse la place à la parole. On met de la musique. Les gens discutent plus facilement (J, L.471-472)
après c'est comme se fait l'harmonie du groupe, parce que ce qui est important c'est le patient mais c'est aussi l'harmonie du groupe, comment la personne s'inscrit dans le groupe (J, L.140-142)	Pour les patients en extra c'est une activité forte de leur vie dans la semaine, et quand ça s'arrête pendant plusieurs mois ça fait un vide dans leur vie sociale (J, L.660-661)	Souvent ce qui les motive avant tout c'est le travail du pédagogue, sa présence comment il est avec le patients. La musique qui est proposé. L'aspect bienveillant de la séance, c'est ça qui fait que souvent ils reviennent à la séance d'après. (J, L.522-524)	Je trouve qu'il faut une grande écoute du patient, de ce qu'il se passe et pouvoir recueillir ça (J, L.169-170)	J'ai rarement raccompagné des patients dans le service après la séance, qui étaient tendus. Souvent ça a plutôt une forme de détente, détente physique et psychique, même si ça leur a demandé de l'énergie (J, L.467-468)
Les médecins me demandent comment ça se passe, au niveau médical, équipe médicale, parce qu'ils ont vu ce qu'on a fait, ça les a marqué, ils ont des images. (J, L.108-109)		On n'est pas là pour les guérir de toute façon, mais plus pour les accompagner dans un mieux-être (J, L.330-331)	[...] c'est quelque chose qui m'a plu assez rapidement (J, L.31)	Au niveau de l'énergie intérieure qui est là, oui, je trouve que ça renforce ça (J, L.474)
[...] il y a des soignants qui sont venus au stage que vous aviez fait avec Bernardo et c'est vrai que c'est quelque chose qui était très positif pour l'image de l'atelier [...] (J, L.111-114)		C'est vraiment faire partager à l'autre, pendant la séance, des exercices, mais toujours dans un but d'écoute de soi, du corps. (J, L.426-427)	[...] ce n'est pas une activité, où on peut se permettre d'y être d'une manière occasionnelle (J, L.10-11)	certains patients disent que le mouvement lent ça amène une détente du corps très importante (J, L.612-613)
[...] ça touche à la fois les soignants et les patients, et du coup c'est vrai que franchement c'est quelque chose qui n'a jamais été critiqué au niveau de la hiérarchie. (J, L.114-116)		[...] les affects sont plus chez le patient qui peut revivre des choses qu'il a vécues, ou des pensées et je pense que le travail du pédagogue c'est comment sublimer ça dans une autre forme, comment on peut en faire quelque chose de créatif, d'expression. (J, L.430-432)	[...] on est quand même très présents dans cette activité avec les patients (J, L.9-10)	Ce qui est très positif. Ils peuvent parler d'eux dans leur intimité sans forcément le verbaliser par la parole. (J, L.692-693)

C'est plus l'équipe médicale qui m'en parle, parce que c'est quand même eux qui...mais oui oui c'est considéré comme une activité thérapeutique. (J, L.123-124)	[...] c'est amener des outils pour pouvoir entrer dans l'expression du corps et parfois de la parole, pour moi on n'est pas dans l'ordre de l'affect (J, L.425-426)	[...] c'est un atelier qui n'est pas simple au niveau de l'engagement corporel de garder la présence dans le groupe (J, L.190-191)	[...] il y a un certain lâcher-prise, une expressivité qui se met en place parce qu'il y a vraiment une relation de confiance et d'écoute du pédagogue, dans un cadre très rassurant (J, L.417-419)
[...] comment le transmettre aux collègues dans l'intra aussi. Dès fois ce n'est pas simple (J, L.220-221)	[...] le toucher c'est une forme de rencontre avec le patient par le contact et c'est aussi une forme de rassurance pour le patient, je trouve que c'est assez indispensable (J, L.226-228)	[...] la disponibilité des soignants pour cette activité, demande quand même beaucoup d'énergie au niveau de l'engagement, dans l'activité et de présence dans l'activité (J, L.7-8)	Tous les exercices peuvent amener à ça. [Quand] toute l'expression de la personne est accueillie et quand la personne l'a perçue compris ou senti, il y a un certain lâcher prise. (J, L.677-678)
c'est une histoire de droit et de responsabilité vis-à-vis du patient, notamment pour les patients peut être qui sont sous curatelle, tutelle où il faut des autorisations. Après nous en tant que soignants, si le projet est accepté par l'institution, à partir de là si il y a un projet de représentation il n'y a pas de frein particulier. (J, L.238-241)	c'est, [...] une notion de fabriquer avec la personne, et puis on est en contact pour la danse, c'est vraiment de l'ordre de la création [...] (J, L.229-230)	[...] le fait de faire l'exercice soi-même ça demande aussi un investissement du soignant malgré tout et on doit gérer notre propre investissement et notre présence en tant que soignant avec le patient (J, L.210-212)	Sur les patients en Intra je n'ai pas observé de différence (J, L.476)
[...] il n'y a pas eu de clash, il n'y a pas eu de débordement dans toutes les représentations, après il y a des tensions mais après le soignant est là pour accueillir ça et discuter de ça avec la personne (J, L.246-247)	Tous les exercices de coordinations, de ressenti des mouvements autour de la coordination, les ressentis autour de la coordination les exercices sur la musique percussive c'est important pour le patient, [...] Le travail au sol aussi c'est important. (J, L.571-574)		[...] je trouve que dans l'activité danse, c'est ce qui nous manque, c'est comment travailler sur l'engagement du patient pour entretenir cette motivation dans l'activité, pour qu'il se mette au travail sur lui-même. Ça sera à travailler je pense. Mais le problème c'est d'avoir des patients sur la longue durée pour pouvoir travailler là-dessus. (J, L.541-544)
[...] le public saura qu'il y a un public de patients en psychiatrie mais après on est pas obligé de détailler les choses [...] (J, L.259-260)	[...] ça donne une liberté c'est vraiment un lieu de liberté, que ça soit cadré, mais que l'on tende vers ça, c'est vraiment bien. (J, L.579-580)		[...] ça ne change rien sur leur quotidien. (J, L.478)
[...] l'idée c'est justement de dépasser un peu ça ; qu'on peut montrer autre chose que sa maladie sur scène et je pense que c'est ça qui est important, qu'on est malade mais qu'on est avant tout une personne avec une sensibilité, avec un caractère, une personnalité [...] (J, L.262-264)	Il y aussi le travail par deux, en groupe, avec la musique, différentes musiques, travailler sur les sons, découvrir des sons. (J, L.580-581)		

[...] c'est ce qu'on a essayé de faire dans le dernier spectacle, de montrer les fragilités personnelles et d'en faire quelque chose de beau [...] (J, L.26-267)	Je trouve que le toucher sensible est bien. [...] Dans le toucher sensible, on est plus dans un contact à l'autre, dans une certaine sensibilité, une lenteur, on travaille sur la retenue, dans la communication avec l'autre, c'est peut-
[...] par sa danse, il avait pu partager ce qu'il était lui, son intimité, avec un public réceptif, qui l'a reçu en tant que personne avant tout (J, L.697-699)	[...] dès fois c'est long, du coup ça demande une concentration sur un long terme ou qu'il y a beaucoup de mouvements [...] (J, L.599-600)
	[...] ça marche assez bien cet exercice de lenteur. [...] il y a un effet de groupe, avec la musique ça créé un effet dans le groupe où chacun est libre de son mouvement, et ça prend bien (J, L.621-625)
	[...] dans l'impro, il faut faire attention à la façon dont s'est amené parce que ça peut mal partir si ça n'a pas été bien amené [...] (J, L.632-633)
	Ce n'est pas évident pour eux d'avoir un respect du rythme, c'est même très difficile, ça demande beaucoup d'effort, la lenteur est difficile mais peut être plus accessible. La cadence c'est dur. Ce respect du rythme peut inhiber leur expressivité, parce qu'ils se focalisent sur ça et ça met des tensions et des fois ça ne marche pas bien. (J, L.681-684)
	Je trouve que la lenteur amène plus d'expressivité dans le mouvement parce qu'ils se l'approprient plus facilement. Ils ont leur lenteur à eux même (J, L.686-687)

1	2	3	4	5	6
Contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse	Problématiques liées à l'état du patient	Appréciation du soignant concernant l'activité danse	Engagement et présence des soignants dans l'atelier de danse	Valeur ajouté de l'atelier danse dans le cadre thérapeutique traditionnel	Présence ou non d'effets sur les patients
[...] vous étiez venus quelques-uns pour présenter le travail de chorégraphie, et puis une espèce d'échanges avec l'équipe soignante pour trouver un peu, inventer finalement des points communs qui se sont révélés importants, et donc de faire une activité thérapeutique. (V, L.12-15)	[...] le groupe de patients qui se rendait à ces séances était peut-être un peu hétérogène. C'est-à-dire des gens très investis, très mobilisés pour y participer intensivement, et puis d'autres qui nécessitaient plus de sollicitations (V, L.48-50)	[...] la place du culturel, c'est-à-dire de ce qui se déroule aussi en dehors du strictement sanitaire, c'est absolument fondamental. (V, L.129-130)	[...] il n'est pas mal, assez intéressant [...] qu'il y ait des gens qui ont des pratiques [...] effectivement amateurs extérieurs, qui ont fait l'expérience de la rencontre d'un certain nombre de gens, que par leur sensibilité ce qu'ils ont pu sentir de ce qui se passait dans le service dans lequel ils travaillaient, ont senti que ces rencontres-là qu'ils avaient choisi pour eux-mêmes pourraient être intéressantes pour le service. . (V, L.110-115)	[...] un des aspects très importants du fonctionnement psychiatrique, c'est faire en sorte que le personnel soignant s'investisse dans des activités, dans lesquelles ils trouvent finalement aussi un certain épanouissement personnel. (V, L.99-102)	[...] il y a des gens qui ont réinvesti cette activité, c'est-à-dire qui ont trouvé une accroche dans la réalité, dans une réalité temporelle, spatiale et fondamentalement relationnelle, stable [...] (V, L.577-579)
[...] le modèle était relativement rodé, c'est à dire que je pense un aspect crédit, de quelque subside de la part de l'hôpital mais aussi des aides de la part, peut-être de notre association Croix Marine [...] qui nous permettent d'avoir une certaine autonomie vis-à-vis des activités à organiser dans le service. (V, L.21-24)	[...] le fait aussi d'assister ensemble à un spectacle qui est donné par les animateurs, c'est quelque chose qui ouvre à l'intérêt de continuer [...] (V, L.461-462)	[...] pour moi [...] comme médecin responsable d'un service, il a toujours été très clair les activités que nous proposons n'étaient pas des activités de loisirs. (V, L.139-141)	[...] nous pourrions avoir une fonction je dirais paternelle, maternelle, bref peu importe; et un rôle qui est celui de facilitateur de la relation [...] (V, L.256-257)	[...] cette recherche du partage est en même temps un étayage, si on peut dire de l'engagement que nous proposons aux patients dans une autre façon d'être en relation avec le monde, et puis avec les autres [...] (V, L.272-274)	De même que nous sommes capables de partager, disons aussi, une consigne collective dans un cours de danse, dans nos activités, de même nous sommes capables de partager l'émotion en étant spectateur. (V, L.458-460)
Les difficultés sont [...] apparues de la part, [...] de certains cadres pour qui les problèmes d'activités, surtout d'activités extérieures, pouvaient imposer des questions de planning, mais il m'a semblé que ça a été résolu finalement, assez facilement. (V, L.25-27)	[...] il y a là des enjeux qui demandent du temps, de la précaution, et c'est évident que ça serait dramatique de bousculer quelqu'un, et d'essayer de lui imposer coûte que coûte le vécu dans un groupe, et puis un certain nombre de gestes peut-être en précipitant un peu ce geste, qui serait tout à fait catastrophique. (V, L.628-631)	Ce sont des activités effectivement culturelles dont l'orientation est quand même thérapeutique et soignante. (V, L.141-142)	[...] j'ai toujours estimé capital, enfin important qu'un médecin...que je sois aussi impliqué comme personne au même titre que chaque soignant est impliqué comme personne, dans les différents ateliers et dans les différents activités de la vie quotidienne. (V, L.258-261)	J'ai assisté à cette superbe représentation à la chapelle des capucins s'était absolument extraordinaire. On n'a pas eu du tout le sentiment qu'il y avait une soignante ou des soignantes qui étaient des artistes très avancés et des patients qui venaient simplement décorer le spectacle. (V, L.321-324)	Je pense à certains patients psychotiques, schizophrènes comme on dit, qui sont dans une espèce de fonctionnement apparemment figé, très introverti, plus ou moins régressé, et de le voir au contraire s'animer d'une façon paradoxale, ça illustre peut-être sur les autres, des possibilités qui n'étaient pas connues, qui peuvent aider à nouer des liens, à favoriser l'admission du patient régressé, dans un monde plus large. (V, L.512-517)

[...] ça n'a pas dû présenter d'énormes difficultés, dans la mesure où les intervenants [...] fonctionnaient à titre de leur entreprise personnelle. (V, L.37-39)		[...] il y a une désinhibition aussi, qui peut être excessif. Je pense des patients qui ont une tendance un peu maniaque ou hystérique où ça peut présenter un certain risque. (V, L.631-633)		[...] l'ensemble de ces activités sont thérapeutiques mais ne sont pas thérapeutiques au sens d'un effet direct. (V, L.142-143)		[...] J'estimais donc, nous avions comme soignants à nous engager aussi dans quelque chose qui n'est pas passé par une université des facultés des diplômes, et que nous n'étions pas, parce que nous étions docteurs en médecine, ou chefs de service meilleurs peintres ou meilleurs dessinateurs que les autres, plus habiles ou plus à l'aise dans notre corps que quelqu'un d'autre. (V, L.267-270)		[...] en même temps ce qui est intéressant c'est d'explorer ; c'est d'aller toujours le plus loin. (V, L.392-393)		[...] une plus grande aisance à être, à se tenir... disons au regard des autres [...] (V, L.543-544)	
[...] c'est aussi le problème de l'organisation de planning infirmier. [...] (V, L.52-53)		[...] une activité motrice peut soit entraîner des phénomènes [...] un peu d'hyperactivité un peu désordonné, désorganisé, ou au contraire des phénomènes de peur, de phobie, de repli sur soi, de régression du fait - peut-être - de certains moments du groupe. (V, L.207-209)		Si il s'agissait d'une activité strictement culturelle qui se détachait du thérapeutique, je dirais ça se passe à l'extérieur, complètement à l'extérieure et sans les équipes soignantes. (V, L.147-149)		[...] agir au niveau de la fonction et du rôle au niveau de nous-mêmes comme personne et pas comme...statutairement docteur, à la hiérarchie avec des titres etc. (V, L.271-272)		[...] qui faisait de l'accompagnement du travail thérapeutique, un moment vraiment détaché distinct parfois de la routine de la tristesse qu'il y a parfois dans le service. (V, L.427-430)			
Ce qui est capital est que ce médiateur ne se substitue pas à l'inventivité et au travail de recherche et d'imagination du personnel eux-mêmes. (V, L98-99)		[...] les patients croient aimer et être aimés par éventuellement un tel ou tel infirmier médecin etc. Si vous donnez la plus petite parcelle d'occasion de faire croire que c'est vrai, c'est catastrophique. (V, L.399-401)		[...] entre soins et culturel, les limites sont souvent très floues, puisque un des objectifs du soin c'est bien de sortir de la chronicité, de développer une certaine inventivité, de développer des capacités relationnelles. (V, L.152-154)		[...] il était important [...] de témoigner qu'il était possible de s'engager. (V, L276-277)		[...] nous partageons, parce que nous sommes sur la même travée, à distance de la scène et nous partageons des moments qu'on peut estimer de grande valeur pour nos émotions. (V, L.456-458)		Je pense à certains patients psychotiques, schizophrènes comme on dit, qui sont dans une espèce de fonctionnement apparemment figé, très introverti, plus ou moins régressé, et de le voir au contraire s'animer d'une façon paradoxale [...] (V, L.512-515)	
[...] par l'intermédiaire d'un psychologue - il me semble Évelyne - que finalement le centre chorégraphique est venu parce que c'est une rencontre intéressante, qu'on a parlé en disant 'Tiens, qu'est-ce que tu en penses ?' et puis que l'on a pu faire cette rencontre. (V, L116-119)		Il peut y avoir un risque [...] pour des patients éventuellement, à des moments de leur évolution, dans le sens d'une certaine désinhibition un peu hyperactive, ou autre. (V, L.545-547)		[...] c'est bien de cela qu'il s'agit : de développer des qualités relationnelles, les capacités à surmonter ses phobies, ses craintes, d'être dans un groupe, de pouvoir adhérer à une relation qui suppose aussi un certain nombre de synchronies, de moments partagés. Ça me paraît toujours dans une dimension thérapeutique. (V, L.156-159)		[...] Ça ne veut pas dire qu'on n'ait pas de sentiment d'admiration, de sentiment même d'affection profonde pour des patients qui sont parfois extraordinaires qui sont des gens absolument extraordinaires. [...] (V, L. 377-379)		[...] le fait d'avoir vu certains patients dans l'atelier ou au spectacle, ça nous le fait...les regarder de façon différente. Je pense qu'en soi ça facilite aussi une relation différente, de la part des patients à mon égard et réciproquement. (V, L.702-705)			

[...] s'il existe un médiateur, ce qui serait bien que ce soit un facilitateur et quelqu'un qui aide à la réalisation la concrétisation peut-être des rencontres, des mises en place d'événements ou d'activités, mais il faudrait pas qu'il soit quelqu'un qui se substitue aux propositions, à l'inventivité des équipes elles-mêmes. (V, L119-122)	Un certain nombre de patients peuvent vivre le groupe sur un mode persécutif. (V, L.211-212)	[...] je crois que pour tout soignant c'est capital de s'engager et d'aller même sur les territoires sur lesquels il n'est pas à l'aise. (V, L.280-281)	[...] le soin ce n'est pas de confirmer un diagnostic, et d'être bien dans les clous d'un protocole, mais le soin c'est bien d'accéder à une situation d'être humain, de sujet vivant d'expérience, d'échange avec autrui, enrichissante, positive et qui ouvre à des possibles. (V, L.441-444)
[...] il faut qu'il y ait vraiment une très grande vigilance à ce que ce médiateur apporte son ouverture, son expérience mais qu'il ne soit par le spécialiste exclusif et le référent faisant office en somme de censeur éventuellement de ce qui est possible et ce qui n'est pas possible. [...] on voit bien là les risques de toute spécialisation de personnel, c'est que il y a une tendance à l'auto-entretien justifiant la place que l'on peut exercer [...] (V, L122-127)	[...] certains patients notamment schizophrènes, [...] peuvent avoir une espèce d'intuition hostile de la part d'un tel ou tel. (V, L.212-213)	[...] cet atelier est - me semble-t-il, quand même - dans un registre thérapeutique. C'est ça, me semble-t-il la différence : que ce n'est pas tout à fait un atelier comme les autres. (V, L.406-408)	[...] nous n'agissons pas, comme je le disais en fonction de nos rôles, mais nous interagissons en fonction aussi de ce que nous sommes comme personnes; avec nos goûts, nos préférences, nos affinités [...] (V, L.474-476)
[...] par le biais d'un médiateur, mais dont la fonction doit être très clairement inscrite dans des systèmes d'échange, et d'échange le plus déhiérarchisés possible avec l'ensemble des personnels comme des patients (V, L.130-132)	[...] on peut imaginer qui ait un refus de retourner parce qu'il y a tel ou tel qui est là, parce qu'il y a une espèce [...] de vécu de dépersonnalisation dans un groupe, ou de vécu persécutif de la part du groupe, qui observe, qui juge, qui dévalorise et on peut imaginer qu'il y a quelque chose qui soit vécu comme très négatif. (V, L.215-219)	[...] s'il s'agit de connaître le diagnostic pourquoi pas, mais je ne crois pas que ce soit très intéressant. (V, L.229-230)	[...] il y a aussi un certain nombre soignants, qui sont des acteurs [...], soit par leur formation antérieure, où par leurs activités actuelles qui ont un certain nombre de compétences. (V.105-107)
[...] une activité fondée à la fois sur l'envie [...] des patients de participer à telle ou telle activité et sur, malgré tout une réflexion de l'équipe soignante pour valider [...] (V, L.171-173)	[...] des vécus de dissociation et de morcellements qui peuvent être très difficiles à gérer pour les patients qui n'ont pas l'image du corps très très bien construite ; qui n'est pas stable quoi. (V, L.223-225)	[...] l'acteur de l'activité doit pouvoir, en comptant sur sa propre expérience de la relation à l'autrui, il doit pouvoir adapter sa technique, sa pédagogie à la manière dont l'autre va réagir. (V, L.228-230)	[...] la danse, par exemple, c'est un domaine qui m'est particulièrement lointain et qui me met particulièrement en difficulté. (V, L278-280)

[...] en réunion de synthèse, des propositions venant de certains soignants participants à l'activité, pour devant tout le monde évoquer la possibilité pour tel ou tel patient de participer à l'activité. (V, L.175-177)	[...] je pense que le toucher peut être très dangereux, effectivement. Dès lors, que s'il se met dans une dimension de manipulation, d'érotisme, d'emprise sur l'autre. (V, L.352-353)	[...] c'est toujours très important, qu'il y ait un partage, ou au moins une certaine réflexion avec le groupe soignants [...] (V, L.242-244)	[...] je ne crois pas du tout que l'on perd de son autorité - si on peut dire - si au moment où il faut l'exprimer en étant dans un partage à égalité avec les gens. (V, L.292-294)
[...] en dernier lieu, c'est une décision médicale, enfin médicale au sens de l'équipe soignante [...] (V, L.182)	[...] le problème c'est que en même temps l'art, si on peut dire sans doute du comédien ou du danseur, c'est d'aller le plus loin possible dans ce qu'il peut comprendre, dans ce qu'il peut entendre; le plus loin possible tout en gardant une frontière. (V, L.389-391)	[...] à partir du moment où l'atelier est quand même dans un registre thérapeutique, c'est-à-dire qu'il y a une présence et une intention thérapeutique, puisque c'est quand même des soignants qui prennent sur leur temps de travail, qui sont délégués pour le faire qui ont une participation, il me semble qu'il y a une certaine limite restrictive. (V, L.412-416)	[...] on essaye d'aider les gens à retrouver l'appui du sol, et quelque part et finalement la danse participe à ce travail de l'appui. (V, L.598-599)
[...] ouvert à l'ensemble de la collectivité. (V, L.180)	[...] s'il n'y a pas une démarcation quelque part, une limite entre la relation du soignant et la relation du patient je pense qu'on rentre dans une confusion qui ne permet pas d'avoir une fonction soignante durable. (V, L.371-373)	[...] dans l'ensemble, les gens avaient le sentiment de participer à une expérience tout à fait exceptionnelle. C'est-à-dire quelque chose, un moment de découverte et de grand partage. (V, L.426-427)	[...] il s'agit d'un engagement qui n'est pas seulement utilitaire, et qui est un engagement qui fait ressentir l'ensemble de ces segments. (V, L.651-653)
[...] ce n'était pas très difficile, de convaincre la direction de l'hôpital [...] (V, L.8-9)		Il y a rien qui soit a priori, disons inabordable pour les gens qui soient malades ou pas malades, avant tout il s'agit de fonctionner encore je le répète comme sujet humain, avec ses variétés d'expression [...] (V, L.453-455)	
[...] dans le service dans lequel je travaillais, j'étais un peu repéré comme prenant des initiatives relativement innovantes. Innovantes au sens sortant de la chronicité, et de l'aspect strictement sanitaire des prises en charge. [...] il y a eu une écoute très positive, les directeurs ayant participé pleinement [...] (V, L.81-84)		[...] ça participe aussi, peut-être d'une meilleure gestion de cette animation du corps. (V, L.544-545)	

[...] je pense que c'était plutôt valorisé. (V, L.87)	[...] des occasions d'apprendre à gérer ; justement les spontanéités motrices sur un mode quand même plus modulé. Donc je me dis que ça peut avoir une certaine valeur. (V, L.553-554)
[...] on a toujours [...] essayé de faire en sorte que l'administration ne soit pas vécue comme un ensemble étranger ou hostile à notre travail, mais comme pleinement un outil, pouvant nous aider et soutenir notre fonctionnement. (V, L.87-90)	[...] on essaye d'aider les gens à retrouver l'appui du sol, et quelque part et finalement la danse participe à ce travail de l'appui. (V, L.598-599) [...] qu'il s'agit d'un engagement qui n'est pas seulement utilitaire, et qui est un engagement qui fait ressentir l'ensemble de ces segments. (V, L.651-653)
[...] il a toujours eu une écoute très très positive. (V, L.90)	[...] il s'agit pas de se prendre pour un thérapeute, mais il s'agit d'être [...] plus sensible et puis ce n'est pas un hasard que ça soit avec des patients que l'artiste intervienne. (V, L.730-732)
[...] ça me paraît une très bonne chose [...] (V, L.314)	
[...] le risque qu'il y aurait à ce qu'en somme le patient soit le faire-valoir du soignant ; les bons soignants qui ont permis à des patients de monter sur scène, en somme, et de les faire acclamer...Qui serait quelque chose quand même un peu, à mon avis d'un peu hypocrite et assez manipulateur. (V, L.314-317)	[...] c'était assez bien équilibré [...] (V, L.46)
[...] préparer un spectacle, dans une espèce de coopération, moi je crois que c'est quelque chose qui marche, fin, qui est éthiquement tout à fait valable. (V, L.320-321)	[...] ç'aurait pu être encore plus fréquent, mais il faut tenir compte aussi de la fatigabilité de certains patients. (V, L.46-47)

J'ai assisté à cette superbe représentation à la chapelle des Capucins c'était absolument extraordinaire. On n'a pas eu du tout le sentiment qu'il y avait une soignante ou des soignantes qui étaient des artistes très avancées et des patients qui venaient simplement décorer le spectacle. (V, L.321-324)	Peut-être une plus haute fréquence aurait été aussi source d'opposition, de réticences. (V, L.51)
Ils étaient pleinement participants et de façon très très intense avec la particularité de leur fonctionnement...voilà de leur fonctionnement dynamique. Et je trouvais que c'était tout à fait remarquable. (V, L.324-326)	[...] c'est devenu encore plus difficile aujourd'hui, que les effectifs stagnent, voire régressent, et que la charge de travail est quand même très lourde dans les unités. Donc on peut supposer, que cette fréquence, en tout cas, devrait être suffisante. (V, L.53-55)
Non, je trouve que sur un plan éthique, je trouve que c'est très important. (V, L.329)	[...] c'était très bien, très intéressant d'avoir un lieu extérieur à l'hôpital. (V, L.57)
[...] il se retrouve aussi comme personne, comme itinéraire humain individuel particulier qui s'exprime de façon complémentaire de même qu'une troupe [...] (V, L.331-333)	Il est aussi très intéressant d'avoir des activités à l'intérieur de l'hôpital. (V, L.57-58)
	[...] il faudrait que l'hôpital soit le plus ouvert possible sur la ville, sur la cité. (V, L.58-59)
	[...] des activités externes puissent se dérouler, et que par conséquent la notion de monde clos et renfermé sur lui-même soit en somme subvertie par la venue d'intervenants extérieurs [...] (V, L.59-61)
	[...] il est aussi très important de sortir, de s'organiser pour vivre dans la cité [...] (V, L.63)
	[...] se retrouver dans une ancienne école désaffectée, était quelque chose de très positif. (V, L.64)

Ça suppose aussi tout un travail de déplacement, dans tous les sens du terme psychique, comme physique qui a sa valeur en lui-même ; parce que préparer les gens, mobiliser les voitures ou un moyen de transport, s'organiser pour pendant tout ce trajet maintenir en peu l'intérêt, la curiosité, l'investissement des patients et des soignants, et puis après la séance revenir reprendre les moyens de transport. (V, L.64-69)

ce sont des temps qui organisent, vraiment le temps, l'espace, on va dire qui sont finalement aussi une gestion des corps qui est tout à fait, tout à fait intéressante. (V, L.69-70)

[...] leur donner une teinte de reconnaissance plein et entier à ces moments, [...] (V, L.72)

[...] le fait de bricoler dans un lieu comme on a pu le faire, dans un sous-sol du service, dans un lieu de spécifié, [...] est aussi intéressant, aurait peut-être été moins valorisant que de fait de travailler dans un lieu où il y avait des barres, un parquet, une installation, une sono aussi de bonne qualité qui permettait de rendre plus crédible peut-être cette activité. (V, L.73-77)

C'est très compliqué parce que le tactile, le toucher peut être vécu de manière très phobique et paranoïaque. (V, L.340-341)

[...] pour un certain nombre de patients, le toucher qui pourrait être quelque chose d'extrêmement persécutif et intrusif, peut être au contraire quelque chose de très rassurant. (V, L.343-344)

[...] il s'agit là de quelque chose qui permet le contact à un réel autre, et que c'est une espèce d'aide de la présence, je crois que ça peut être... C'est parfaitement valable. (V, L.357-359)

Ça peut permettre aussi à des patients de dépasser...d'apprendre à dépasser certaines peurs à l'égard du corps de l'autre, et de justement de l'exprimer dans le toucher. (V, L.359-361)

[...] des occasions d'apprendre à gérer, justement, les spontanéités motrices sur un mode quand même plus modulé. (V, L.553-554)

[...] il y a une découverte peut-être pour les patients, que le corps peut s'animer dans ses différents segments, mais selon un ensemble qui paraît plus unifié. Il me semble que ça peut aider à une certaine restauration d'une image du corps qui n'est pas seulement le déploiement des morceaux du corps, le morcellement tonique, disloqué, dissocié [...] (V, L.561-564)

[...] aider à relier le corps à la voix, à la parole et au groupe, l'ensemble des autres. (V, L.566-567)

[...] une synchronie, une organisation corporelle qui je trouve réunifiait leur corps sur la voix, la consigne à la fois du groupe, et du thérapeute. (V, L.586-587)

La lenteur a l'avantage de donner une autre dimension à la symbolique du corps, au ressenti corporel, à ce que représente un déplacement. Je crois que c'est quelque chose qui ouvre à des prises de conscience peut-être très intéressantes précisément sur l'image du corps. C'est très bien. (V, L.645-648)

Béatrice : Grille Classificatoire de l'entretien
Âge : 50 ; Position : Psychomotricienne ; Années au projet : 3

1	2	3	4	5	6
Contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse	Problématiques liées à l'état du patient	Appréciation du soignant concernant l'activité danse	Engagement et présence des soignants dans l'atelier de danse	Valeur ajoutée de l'atelier danse dans le cadre thérapeutique traditionnel	Présence ou non d'effets sur les patients
maintenant les choses sont installées tant au niveau de la convention qu'au niveau du budget, donc c'est beaucoup plus facile à mettre en place aujourd'hui, c'est une reconduction de ce qui c'était fait avant. Pour la mise en place, [...] ça été assez complexe, puisqu'il fallait à la fois avoir une autorisation médicale, du côté du soin, et une autorisation du côté administrative, à savoir la direction de l'hôpital, la direction des soins et aussi la direction juridique, car il s'agissait de faire venir quelqu'un d'extérieur au personnel soignant. A partir du moment où s'est soutenu médicalement, [...] administrativement ça va beaucoup plus rapidement. (B, L.6-13)	pour un certain nombre de patients, [...] le début a été difficile, c'est-à-dire que certains patients avaient tendance à se mettre sous leurs draps, à ne pas se lever. (B, L.253-255)	une séance hebdomadaire c'est un bon rythme. Le fait que ce soit dans un temps fixe, c'est bien, c'est un bon repère pour tout le monde, pour l'organisation du service, mais aussi pour les patients. Je pense c'est repéré au niveau du temps, sur la durée, c'est un bon compromis entre le fait que ce soit le matin, on est dans un réveil corporel et on arrive à l'heure du déjeuner. C'est un bon compromis, au niveau de l'installation, de la durée, c'est quand même une activité qui demande de l'énergie et qu'il ne faudrait pas que ce soit plus long. La durée est vraiment très bien dans la mesure où à l'intérieur même de cette durée, on sent qu'il y a des compartiments au niveau du temps, il y a l'installation, le départ, et entre ces deux points il y a la séance, je trouve que la façon dont s'est construit, c'est très bien. (B, L.25-33)	Je fais partie des gens sans doute qui ont permis que ce projet aboutisse, j'étais très motivée et j'ai donc pu convaincre les autres. (B, L.40-41)	c'est un peu un moment de transformation, [...] dans la façon dont les patients peuvent soit en parler, soit dans leur attitude personnelle. [...] C'est vraiment un outil pertinent dans le dialogue qu'on peut avoir avec les patients dans leur histoire de vie, ce qu'ils peuvent nous dire de leur souffrance, [...] c'est très enrichissant dans ma pratique quotidienne auprès des patients, ça me donne des éléments en plus pour aller plus en avant dans le travail que je fais avec eux. (B, L.117-124)	je pense à un patient en particulier qui avait l'art de se planquer au moment où on partait, et bien maintenant il est prêt largement avant l'heure, ou une autre patiente qui avait une peur panique de toutes les sorties à l'extérieur, de tout ce qui pouvait se passer à l'extérieur et là ça se passe vraiment très très bien, donc effectivement l'engagement on le ressent dès le départ, même avant le départ, dans leur préparation. (B, L.262-266)
Il faut bien argumenter sur la nécessité d'avoir un budget pour une activité qui se passe à l'extérieur de l'hôpital. (B, L.16-17)	c'est un peu la peur d'aller dans un lieu pas très connu, avec des gens pas très connus non plus, sur des expériences un peu nouvelles, pour certains d'entre eux, [...] (B, L.255-257)	14 séances, je trouve que c'est bien, [...], il y en aurait un peu plus, [...] ce serait bien On aurait une vingtaine de séances ce serait aussi bien. Il faut du temps pour s'installer [...] (B, L.35-37)	l'intérêt c'est que l'on est aussi des soignants et que l'on doit accompagner cela. (B, L.73-74)	je vois aussi les patients en individuel, et sur la question du corps, et même en groupe, ça m'enrichi et cela enrichi ma pratique. (B, L.128-130)	[...] je peux constater qu'ils explorent des choses différentes qui leur permettent d'habiter leur corps, je pense en particulier à une patiente qui participe qui a toujours l'impression de perdre la tête au sens propre comme au sens figuré, et depuis qu'elle a commencé ce travail- là, parle beaucoup moins de la perte et du détachement de la tête du reste de son corps. (B, L.232-236)

[...] on ne souhaitait pas que ce soit une activité sur prestations médicales qui auraient entraînés l'élimination d'autres patients, donc on a fait le choix d'une candidature libre des patients, et de fait, spontanément les gens qui ne correspondaient pas, qui ne s'y retrouvaient pas sont partis. (B, L.58-61)	[...] effectivement l'engagement on le ressent dès le départ, même avant le départ, dans leur préparation. (B, L.265-266)	[connaître la pathologie des patients] peut être un frein à la spontanéité de ce que propose le pédagogue. [...] c'est bien qu'il y ait quelqu'un dans le groupe, en tous cas celui qui anime en l'occurrence, qui soit vierge de toutes cultures psychiatriques (B, L.76-78)	[...] j'ai pris une place qui me semblait être la mienne, c'est-à-dire à la fois de participant, [...], on participe avec ce qu'on est, et en même temps il faut qu'on soit vigilant puisqu'on est là pour accompagner et soutenir le travail du pédagogue et c'est comme ça que je vois mon rôle, je trouve que ça fonctionne très bien comme ça. (B, L.84-88)	[...] parfois la folie ça isole, et la danse c'est une passerelle vers autre chose, et le fait d'aller voir des spectacles, c'est aussi partager avec tout un chacun un spectacle, à la fois quelque chose d'esthétique, [...] mais aussi quelque chose qui résonne en nous par rapport à notre propre pratique. C'est bien, cela permet de prendre du recul, d'extrapoler sur tout ce qu'il est possible de faire avec son corps, en référence à ce que nous on fait dans ce groupe-là. (B, L.133-138)	[...] les patients disent, je me sens bien, je suis bien, je suis détendu, ça me donne de l'énergie. Cela a un effet et sur le schéma corporel, dans la conscience qu'ils peuvent avoir de leurs corps, et aussi de leur représentation interne, de ce qu'ils peuvent en ressentir. (B, L.236-239)
on avait plusieurs patients qui étaient prévus et là on a vraiment discuté de l'intérêt thérapeutique pour ces patients là, dans la mesure où certains d'entre eux n'étaient pas complètement stabilisés au niveau psychique. Ce n'était pas vraiment une prescription médicale, mais un vrai choix thérapeutique de les intégrer dans ce groupe là, dans tous les cas on a l'accord du médecin. (B, L.63-67)	[...] participer à une activité où il est question d'être avec les autres, de travailler un certain nombre de choses, que ce soit au niveau physique ou psychique, le fait aussi d'être à l'extérieur, ce sont des risques d'angoisse, de crise d'angoisse. Ce n'est pas particulier à cette activité-là [...] (B, L.70-73)	La distance que propose le pédagogue est la bonne, en même temps il est très impliqué dans ce qu'il propose et en même temps on sent qu'il est un petit peu à côté, il va proposer, il va accompagner, il va parfois participer [...] (B, L.202-204)	c'est un peu la peur d'aller dans un lieu pas très connu, avec des gens pas très connus non plus, sur des expériences un peu nouvelles, pour certains d'entre eux, donc c'est là où nous on prend toute notre place d'accompagnant. (B, L.255-258)	aller dans une salle avec plein de monde, n'est pas toujours évident, ça fait aussi partie d'un travail thérapeutique [...] (B, L.144-147)	On voit des patients qui sont toujours, pliés en deux, et qui d'un seul coup sont dans une verticalité qu'ils avaient un peu perdu, alors parfois ça dure une fraction de seconde, puis parfois ça dure plusieurs minutes, donc on voit une différence. (B, L.242-244)
Le retour depuis trois ans que ce groupe existe, c'est que maintenant on ne remet même pas en question le fait que ça puisse exister, c'est vraiment passé dans les activités importantes du service et c'est repéré par la hiérarchie et par l'ensemble des collègues. (B, L.41-43)	Il est bien évident que les neuroleptiques ont des effets, sur leur disponibilité, mais[...] il y a tellement d'autres choses qui viennent freiner leurs disponibilités que je ne mettrais pas forcément les neuroleptiques au premier plan. [...] On sait que cela a un effet sur le tonus, on sait qu'il peut y avoir des patients qui ont des effets secondaires, ça peut venir entraver leur liberté de mouvement, leur efficence motrice [...] (B, 325-331)	De ce que je ressens des patients, ils ont une grande confiance, ils ont une certaine admiration aussi, [...] dans ce que leur propose le pédagogue [...] (B, L.205-207)	Si on sent qu'il y a une question qui se pose dans le fonctionnement du groupe, c'est bien d'en discuter avec tout le monde, y compris les patients, de ne pas trop séparer. [...] quant au travail plus spécifique, les questions qu'on peut se poser pour tel ou tel patient, [...] ça doit se faire en dehors de la séance. (B, L.166-170)	il y a une volonté de prendre un peu plus soin de soi ce jour-là. (B, L.219-220)	[...] et du coup cette sensation que le corps n'est pas qu'une souffrance, une espèce de jouissance du corps qui est parfois un peu oubliée pour eux. (B, L.246-248)

L'atelier chorégraphique est plutôt bien perçu. Au niveau de la hiérarchie de l'hôpital, je pense que ça commence aussi à être perçu, on a été contacté par la direction de la communication pour en parler. Au niveau des conventions c'est pareil, on n'a pas trop de difficultés, c'est une activité qui est bien perçue, sur le terrain on a des bons retours. (B, L.44-47)	[...] mais finalement comme on n'est pas dans la performance, c'est quelque chose de toutes façons avec laquelle ils ont à faire au quotidien et là du coup, on les aide peut être à faire avec. (B, 331-333)	Le pédagogue peut aussi à certains moments, s'investir corporellement, ce qui fait que du coup le patient se sent autorisé à faire des choses qu'il ne se serait pas autorisé à faire à d'autres moments. (B, L.207-209)	Le fait aussi que ce soit partagé par les soignants et les soignés ça abrase toute notion de jugement. (B, L.387-388)	[...] comme ça remet du lien dans le corps, il y a une fluidité qui arrive, alors qui n'a pas toujours un effet durable, mais auquel en tous cas on peut faire référence quand on voit que les patients ne sont pas bien. On peut faire référence à ce moment où ils ont pu retrouver une certaine fluidité, une certaine tranquillité. Comme cela est vécu au niveau corporel, cela peut aider le patient à d'autres moments. (B, L.349-353)	[...] cela crée des liens très particuliers, ça retisse des liens, ça les resserrent, c'est une expérience humaine, du sentiment humain, [...] (B, L.113-115)
Dans le service c'est clairement une activité thérapeutique. Tous les patients qui font partie de cette activité, cela a fait partie de discussions en réunion, cela fait partie du projet de soin du patient, c'est un maillon de la chaîne du soin, donc c'est clairement pour nous et pour l'ensemble du personnel et de la hiérarchie, considéré comme une activité thérapeutique. (B, L.50-53)	[à] la fin des 14 séances, je pense qu'il faut poser un acte, alors cela peut être une sortie culturelle, cela peut être [...] un petit séjour ailleurs dans un autre lieu, de deux jours, dans une abbaye par exemple, où il est toujours question de la danse, pour signifier la fin. Cela peut être une représentation, [...] faire une séance publique pour marquer la fin du travail qu'on avait fait, était un bon compromis. (B, L.317-322)	il est là comme un veilleur du groupe. (B, L.212-213)	[...] les gens ont été rassurés et du coup on a plus du tout à se battre pour que les gens se lèvent [...] (B, L.261-262)	[...] ça leur redonne confiance dans ce qu'ils peuvent faire. (B, L.360-361)	Il y a une espèce de complicité qui s'installe, un regard différent entre eux aussi. (B, L.188)
A partir du moment où le groupe est d'accord ça me semble être quelque chose de positif au sens où un travail thérapeutique peut aussi aboutir à une représentation publique [...] (B, L.91-92)	Il y a certains dans le groupe, qui sont en placement sous contraintes, donc il y a nécessité d'avoir une autorisation préfectorale. (B, L.152-154)	De l'expérience que j'en ai, je n'ai jamais vu de débordements, de dérives. Je pense que c'est un des axes qu'il est nécessaire d'aborder puisqu'on ne peut pas travailler autour du corps sans travailler autour du toucher. (B, L.97-99)	quand on arrive, on serre la main aux patients et on fait la bise entre soignants, ça me pose un problème. [...] Il y a des collègues que je connais moins que certains patients qui m'ont spontanément fait la bise parce qu'on était soignants, du même clan. Cela me pose problème. (B, L.178-186)	[...] ça vient les réconcilier un peu avec des sensations soit oubliées, soit nouvelles, et ça leur donne de la structure, ça leur donne une unité [...] (B, L.367-368)	[...] ils apprennent à se connaître différemment, souvent finalement ils se rendent compte soit qu'ils sont aussi fou les uns que les autres, soit finalement ils ne sont pas si fou que ça [...] (B, L.190-192)
[...] il ne s'agit pas de montrer sa folie mais de justement montrer que l'art permet d'être une passerelle entre ce qu'on peut dire de la folie, ce qu'on peut imaginer de la folie, et le monde de l'expression artistique. ça ne me pose pas de problèmes d'un point de vue éthique. (B, L.92-95)		[...] évidemment, il faut être vigilant, puisqu'on sait [...] que le toucher ce n'est jamais anodin. Cela peut être vécu comme une intrusion, comme une pénétration, comme quelque chose de dangereux, mais dans le cadre du groupe cela ne m'a jamais semblé décalé, c'est-à-dire que cela avait un sens dans le travail qu'on faisait, ce n'était pas toucher pour toucher. (B, L.99-104)		On a des fonctions différentes aussi dans l'institution et là on met bien en avant combien il est important d'être complémentaire, qu'on a pas tous le même regard, mais qu'on est tous là, un petit peu ensemble, et ça crée des liens particuliers qui ont un effet après, qu'il y a un autre regard sur son ou sa collègue, par rapport à ce qu'on a pu partager dans le groupe. (B, L.410-414)	ça aide les patients dans la tolérance de la folie de l'autre, et que ça installe de la confiance, peut-être même des liens un peu plus chaleureux qui se poursuivent dans l'institution, après. Cela atténue les conflits et les qui pro quo qu'il peut y avoir. (B, L.196-198)

[le corps] c'est un médiateur très important qui redonne de la parole justement, c'est-à-dire que parfois on a des patients qui n'arrivent pas à mettre de parole sur ce qu'ils peuvent ressentir et le fait que ça passe par le corps redonne de la parole aux gens (B, L.270-272)

ça dédramatise un peu le contact avec l'autre, d'autant plus que ça se fait dans le respect [...] (B, L.379-380)

ce sont vraiment des pratiques qui proposent une approche globale, qui ont une vocation d'unification, individuelle et [...] en plus qui travaillent aussi la question du lien social, du lien avec le groupe. (B, L.273-275)

trouver sa place dans le groupe et redécouvrir un peu être avec l'autre [...] (B, L.381-382)

[...] il ne faut pas oublier qu'on a des patients qui sont « neuroléptisés », mais d'un seul coup, proposer au patient, de prendre conscience de cette lenteur et de jouer avec, alors là, ça change complètement la donne. (B, L.281-284)

quel que soit l'état tonique dans lequel arrive ces patients, ce groupe a une fonction de régulation. Si un patient est très effondré, ça va lui donner du corps, de la structure, et si un patient est au contraire extrêmement tonique, très tendu, ça va lui donner un peu de souplesse et de malléabilité. (B, L.225-228)

on met le doigt sur cette sensation et donc là on se retrouve un peu face à soi-même ou là le mouvement se fait vraiment en conscience ou on ressent toutes les tensions, les fatigues, les difficultés d'équilibre, donc je trouve que c'est très intéressant comme travail, évidemment il ne faut pas que ça dure très longtemps parce qu'on voit bien que ça entraîne une certaine fatigabilité [...] (B, L.285-288)

[...] les patients habitent ou ré-habitent leurs corps, ce qui fait que ça leur donne une verticalité, une meilleure amplitude [...] (B, L.245-246)

[...] globalement, il serait intéressant peut-être pas de travailler sur la parole parce que justement là, on est dans un autre registre, mais qu'on ne peut pas non plus, faire la scission entre la parole et le corps. [...] je trouve qu'il serait intéressant de travailler plus avec le souffle et la voix qui sont les prémices de la parole, pour justement pour ne pas séparer les choses qui sont pour nos patients parfois séparées, et c'est peut-être là où justement ça perturbe les gens. (B, L.304-306)

les patients pendant ce groupe-là, découvrent des possibilités expressives et créatrices qu'ils ne connaissaient pas ou qu'ils ne connaissaient plus, et du coup vont s'autoriser à d'autres moments, quand ils vont faire du dessin, à reprendre une certaine confiance en ce qu'ils ont à l'intérieur d'eux [...] (B, L.355-358)

Après si la parole arrive, il faut en discuter avec le groupe, y compris avec les patients, et savoir à qui et pourquoi ça a posé problème, mais de là à interdire toute parole, non. (B, L.312-314)

[...] adulte on ne joue plus beaucoup avec son corps, on ne s'amuse plus trop, on a des gestes toujours un peu les mêmes, c'est un peu la routine corporelle et là d'un seul coup, on redécouvre qu'on peut rigoler, qu'on peut s'effondrer, qu'on peut s'affaler, qu'on peut faire des choses complètement dingues. (B, L.384-387)

[...] le travail par exemple sur les déambulations, avec comme des personnages à trouver dans notre façon de déambuler, là on est déjà dans une expression. Il y a le travail à deux, où on doit faire des chorégraphies, [...] chuter sous le regard des autres, comment trouver la bonne façon de tomber, quand on est un patient psychiatrique, trouver la bonne chute, ce n'est pas toujours facile. [...] les moments où l'on fait intervenir la voix et le souffle, rajoutent sans doute de l'inhibition mais du coup la question de l'expressivité et de la création. Puis c'est tout ce qui est proposé pour créer son propre mouvement, sa propre gestuelle, voilà, c'est trouver son personnage. (B, L.337-345)

[impacts de l'expressivité dans le groupe au quotidien] : pour certains oui, et pour d'autres non [...] (B, L.348)

En plus dans le groupe, on travaille
tout ce qui est déplacement dans
l'espace, donc c'est trouver sa place
dans un groupe, trouver sa place dans
l'espace, sur la question d'avoir un
dos, d'avoir des articulations qui
bougent, de ne pas être figé, voilà je
trouve que le premier impact il est là-
dessus. (B, L.373-376)

Angélique : Grille Classificatoire de l'entretien

Âge : 45 ans, Sexe : Féminin ; position : Infirmière, Années au projet : 4

1	2	3	4	5	6
Contexte institutionnel par rapport à l'activité de danse	Engagement et présence des soignants dans l'atelier de danse	Problématiques liées à l'état du patient	Appréciation du soignant concernant l'activité danse	Valeur ajouté de l'atelier danse dans le cadre thérapeutique traditionnel	Présence ou non d'effets sur les patients
La complexité c'est le fait qu'il y ait plusieurs partenaires et institutions en fait qui doivent se mettre d'accord sur un même projet. (A, L.7-8)	[...] les années ne se sont jamais ressemblées, il y a eu chaque fois beaucoup de créativité, on a toujours réfléchi à améliorer, à trouver des fonctionnements différents [...] (A, L.63-65)	[...] si le patient adhère au projet, on essaie, on propose toujours une ou deux séances pour voir. Après, par contre, si la personne a envie de participer à l'atelier on lui demande de s'engager, de faire toutes les séances et ça fonctionne très bien comme ça. (A, L.184-187)	on avait des ateliers où il pouvait y avoir de longues périodes d'interruption entre les séances, on a constaté que ça déstabilisait un petit peu les patients. [...] on s'est efforcé, ces dernières années, de regrouper les séances, pour qu'il y ait moins de période d'interruption et tout le monde a priori s'y retrouve. (A, L.65-69)	C'est une activité, c'est une base, après, de travail avec le patient, d'échange, de compréhension de choses. (A, L.206-207)	Moi je vois plutôt une motivation qui va crescendo. (A, L.519)
Il y avait tout l'aspect juridique, droit à l'image, assurance, etc..., et l'aspect financier. Comme on était plusieurs partenaires, c'était assez compliqué de se rencontrer, d'échanger, de mettre les choses en place. (A, L.11-13)	[...] il faut qu'on soit plus vigilants peut-être par rapport à ça, avoir plus de retours écrits. La pérennité de l'atelier c'est aussi constater que les patients ont envie de continuer et que ça les fait progresser. (A, L.159-161)	[...] l'atelier a permis à ces patients finalement d'aller vers plus d'autonomie, parce qu'ils sont capables maintenant de s'inscrire seul, et de participer seul, de façon autonome à l'activité. (A, L.326-328)	toutes les semaines, c'est très bien. On a un atelier hebdomadaire, cela permet une continuité du travail. (A, L.71-72)	[...] au Vinci, [...] le retour pour les patients a été très positif. Cela a été une expérience vraiment valorisante, et hyper positive, pour les patients, et les soignants d'ailleurs, une reconnaissance de leur travail et ça c'était vraiment intéressant. (A, L.309-315)	[...] l'assiduité, le fait de s'engager dans un atelier pour 14 séances, de se débrouiller pour s'y rendre, etc..., organiser. Tout ça pour les patients, ça a un impact positif aussi. (A, L.637-639)
c'est encore plus complexifié quand il n'y a plus eu le CCNT qui était une institution, avec ses secrétaires, son système juridique, et que l'on a travaillé avec Dimitri et l'association qu'il venait de créer. Il a fallu re-réfléchir au projet, surtout au niveau administratif et juridique. (A, L.11-13)	[...] c'est quand même une activité impliquante. On ne peut pas obliger quelqu'un, ni le patient, ni le soignant d'ailleurs, à faire cet atelier. Rien que pour l'expliquer au patient, pour lui expliquer ce qu'on y fait, il faut connaître. (A, L.196-198)	[...] ce qui est propre à nos patients, pour beaucoup de choses, le travail sur la motivation, la mise en route, la mise en marche. [...] ça fait partie des symptômes en fait, ils peuvent tout-à-fait faire les choses, la difficulté c'est de se lancer, c'est d'initier, de se mettre en marche en fait. (A, L.507-511)	une séance par semaine, ça me paraît suffisant parce qu'on a quand même des patients assez fatigables. On est avec des gens qui ne pourraient pas pour la plupart faire deux fois par semaine cet atelier. Pour la fréquence sur l'année, ça me paraît bien que ce ne soit pas continu toute l'année, que ce soit vraiment sur une saison. Cela demande vraiment une implication, un engagement assez fort pour les patients, rien qu'en terme d'assiduité, donc les mobiliser comme ça sur quelques mois, ça me paraît bien, ça me paraît assez équilibré. (A, L.75-82)	[...] l'atelier a permis à ces patients finalement d'aller vers plus d'autonomie, parce qu'ils sont capables maintenant de s'inscrire seul, et de participer seul, de façon autonome à l'activité. (A, L.326-328)	[...] l'atelier a permis à ces patients finalement d'aller vers plus d'autonomie, parce qu'ils sont capables maintenant de s'inscrire seul, et de participer seul, de façon autonome à l'activité. (A, L.326-328)
On a eu aussi des difficultés de financement au niveau de l'hôpital, chaque secteur n'ayant pas les mêmes budgets en ergothérapie. Il y a une année, où, pour maintenir l'activité, avec une collègue on a été chercher des financements extérieurs, [...] Il a fallu monter des dossiers de financement, et là, rien que ça en soi, c'était assez complexe. (A, L.18-22)	On perçoit dans une séance si un patient n'est pas très bien, on le connaît, on le sait, donc on peut parfois se mettre un peu à l'écart, on peut reprendre les choses avec lui, c'est en ça que c'est thérapeutique d'ailleurs. C'est une activité, c'est une base après de travail avec le patient, d'échange, de compréhension de choses. (A, L.203-207)	Pas de risques potentiels dans la mesure où le soignant connaît le patient, connaît son histoire, connaît ses difficultés et qu'il est garant. (A, L.202-203)	[Séjour thérapeutique :] On est vraiment en immersion pendant trois jours, et ça, c'est productif, dans l'échange, et même dans ce que les patients arrivent à proposer pendant l'atelier [...] Du coup, tout le monde est à l'aise. (A, L.397-400)	[...] il y a quand même une dimension culturelle dans cet atelier. Pas simplement dans les spectacles qu'on va voir de temps en temps à l'extérieur, mais aussi je pense à la musique. Sur les 14 séances, il y aussi une découverte de musiques, de sons, il y a aussi tout ce volet- là, bien sûr, c'est enrichissant pour ça. (A, L.377-381)	[...] un patient en particulier, qui fait l'atelier depuis le début, [...] qui est très tendu, où il y a vraiment une forme de « spasticité » surtout des mains. On a eu l'évolution au niveau moteur, évidente, de mouvements qui étaient très retenus, très tendus, crispés, et maintenant il y a une amplitude qui est complètement différente, il arrive à réguler la lenteur, les choses comme ça. (A, L.452-456)

[...] il faut l'accord de l'équipe médicale, de la hiérarchie infirmières et de la direction de l'hôpital. (A, L.28-29)	C'est aussi à nous quand on voit que quelqu'un commence à..., qu'une certaine limite est franchie, d'intervenir, en fait, d'inviter la personne à plutôt en parler avec le psychologue, le médecin ou à en parler en dehors de la séance. (A, L.221-223)	Cela reste une activité collective, on ne peut pas laisser un patient à un moment donné prendre trop de place dans le groupe, ou révéler des choses qui n'appartiennent qu'à lui, qui pourrait effectivement mettre mal à l'aise les autres participants. (A, L.218-221)	Cela c'est fait dans le temps, ça c'est sûr que ça a été possible, parce que c'est un patient qui a fait l'atelier plusieurs années. On a vu l'évolution progressive, et nous ça nous a encouragé, lui aussi, à continuer. (A, L.456-459)	Je pense plus au stage et au séjour thérapeutique qu'on a fait, là on a une immersion, on est pendant 3 jours ensemble. On partage des choses ensemble, ce n'est jamais pareil après avec le patient. Il y a une confiance, il y a des tas de choses qui se développent face à cette expérience - là. (A, L.361-364)	[...] je pense quand même aux deux patients auxquels j'ai fait référence, qui ont fait l'atelier pendant plusieurs années, je pense quand même qu'il y a un impact, sur la façon de se tenir. (A, L.492-494)
il faut que ça passe toutes les étapes pour être validé, mais après, l'initiative, ça venait de nous, évidemment. (A, L.30-31)	[...] le fait que nous même on participe, ça a un rôle un peu moteur. [...] ça sécurise en fait les patients. [...] ça a un côté un peu mimétique[...] et ça encourage les patients. (A, L.238-242)	[...] à partir du moment où un patient commence par exemple à dire des choses un peu inquiétantes ou à parler de son angoisse, évidemment que ça peut inquiéter les autres. (A, L.227-229)	C'était vraiment une salle de danse, il y avait des glaces, beaucoup de lumière, un des murs c'était que des fenêtres, c'était une belle salle, assez ouverte sur l'extérieur et assez intime, j'aimais vraiment bien cet espace. (A, L.87-90)	[...] quand il y a eu des petites présentations du travail, c'est toujours valorisant, cela fait exister le patient. (A, L.445-446)	Je pense à cette patiente, sur la façon de se relever, [...]. On a beaucoup travaillé avec elle, le fait qu'elle puisse lever le regard, qu'elle puisse s'affirmer un petit peu. J'ai envie de penser que ça à un impact après dans le quotidien bien sûr. (A, L.494-497)
La structure CCNT est une grosse institution habituée à faire des conventions etc. (A, L.39)	[...] on est là pour ça, pour impulser un peu, pour amorcer les choses. [...] c'est surtout en début de séance qu'on a un rôle. Au début de séance les infirmiers sont plus présents dans les mouvements, puis rapidement on s'efface et les patients après sont beaucoup plus spontanés. (A, L.243-246)	Ce qui peut altérer une séance pour un patient, c'est le fait par exemple qu'il n'ait pas bien dormi, ou qu'il soit stressé par quelque chose et qui du coup il ne soit pas très attentif à ce qu'on fait mais je ne pense pas que le médicament soit un frein à l'activité, au contraire. (A, L.601-604)	à l'abbaye de Seuilly, là c'était complètement différent, c'était un très grand espace, qui pouvait même être trop grand au départ, à priori, et finalement on l'a bien investit. (A, L.90-92)		[...] un rapport au corps plus positif, [...] (A, L.635)
qu'avec l'association, il a fallu réfléchir, au statut, à définir les responsabilités des uns et des autres, c'était nouveau, mais ça c'est fait. (A, L.41-42)	qu'il doit absolument y avoir des moments d'échange entre l'intervenant et l'équipe, entre l'intervenant, l'équipe et les patients. Des moments de débriefing et d'échanges, ça me paraît indispensable [...] (A, L.263-265)		le dernier espace sur la salle Giraudeau, je le trouve quand même un peu moins agréable, il n'y a pas d'ouverture sur l'extérieur, ce n'est qu'un éclairage artificiel, il n'y a pas de glace. Les glaces on jouait avec, c'était quand même un plus. C'était un travail sur l'image de soi, l'image du groupe, on jouait avec. (A, L.92-96)		Il y a un sentiment d'appartenance à un groupe qui se crée, tous les ans, on a pu le constater [...] parfois on a un objectif commun ensemble. Cela peut se poursuivre en dehors de l'activité, il y a certains patients qui vont se débrouiller pour y aller ensemble, qui vont se voir parfois à l'extérieur. Oui, cela crée du lien social. (A, L.416-421)
il fallait trouver une façon de rémunérer honnêtement, et c'est à ce moment- là, qu'on s'est regroupé entre plusieurs secteurs aussi pour trouver des financements qui soit décents en fait, ça reste quand même très modeste [...] (A, L.51-53)	partenariat, en complémentarité en fait. Je pense que c'est pour ça que l'atelier fonctionne. Nous on est vraiment les interfaces parfois entre le pédagogue et le patient, on est un peu le traducteur parfois de ses symptômes, ou de ses difficultés. (A, L.406-409)		[...] c'est évidemment toujours plus intéressant de les amener sur l'extérieur. Autour de l'atelier, il y a aussi un travail d'autonomie dans le transport par exemple, qui va être élaboré. L'intérêt c'est d'aller en ville parmi les autres. (A, L.149-152)		[...] on a quand même participé à beaucoup de choses, je pense à Veiller par le geste. Il y avait des échanges avec les habitants, avec les autres participants, et beaucoup de bienveillance des gens avec le groupe Indigo. (A, L.441-443)
c'est aussi pour ça qu'on est allé chercher à un moment donné des financements extérieurs pour financer un séjour thérapeutique et puis pour payer décemment l'intervenant [...] (A, L.54-56)	[Les propositions du pédagogue :] Parfois on va les réadapter, mais ça se fait de façon simple et vraiment fluide. (A, L.411)		A l'abbaye de Seuilly, juste le lieu, c'était un enrichissement culturel bien sûr. (A, L.391-392)		[...], la confiance en soi, [...], l'appartenance à un groupe, l'aspect socialisation est quand même important aussi. (A, L.635-636)

[...] c'est parce que nous on a une connaissance du patient, comme on a une connaissance de l'atelier, on fait un lien, on se dit tiens telle personne ça pourrait être intéressant, et on en parle avec le médecin, on en parle avec le patient. (A, L.182-184)	Notre rôle se situe souvent là, d'impulser, d'accompagner, [...] (A, L.511-512)	c'est dans un centre socio-culturel, donc quand on y va, on croise des gens, qui vont, qui viennent, à leurs propres activités, on est bien accueilli. Cela oblige à des déplacements dans la ville. (A, L.437-440)	[...] une patiente qui fait l'atelier depuis des années, qui a traversé une période très difficile où elle a été ré-hospitalisée, vraiment très difficile, elle ne faisait absolument plus rien, elle était très mal, et on a maintenu l'activité. C'était beaucoup d'effort pour elle, et on voyait que pendant le temps de l'activité, il se passait des choses, elle retrouvait un peu de dynamisme, un petit peu d'enthousiasme, voilà, c'était assez surprenant. (A, L.346-351)
C'est vraiment du cas par cas [...] (A, L.166)	La fin de saison doit se clore avec un temps d'échange des uns et des autres. (A, L.613-614)	[...] le succès de l'activité repose là-dessus. Cela repose sur un climat, une ambiance que le pédagogue met en place, et qui tout de suite met les gens très à l'aise. [...] c'est très doux, c'est très calme, c'est très respectueux. Je pense que c'est pour ça que les gens y retournent, c'est pour ça que les gens s'inscrivent dans un premier temps. C'est aussi pour ça que les soignants se sentent à l'aise, il y a vraiment ce climat, c'est très sécurisant. (A, L.425-433)	[...] un patient en particulier, qui fait l'atelier depuis le début, [...] qui est très tendu, où il y a vraiment une forme de « spasticité » surtout des mains. On a eu l'évolution au niveau moteur, évidente, de mouvements qui étaient très retenus, très tendus, crispés, et maintenant il y a une amplitude qui est complètement différente, il arrive à réguler la lenteur, les choses comme ça. (A, L.452-456)
[...] difficultés de schéma corporel, de latéralisation, de choses comme ça. (A, L.167)	C'est toute la richesse et la nouveauté de l'activité. C'est qu'effectivement parfois quand on est dans le mouvement, [...] on est des individus, donc on a aussi notre ressenti, nos émotions, nos propositions, notre imaginaire, il y a tout ça aussi qui se met en marche. Et en même temps, on doit rester soignant. (A, L.252-255)	Physiquement ce n'est pas violent, on est quand même sur une gestuelle très douce, très lente, qui est basée plutôt sur le bien-être, il n'y a pas d'effort physique, en tant que tel. (A, L.210-212)	qu'on a des retours positifs sur le ressenti, sur la confiance en soi. Sur le fait qu'ils ne pensaient pas être capables de faire les choses et finalement ils se rendent compte qu'ils en sont capables. Donc c'est plus au niveau de l'estime de soi et la confiance en soi, le plaisir, et la capacité à se sentir bien [...] (A, L.466-469)
[...] à chaque fois, il y a quand même la dimension culturelle, c'est comme d'aller vers d'autres personnes, vers un autre univers, [...]. Cela dépend vraiment des patients [...] (A, L.171-174)	[...] c'est constamment trouver l'équilibre en fait, de trouver sa place, c'est-à-dire ne pas s'empêcher de vraiment faire les exercices assez librement, sans jamais oublier qu'on est professionnel. (A, L.256-258)	[la pratique du toucher :] C'est toujours délicat, parce qu'effectivement on a à faire à des patients [...] à qui cela peut renvoyer des choses très difficiles. (A, L.286-287)	En fin de séance, ils sont plutôt très détendus en fait. (A, L.501)
[...] globalement ce sont des patients psychotiques, schizophrènes. On a eu aussi parfois des problèmes d'anorexiques, des patients qu'on a emmenés sur cet atelier par rapport à tout ce qui est image du corps, [...] (A, L.174-176)	C'est la question du sens, pourquoi on le fait, pourquoi on continue. C'est au cas par cas avec chaque patient, on doit toujours avoir ça à l'esprit. Puis d'année en année, l'atelier on doit le faire évoluer, et re-réfléchir, le redéfinir, ça me paraît fondamental. (A, L.266-269)	Il y a effectivement, quand on fait de la chorégraphie, des moments où [...] on va avoir à toucher son partenaire, ça se passe finalement plutôt bien. Il n'y a jamais eu de difficultés ou de réticences. (A, L.290-293)	Ils ont toujours le sourire à la fin de la séance. De l'enthousiasme, et de la détente, [...] (A, L.504-505)
[...] si la personne a envie de participer à l'atelier on lui demande de s'engager, de faire toutes les séances et ça fonctionne très bien comme ça. (A, L.186-187)	Le fait qu'on soit plusieurs secteurs comme ça, plusieurs à travailler ensemble, ça rend plus difficile de trouver ces moments d'échange. (A, L.272-274)	Les expériences des patients à l'atelier résonnent en vous :] Positivement, parce que ça nous a quand même permis de voir des choses, il s'est quand même passé des choses assez incroyables. (A, L.345-346)	[...] l'atelier a permis à ces patients finalement d'aller vers plus d'autonomie, parce qu'ils sont capables maintenant de s'inscrire seul, et de participer seul, de façon autonome à l'activité. (A, L.326-328)

[...] l'aspect socialisation, d'être dans le groupe, le travail dans les séances, c'est constamment un aller-retour entre soi et les autres, donc il y a des patients pour qui c'est vraiment intéressant. (A, L.168-171)	[...] je trouvais intéressant les premiers années, il y avait une psychologue dans l'équipe, [...] je trouve ça dommage qu'il n'y en ait plus. [...] par rapport à certains questionnement qu'on peut avoir. Je trouve que c'était un échange intéressant. (A, L.276-280)	[...] nous on le voit, il y a quand même un énorme travail au niveau de l'orientation spatiale dans l'atelier. Il y a plein de choses qui sont travaillées [...] tout ce qui est latéralisation, l'orientation dans l'espace, mémorisation des enchaînements de gestes, précision des gestes, arriver à réguler rapide-lent, des choses comme ça. Tout cela a été très difficile pour les patients, on le travaille à chaque séance en fait. (A, L.471-476)	[Séjour thérapeutique :] ce que les patients arrivent à proposer pendant l'atelier, c'est très productif. [...] (A, L.339-400)
Au niveau de la direction, on peut citer Véronique Méplaud il y a vraiment un engagement et une volonté que ça continue. C'est quelqu'un qui voit un intérêt à l'activité et qui la soutient. (A, L.103-105)	Il faut vraiment souligner le caractère soignant et professionnel de l'activité, et c'est important de le redéfinir et de le recentrer régulièrement pour moi. (A, L.337-339)	[...] moi j'y suis plus sensible maintenant, il y a tout un aspect de mémoire, de choses comme ça qui se travaillent, plus à notre insu. (A, L.477-478)	[...] ce qu'ils peuvent faire pendant la séance, pour la plupart, il n'y a pas d'autres espaces pour le faire, dans leur vie quotidienne. (A, L.622-624)
[...] il y avait un vrai enthousiasme pour l'activité. Véronique Méplaud soutenait le fait que ce soit un artiste qui mène l'activité, un danseur professionnel, et non pas un infirmier formé à la danse par exemple. (A, L.110-112)	Qu'il faut arriver à maintenir l'atelier en le redéfinissant à chaque fois, que ça ne devienne pas une routine, parce que ça peut être le risque pour tous les ateliers comme ça, que ça ne devienne pas une routine, et qu'on continue à se questionner sur le sens et les objectifs. (A, L.647-650)	[...] pendant le temps d'une séance, il y a une évolution, et il y a la prise de conscience pendant la séance, de comment on est, comme on se tient, comment on regarde l'autre, on travaille beaucoup là-dessus. (A, L.488-490)	Le but de la séance c'est quand même de développer ça, l'expressivité, l'imaginaire, et après d'arriver à le proposer et de s'affirmer, oui il y a un impact. Les patients qui suivent l'atelier, la preuve c'est qu'il y en a beaucoup qui voudrait le suivre pendant des années, c'est qu'ils y trouvent un intérêt. (A, L.624-627)
Pour une ouverture, pour la raison de l'ouverture, de l'échange entre les patients, puis un univers, un autre univers, celui de la danse, et celui de l'art. (A, L.114-115)	[...] comme ça change de soignants, beaucoup, vraiment de redéfinir les objectifs de départ en fait, et les objectifs pour chacun des patients, pour que ça ne soit justement pas de l'occupationnel. (A, L.6650-653)	Pendant tout le temps de la séance, on leur demande de se mobiliser et d'être là, de s'affirmer, d'être présents, de proposer des choses, tout ça justement avec tellement de sécurité, dans cette ambiance tellement sécurisante qu'ils y parviennent, c'est valorisant. (A, L.501-504)	
[...] ça dépend vraiment en fait de leur intérêt personnel pour la danse et pour l'activité. (A, L.123-124)		Dans l'atelier, il y a toujours la possibilité de se mettre en retrait, de se fondre dans le groupe si on ne veut pas faire les choses tout seul, il n'y a jamais rien d'obligé, d'imposé, [...] (A, L.523-525)	
[...] ça reste une activité sur prescription médicale, donc ils y voient bien l'intérêt pour certains patients, au niveau psychocorporel, confiance en soi, des choses comme ça. (A, L.124-126)		Un exercice qui aidait au démarrage de l'activité, c'était des exercices où la musique était plutôt des percussions. On faisait des grands déplacements à travers la salle tous ensemble, et vraiment sur du rythme. Ce sont des choses assez simples en fait, là le groupe se constituait en début de séance, avec un côté un peu ludique, avec beaucoup d'énergie dans cet exercice. J'ai toujours trouvé bien les séances qui commençaient par ça. Cela nous réveillait. Et justement, on n'est pas exposé personnellement, c'est vraiment marcher tous ensemble, rapidement. Je trouvais ça vraiment bien. (A, L.530-537)	

[...] un des médecins de psy D avait vu ce qui c'était fait au Vinci pendant la conférence de la Croix Marine, et qu'il avait été assez touché par le travail des patients, donc là il y avait eu un retour très positif [...] (A, L.131-134)

Tous les exercices de lenteur, de mouvements très lents, c'est bien parce que ce n'est pas évident. Il y a justement un gros travail de mémoire, de postures, d'assouplissement, c'est complexe, mais je trouve que ça fonctionnait bien. (A, L.537-539)

[...] ils considèrent que c'est une activité où il y a les trois relais, occupationnel, culturel, thérapeutique. (A, L.139-140)

[massages :] Hors-sujet, pour moi. Hors-sujet, parce qu'on n'est plus dans le cadre de l'activité. Les gens viennent faire une activité, on ne peut pas leur proposer autre chose. (A, L.550-551)

[...] chaque fois qu'il y a eu des présentations du travail, c'était toujours face à un public averti on va dire, et très empathique. (A, L.307-309)

[travail de la voix/parole :] je trouvais que ça prenait trop de place. (A, L.557)

[...] au Vinci, [...] c'était quand même plutôt un public de professionnel, de famille, donc un regard vraiment bienveillant sur les patients. Donc au niveau de l'éthique, il n'y a rien qui me choque. [...] Le retour pour les patients a été très positif. Cela a été une expérience vraiment valorisante, et hyper positive, pour les patients, et les soignants d'ailleurs, une reconnaissance de leur travail et ça c'était vraiment intéressant. (A, L.309-315)

[...] quand on commence avec plutôt des moments où il y a plus d'énergie, de rythme, ça créé le groupe en fait. (A, L.566-567)

Il n'y a jamais eu de mise en difficulté, il n'y a jamais de voyeurisme. C'est là où nous, on est très attentif, qu'il n'y ait jamais de voyeurisme. Cela reste quand même un travail dans le cadre de l'hôpital, du soin. (A, L.317-319)

Des exercices lents comme ça, je le vois plus comme des exercices où on se recentre. C'est le moment le plus difficile au niveau de l'attention, parce que là on est dans des postures très précises. Au niveau de l'orientation c'est complexe, devant, derrière, gauche, droite. Il y a des déplacements très précis, donc ça mobilise beaucoup l'attention. (A, L.574-578)

A partir du moment où les patients, font ce qu'ils veulent, là c'est une démarche individuelle, là c'est leur initiative, c'est une démarche individuelle, ça ne concerne plus l'atelier. (A, L.323-326)

La lenteur, c'est difficile, pour certains patients c'est très difficile. Cela demande à réguler le mouvement, la hauteur du bras, c'est très cognitif, en fait, cet exercice. (A, L.581-583)

[...] quand le mouvement commence à être acquis et que ça devient plus simple, il y a quand même l'aspect détente de ces mouvements calmes, avec des musiques calmes, et on se recentre sur soi. (A, L.587-589)

Les exercices les plus difficiles sont les exercices où on demande à chacun de proposer un mouvement. Cela il ne faut pas que ça arrive trop vite à mon avis, ni trop en début de séance. Ce peut inhiber, cela peut bloquer quand même.

D'une façon générale, les exercices où les personnes se présentent seules devant les autres, ça ne doit pas arriver trop tôt, et ça doit rester spontané en fait. (A, L.540-544)

> Nomination

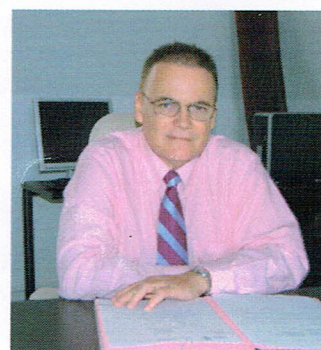
Bernard ROEHRICH, nommé Directeur général du CHRU de Tours

Titulaire d'un doctorat de Droit de la santé, diplômé de Sciences-Po, Bernard Roehrich a exercé les fonctions de Directeur adjoint dans les établissements d'Aurillac, de Lyon et de Nantes. A Tourcoing, il est secrétaire

général de la communauté hospitalo-universitaire qui regroupe la Faculté de médecine, le CHU de Lille et les hôpitaux de Roubaix et de Tourcoing. De 1996 à fin 2001, il a été directeur général du Centre

hospitalier régional d'Orléans avant d'être nommé directeur d'agence régionale d'hospitalisation, en Martinique en 2002 puis dans le Limousin, à partir de 2005.

Ebullition lui souhaite la bienvenue !



> Qualité

Résultats du recueil d'indicateurs IPAQSS 2009

(Indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins)

Le CHRU de Tours a participé en 2007 à la phase expérimentale du recueil de ces indicateurs, puis à la généralisation de cette démarche en 2008. Le recueil s'est poursuivi cette année.

Les audits de dossiers (séjours du premier semestre 2009) ont été réalisés par des professionnels médicaux et/ou paramédicaux de chaque pôle, de mi-novembre 2009 à début janvier 2010, sur les thèmes suivants :

- la **tenue du dossier patient en MCO** (8 dossiers audités par service, soit plus de 450 dossiers)
- la **tenue du dossier anesthésique** (60 dossiers audités)
- la **prise en charge de l'infarctus du myocarde** (60 dossiers audités)

- la **tenue du dossier patient en SSR** (80 dossiers audités).

Les résultats sont disponibles sur le site intranet de la Direction de la Qualité. Ils ont été diffusés aux responsables des pôles, pour analyse et identification des actions d'amélioration à mettre en œuvre au sein des services.

Globalement, il apparaît que des améliorations doivent être apportées en matière de **traçabilité dans le dossier patient** :

- de l'évaluation de la **douleur** en MCO et SSR (évaluation initiale de la douleur, avec échelle, pour tout patient, et mesure de suivi de la douleur avec échelle pour les patients douloureux)
- des **prescriptions médicamenteuses** en MCO, SSR et dans le dossier d'anesthésie (nom et signature du prescripteur notamment)
- des éléments du **dossier transfusionnel**

- du dépistage des **troubles nutritionnels** en MCO et SSR (notification de la variation du poids, calcul de l'indice de masse corporel)

- des éléments liés à la prise en charge du patient en **SSR** (évaluation psychologique, projet thérapeutique et accord du patient, traitement de sortie, évaluation du risque d'escarre)

- des éléments liés à la **prise en charge de l'infarctus du myocarde** (discussion bénéfice-risque en cas de contre-indication relative aux bêta-bloquants, surveillance du traitement par bilan lipidique à distance si prescription de statine après infarctus, sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques, délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac)

A partir de fin 2010, des indicateurs supplémentaires seront recueillis : initiation du recueil en psychiatrie, RCP en cancérologie ; conformité des demandes d'examen d'imagerie (recueil optionnel), etc.

Ces indicateurs doivent permettre de suivre annuellement les progrès des établissements de santé sur des champs spécifiques et d'établir une comparaison nationale, rendue publique sur le site du Ministère de la Santé.

Ils s'intègrent par ailleurs dans l'évolution de la procédure de certification V2010 des établissements de santé. Les experts-visiteurs auront donc un regard attentif sur les résultats IPAQSS et les actions d'amélioration engagées lors de la **visite de certification, prévue du 4 au 13 octobre 2010**.

> Recherche

L'imagerie pour le diagnostic précoce d'alzheimer

La maladie d'Alzheimer a été décrite pour la première fois il y a plus de 100 ans par A. Alzheimer. La description initiale chez une femme jeune a longtemps entretenu une certaine confusion autour de cette maladie, qui a été jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, considérée comme une maladie rare, affectant des personnes de moins de 60 ans. Ce n'est qu'à partir des années 80 qu'il a pu être établi que sa fréquence augmentait avec l'âge, le vieillissement de la population en faisant alors une des principales préoccupations de santé publique.. Même si la maladie est maintenant mieux connue, le diagnostic reste difficile car il repose sur un faisceau d'arguments avant tout cliniques, bien que des examens radiologiques et biologiques puissent aider au diagnostic. Pourtant, malgré l'amélioration des connaissances sur la maladie, actuellement encore, plus de 50 % des sujets atteints ne seraient pas diagnostiqués et échapperaient ainsi à tout prise en charge.

Les dispositifs de diagnostic se sont mis en place depuis 10 ans, au travers trois plans gouvernementaux successifs. Ainsi, deux types de dispositifs ont vu le jour : les consultations mémoire et les Centres Mémoire de Ressources et de

Recherche (CMRR).

Ces derniers sont des structures de recours régionales pour les cas difficiles justifiant d'une expertise spécialisée et d'un plateau technique large (imagerie, biologie, expertise neuropsychologique). Leur mission ne se restreint pas exclusivement à l'expertise clinique, mais concerne aussi l'enseignement et la recherche. Différents professionnels y interviennent : médecins neurologues, gériatres, psychiatres, orthophonistes, psychologues, infirmières etc... Si la maladie d'Alzheimer est avant tout une maladie de la mémoire, les données de suivi de la cohorte française PAQUID, plaident en faveur d'une altération précoce, parfois plus de 10 ans avant le diagnostic, de certaines fonctions cognitives. Tout l'enjeu actuel repose sur le diagnostic précoce qui permet une prise en charge adaptée, à la fois médicamenteuse et non médicamenteuse. Aussi l'équipe de l'unité Inserm U930 de Tours travaille-t-elle au développement d'outils de diagnostic précoce à l'aide de l'imagerie cérébrale, en collaboration avec d'autres équipes françaises.

La Tomographie d'émission de positons (TEP) offre maintenant la possibilité de visualiser les dépôts de protéines amyloïdes dans les cerveaux des sujets atteints

500 000 € pour les équipes tournagelles

Pour leurs travaux sur le diagnostic précoce d'alzheimer, les équipes du CHRU de Tours viennent de se voir doter d'un budget de 500 000 euro (Dans le cadre de l'appel d'offre national du Programme Hospitalier de Recherche Clinique - PHRC).

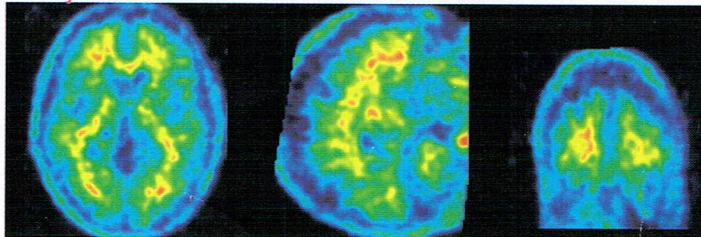
Une étude va donc être initiée, elle réunira tous les partenaires déjà impliqués dans les travaux du CHRU et doit permettre de repérer, parmi les symptômes dépressifs fréquents au cours du vieillissement, ceux qui peuvent être des symptômes précoces de la maladie d'Alzheimer.

de la maladie d'Alzheimer, dès les stades très précoces de la maladie. Jusqu'à présent seule l'utilisation d'un radiopharmaceutique marqué au Carbone 11 rendait cette visualisation possible, mais cette technique n'était réalisable que dans quelques centres de recherche, sans perspective d'utilisation en routine clinique pour la majorité des patients. Les équipes de Tours (Pr Denis Guilloteau), de Caen (Dr Louisa Barré), de Toulouse (Pr Pierre Payoux) associées à Cyclopharma, en lien avec une société de biotechnologie américaine (AVID) ont obtenu les premières images en France des plaques amyloïdes chez des patients souffrant

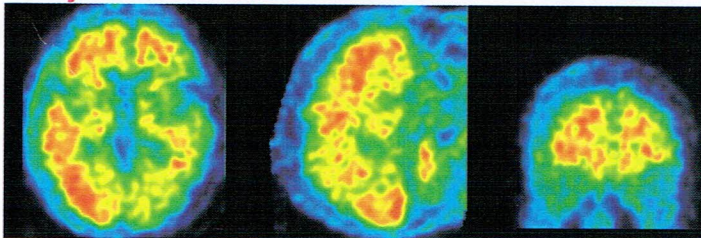
de la maladie d'Alzheimer, en utilisant un nouveau radiopharmaceutique dont le marquage au Fluor 18 permet d'envisager une utilisation très large en pratique clinique de routine.

En effet ce traceur est beaucoup plus facile à manier en raison de sa demi vie plus longue que le carbone 11. Les retombées pratiques sont très importantes tant en terme de diagnostic précoce permettant d'envisager les traitements le plus tôt possible, que dans le suivi de l'efficacité des nouveaux traitements, en particulier ceux visant à diminuer l'accumulation intra-cérébrale de substance amyloïde.

> sujet sain



> sujet Alzheimer



> Danse

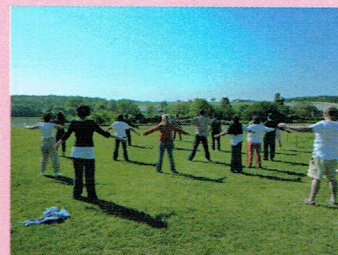
Séjour thérapeutique avec le CCNT

Pour la 1^{ère} fois, un séjour thérapeutique intersectoriel a réuni des patients de psychiatrie A, B et D, pour un stage de danse contemporaine, durant 4 jours, du 17 au 20 dernier, dans le magnifique cadre de l'Abbaye de Seuilly, près de Chinon.

Chaque matin, le danseur et chorégraphe Dimitri Tsiapkinis proposait deux heures de danse, dans la continuité de l'atelier Indigo qu'il anime depuis 5 ans

avec un groupe de patients et de soignants des différents services de psychiatrie du CHRU de Tours. Cette expérience s'est révélée très bénéfique pour tous, permettant l'expression de chacun, dans un climat de confiance et d'échanges d'une richesse rare. Pour les 13 patients, les 6 infirmiers et la psychologue, le bilan de ce séjour est donc très positif. Le groupe a par ailleurs eu la

chance de recevoir la visite de Bernardo Montet, le Directeur du CCNT.



> Hommage

Pour les donateurs d'organes : un arbre du souvenir

Le CHRU de Tours a souhaité, à l'occasion de la journée nationale de réflexion sur le don et la greffe, honorer la mémoire des donateurs d'organes et de tissus qui ont permis la greffe de nombreux patients. Un arbre du souvenir a donc été planté le **mardi 22 juin 2010 à l'hôpital Bretonneau** afin de créer un lieu de recueillement et de remerciements pour les donateurs d'organes et de tissus et leurs proches.

Plus de 350 dons d'organes ont été faits à ce jour.

Au cours de l'année 2009, 31 dons d'organes et 33 dons de cornées ont été réalisés sur les sites de Bretonneau Trousseau et Clocheville. Ils ont permis la greffe de très nombreux patients. Grâce aux dons réalisés dans la région et sur le territoire national, 114 greffes rénales, 22 greffes cardiaques et 31 greffes de cornées ont été réalisées au CHRU de Tours en 2009.



> Musique !

Retour en images sur deux semaines d'animation !



● Agenda ! > 08/09/10

Journée de la chirurgie robot-assistée

Les chirurgiens du CHRU de Tours fêtent la 300ème intervention pratiquée avec le robot et vous convient à la soirée anniversaire !

Le mercredi 8 septembre, de 18h à 22h, vous pourrez manipuler le robot et échanger avec les équipes d'urologie, de pédiatrie, de chirurgie viscérale, d'ORL et de gynécologie.

Plus d'infos bientôt !

En journée, conférences grand public
10-11h: Chirurgie digestive
11-12h: ORL
14-15h: Gynécologie
15-16h: Urologie
16-17h: Chirurgie pédiatrique

septembre 2008

expo

> 13 septembre - 2 octobre 2008
Péristyle de l'hôtel de Ville de Tours



> exposition gratuite

D'hier
à demain

le CHU
de Tours
s'expose

> Enquête

La parole aux hospitaliers

Le CHRU de Tours a réalisé pour la première fois en décembre 2006 une enquête de satisfaction auprès du personnel non médical conformément aux engagements qu'il avait pris dans la procédure de certification et dans son projet social.

1 720 agents ont répondu à cette enquête qui comprenait 90 questions regroupées en 5 rubriques :

- *Mieux vous connaître*, rubrique composée de renseignements permettant à l'agent répondant à l'enquête de décrire son type d'activité professionnelle,
- *Conditions et organisation du travail*,
- *Vie professionnelle et sociale au CHRU*,
- *Évaluation formation et information*,
- *Votre appréciation du CHRU de*

Tours et vos attentes.

Si l'ensemble des résultats de l'enquête est disponible sur le site Intranet du CHRU (rubrique *organisation interne*), quelques éléments méritent qu'on s'y attarde : 73,45 % des agents viennent travailler en voiture : loin derrière les deux roues (8,57 %), la marche à pied (8,37 %), ou le bus (5,42 %), le co-voiturage est utilisé par 4,19 % des agents ayant répondu à l'enquête.

63,42 % des agents jugent leurs conditions de travail satisfaisantes, 9,38 % très satisfaisantes. Les trois éléments qui motivent les 28 % des salariés ayant répondu à l'enquête sont :

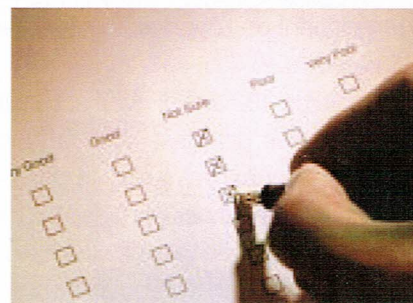
- **la sécurité de l'emploi**,
- **la diversité des activités**,
- **les possibilités en terme de formation.**

Les trois points forts du CHRU de Tours sont :

- **La performance technique et la qualité des soins ex aequo**,
- **La qualité et la compétence du personnel.**

des améliorations étant attendues en terme de charge de travail, gestion du personnel et coordination entre services identifiés comme maillons plus faibles de notre fonctionnement interne.

La Direction remercie tous les agents qui ont participé à cette enquête ainsi que ceux qui ont traité et analysé les résultats.



> Partenariat

Danser avec le CCNT

En Octobre 2005, l'association culturelle du service de Psychiatrie B reçoit Bernardo Montet, le directeur du Centre de Chorégraphie de Tours et l'équipe de danseurs pour une présentation de leur travail chorégraphique auprès des différents publics. Rendez-vous est pris pour un travail en commun.

En 2006, s'ouvre un atelier de danse contemporaine avec des patients et des soignants de psychiatrie B. Animé par Dimitri Tsiapkinis et Marc Veh (2 danseurs du Centre de chorégraphie). L'atelier se déroule au CCNT.

L'année suivante, 4 patients et 2 soignants de psychiatrie B vont travailler avec 4 danseurs amateurs et présenter un programme d'improvisation.

En 2008, ils sont rejoints par 4 patients et 2 soignants de psychiatrie A.

Pour 2009, les participants espèrent qu'une équipe de psychiatrie D les rejoindra.

Fruits d'une réflexion collective

Nous voilà tous partis pour une grande « aventure », tous à « égalité » tous ensemble, tous danseurs.

Redécouverte du corps, de ses

possibilités, de l'espace

Pouvoir ou essayer de se réapproprier

son corps, ses gestes

Créativité et autonomie

L'attention à l'autre, aux autres, qui permet la cohésion du groupe

L'épanouissement

Pour les patients, cet atelier c'est :

“ Faire sortir, expulser des choses par le corps qu'on arrive pas forcément par la parole ”

“ Un état de grâce, une sensation de bien-être, de détente ”

“ Une meilleure entente avec son corps ”

“ La satisfaction d'avoir accompli un travail et d'être arrivé au bout ”

“ Tout ce travail sur le corps c'est de l'émotion en chantier, du partage ”

“ Dans la danse, l'œuvre d'art c'est nous-même. ”

Pour Dimitri Tsiapkinis qui l'anime, cet atelier : *c'est trouver un lieu en soi, un refuge à partir duquel on peut prendre appui et s'exprimer; sortir sa voix (voix).* Chacun explore ses possibilités au travers d'un travail commun. On vient avec ce qu'on est.

C'est poétiser l'espace et le temps avec son mouvement propre.



> Journée

Lestabacologues mobilisés



Cette année le thème retenu « Jeunesse sans tabac ». Les jeunes sont 27% à présenter les signes de dépendance moyenne ou forte. Les jeunes de 12-25 ans qui fument régulièrement consomment en moyenne 10 cigarettes par jour. Moins de la moitié des 12-14 ans sont consommateurs réguliers. Cette proportion dépasse 80% des 15-24 ans. C'est pourquoi l'action de l'UCT a porté cette année sur l'hôpital Clocheville. L'équipe mobilisée le Samedi 31 mai était pluridisciplinaire :

- 2 médecins tabacologues
- 3 IDE tabacologues
- 1 IDE médecine du travail
- 2 diététiciennes

L'équipe mobilisée pu voir passer au stand une centaine de personnes. Autant d'hommes que de femmes, dans la plus grande majorité des adultes, souvent les parents des enfants hospitalisés à Clocheville.

Des conseils sur les bienfaits du sevrage tabagique, sur les différentes méthodes de sevrage ont pu être dispensé et les professionnels ont distribué de nombreuses brochures.

Les diététiciennes ont pu, tout au long de la journée, rassurer et donner des conseils pour une diététique adaptée.

> En images

Jean-Louis Gigot décoré !



Le 13 juin dernier, le Docteur Jean-Louis Gigot recevait les insignes de Chevalier de l'Ordre national du Mérite. Ce fut l'occasion pour le Directeur général, Monsieur Garrigue-Guyonnaud de rappeler l'importance de l'activité du SAMU qui n'a cessé d'augmenter pour atteindre aujourd'hui 95 000 affaires traitées par an.

Nouvelle entrée pour la chapelle de Bretonneau



avant



après

Jusqu'au mois de juillet dernier, la chapelle s'ouvrait au sud et son entrée donnait, entre autres sur la cafétéria. Des travaux ont été réalisés, la porte se trouve aujourd'hui à l'opposé, sur la façade nord et donne sur le bâtiment de l'Établissement français du sang. Ce nouvel agencement est plus cohérent. En effet, il est fréquent que des familles endeuillées se retrouvent à la chapelle pour des cérémonies. Cette nouvelle entrée leur permet désormais de bénéficier d'une plus grande intimité.



PRÉCISION

Dans notre précédent numéro l'article sur le DPP contenait un **calendrier prévisionnel qui n'est plus d'actualité**. Le nouveau calendrier vous sera communiqué dès que possible.

Clocheville gâté : des jeux pour les services ...

Des collégiens de 5ème, désireux de se mobiliser auprès des enfants de Clocheville, ont participé à une brocante, récolté 147,5 euro et acheté des jeux pour la salle de jeu de pédiatrie R.



... et 15 000 euro pour les associations

Lors du Salon du chocolat, qu'il a organisée, le Rotary Club de Tours sud a récolté 15 000 euros qui ont été reversés à 3 associations de l'hôpital Clocheville :

**Clocheville en Fête,
la Cordée du Val de Loire
et Magie à l'hôpital,**
> (5 000 euro chacune).





Newtopia 1 : (Être là...)

Newtopia : néologisme dérivé du mot *utopie* (utopie en grec : « non-lieu ») avec une connotation optimiste qui fait référence à la nouveauté créatrice et au potentiel humain : « nouveau-lieu ». On n'est plus dans le désir d'un non-lieu, mais plutôt dans une posture de confiance face à l'avenir, avec des actes sensibles, et créateurs. **Newtopia 1**, est une carte blanche à **Dimitri Tsiapkinis**, programmée à la Chapelle des Capucins et à la Chapelle Saint Anne, à Tours le **8 juin 2013**. C'est un événement artistique, genre de projet pilote, premier d'une série de forme hybrides, entre expressivité sensible et pédagogie perceptive, au cœur du quel le concept du **corps sujet** se place au centre des interrogations.

Comment soutenir des approches multi-référentielles et multi-perspectives qui libèrent les débats des opinionismes partisans ? Peut-on transformer des lieux du patrimoine culturel en lieux poétiques de mise en relief de la subjectivité des corps contemporains ? Quelle valeur pourrait avoir une telle mise en relief de la subjectivité perceptive pour nos communautés d'humains ? Le point central de cette 1ère édition c'est la solidarité artistique : la performance principale est une collaboration entre personnes hospitalisées en psychiatrie danseurs et soignants (CHRU de Tours). Comment promouvoir des formes hybrides, entre pédagogie sensible, art amateur, et expressivité professionnelle ? Les interventions seront proposées dans deux Chapelles du patrimoine Tourangeau pour revisiter ces lieux sous d'autres perspectives et resituer « [...] le sujet – incarné et en situation historique – aux choses et à autrui ».

Dimitri Tsiapkinis est titulaire du diplôme de danse contemporaine de l'**UNCSA** (USA) et en pédagogie (D.E.) du **CND**/ Paris. Il a dansé à la Dance Berlin et la Tolada Dance Company à Berlin (1991-1995). Après Berlin, il rencontre **Bernardo Montet** et suit ses projets au Centre Chorégraphique National de Rennes- Bretagne mais aussi au sein de la compagnie **Mawguerite** à Brest. Durant la saison 2000-2001, il danse avec le Dance Theatre of Thessaloniki et en 2002, il fonde le collectif de danse **xsoma** aussi à Thessaloniki, en Grèce, pour lequel il crée *0,1* (2002) et *Apnée* (2005). Il était danseur permanent du Centre Chorégraphique national de Tours et a participé à plusieurs créations de Bernardo Montet (2003-2011). Parallèlement, il crée *Délirium Tremens* (2010) et donne des cours, stages, et master-classes en France, Grèce, Allemagne, Martinique, Maroc, Chili, Kenya, Madagascar et au Mali. Sa recherche pédagogique l'amène à un diplôme Universitaire en « Art, Mouvement et Thérapie » (Université Moderne de Lisbonne) et un diplôme au titre de Psychopédagogue de la perception, (pratique pédagogique somato-sensorielle fondée par **Danis Bois**). Il est aussi, actuellement, assistant du maître Shaolin **Shi Yan Jun** en Tai Chi (style Chen), avec qui il pratique depuis 2005. À présent il dirige des projets au sein de l'association **Omnivion**, et continue à collaborer avec **Bernardo Montet** (**Cie Mawguerite**).

PROGRAMME du 8 juin:

CHAPELLE DES CAPUCINS

18H / Ouverture de l'exposition :

Soma Bis : exposition de photographies sur les thèmes du corps sensible et la dualité; par Valériane Baffert, et Dimitri Tsiapkinis.

19H / performances :

O,4 : performance de danse contemporaine, résultat du partenariat entre Omnivion et CHRU de Tours, service psychiatrique. C'est une collaboration entre personnes hospitalisées, danseurs, et équipe soignante qui focalise sur l'expressivité personnelle et la solidarité.

Binaires : *conférence philosophique martiale* sur le thème du lien entre corps et esprit. Performeurs : Vincenzo Rossi-Ercolani, Poppée Gicquel, Irène Philippe

CHAPELLE SAINT ANNE :

21H30 / performance :

Sans titre : Solo performance danse sur le thème du lien entre corps et esprit. Performeur : Dimitri Tsiapkinis

21H45 / Soirée festive

Buffet gastronomique, par Ahlam Ettamri & ***Soirée dansante*** : Afro, etc.

00H00 / Soirée underground

Techno minimaliste berlinoise avec TyBee Coreteks !

Entrée : 12€ (ou 8€ sans buffet), qui inclut une adhésion gratuite à Omnivion / Arts d'être Corps

Réservation par email : info@omnivion.net

Paielements par chèque à l'ordre de Omnivion à envoyer à :

Omnivion, 7 rue Jenson, 37000 Tours

Direction artistique : Dimitri Tsiapkinis

Direction technique : François Blet

Coordination : Marion Jouhanneau

Comptabilité : Rémi Lebugle

ACCUEIL – COPRODUCTION : ASSOCIATION ARPENTS D'ART ET CHAPELLE SAINT-ANNE

omnivion.net

Facebook

Logo créé par P-H RAMBOZ / matoilnet
Powered by...Space Time and Movement ! ;-)

PROCHAINS RENDEZ-VOUS...

Vendredi 3 octobre • 19h

Heure curieuse

Myène Benoit

Notre danse

CCNT

Vendredi 7 novembre • 19h

Heure curieuse

Clara Cornil

Yuj

CCNT

Vendredi 17 octobre • 19h

Heure curieuse

Montaine Chevalier

Satien

CCNT

Mardi 18 novembre • 20h30

Spectacle

Emmanuelle Vo-Dinh

Sprint

Salle Thélème (co-accueil)

Vend. 24 & sam. 25 octobre • 20h

Spectacle

Thomas Lebrun

Lied Ballet (création)

Grand Théâtre

Réservations 02 47 36 46 00

info@ccntours.com

www.ccntours.com

Informations 02 47 36 46 07

Anais Miltenberger, chargée de la Coordination, de la sensibilisation et du développement des publics, se tient à votre disposition pour vous renseigner sur les prochains rendez-vous.

Le Centre chorégraphique national de Tours est subventionné par le Ministère de la Culture et de la Communication – DGCA - DRAC Centre, la Ville de Tours, le Conseil Régional du Centre, le Conseil Général d'Indre-et-Loire. L'Institut français contribue régulièrement aux tournées internationales du CCNT. Licences n°1 - 1051624 - 2 - 1051625, 3 - 1051626.

Photo © Bernard Duret

Graphisme photo © Christopher Evans

19 / 09 • 20H • CCNT

SPECTACLE

DIMITRI TSIAPKINIS

NEUTOPIA 2.1



NEWTOPIA 2.1

Dimitri Tsiapkinis présente *Newtopia 2.1* : un événement artistique et pédagogique imaginé autour du corps sensible en milieu psychiatrique. Au programme : *Duel des Roses*, une improvisation dansée de Ahlam Ettamri et Rosa de Pires de Matos, et la création *Fraises - Indigo*, performance dansée, née de la collaboration entre danseurs professionnels et amateurs, soignants et personnes suivies en psychiatrie. Une exposition de photographies, *Situations d'accès*, de Bernard Duret sont également à découvrir dans le hall du CCNT jusqu'au vendredi 17 octobre.

DUEL DES ROSES

Une danse qui joue avec l'altérité : c'est à qui ce mouvement ?

Conception : Ahlam Ettamri ; Performeuses : Ahlam Ettamri et Rosa de Pires de Matos

FRAISES - INDIGO

Performance dansée

Conception / direction : Dimitri Tsiapkinis ; Assistante à la chorégraphie : Ahlam Ettamri
Performeurs : Zoe Bennett, Kevin Bricout, Cécile Cappozzo, Nathalie Cherel, Claire Gervais, Claire Guillaume, Carl Loiseau, Bruno Morin, Annaïck Nicolazic, Rosa Pires de Matos.

« *Fraises - Indigo* est une composition chorégraphique construite à partir du principe de multiréférentialité : la multiréférentialité est l'art de joindre ce qui n'est pas toujours conjoinable, de rechercher des articulations parfois problématiques, entre au moins deux disciplines distinctes. C'est l'art de faire tenir ensemble, en tension, ce qui tient mal ensemble, ou même ne le saurait. Cela demande du talent, et des principes d'organisation de savoirs complexes, un sens de l'inconfort et de la complexité. Le scénario s'est créé à partir des personnalités des participants, des consignes liées aux mots clés, d'enchaînements de Kung Fu, à des textes et à des images. Le déroulé passe par des phases qui ne font aucun sens à des phases plus compréhensives, pour finalement prendre une forme semi-cohérente qui respecte nos états actuels et l'historique de l'aventure. Le texte de Claire Rengade *Les Terriens*, a été une inspiration supplémentaire qui a fait ressortir une dimension sociale de nos délires expressifs. »

DIMITRI TSIAPKINIS

DIMITRI TSIAPKINIS est titulaire du diplôme de danse contemporaine de l'Université de Caroline du Nord / École des Arts du Spectacle (U.S.A.) et du Centre National de la Danse de Pantin (en pédagogie). Il a dansé à la Dance Berlin et la Tolada Dance Company à Berlin de 1991 à 1995. Après Berlin, il rencontre Bernardo Montet et suit ses projets au Centre Chorégraphique National de Rennes - Bretagne mais aussi au sein de la compagnie Mawguerie à Brest. De 2003 à 2011, il est danseur permanent au Centre Chorégraphique National de Tours où il participe aux actions de sensibilisation à la danse contemporaine auprès de différents publics en France à l'étranger (écoles, associations et universités). Il participe aux créations de Bernardo Montet et développe parallèlement ses propres projets, notamment avec le collectif de danse xsoma à Thessaloniki en Grèce (www.xsoma.net), ou plus récemment Omnivion à Tours (www.omnivion.net). Depuis 2005, il dirige un atelier de danse contemporaine pour des personnes hospitalisées et des soignants en psychiatrie, au CHRU de Tours. Sa recherche pédagogique l'amène à un diplôme Universitaire en « Art, Mouvement et Thérapie » (Université Moderne de Lisbonne) et un diplôme au titre de Somato-psychopédagogue (pédagogie de la perception). Il est également assistant du maître Shaolin ShiYan Jun en Tai Chi (style Chen), avec qui, il pratique depuis 2005.

Annexe 9

Liste des vidéos sur internet avec des extraits des représentations publiques de l'association Omnivion (www.omnivion.net)

- *Echauffement avant spectacle 2011* : Un collage de poésies gestuelles et textuelles inspirés des propositions des danseurs de l'atelier Indigo :
<http://youtu.be/ud4U1Qd6Oyw>
- *Zéro-virgule-quatre / Extrait de la soirée Newtopia 1* : performance de danse contemporaine, résultat du partenariat entre Omnivion et CHRU de Tours, service psychiatrique. C'est une collaboration entre personnes hospitalisées, danseurs, et équipe soignante qui focalise sur l'expressivité personnelle et la solidarité :
<http://youtu.be/dAmoJnB6iB0>

Annexe 9

*Sélection des photos des ateliers Indigo et des représentations publiques /
association Omnivion (www.omnivion.net)*

Photo copyright : ©Bernard Duret & ©Dimitrios Tsiapkinis



Bilan d'activité : danse thérapeutique

Le 27 mars 2012, à la Chevalerie

Présence de : Nicolas BOUCET, Faustine D., Magali DIJOUX, Estelle BERTHELOT, Dimitri TSIAPKINIS, Catherine MARTY, Martine GUILLOTIN, Amélie POIRIER, Sandra GONCALVES-FERREIRA, Christelle SIMON, Emmanuelle DIOT, Muriel DELAGE, Nathalie C., Karine GASNE et Nikicha JAILLETTE

▪ Bilan de Dimitri

→ Ses difficultés : difficulté à démarrer les séances à cause du grand groupe, trop important peut être, et ressenti par Dimitri comme moins maîtrisable, et moins de possibilité de faire un travail plus individualisé avec les patients. Du coup, mise en place d'un travail d'avantage centré sur « le groupe » : le ressenti en groupe, l'entrée en contact. Mais quand même pas évident d'instaurer une ambiance qui transcende le groupe.

→ Au cours des séances : Dimitri a pu observer une réciprocité, une circulation des émotions Mais « groupalité » qui est fragile, et semble se perdre quand ce sont les vacances, et lors de nouvelles arrivées dans l'atelier. Après les dernières vacances, sentiment qu'un esprit de groupe s'était reformé.

→ Volonté de Dimitri de donner un appui plus pédagogique : donner des techniques, des bases, pour aider patients et soignants, à trouver les attitudes et les expressions qu'ils veulent partager.

→ Proposition de faire un groupe expérimental : moins de personnes, à la fois patients et soignants, mais le double de séances.

- Remarques : _ dissolution du groupe au fur et à mesure, à cause des arrivées/ départs
_ le groupe est thérapeutique, lorsqu'il y a un suivi, une fois par mois par exemple, une continuité dans le travail, et aussi des soignants référents
_ remarques faites aussi par les patients qui ont l'expérience des années précédentes (exemple de l'exercice de « la phrase à répéter » qui fonctionnait bien avant)

* problème des « ruptures » en général : que ce soit dans le temps ou les personnes

* problème aussi des patients instables, qui monopolisent l'attention de tous, et ne peuvent pas être accompagnés dans un si grand groupe

* importance d'une *réflexion thérapeutique à étudier pour chaque patient*, avec des objectifs. A ce sujet Dimitri exprime ses difficultés dans son travail et son accompagnement avec les soignants : combien d'investissement ?

Instabilité du groupe qui provoque une insécurité et une inhibition à la fois chez les patients mais aussi chez les soignants. Or la prise de risque des soignants doit servir à rivaliser les difficultés des patients, en acceptant d'être fragile et de se mettre en danger.

* en psy A : d'avantage des difficultés dans la présence des soignants (roulement une semaine sur deux), mais concernant les patients, groupe assez assidu, volontaire, presque une « auto-prescription »

* à Château-Renault : trop de soignants et suivi difficile. Difficulté à créer un groupe et à le garder

* discussion sur le lieu de l'atelier : voire peut être à trouver une autre salle, plus éclairée.

→ Proposition : selon le nombre d'inscrits, deux groupes restreints qui fonctionneraient en parallèle dans le temps (par exemple un le lundi et l'autre le mardi) :

→ 10 patients / 5 soignants ou bien 12 patients / 6 soignants.

→ Répartition des 5 institutions sur les deux temps

→ 16 séances et un séjour thérapeutique (4 séances environ)

+ un temps d'analyse une fois par mois environ

Enfin discussion autour du budget : demande de budget pour l'atelier d'environ 600 euros selon les institutions, plus une demande pour le séjour thérapeutique.