

III^{ème} Journée clinique

"Marionnette et Thérapie"

Théorie et Pratiques

Cette JOURNÉE CLINIQUE se veut
un temps d'ÉCHANGE de RÉFLEXION et d'ÉLABORATION,
centré sur les pratiques thérapeutiques ou éducatives
intégrant les MARIONNETTES à leurs dispositifs

Présidée par Colette DUFLOT et Gilbert OUDOT

Le samedi 1^{er} juin 1996

Centre international de Séjour de Paris
6, avenue Maurice Ravel

PARIS XII^e - France (75)

Transcription de l'enregistrement : Serge LIONS

Révision : Colette DUFLOT



*Ce document ayant été enregistré, l'association "MARIONNETTE
ET THÉRAPIE" le diffuse sans y apporter de modification de style afin de
rendre fidèlement le caractère très vivant des échanges de cette Journée.*

REPRODUCTION INTERDITE

* * * * *

Les intervenants à la III^{ème} Journée clinique

Ivan DARRAULT-HARRIS. Maître de conférences en Sciences du Langage, formateur de Rééducateurs de l'Éducation nationale – TOURS (France).

Colette DUFLOT. Docteur 3^e Cycle en Psychologie, chargée de cours à l'université d'Angers – MAYENNE (France).

Jacqueline IGUENANE. Puéricultrice, Docteur en Sciences de l'Éducation, animatrice à l'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation médicales) – PARIS (France).

Pascal LE MALÉFAN. Chargé de cours à l'université de Rouen. Psychologue – ROUEN (France).

Madeleine LIONS. Art-thérapeute marionnettiste – PARIS (France).

Gilbert OUDOT. Psychanalyste membre de l'École de la Cause freudienne – ANGERS (France).

D^r Jaime-G. ROJAS-BERMÚDEZ. Médecin, psychiatre, psychanalyste membre de l'Association internationale de Psychanalyse, psychodramatiste. Président de l'Association "Sicodrama y Sicoterapia de grupo". Membre fondateur de la Fédération "European Psychodrama Training Organisations" – SÉVILLE (Espagne).

D^r Yves SWARTEBROECKX. Pédiatre, pneumologue – PARIS (France).

* * * * *

SOMMAIRE

Samedi 1^{er} juin 1996, le matin.

Page

Ouverture de la III^{ème} Journée clinique "Marionnette et Thérapie"
par *Madeleine LIONS*.

1

La place symbolique du thérapeute spectateur du jeu de l'enfant
par *Ivan DARRAULT-HARRIS*

3

Partant d'un protocole de séance de thérapie, on s'interrogera sur les principes qui peuvent régler les échanges entre un thérapeute-spectateur et un enfant montreur de marionnettes.

La recherche de ces principes s'appuie sur l'analyse sémiotique de l'interaction thérapeutique et s'inscrit dans la théorie du changement élaborée avec J.-P. Klein sous le nom de « Psychiatrie de l'ellipse ».

Marionnette et Psychodrame

**La marionnette comme objet-intermédiaire et intra-intermédiaire
dans la psychothérapie et le psychodrame**
par le *D^r Jaime G. ROJAS-BERMÚDEZ*

21

Ce travail a commencé par une recherche de la communication avec des patients psychotiques chroniques, avec lesquels la marionnette, fonctionnant comme un « pont communicationnel », a permis de rétablir des échanges.

Plus tard, avec d'autres patients (psychotiques aigus, névrotiques...), la marionnette est intégrée comme un moyen thérapeutique habituel, surtout dans les états de crise, comme dans les situations où le sexe ou la violence interviennent.

Samedi 1^{er} juin 1996, l'après-midi.

Parler autrement de sa maladie :

**Apport de la Marionnette dans l'éducation des enfants atteints de maladies chroniques
(diabète et asthme)**

par *Jacqueline IGUENANE* et le *D^r Yves SWARTEBROECKX*

37

Depuis quelques années, dans le cadre de l'Institut de Perfectionnement à l'Éducation et la Communication médicale (IPCEM) avec la contribution de "Marionnette et Thérapie", nous formons des professionnels de santé à introduire de nouvelles méthodes d'apprentissage dans l'éducation des enfants atteints de maladies chroniques. C'est au travers de différentes expériences que nous discuterons de la contribution de la marionnette dans l'éducation des enfants atteints de maladie chronique.

Clinique du dispositif marionnettique

Une scène pour l'Autre

par *Pascal LE MALÉFAN*

53

Le théâtre de marionnettes nécessite un art particulier qui ne cesse de se transmettre. Mais de quel savoir s'agit-il, dont témoignent les marionnettistes d'hier et d'aujourd'hui, mais aussi écrivains, philosophes et hommes de théâtre ?

Assurément, il s'agit d'un savoir et d'un savoir-faire sur et avec le regard et la dimension spéculaire et ce qui y est recelé. Entre imitation et illusion, la marionnette produit un voilement-dévoilement unique d'un bout de réel.

Cette clinique du dispositif marionnettique peut-elle mener à un dispositif clinique ? Autrement dit, que peut-on en retenir dans une utilisation à visée thérapeutique ?

Clôture de la III^{ème} Journée clinique "Marionnette et Thérapie"

par *Colette DUFLOT*

67

Samedi 1^{er} juin 1996,
le matin

Madeleine LIONS

Ouverture de la III^{ème} Journée clinique "Marionnette et Thérapie"

Chers amis, je vous remercie pour votre présence aujourd'hui parmi nous.

C'est la première fois que nous organisons une journée à Paris. Nous avons l'habitude de vous recevoir dans la magnifique salle de la Chambre de Commerce de Charleville, que le Festival met toujours à notre disposition pour nos colloques. Quant aux deux autres Journées précédentes, elles ont eu lieu à Angers et à Nantes.

Même si trouver un lieu d'accueil à un prix abordable dans Paris présentait quelques difficultés, cela nous a paru opportun d'organiser cette III^e Journée clinique ici.

Cette Journée sera placée sous la présidence de Gilbert Oudot le matin et de Colette Duflot l'après-midi.

Nous avons souhaité que les thèmes abordés soient très divers par rapport aux Colloques qui traitent d'un thème chaque fois différent.

Je tiens à remercier nos intervenants qui vont nous parler de points très importants pour la conduite d'ateliers à visée thérapeutique.

Je remercie particulièrement le Dr Jaime Rojas-Bermúdez pour sa participation à cette Journée. Il a une longue pratique de la marionnette et du psychodrame depuis les années 60 en Argentine puis en Australie, et à présent à Séville. Nous avons eu l'occasion, l'année dernière, de participer aux Premières Journées de la Marionnette en Thérapie à Séville^(*). Nos échanges ont été extrêmement intéressants. Nous sommes persuadés qu'une longue coopération entre l'Espagne et la France va continuer à se développer.

Ivan Darrault-Harris et Pascal Le Maléfan sont déjà bien connus de nos adhérents et ils vont développer des points bien précis qui nous interrogent tous.

Et nous avons aujourd'hui le privilège d'accueillir Jacqueline Iguenanne qui représente l'IPCEM^(**). Introduire la marionnette dans un projet pour l'éducation du patient souffrant de longue maladie — asthme, diabète — était vivement souhaité par le Dr Rémi Gagnayre. Nous avons fait déjà un bout de chemin ensemble et nous espérons que cette action va continuer et se développer.

Je vais donc à présent passer la parole à Gilbert Oudot qui va assurer la présidence de cette matinée.

(Applaudissements)

(*) Cf. C. Duflot : *Le colloque "Titeres y Sicoterapia" à Séville*, in bulletin "Marionnette et Thérapie" 95/2.

(**) Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation médicales.

Y. Lions

Ivan DARRAULT-HARRIS

La place symbolique du thérapeute-spectateur de l'enfant

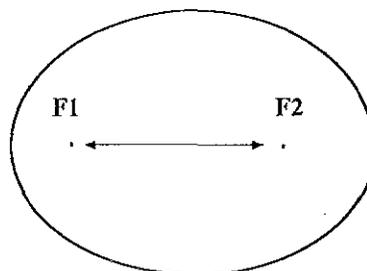
Je voudrais remercier l'assistance et les organisateurs de cette Journée.
Je voudrais aborder successivement plusieurs points.

L'analyse que je vais faire très rapidement de la séance de thérapie à l'aide des marionnettes est une séance au fond qui n'a de sens que si on la replace dans la théorie du changement que nous avons dénommée, avec Jean-Pierre Klein, psychiatre, « la théorie de l'ellipse ». Et vous avez donc sur l'écran une ellipse que je vais commenter très rapidement.

La PSYCHIATRIE de L'ELLIPSE HYPOTHÈSES DE BASE

1 — Le changement en psychothérapie peut résulter de l'accompagnement d'une *double production* — en évolution — du sujet dans un cadre constitué de *deux foyers* en interrelation = celui d'une communication directe de ses problèmes, de ses difficultés, de ses souffrances, et celui d'une création à la fois syncrétique et métaphorique.

2 — Toute création du sujet dans ce cadre thérapeutique manifeste des indices objectivables du changement.



- En F1 le sujet est amené à discourir en direct (DICTION) de sa problématique, de sa souffrance sur le mode énonciatif du (je, ici, maintenant).

- En F2 le sujet, grâce à la prescription d'un langage d'expression et de création à bonne distance de ses symptômes et de ses défenses, déplace à son insu sa problématique dans une FICTION sur le mode énonciatif du (il, ailleurs, alors), quelle que soit la « médiation » (invention orale, écrite, plastique, corporelle, musicale, etc.).

Le thérapeute, de par ses interventions, est le garant du maintien de la bonne distance entre les foyers : il s'interdit, par exemple, les interprétations qui rabattraient F2 sur F1.

Je voudrais ensuite — deuxième point — vous présenter rapidement un cas d'enfant et justifier le fait que nous lui ayons proposé les marionnettes et le dispositif scénique qui est impliqué par le texte que vous avez sous les yeux.^(*)

(*)Ce texte est reproduit après la communication (p. 19).

En effet, dans la théorie de l'ellipse, j'aurai l'occasion de dire que la « prescription » de marionnettes n'est pas quelque chose à retenir à mes yeux pour tous types d'enfants ; en revanche la prescription dans le cas de cet enfant s'imposait en quelque sorte d'elle-même.

Je dirai un mot ensuite — troisième point — de la situation au sens presque théâtral de cette séance de thérapie qui comporte une apprentie-thérapeute — donc je réclame pour vous et pour elle la plus grande indulgence —, c'est la troisième séance qu'elle conduit dans sa vie de thérapeute. Mais souvent on a du génie dès le début... et on peut se demander d'ailleurs si la « thérapie » s'apprend vraiment ; il faut tout de même quelque chose au départ. Quelque chose que j'hésite à appeler « don » ou « donnée ». Mais c'est sa troisième séance, donc retenons-le.

Et enfin nous travaillerons, c'est le point le plus important de l'exposé, sur cette séance avec un objectif qui est justement de dessiner la place du thérapeute en position symbolique de « spectateur » de ce que l'enfant invente dans l'espace et la fenêtre du castelet. Comment construire cette position du thérapeute sinon à partir de ses interventions ? Je vous proposerais donc une typologie des interventions qui sont des interventions verbales puisque, comme vous le savez, dans l'utilisation des marionnettes à gaine et dans la situation précise, le vecteur principal de la communication, c'est-à-dire le regard, est coupé, rompu. Il y a donc, on le verra, une hypertrophie du vocal et du verbal. Et voilà qui permet donc au thérapeute-spectateur de se définir dans sa position.

Le cinquième point permettra de conclure et peut-être de tenter de proposer aux participants quelques hypothèses sur les principes qui peuvent régler les interventions du thérapeute.

Notre théorie du changement est représentable par l'*ellipse*... Pourquoi avoir appelé cette théorie du changement « ellipse » ? Eh bien ! dans cette théorie qui a été développée dans un ouvrage paru aux Presses Universitaires de France en 1993 et qui s'appelle *Pour une psychiatrie de l'ellipse - Les aventures du sujet en création*⁽¹⁾, il s'agit, au fond, de proposer au patient — enfant, adolescent ou adulte — deux lieux d'énonciation, deux foyers d'énonciation et contrairement au cercle qui ne possède qu'un seul centre, l'ellipse a le grand avantage, d'une part d'être la figure universelle, puisque l'univers est réglé par l'ellipse, en tout cas pour ce qui concerne les planètes qui ont toujours une course ellipsoïde. Mais ce qui est intéressant c'est le double foyer de l'ellipse qui, d'après les géomètres, possède aussi un centre d'ailleurs, mais le centre n'est pas très intéressant à nos yeux.

Le premier foyer de l'ellipse est un foyer que j'appelle « de diction », on pourrait aussi d'ailleurs dire que ce foyer est un foyer « d'addiction ». Dans ce lieu d'énonciation on propose au sujet, tout naturellement, sur le mode du *je, ici, maintenant*, de parler de sa problématique en direct. De parler donc de sa problématique, de ses souffrances ; c'est souvent le cas dans des situations d'entretiens en particulier. Ce premier foyer est important. Sans une bonne installation de ce foyer il n'y a pas la possibilité de construire l'autre, et l'inverse est vrai. Il faut les deux.

(1) Ouvrage présenté dans le n° 93/3 du bulletin "Marionnette et Thérapie".

Donc foyer de diction. Pourquoi foyer d'addiction ? Parce que dans cette situation on pourrait dire que la plupart du temps le patient s'adonne à son symptôme ; il y a une sorte d'addiction ou de relation addictive entre discours et symptôme.

À distance, le deuxième foyer, qui est un foyer désigné par le terme de « fiction » — d'abord parce que cela fait une rime riche, mais ensuite parce qu'il s'agit bien de cela —, c'est-à-dire que le patient est invité à déplacer à son insu sa problématique dans la création d'une œuvre. À déplacer à son insu sa problématique, c'est-à-dire de manière non contrôlée dans la création d'une œuvre qui pourra se manifester selon tel ou tel langage et, pourquoi pas, bien entendu les marionnettes.

Ce second lieu de fiction — c'est aussi le titre d'une œuvre d'un célèbre auteur argentin — n'est plus placé sous le signe du *je, ici, maintenant*, mais sous le signe du *il, ailleurs, alors*. Vous verrez tout à l'heure que l'enfant, dans la séance, met en scène des personnages qui sont détachés de lui, à distance de lui-même ; ce sont des « il », des « elles », des « on ». Il s'agit d'autres lieux que le lieu d'où il parle, c'est un « ailleurs » et il s'agit d'un « autre temps » que son temps même d'énonciation ; il s'agit d'un « alors » qui est construit.

Il y a — c'est ce qu'indique la double flèche — une relation entre ces deux foyers, des allers et retours ; ces deux foyers sont en interrelation et c'est cette interrelation qui, dans cette théorie, est productrice de changement. Alors évidemment, pour que ça marche, pour que le changement ait lieu, il faut une condition, fondamentale : que le deuxième foyer soit situé à la bonne distance du premier foyer. Nous avons essayé de montrer qu'une distance trop faible ne produit pas de changement et qu'une distance trop importante ne produit pas de changement non plus.

Alors pour quelle raison le deuxième foyer ne se situe-t-il pas toujours à bonne distance ? Eh bien ! parce que tout patient ne nous amène pas simplement son ou ses symptômes, mais il nous propose aussi ses défenses et ses résistances au changement. Résister au changement, c'est de manière caricaturalement simple se situer trop près ou trop loin. Là, il n'y a aucun risque de changer. Et on verra que le thérapeute, justement, se doit d'être, comme je propose de le dire, dans la relation thérapeutique envisagée de ce point de vue, le *garant de la bonne distance*.

Voilà très vite ce que je voulais dire. Une petite remarque en passant. Ce que l'on appelle au sens technique l'« interprétation », c'est-à-dire la révélation directe au patient du sens latent de ses productions, de manière orthodoxe, est un acte qui détruit l'ellipse. Dans cette conception du changement, l'interprétation est un acte extrêmement inquiétant et destructeur. Je dis bien à l'intérieur de cette théorie. Voilà donc ce que je voulais vous dire en premier point.

Si je voulais résumer les deux hypothèses de base de la théorie de l'ellipse, je dirais la chose suivante : le changement en psychothérapie peut résulter de l'accompagnement d'une double production en évolution du sujet dans un cadre constitué de deux foyers en interrelation, celui d'une communication directe de ses problèmes, de ses difficultés et de ses souffrances et celui d'une création qui est à la fois synchrétique et métaphorique. Cette création est synchrétique car on propose au patient une création qui est une sorte de tout global, en écho au tout global de ses symptômes, qui ne sont pas

analysés en l'occurrence, explicités, disséqués. Et le deuxième adjectif, métaphorique, je crois dans la puissance de la figure de la métaphore ; il s'agit dans la métaphore toujours d'un déplacement, mais d'un déplacement qui garde le lien avec le point de départ et il y a dans la figure de la métaphore une sorte de quête, et souvent de quête réussie, de la vérité — j'y reviendrai peut-être au passage.

La deuxième hypothèse, qui permet d'éclairer la suite, c'est que toute création du sujet dans ce cadre thérapeutique manifeste des indices objectivables du changement. Il y a donc une analyse possible du changement et de ses éventuels aléas.

Un mot sur l'enfant dont on va parler à travers ses productions. Pourquoi les marionnettes pour cet enfant ? Comme beaucoup d'enfants qui arrivent dans les intersecteurs, celui-ci était proposé par l'école — le territoire célèbre pour la révélation des symptômes.

Sa difficulté était particulière : d'un côté il se refusait depuis longtemps à tout acte de lecture et d'écriture, et parvenu à l'âge de 9 ans cela commençait à extrêmement préoccupant. Je dis bien se refusait, car compétent il l'était, ou il le laissait entrevoir. Et dans la cour de récréation — il avait, si j'ose dire, des symptômes côté cour et des symptômes côté jardin — il essayait de manière assez peu diplomatique et courtoise de découvrir les zones cachées, en principe, du corps de ses camarades filles. Et c'est à partir de ce double lieu, de ces symptômes séparés, qu'effectivement on lui a proposé le médium marionnette. Pourquoi ? Parce qu'il nous est apparu que c'était bien la problématique du *voir* et de l'*être vu* qui réunissait ces deux lieux symptomatiques, apparemment disjoints mais en fait extrêmement conjoints.

La lecture est un acte de voyeurisme autorisé, et encouragé en général ; l'écriture est un acte d'exhibitionnisme également autorisé et encouragé. Donc il montrait dans la classe par défaut ce qu'il montrait dans la cour de récréation par excès.

Il s'agissait donc dans notre théorie de lui proposer un lieu thérapeutique à équidistance de ces deux obstacles, que j'ai appelés récemment, dans une communication à Bordeaux⁽²⁾, des noms mythiques de Charybde et Scylla. La thérapie doit éviter Charybde et Scylla et tenter une navigation entre les deux gouffres. Charybde, c'est au fond le continent, ou l'iceberg des symptômes : qui s'en approche trop brise le mouvement thérapeutique. Scylla, qui est plus dangereux que Charybde, est le gouffre représenté par les défenses et les résistances. Si on s'approche trop, voire si on installe la thérapie de ce côté-là, la thérapie s'échoue, s'immobilise, quelquefois d'ailleurs avec une illusion de dynamisme. Ce qui fait que la situation est beaucoup plus dangereuse que la première. Il fallait donc proposer à cet enfant un lieu éloigné des symptômes et échappant à ses défenses et ses résistances, par exemple échappant à ses compétences, ses « lieux d'aisance » si j'ose dire... et il en avait un certain nombre. En particulier, c'était un enfant absolument génial pour ce qui était du dessin et du modelage, qui étaient donc une zone à éviter absolument.

Pourquoi les marionnettes dans le castelet ? Les marionnettes dans le castelet nous permettaient, justement, de suspendre un vecteur problématique qui était *le voir et l'être vu*. Dans le castelet on ne voit pas et on n'est pas vu.

(2) « Entre Charybde et Scylla : choisir une configuration d'aide », in Espace créatif et symptômes du langage, Actes du Colloque de Bordeaux (27-29/01/95), publication de A.T.L.C., janvier 95, p. 229-244.

C'était comme une suspension de sa problématique à la fois voyeuriste et exhibitionniste ; c'était donc un lieu de relative sécurité où il allait pouvoir inventer, créer. Le castelet nous paraissait donc une bonne illustration, pour cet enfant, du second foyer de l'ellipse. Mais, bien entendu, pour tel autre nous pourrions rencontrer une contre-indication des marionnettes et, au contraire pour tel autre enfant, une indication allant justement du côté du dessin, ou du modelage, ou de l'expression corporelle, ou du théâtre, ou de l'utilisation des instruments à percussion, ou du collage ; ici, effectivement, la panoplie doit être très riche puisque nous rencontrons à chaque fois des enfants uniques dans leur économie psychique.

La situation des séances de thérapie était un peu particulière ; c'est une situation de formation aussi. Donc l'enfant se glissait dans le castelet, inventait des histoires, tout de suite de manière autonome. Sa thérapeute se situait en face de lui, constituant donc le public ; mais il y avait aussi d'autres personnes présentes dans l'espace thérapeutique, mais à distance de ce dispositif thérapeute-enfant, et en particulier une élève, collègue de celle qui conduisait la séance, et la responsable du lieu thérapeutique. Donc il faut que vous ayez cela à l'esprit pour bien saisir la nature même des échanges qui vont avoir lieu entre les deux personnages principaux de la thérapie.

Vous allez pouvoir suivre... (*affichage au tableau du texte remis au participants*). Je pense que vous avez eu le temps de prendre connaissance du texte remis aux participants. Évidemment ce n'est pas le film vidéo de la séance, c'est une transcription et comme toute transcription elle est extrêmement partielle. Je ne suis pas sûr que nous ayons tout, et bien entendu il nous manque tout ce qu'on appelle en linguistique la prosodie, c'est-à-dire l'intensité, l'intonation, le rythme de la phrase, qui sont aussi importants au fond que le texte lui-même. Mais nous travaillerons donc sur une trace, un peu comme les archéologues ; nous n'avons pas tout et il faut bien s'en contenter.

Je vais insister sur un certain nombre d'interventions ; j'en vois quatre grands types que je vais essayer de commenter, puis nous en discuterons. Depuis les interventions les plus nécessaires, les plus obligatoires, celles que l'on ne peut pas choisir, mais c'est ça le langage ; le langage cela va du non choix à la liberté, effrayante... Mais au début on ne peut pas choisir ; il y a des interventions, qu'on ne peut pas choisir, que j'appelle « phatiques », jusqu'à des interventions que je qualifierai de « violentes », c'est-à-dire d'interprétatives. Et entre les deux il y a toute une gamme d'interventions possibles sur lesquelles je m'arrêterai et qui sont, je crois, bien illustrées, bien représentées dans ce que j'hésite à appeler un dialogue, car il ne s'agit pas en réalité d'un dialogue, véritablement, sauf à certains moments, de manière très ponctuelle. Il ne s'agit pas d'un dialogue entre un *je* et un *tu*, mais de tout autre chose.

J'insiste donc pour dire tout de suite que l'enfant, le patient, l'enfant-patient, à l'intérieur du castelet se met à créer de manière autonome et je pense d'ailleurs que les marionnettes sont un médium exceptionnel, unique. J'ai essayé de montrer dans un article qui s'appelait *Marionnettes, une mise en scène de l'invisible*, n° 44-45 de la revue *Art et Thérapie*⁽³⁾ consacré aux marionnettes, numéro spécial, j'ai essayé de montrer que les marionnettes sont une mise en scène de ce que l'on ne voit pas d'habitude, c'est-à-dire l'**énonciation**, le fonctionnement de l'énonciation ; la mise en discours, si vous voulez. Or les marionnettes sont sans doute, en tout cas pour l'enfant parce que j'ai utilisé

(3) Revue Art et Thérapie, « L'âme de la marionnette », n° 44-45, décembre 1992.

souvent les marionnettes dans mon travail de psychothérapeute dans un intersecteur, la marionnette est au fond peut-être le moyen le plus rapide, le plus économique pour offrir à l'enfant de s'installer dans le deuxième foyer de l'ellipse. Je crois qu'il ne faut pas du tout oublier la plus belle définition de la marionnette qui est pour moi celle de Paul Claudel : « La marionnette, c'est de la parole qui agit ». Jusqu'à plus ample informé, je crois que c'est ce qui a été dit de plus étonnant sur la marionnette. C'est de la parole faite chair, en quelque sorte, de la parole qui agit. Et donc les marionnettes peuvent véritablement donner à voir l'invisible du discours, le discours en action. Il n'y a qu'un geste à faire, qui n'est pas forcément facile pour tous les enfants — je pense à certains enfants psychotiques pour lesquels glisser sa main à l'intérieur même de la gaine d'une marionnette n'est pas un acte neutre ; ce peut être un acte effrayant, impossible à faire — mais en tout cas il suffit de ce geste pour immédiatement, dès que la main donne chair à la marionnette, à cet espèce de petit corps en *stand-by*, qui « n'attend que » pour qu'on lui insuffle de la vie pour qu'il y ait la création d'un *il*, d'un *elle*, d'un *on*. Et je pense que c'est d'une certaine façon plus difficile avec d'autres médiations.

Vous avez donc un premier type d'interventions qui sont des interventions phatiques. Vous savez que la dimension phatique est la dimension première de la communication. Les interventions phatiques sont des interventions qui ont pour finalité d'établir le contact. Et comment se parler s'il n'y a pas contact ? C'est effectivement la base même du langage et c'est cette base même qui manque, par exemple, à l'enfant autiste qui présente des troubles de ce l'on pourrait appeler donc la base phatique. La base phatique, c'est le regard essentiellement, mais c'est aussi un certain nombre d'expressions stéréotypées, figées, que vous retrouvez dans ce discours : « *Bonjour, bonjour, c'est nous. — T'as vu le clown ? — Ça va bien ? — Et toi, ça va bien ?* » On pourrait ajouter, librement : « Il fait un peu moins chaud qu'hier — Il paraît que le temps va se dégrader — On ne sait pas toujours quel est le Premier ministre israélien — etc. » Ce sont des phrases dont la fonction n'est pas informative, dont la fonction est d'établir le contact en utilisant des choses neutres comme l'actualité, la météorologie et un certain nombre d'expressions figées, stéréotypées. Vous en avez un certain nombre ici (*sur le texte remis aux participants*)⁽⁴⁾ et vous voyez par exemple que « *Bonjour bonjour, c'est nous* », c'est l'enfant et donc la volonté de prendre contact avec le public. Plus intéressant c'est ce que dit la thérapeute : « *T'as vu le clown ?* » Quel est le destinataire de cette phrase sinon effectivement un spectateur imaginaire constituant avec elle le public ? Ce qui m'intéresse c'est de constater que l'enfant constitue un groupe de personnages dans l'ordre du *nous* et que le thérapeute constitue un groupe de spectateurs qui est le public. Il y a une sorte de symétrie, là, intéressante. Et puis, ensuite, une fois que la communion phatique passe entre l'enfant et le public, si je puis dire, par l'intermédiaire des marionnettes, il y a par exemple une communion phatique qui s'instaure entre les marionnettes, que l'on pourrait appeler horizontale : « *Ah, bonjour copain ! Ça va bien ? — Toi, ça va bien ?* » Un petit peu plus loin, vous avez sur la page (de cette brochure) le public qui lance un « *Bon.* » Ça, c'est un élément phatique ; c'est ce que vous dites au téléphone lorsque vous faites « *Hum hum !* », « *Bon !* », « *Oui !* » C'est un oui phatique, c'est-à-dire que cela permet de maintenir le contact. Il faut faire la différence entre le oui phatique et le oui d'acceptation. Par exemple,

(4) Ce texte est reproduit après la communication.

si vous tombez sur quelqu'un de bavard au téléphone, et si vous maintenez le contact avec des « oui, oui, oui », l'autre va vous dire « Ah bon ! tu es d'accord ? », vous dites « Non ! » Vous dites « non » parce que ces « oui » n'étaient pas des « oui » d'acceptation, c'étaient des « oui » phatiques. De la même façon qu'il y a aussi des « non » phatiques et qui ne sont pas des « non » de négation.

Alors, cela fonctionne très bien. Je crois que c'est la situation elle-même qui génère une hypertrophie du phatique, c'est-à-dire qu'il n'y a pas le bon vieux vecteur phatique habituel, qui est le regard, la connexion du regard, et là il y a donc un vecteur phatique de suppléance qui se met en place. J'attire votre attention sur le fait que la communion phatique, c'est enclencher le contact : « Bonjour, bonjour ! », etc. ; c'est aussi le maintenir, par exemple quand on dit : « Bon ! T'as vu ce gros ventre ? », mais c'est aussi conclure. Et l'enfant dit par exemple, par l'intermédiaire des marionnettes : « *La première histoire est finie.* » Ça aussi c'est du phatique. C'est-à-dire que l'on clôt l'interaction : « *Ah ! bravo, bravo. (applaudissements)* » : l'applaudissement est un geste phatique. Au concert, il y a des applaudissements « avant », il y a des applaudissements « après » ; cela veut dire quoi ? Cela veut dire qu'on enclenche et que l'on ferme. Cela a un sens, d'applaudir, cela a sûrement d'autres sens, mais ça a ce sens-là.

Donc il y a un premier niveau, celui des interventions phatiques et on s'aperçoit quelquefois, quand on dit par exemple « T'a vu le clown ? », « T'as vu ce gros ventre ? », que cette expression n'a pas seulement une expression phatique, mais elle a une fonction permettant la constitution de ce que j'appelle en sémiotique un « actant collectif », à savoir le fait de constituer un certain nombre de personnages en une sorte de force narrative unique. Je remarque que les enfants aiment beaucoup les actants collectifs avec les marionnettes, et la plupart du temps ils commencent à rassembler des marionnettes en actants collectifs avant de commencer l'histoire. Je me tourne vers Madeleine qui a une expérience tellement astronomiquement différente de la mienne, mais c'est une remarque que je me fais. Il y a comme une sécurité dans la constitution d'un actant collectif.

Il y a un deuxième type d'interventions qui est les « interventions reformulantes ». À mon avis elles ont aussi une fonction phatique, c'est-à-dire une fonction d'accusé de réception. Vous voyez, jusqu'à présent, dans la définition du thérapeute-spectateur, il y a quelque chose comme « Je suis là ». Le contact est établi : « Je suis là ». C'est sans doute insuffisant, d'être là, pour le thérapeute, pour sa définition — ce serait une définition phénoménologique, ou heideggerienne du thérapeute. « T'en fais pas, je suis là ! », il faut peut-être aller un peu au-delà pour définir le thérapeute, j'imagine.

La deuxième intervention, le type d'intervention reformulante, quelquefois ça respecte même le signifiant. C'est de la reformulation en écho, c'est de la reformulation un peu magnétophone. Par exemple : « *On va aller voir nos amis* », le thérapeute : « *Ils vont chercher des amis* ». Ce qui m'intéresse ici, c'est qu'on passe du « on » au « il », c'est-à-dire que l'on passe effectivement d'un discours assumé par le personnage de la marionnette — le « on » qui émane d'un « nous » — à un « il », c'est-à-dire que le thérapeute, ici, reformule en faisant passer du discours en récit, en commentaire-récit. « *Ils vont aller jouer dans les bois* », voilà une autre reformulation très proche de ce que l'enfant avait proposé : « *C'est l'histoire de trois copains qui vont aller jouer dans les bois* », « *C'est une histoire de chasse au cochon* », « *De la rilette ! Ils vont faire de la rilette de cochon !* » (La scène se passe en Touraine, j'ai oublié de vous le dire, mais là vous aviez un indice de la chose. « *Ils ne l'ont pas tué. Ils ne*

l'ont que attrapé ». Je ne juge pas du tout de ces reformulations, mais j'observe que c'est une translation du discours en récit. C'est-à-dire une objectivation narrativisante du discours. Voilà ce qu'elle fait ! On peut discuter effectivement des effets de cet acte-là, qui est très très répétitif.

Et puis il y a aussi des reformulations plus éloignées du signifiant proposé par l'enfant, des reformulations que j'appelle « narratives », carrément, et un peu pédagogiques — cette thérapeute a un passé de pédagogue, dont il faudra bien qu'elle se sépare un jour, mais c'est fait... on a tous un passé de pédagogue ou de pédagogisés, on a tous été pris là-dedans. Par exemple elle dit « *Le policier a repris le cochon au bonhomme qui l'avait attrapé. Ce bonhomme va-t-il essayer de récupérer son cochon ? (c'est page de cette brochure). Que va-t-il se passer maintenant ?* » Il y a donc à la fois un côté pédagogue et aussi un peu Monsieur Loyal.

J'insisterai sur la fonction phatique de ces reformulations, mais seulement il faudra faire très attention : vous savez bien que l'on ne peut pas reformuler ce qu'a dit l'autre ; on ne peut pas, nous ne sommes pas des magnétophones. Donc toute reformulation introduit une inévitable distance, différence et il y a bien entendu des ajouts subtils, discutables qui vont s'insérer dans les prétendues reformulations. La reformulation est peut-être la manipulation la plus subtile qui soit, quelquefois. En tout cas la fonction phatique est évidente ; reprendre ce que dit l'autre est une façon très puissante d'affirmer l'existence du contact et de la communion phatique.

➤ Troisième type d'intervention. Là ce sont des interventions que j'appellerai « manipulatoires et sanctionnantes » ; c'est là que va se glisser quelque chose d'un peu préoccupant de l'identité du thérapeute. C'est-à-dire que les thérapeutes en herbe, les thérapeutes commençants hésitent toujours entre l'observation prudente, le miroir réfléchissant et reformulant exactement, c'est-à-dire une sorte d'inexistence, et des interventions massives et intempestives. Ils n'arrivent pas à trouver bien entendu le juste milieu et il y a ici quelques exemples, ici, d'interventions très manipulatoires et qui vont avoir, bien entendu, des conséquences dans le déplacement même de cette séance.

Par exemple, au tout début, ce que disent les marionnettes, qui sont des marionnettes, qui sont des marionnettes déjà là, ce sont des marionnettes typées : un voleur, qu'est-ce que c'est ? c'est un voleur qui va se révéler voleur par la suite, donc il est désigné ici dès le départ comme un voleur... Les marionnettes donc se constituent progressivement en actants collectifs : « *Viens, viens, on va aller voir nos amis. (ils disparaissent).* » « *Ils vont chercher des amis* » est une reformulation non trop manipulatoire. En revanche, ce qui est très très manipulatoire, me semble-t-il, c'est « *Ils vont aller jouer dans les bois* ». C'est-à-dire que le problème, c'est « jouer », c'est-à-dire que, ici, notre thérapeute introduit ce qui en sémiotique est le plus important, c'est-à-dire qu'elle introduit au fond l'objet de valeur du programme. Il n'était question que d'« aller dans les bois » ; elle introduit, elle, la finalité du programme narratif : « Ils vont jouer ». Ce n'est pas du tout indifférent, ce n'est pas du tout neutre, c'est quelque chose de tout à fait incisif et invasif. Et ce qui est intéressant, c'est la réaction de l'enfant : « *Oh ! on va aller à la chasse* », il y a un cochon qui arrive, ils sont là, vite bagarre. On a attrapé le cochon, on va le tuer, on pourra faire de la rilette avec. Donc le programme que lui propose est tout à fait différent, c'est un programme qui consiste à chasser, à tuer et à incorporer, à manger.

à répétition
est-elle
voulez ?

Seulement, bien entendu, il y a de l'obstination parce que, un petit peu plus loin le public rit, reprend « *De la rilette ! Ils vont faire de la rilette de cochon. Et bien ! ils s'amuse bien, dans les bois, les trois copains !* » C'est-à-dire qu'il y a là une reformulation qui est une belle récupération — belle mentalité, bel amusement ! — et c'est tout à fait intéressant, c'est pris là sur le mode quasi ironique. Là c'est une intervention plutôt sanctionnante. Tout à l'heure, il y avait une manipulation en introduisant l'essentiel en fait du programme. C'est embêtant ça, parce que le programme de l'enfant était elliptique justement ; quand un programme est elliptique, je crois qu'il vaudrait mieux attendre que cela arrive on va aller dans les bois, pour quoi faire ? attendons. Mais là, toc ! et ça c'est un défaut je pense au début, on ne supporte pas le vide, donc on met quelque chose et il n'y a plus d'espace et l'enfant est contraint, justement, à la contradiction. Il y en a qui arrivent à contredire et il y en a qui n'y arrivent pas. Il y en a qui se conforment immédiatement au programme opposé. Ce n'est pas son cas. Il résiste assez bien, on va voir comment... Et il y a cette sanction « *Ils s'amuse bien* » et c'est assez rigolo de voir qu'il y a une coïncidence, une des premières coïncidences dans cette séance, c'est que le policier apparaît comme par hasard dès que le thérapeute introduit une sanction. C'est un peu comme si la sanction du thérapeute prenait chair sous la forme du policier.

C'est intéressant à discuter. L'enfant a peut-être quelquefois la capacité de mettre en scène la parole du thérapeute, pour peut-être mieux la contrôler, pour mieux la circonvenir. Là il met en scène un flic, peut-être parce qu'il a été quand même un peu « fliqué » dans ce qui précédait. C'est un policier cultivé, qui chantonne *Pierre et le Loup*, puis il y a le voleur qui arrive avec le cochon. « *Vous ne devez pas prendre ce cochon-là. Cette fois-ci, si vous le prenez, je vous emmène au commissariat* ». Ici il se produit quelque chose d'intéressant, c'est l'élimination du groupe des copains et la confrontation jusqu'à la fin du policier et du voleur et en fait la confrontation — si on peut dire — du policier et du cochon avec l'intervention rapide et efficace du chirurgien, qui va ouvrir le ventre.

Alors cela m'amène, puisque le temps passe et que j'aimerais bien que nous discussions de tout cela, ça m'amène à discuter des interventions « ruptures ». Les interventions ruptures ne sont pas forcément négatives, bien entendu. Là, en revanche, elles sont un peu discutables. Je pense que la thérapeute, ici, aurait dû être sensible sans doute à un changement extrêmement important, à savoir le policier qui raconte son passé sur le mode du « je », c'est-à-dire tout ce passage étonnant : « *Un jour j'avais mangé un cochon. Et puis même qu'il était gros. J'arrivais plus à l'enlever. Il fallait qu'ils m'emmenent dans la salle d'opération, j'avais mal.* » Or, le problème, ce n'est pas qu'elle n'entend pas cela, mais c'est qu'elle fait comme si ça n'avait pas été dit. Autrement dit, là je pose le problème des interventions ruptures qui sont des interventions *annulant* rétrospectivement ce qui a pu être dit. Ça, c'est problématique. Je pense qu'un des principes serait sans doute que tout ce que l'enfant amène est, non seulement reçu sur le mode phatique, c'est-à-dire « on est là », « on a reçu », mais qu'on en fait quelque chose. Alors, ce qui me frappe dans cette séance — c'est pour ça que je l'ai choisie — c'est qu'il y avait une annulation massive de ce qui est dit là et qui est évidemment, probablement, le centre de la séance. Ce qu'il y a de plus fort, en plus il est question de souffrance, il y a des choses... et ce qui me paraît intéressant, c'est la suite. C'est un policier qui ne dit pas au voleur : « Redonne-moi ce cochon parce que la loi interdit qu'on vole les cochons », il me dit : « Donne-moi ce cochon, parce que par rapport à mon

expérience, avoir un cochon, c'est extrêmement dangereux. La dernière fois que j'ai eu un cochon à portée de main, j'ai failli mourir ! » Et alors là vous avez une figure que les tenants de l'école de Palo Alto connaissent bien, c'est la figure du *double bind*. Quand il dit au voleur : « Donne-moi ce cochon », moi j'ai tendance à paraphraser « Laisse-moi tenter de me suicider tranquille ». Parce que c'est ce qui va arriver ! La dernière fois, ça s'est passé... mal, cette fois-ci ça risque de recommencer : « Allez, en allez-vous ! » C'est l'exemple célèbre de Watzlawicz, c'est la mère qui dit à ses enfants : « Laissez-moi mourir ! Laissez-moi mourir tranquille. » C'est le *double bind* typique et c'est ce qu'il reprend, cet enfant. Et ça n'est pas relevé. Et c'est très étonnant de voir que la réponse, l'intervention du public est une reformulation très pédagogique, très narrativisante, avec un « donc » qui vraiment fait rupture énorme : « Donc le policier a repris le cochon au bonhomme qui l'avait attrapé ». Il y a même la négation du vol, parce que c'est un bonhomme qui a attrapé un cochon, il y a une neutralisation extraordinaire. C'est comme si on mettait tout ce que l'enfant a dit en fait dans le formol ou dans l'alcool à 90°. Et il n'y a plus rien ! Ce bonhomme va-t-il essayer de récupérer son cochon ? comme si le problème était là. Que va-t-il se passer maintenant ? Ça c'est une vraie question, mais c'est très étonnant de constater, bien sûr à tel ou tel moment nous faisons tous comme ça dans la relation thérapeutique, à quel point il y a là ce que Freud appelait une « hallucination négative ». Les hallucinations négatives sont plus intéressantes que les hallucinations positives, c'est-à-dire les choses qu'on ne voit pas, les choses que l'on n'entend pas. Probablement aussi que ça intéresse tous les sens d'ailleurs : les odeurs que l'on ne sent pas. Souvent : « Mais tu ne sens pas ? C'est vraiment épouvantable ! — Mais non, je ne sens rien ! » C'est le dialogue de sourds, si j'ose dire.

Donc là il y a une intervention que j'appelle « effaçante », « annulante », « neutralisante » et qui fait comme si la dramatisation du *double bind* n'apparaissait pas. Vous savez que le *double bind* est une figure de manipulation d'où il est extrêmement difficile de sortir. C'est comme la mère, la mère abusive, qui achète deux cravates à son fils, il en met une, elle lui dit : « Ah ! tu n'aimes pas l'autre. » C'est un bel exemple ça aussi, c'est le cas de le dire, du double lien. Pas facile d'en sortir, donc il faut reprendre ça, absolument. Ce manque cruel d'écoute, d'ailleurs coïncide avec — décidément ! — l'anecdote du micro télécommandé pour écouter à distance. Au moment où ça n'écoute plus côté thérapie, il y a le « micro télécommandé » qui arrive dans l'histoire : curieux, ce n'est pas un hasard, probablement.

Et puis il faut attendre effectivement beaucoup trop longtemps, il faut attendre « *Moi, je serais lui, j'aurai peur d'être encore malade.* », ce qui n'est pas mal. À la 15^e ligne de la page (p. 20 de cette brochure), avec cette espèce d'identification à l'autre, il faut attendre longtemps pour que soit repris ce qui avait été dit.

Alors je voulais terminer sur un deuxième type d'intervention manipulatoire que j'appelle « intervention violente », au sens d'interprétation violente et ça m'a beaucoup intéressé surtout de discuter avec l'intéressée de ce qui s'était passé là. C'est ce qui se passe à la fin de la page (de cette brochure). « *(Le policier) - Je vais le manger avec un peu d'eau.* », donc il n'entend pas les conseils de prudence « *Moi, je serais lui, j'aurai peur d'être encore malade* », le policier danse avec un gros ventre, c'est-à-dire qu'avec la main il fait un gros ventre, le policier qui est comme les anciens policiers, avec une pèlerine. « *Ah ! je l'ai mangé. Ah ! ça fait du*

bien ». Et le public intervient : « T'as vu ce gros ventre ? », et s'adressant pour la première fois au policier, à une marionnette du spectacle : « Qu'est-ce que tu as dans ton ventre ? »

Alors là, il y a beaucoup à dire. À mon avis on a franchi là un pas décisif, on n'est plus dans la reformulation annulante, on est dans l'intervention interprétative. Je crois qu'il y a déjà un début d'interprétation — vous avez compris que l'interprétation m'ennuie, parce que si j'interprète au sujet le sens latent de ce qu'il est en train de m'inventer nous ne sommes plus dans la fiction mais nous nous rabattons du côté de la diction. C'est-à-dire nous revenons dans un dispositif *circulaire* avec une sorte de superposition des deux foyers de l'ellipse. Il n'y a plus d'ellipse. C'est très ennuyeux parce que je crois beaucoup au dispositif de l'ellipse.

Je crois qu'avec le signifiant « gros ventre », déjà il y a une interprétation de la scène comme figurant la grossesse. Il y a des signifiants qui portent en eux, qui sont en quelque sorte des expressions auto-interprétatives, si je puis dire. « T'as le gros ventre ! », « Elle a le gros ventre », etc. Mais surtout ce qui ici à mon avis fiche en l'air le dispositif de l'ellipse, c'est la pseudo question : « Qu'est-ce que tu as dans ton ventre ? » C'est une pseudo question parce qu'on le sait. J'attire donc votre attention sur l'arrivée des pseudo questions, qui sont souvent une forme maquillée d'interprétation extrêmement directe et violente. Mais il a un cochon !, puisqu'il vient de le manger. Autrement dit, lui dire « Qu'est-ce que tu as dans ton ventre ? » c'est refuser la version selon laquelle il a mangé le cochon. C'est-à-dire au fond faire du cochon un mensonge et faire, au fond, du bébé dans le ventre une réalité dissimulée.

qu'elle ↑
Ce qui me paraît intéressant à dire ici, c'est d'abord de pointer l'interprétation alors qu'elle ne se voit (pas) peut-être à l'œil nu, je veux dire que je préfère à la limite les interprétations directes de Mélanie Klein avec les enfants, c'est peut-être d'une certaine manière plus sain ; on n'est plus dans l'ellipse, on est dans autre chose, parce que je pense que c'est important d'être dans autre chose maintenant, peut-être. Mais là c'est extrêmement dissimulé.

Ce qui m'inquiète le plus, c'est la suite. Et vous allez voir — vous l'avez déjà lu — c'est la réponse du policier : « Ah bien ! je crois que je vais avoir un bébé. » Mais puisque tu me le dis... Mais oui, bien entendu... Réponse du berger à la bergère. Réponse à l'interprétation. Et immédiatement : « Ah ! ça se peut pas parce que je peux pas en avoir. » Et le thérapeute embraye : « Ça non. Les messieurs n'attendent pas de bébé. Ce sont les femmes qui ont des bébés. » Le policier : « Mais des fois ça se peut. » Donc là il y a un jeu qui s'institue, un jeu où il est relativement à l'aise, mais nous ne sommes plus dans la dynamique de l'ellipse, nous ne sommes plus dans la séance, nous ne sommes plus dans le changement, à mon avis. C'est ça qui m'ennuie. Nous sommes effectivement dans le tac au tac, nous sommes dans la conversation de salon façon XVIII^e siècle, où on défendait des paradoxes, et on s'amusait beaucoup à ces jeux mondains. Le public : « Pour les hommes, ce n'est pas possible. Les hommes n'ont jamais de bébé dans leur ventre. » Alors ça c'est effectivement le piège, c'est-à-dire que l'interprétation qu'elle a proposé un petit peu à son insu fait qu'elle propose à l'enfant, elle-même, une situation de double lien, de *double bind*, c'est-à-dire qu'elle voit la grossesse mais qu'elle la déclare impossible. Autrement dit, ce que je dirais, c'est que la situation de *double bind* du début, qui n'a pas été accueillie, qui n'a pas été traitée, *resurgit*. C'est toujours comme ça en thérapie ; il y a des trucs que l'on laisse de côté et qui resurgissent, de la manière la plus inattendue, c'est-à-dire dans les actes de

langage même du thérapeute. Alors qu'au départ c'est quelque chose qui venait de l'enfant. Il y a quelque chose, comme le disait André Breton, il y a les vases communicants. « T'as pas accueilli le *double bind*, mais maintenant il est dans ta poche, c'est de ton côté ». Là, elle en fait quelque chose, évidemment, de problématique.

Alors la question est une pseudo question bien entendu, qui annule rétrospectivement un certain nombre de choses, là encore, qui n'ont été ni entendues ni accueillies. Et la fin se termine de manière peu intéressante à mon avis. Il y a le docteur qui est l'instrument de la véridiction : « *Ouvre-moi ce ventre !... Ah ben non ! C'était le cochon qui était encore vivant.* » Quelle surprise ! Et cette remarque étonnante aussi du public : « *Ah ! il le savait bien qu'un monsieur ne pouvait pas avoir de bébé dans son ventre ! Il a voulu faire une farce !* » C'est vrai, il était « farci » à l'intérieur du cochon. C'était une bonne farce.

La première histoire est finie. C'est sûr que c'est fini, cela fait même un moment que c'est fini. Les personnages saluent et disparaissent « *Bravo, bravo ! C'était bien. Finalement le policier n'a pas été malade. Le cochon est sorti bien vivant. C'est une histoire qui se finit bien.* » L'histoire se finit bien, mais à mon avis la séance a été interrompue de manière préoccupante, de manière que l'on peut discuter.

Je terminerai par quelques mots de conclusion sur tout ça.

Ce qui m'intéresse, en fait, c'est l'analyse la plus fine possible des séances, des productions et de l'interaction, et des interventions du thérapeute. Je crois que les interventions du thérapeute l'assignent à une place symbolique et que cette place symbolique est une place d'où l'on peut très vite glisser : il y a de la labilité. Et j'ai essayé de montrer qu'il y avait sans doute des interventions indispensables, quand on veut être garant de la bonne distance, il faut avec les marionnettes, encore plus qu'ailleurs, instaurer et maintenir le contact. C'est tout à fait important et je crois que la thérapeute, ici, le fait bien — elle avait un passé d'ailleurs d'actrice de théâtre —, je crois que dans le contact elle est solide. L'enfant n'est jamais abandonné dans le trou du castelet. Je pense qu'elle manie bien aussi la reformulation. Le problème est qu'elle n'attend pas, qu'elle ne laisse pas l'enfant assumer — au sens cette fois-ci que vous connaissez — ses contenus elliptiques, c'est-à-dire qu'elle ne supporte pas, comme beaucoup de commençants — et même quelquefois des gens qui ne sont plus tout à fait des commençants —, elle ne supporte pas ce qu'on pourrait appeler le « trou sémantique », le fait qu'il y ait un trou de sens, provisoire, dans le scénario. Et que ce trou sémantique pourrait être comblé le moment venu, et que l'on peut partir comme ça, à l'aventure, dans les bois, sans objectifs, sans finalités préétablies. C'est pour ça que dans la formation des thérapeutes que je fais en France et en Italie et aussi un peu en Argentine, j'insiste toujours pour dire « Il faut que vos interventions soient plutôt structurantes qu'apportant effectivement des contenus sémantiques aux enfants. » C'est-à-dire qu'il faut par exemple aider les enfants à mettre en place la dynamique d'une quête, mais non pas la finalité de la quête. C'est-à-dire qu'il faut aider l'enfant à mettre en place des contenants narratifs, mais il faut lui laisser la possibilité de remplir ces contenants avec des contenus : les siens.

En revanche, il faut faire un très gros travail de soutien aux contenants et aux structures, parce qu'un récit ne peut pas se développer sans contenants, sans structures. Donc il y a là beaucoup de travail à faire, que nous faisons dans l'improvisation, dans continuer, continuer un récit que l'autre interrompt,

néologisme ?
véridiction
à x côté

n'importe où, etc. Il y a beaucoup d'entraînement sur ce plan-là. Et puis il y a évidemment à se méfier beaucoup, je crois encore une fois, de l'interprétation directe, de l'intervention qui annule, qui annule effectivement ce que l'enfant vient de dire... On n'a pas le droit de laisser tomber ce que l'enfant vient de dire, ou alors il va intégrer cette idée que dans l'échange psychothérapeutique, ce que l'on dit est repris de manière aléatoire, ce qui est à mon avis la fin de tout. Qu'on peut sauter, passer du coq à l'âne, qu'il y a des choses qui se perdent, que la relation thérapeutique présente de temps en temps des trous sans fond, où ce que l'on dit disparaît... n'est jamais repris. Il faut tout reprendre, tout. En tout cas tout accueillir. Quand je dis reprendre, évidemment il y a mille et une façons de le faire, sans doute.

Donc se méfier beaucoup des interventions annulantes, qui gomment de manière rétrospective le discours de l'enfant. Et bien entendu des interventions-interprétations : l'exemple de la grossesse ; bien sûr que la grossesse vient à l'esprit tout de suite, quand on voit ce policier qui danse avec son gros ventre et quand on connaît l'enfant et ses difficultés d'identification sexuelle. Et ses interrogations : « Qu'est-ce qu'un homme ? qu'est-ce qu'une femme ? » « Qu'est-ce que c'est — pour reprendre les termes de Rimbaud — l'interrogation de Rimbaud, cette sorcière qui dispose d'un mystère auquel nous n'avons pas accès ». Il se pose toutes ces questions-là cet enfant, mais bien entendu si nous songeons à la grossesse, si l'idée de grossesse nous envahit, il est je pense — en tout cas dans cette théorie-là — tout à fait déplacé et interdit de lancer cette pseudo question « *Qu'est-ce que tu as dans ton ventre ?* », car le risque, évidemment, et là le risque se réalise, c'est bien que l'enfant réponde, c'est que l'enfant se situe en réponse à l'interprétation, et se situant en réponse à l'interprétation il quitte le plan de la fiction qui est le seul plan, à mon avis, où il peut changer et guérir.

Je vous remercie.

(Vifs applaudissements)

Gilbert OUDOT — Merci à monsieur Ivan Darrault pour son exposé très brillant et très clair, mais comme nous avons dépassé le temps, je demanderai tout de suite s'il y a des questions dans la salle, parce que la pause va être très réduite.

Ivan DARRAULT-HARRIS — J'ai essayé de ne pas parler trop longtemps, mais on a commencé avec quelque retard...

Gilbert OUDOT — Pour permettre à des personnes de réfléchir à des questions, il m'en est venu une. Je ne sais pas si vous avez parcouru le livre de Bouvet, *La relation d'objet*, où il insiste beaucoup justement sur la question de la distance à l'objet. Je ne sais pas si vous pensez à cela, mais tout son travail, ces deux volumes sont centrés sur ce rapport à l'objet, sur la bonne distance.

Ivan DARRAULT-HARRIS — On partage cela avec un certain nombre d'auteurs et de réflexions, et justement l'instrument sémiotique permet quelquefois de calculer la distance à partir de ce que l'enfant nous donne dans la relation thérapeutique et ce calcul-là m'intéresse. Trouver des indices de la bonne distance et en particulier des indices affectifs — j'entends par là des indices en termes d'affects et d'émotions. Je crois qu'il y a certains affects qui signent la bonne distance et qu'il y en a d'autres qui signent la mauvaise distance. Et dans l'excès, et dans le défaut de distance.

Les marionnettes ont une sorte d'avantage, c'est de proposer à l'enfant, d'emblée, un étalon de la bonne distance. C'est un peu comme quand on dit un conte de tradition orale à un enfant en thérapie, si on choisit ce médium. Avec le conte de tradition orale, c'est-à-dire le conte qui n'a pas été écrit par un écrivain individuel, mais qui est venu comme ça du groupe, le conte c'est extraordinaire comme étalon de la bonne distance aussi. C'est-à-dire que l'enfant est fasciné par le conte, par ce qu'il se dit : « Dans le même mouvement il est question de moi, mais je ne suis pas mis en danger. Là-dedans je peux me promener masqué. » C'est paradoxal et contradictoire et je crois que c'est ce qui est possible aussi avec les marionnettes : la bonne distance, c'est moi et ce n'est pas moi.

Gilbert OUDOT — J'aurais une autre question, une précision à vous demander parce qu'elle me semble importante. C'est la différence entre « tout reprendre » et « tout accueillir ». Il me semble qu'il peut y avoir une confusion qui peut être dangereuse entre ces deux expressions.

Ivan DARRAULT-HARRIS — Oui. Évidemment le problème de l'accueil présuppose l'être-là, l'être-là du thérapeute ; cela présuppose le contact, la communion phatique qui est — je crois ce que dit un ami philosophe dont je suis très proche, en tout cas du point de vue des fondements philosophiques, c'est Paul Ricœur — qui reprend, justement, les propositions de la phénoménologie et qui dit que dans le dialogue « ma chair, en fait, se continue par la chair de l'autre », c'est quelque chose de la communion, mais charnelle, et c'est quelque chose qui se fait par l'intermédiaire des marionnettes malgré la coupure du regard, c'est quelque chose qui passe, justement, par cette parole faite chair qui est la marionnette, « parole qui agit ».

Alors, accueillir, c'est signifier à l'enfant, et je pense qu'il faudrait toujours être comme ça dans la relation thérapeutique, c'est le fait que l'on a été atteint par ce qu'il a fait, ou ce qu'il a dit. C'est-à-dire que je pense que la communication, contrairement à ce qu'ont dit les Américains qui sont des gens quelquefois un peu particuliers, la communication comme transmission d'un savoir, c'est quelque chose qui marche bien pour les ordinateurs, mais nous, ça n'a rien à voir avec la communication humaine : nous communiquons pour atteindre l'autre et le changer. Sinon ce n'est pas de la communication, c'est autre chose. C'est de la communication extrêmement mutilée. Donc nous communiquons avec l'autre pour lui faire faire des choses, pour lui faire croire des choses.

La communication est donc toujours, mais au sens très positif, une communication manipulatoire. Manipulatoire ne doit pas s'entendre toujours au sens négatif, comme dans les manipulations électorales, par exemple. C'est ça le véritable sens, je crois, de la communication.

Alors il y a dans l'accueil, et éventuellement la reprise, la possibilité de signifier à l'enfant qu'il nous a atteint et qu'il nous a changé. Sinon je ne sais pas quoi dire de la relation thérapeutique : ou bien il s'agit de la relation avec un ordinateur comportant un logiciel très bien fait de réponses à l'enfant, ou bien il s'agit d'un thérapeute tout-puissant — de bronze — qui ne saurait être changé par rien de ce qui vient de l'enfant, et en tout cas jamais lésardé, jamais mis en faillite par ce que dit et fait l'enfant — j'espère que vous vous sentez de temps en temps avec des failles et des situations de faillite et de panique, parce c'est

comme ça qu'on aide, je crois, par ses propres faiblesses. Je définirais cela comme ça : l'accueil et la reprise sont pour moi une manière de signifier à l'enfant que j'ai été atteint, que j'ai été touché, mais, bien entendu comme on dit dans un célèbre jeu, pas « coulé ». Et même que je suis en train de me restaurer et de me construire autour de cette brèche, et que je reviens, je reviens à nouveau pour signifier la même chose.

Ce qui m'ennuie dans la séance de tout à l'heure, c'est évidemment la destruction du dispositif, l'interprétation au fond est une annulation presque magique et instantanée du dispositif. Or, s'il y a eu interprétation de la part de la thérapeute, c'est à mon avis un réflexe de défense et de survie. Oui, on annule tout ! On tape dans ses mains et on se retrouve, on se réveille dans le lieu de la diction. C'est une manière de se récupérer ; je pense qu'il faut essayer de tenir cette position symbolique ici, qui consiste simplement à être spectateur... mais vous avez vu à quel point le terme de spectateur est un terme, en fait apparemment très superficiel, très détaché, très indifférent. En fait, dans être spectateur de la production de l'enfant, il y a la totalité de l'identité du thérapeute. La totalité.

Voilà ce que je pourrai donner comme sens à accueil et reprise. À mon avis, c'est toujours surdéterminé par cette tentative de signifier à l'enfant qu'il a réussi. Qu'il a réussi son acte de communication — jamais pour moi défini à l'américaine comme une opération strictement cognitive.

Marie-Christine DEBIEN — Est-ce que vous pouvez reprendre cette phrase sur le thérapeute-spectateur ?

Ivan DARRAULT-HARRIS — Pour moi, il y a quatre grands cas de figure pour le thérapeute qui m'intéressent.

Le premier cas de figure auquel on pense presque toujours, c'est l'accompagnement de la création de l'enfant quand il arrive à quelque chose d'à peu près autonome. C'est le cas de cet enfant-là. Mais on oublie souvent mais pas ici, puisque vous êtes tous passionnés par les marionnettes et qu'il y a avec les marionnettes un autre cas de figure, c'est la création avec l'enfant. Et avec une difficulté, c'est de rester thérapeute car la relation est une relation forcément dissymétrique, mais on est quand même dans la création avec l'enfant, avec les marionnettes. D'ailleurs avec cet enfant, vers la fin du processus thérapeutique il y a eu donc co-création de certains scénarios dans le castelet, entre les deux, et entre temps l'enfant d'ailleurs avait souhaité échanger sa position de montreur pour la position de spectateur, ce qui nous paraissait tout à fait remarquable du point de vue des symptômes affichés au départ. Cette décentration était très bonne.

Mais il y a aussi un troisième cas de figure qui serait justement : l'enfant ne peut pas créer, du tout, et ce n'est même pas souhaitable de lui demander de faire quoi que ce soit, de dire quoi que ce soit, dans la relation thérapeutique, parce que, chez tel ou tel enfant, la zone symptomatique inclut *même* la notion d'acte. Donc lui demander de faire, lui demander de dire, serait le situer dans la reproduction même de la souffrance. Et donc il faut faire pour lui ; il faut prendre des marionnettes et créer quelque chose pour lui. Donc cette fois-ci il va être dans une position de réception, qui n'est pas une position de passivité, mais qui est aussi, d'un certain point de vue, une position également créatrice.

Il y a un quatrième cas de figure qui m'intéresse aussi, c'est la transmission à l'enfant de la création de quelqu'un d'autre, c'est-à-dire le fait de dire un conte, le fait d'écouter ensemble de la musique, le fait de regarder ensemble — ce que j'ai fait il n'y a pas très longtemps pour une patiente anorexique — regarder ensemble des reproductions du plafond de la Chapelle Sixtine. Il faudrait vous expliquer longuement pourquoi, mais il y avait un sens à faire ça. C'est-à-dire au fond se faire le relais de la création d'autrui.

Donc c'est à l'intérieur de ces quatre cas de figure que je me situe, où je situerai le thérapeute-spectateur et je ne suis pas loin de penser que la position de thérapeute-spectateur présente des difficultés tout à fait importantes, alors que la plupart du temps, quand on discute avec les thérapeutes, ils ont tendance à dire qu'il est extrêmement confortable que l'enfant crée en autonomie et qu'il suffit au fond d'être là, d'accompagner, de regarder, de valoriser, alors que l'enfant, en fait, n'attend absolument pas que l'on valorise du type « C'est beau ! » quand c'est un dessin, « C'est intéressant ! » quand c'est un scénario de marionnettes. « C'est palpitant ! » Il attend tout autre chose et ce serait une erreur que de se cacher derrière l'évaluation et la sanction « pédagogiques ». Non, ce qu'il attend, l'enfant, c'est « Est-ce que je l'ai touché ou pas ? » Alors, évidemment, le fait de dire « C'est beau, c'est bien, c'est palpitant », c'est une manière de lui renvoyer ça, mais la plupart du temps ce type de renvoi est plutôt quelque chose de négatif puisque le problème d'être touché échappe largement à la dimension esthétique. Largement. C'est même quelquefois tout à fait incompatible. Dire à un enfant « C'est vraiment un très beau dessin », c'est souvent un acte terriblement d'annulation de la relation thérapeutique, dans ce qu'elle a de spécifique.

Intervenante dans la salle — Est-ce que vous avez écrit et publié votre expérience, ce dont vous parlez...

Ivan DARRAULT-HARRIS — Oui, cela a été publié. La référence principale est celle de l'ouvrage publié aux PUF : « Pour une psychiatrie de l'ellipse », écrit avec Jean-Pierre Klein ; la seconde référence que je peux vous donner, c'est le numéro spécial de la revue « Art et Thérapie » 44-45, sur les marionnettes ; et la troisième qui est assez récente, c'est le dernier congrès des orthophonistes de Bordeaux, le colloque justement où j'ai essayé de développer un cas d'enfant pris avec des marionnettes, et puis bien entendu — le meilleur pour la fin — c'est les Actes du congrès de Charleville-Mézières⁽⁵⁾, où il y a quelque prolongement de ce dont il est question ce matin.

Gilbert OUDOT — Nous allons clore maintenant. Dix minutes de pause avant l'intervention du Dr Jaime Rojas-Bermúdez.

(5) Ivan Darrault-Harris, *Marionnettes : prescriptions et contre-indications en psychiatrie infanto-juvénile*, in "Marionnettes et Handicaps", compte rendu du VIII^e Colloque international "Marionnette et Thérapie", septembre 1994. N° 24 de la collection "Marionnette et Thérapie". Paris, 1995.

Texte remis aux participants le 1^{er} juin 1996

3^{ème} séance

- Annonce dans la salle – Mesdames et Messieurs, veuillez regagner votre fauteuil s'il vous plaît, le spectacle va commencer. *Les lumières s'éteignent.* Chut !!!
Un peu de silence SVP.
(3 coups)
- Un clown
un voleur – Bonjour, bonjour, c'est nous.
- Le public – T'as vu le clown ?
- Les marionnettes – Viens, viens. on va aller voir nos amis.
(*Ils disparaissent*)
- Le public – Ah ! ils vont chercher des amis.
- Un clown
un voleur
le garçon – Ah, bonjour copain ! Ça va bien ?
– Toi, ça va bien ?
– On va dans les bois (*ils disparaissent*).
- Le public – Ils vont aller jouer dans les bois. C'est l'histoire de 3 copains qui vont aller jouer dans les bois.
- Le garçon
le clown
le voleur
un cochon – Oh ! On va aller à la chasse.
– Ah ! Ils sont là vite !
(*bagarre*).
- Le clown
le voleur
le garçon – On a attrapé le cochon. On va le tuer.
(*Bagarre*).
- Le public – C'est une histoire de chasse au cochon.
- Le voleur
le clown
le garçon – On pourra faire de la rilette avec.
(*Ils disparaissent*).
- Le public – (*Rires*) De la rilette ! Ils vont faire de la rilette de cochon. Et bien ! Ils s'amusent bien, dans les bois les trois copains !
- Le voleur
le clown
le garçon – On l'a pas tué, on l'a que attrapé.
- Le public – Ah ! je n'avais pas compris l'histoire. Ils ne l'ont pas tué. Ils ne l'ont que attrapé.

(*Un policier se promène et chantonne « Pierre et le loup ». Arrive le voleur tenant le cochon.*)

- Le policier – Vous ne devez pas prendre ce cochon-là.
Cette fois-ci, si vous le prenez, je vous emmène au commissariat.
- Le public – Bon.
- Le policier – Un jour j'avais mangé un cochon. Et puis même qu'il était gros. J'arrivais plus à l'enlever. Il fallait qu'ils m'emmenent dans la salle d'opération. J'avais mal. Alors hein ! Donne-moi ce cochon (*il prend le cochon*). Allez, en allez-vous (*ils disparaissent*).

- Le public – Donc le policier a repris le cochon au bonhomme qui l'avait attrapé. Ce bonhomme va-t-il essayer de récupérer son cochon ? Que va-t-il se passer maintenant ?
- Le policier – En tout cas moi je ne l'ai pas mangé parce que j'étais déjà gros.
- Le public – Ah ! Qu'est-ce qu'un policier peut bien faire d'un cochon ?
- Le voleur – J'ai mis un micro télécommandé. Et lui, il ne le sait pas.
- Le public – Un micro télécommandé !!! Cela veut dire qu'il entend tout !
- Le voleur – Je l'ai mis pour les écouter.
- Le public – Il entend tout et l'autre n'en sait rien.
- Le policier avec le cochon – Moi, j'aimerais bien le manger. Mais si je l'avais mangé après je boierai... Bon je vais aller le manger (*ils disparaissent*).
- Le public – Je n'ai pas entendu ce qu'a dit le policier. Il y a tellement de bruit dans la salle...
- Le policier – Je vais le manger avec un peu d'eau.
- Le public – Moi, je serais lui, j'aurai peur d'être encore malade.
- Le policier dansant avec un gros ventre – Ah ! je l'ai mangé. Ah ! ça fait du bien.
- Le public – T'as vu ce gros ventre.
(*Au policier*). Qu'est-ce que tu as dans ton ventre ?
- Le policier – Ah bien je crois que je vais avoir un bébé. Ah ! ça ne se peut pas parce que je ne peux pas en avoir.
- Le public – Ça non. Les messieurs n'attendent pas de bébé. Ce sont les femmes qui ont des bébés.
- Le policier – Mais des fois ça se peut.
- Le public – Pour les hommes, ce n'est pas possible. Les hommes n'ont jamais de bébé dans leur ventre.

(*Le policier plus le docteur*)

- Le policier – Ouvre-moi ce ventre.
Ah ! ben non ! C'était le cochon qui était encore vivant.
- Le public – Ah ! il le savait bien qu'un monsieur ne pouvait pas avoir un bébé dans son ventre ! Il a voulu faire une farce !
- Tous les personnages – La première histoire est finie. (*Les personnages saluent et disparaissent*).
- Le public – Ah ! bravo, bravo. (*Applaudissements*).
C'était bien. Finalement le policier n'a pas été malade. Le cochon est sorti bien vivant. C'est une histoire qui se finit bien.



Dr Jaime ROJAS-BERMÚDEZ

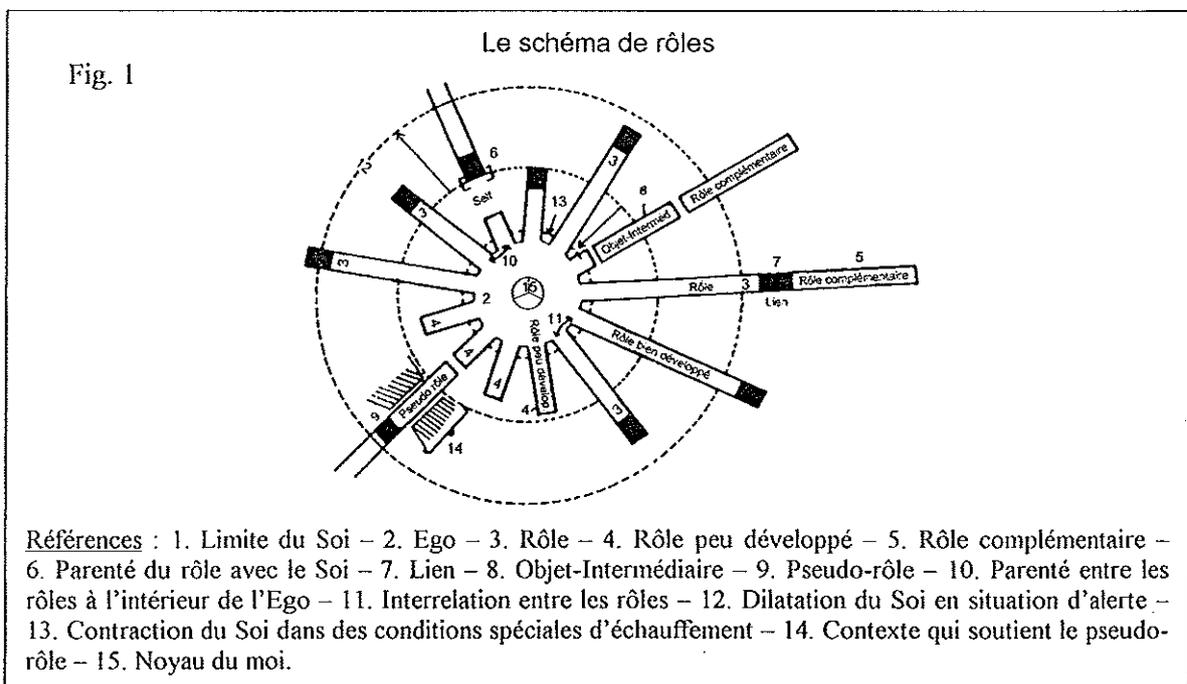
Marionnette et psychodrame

La marionnette comme objet-intermédiaire et intra-intermédiaire dans la psychothérapie et le psychodrame

Je regrette de ne pas pouvoir parler français mais j'espère pouvoir communiquer avec vous (*par l'intermédiaire de M^{lle} Gaëlle Berjonneau qui va être mon interprète*). Je vais vous présenter quelques éléments du psychodrame, simplement pour commencer à vous présenter un peu mon travail.

Au début, nous commençons avec quelques chaises pour marquer un peu la scène. Les chaises sont le symbole du psychodrame et servent un peu pour marquer ce que pourrait être la communication. Je vais essayer de travailler avec vous, si vous le voulez bien et si vous m'aidez. Pour commencer, j'aurais besoin de deux personnes qui m'aident simplement par leur présence. (*Mouvements divers*).

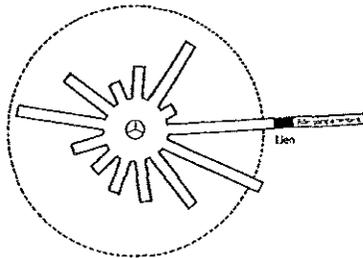
Dr Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — Ce qui vient de se passer, le fait qu'il n'y ait pas de réponse signifie pour nous qu'il y a un état d'alerte (*rires*). Cet état d'alerte, nous le représentons dans ce schéma (*voir fig. 1*), que j'appelle le schéma de rôles, qui, ici, représente la dilatation du Soi^(*). Ceci est le schéma de rôles en situation normale : il y a un Ego (2), une série de rôles qui sont les



(*) Le Soi psychologique est intimement relié aux sensations, émotions, à l'image de soi et aux possessions de l'individu.

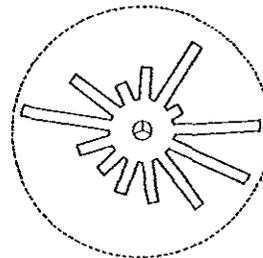
RÔLES SOCIAUX (3), et cette ligne qui représente le Soi (1), qui est intimement lié avec les émotions et les sensations. Quand quelqu'un est en situation d'alerte — comme ce que j'ai provoqué avec vous — cette inquiétude intérieure, nous la représentons par la dilatation du Soi (12). Cette dilatation, quand elle est toujours ainsi (voir fig. 2 et 2a), correspond à un état psychotique (*rires*) — ce n'est pas le cas présent. Pour modifier cette situation d'état d'alerte, nous utilisons des techniques pour réduire ce Soi. Ce sont des techniques d'échauffement, ou des techniques ayant recours à l'objet-intermédiaire (12). Nous allons commencer par des techniques d'échauffement qui sont plus simples, qui détendent un peu l'atmosphère. J'attends les deux personnes, il y en a une qui s'était proposée... (*plusieurs personnes rejoignent le Docteur sur l'estrade*).

Fig. 2



Dilatation du Soi en situation d'alerte
 Mais quelques rôles bien développés restent en dehors de la limite du Soi et des liens peuvent être établis avec ces rôles

Fig. 2a



Dilatation maximale du Soi
 Tous les rôles sont inclus dans le Soi ; aucun lien ne peut s'établir

Maintenant, nous entrons dans un autre domaine technique que nous pourrions appeler l'éthologie. Ici nous voulons seulement montrer que, dans cette position, ces deux personnes vont se rencontrer et que c'est une position qui facilite la communication. C'est une situation de rencontre. En revanche, dans cette situation (*chaises dos à dos*), rien que par le fait qu'elles sont tournées, c'est une situation de non rencontre. C'est ainsi qu'on utilise les chaises au théâtre parce que la rencontre s'est passée dans l'esprit de l'auteur. Au théâtre, chacun sait ce qu'il va dire. Dans le psychodrame, nous avons besoin de créer la situation pour qu'elles se rencontrent.

Ce que je veux montrer dans le mouvement des chaises, c'est que nous pouvons générer plusieurs types de situations (*mouvement de chaises*). Elles (*deux femmes sur l'estrade*) rigolent maintenant, et elles rient sans savoir pourquoi (*rires dans l'assistance*). Elles rient parce que le nombre de messages qui interagissent est en train d'augmenter brusquement. Là, elles peuvent se voir directement, face à face. Donc ici l'information augmente brusquement.

(*Mouvement de chaises*).

« C'est très différent... » (*le Dr s'est exprimé en français*). Maintenant on voit que, simplement par ce mouvement de chaises, on facilite ou on rend difficile la communication.

(*Autre déplacement des chaises*). Là, on a une autre relation qui est une relation d'inégalité, où celle qui est debout a déjà une signification pour le public et une autre pour celle qui est assise. Ce que je veux mettre en relief ici, c'est que simplement, dans la gestion de l'espace et des hauteurs, on peut manipuler les sensations et les émotions. (*Les personnes sont face à face*). Maintenant, si

nous travaillions vraiment en psychodrame, nous leur demanderions ce qu'elles sentent et ce qu'elles sont en train de vivre. C'est-à-dire ce qui se passe entre l'une et l'autre personne.

Nous avons une façon particulière de travailler au niveau de la scène. Si entre elles il n'y a pas de difficultés de communication, on peut travailler ici. S'il y a une difficulté, on va passer derrière le castelet avec les marionnettes. Vous pouvez choisir chacune une marionnette... La question, ici, c'est ce qu'elles peuvent choisir, qui peut représenter quoi, et pourquoi. (*Rires*). Il faut que vous présentiez chacune, à votre tour, qui vous êtes et ce que vous faites (comme marionnettes).

(1^e manipulatrice) Je suis un très vieux grand-père. Un peu fatigué. Voilà, il n'y a pas grand-chose à dire...

(2^e manipulatrice) Je suis la princesse Dubosc. Je présente mes hommages à la salle... Je vais me retirer...

Vous allez vous présenter maintenant comme si vous étiez chacune votre personnage (*rires*).

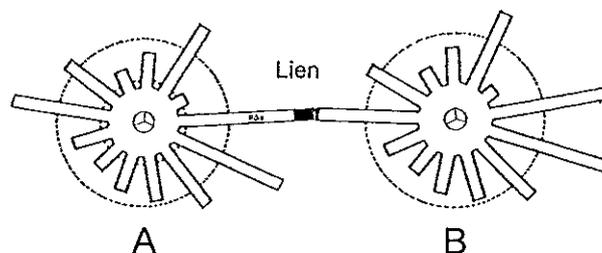
(1^e manipulatrice) Bien voilà, je suis acariâtre, je suis un vieux bonhomme, pas grand-chose à dire... (*rires*)

(2^e manipulatrice) Bonjour ! Je suis la princesse Dubosc. Je présente mes hommages à la salle...

Ici, on voit la différence entre le fait de travailler avec une marionnette et le fait de travailler directement. La marionnette, en général, facilite la parole et libère la personne pour parler. (*Applaudissements pour les manipulateurs qui sont remerciés*).

Ceci (*voir fig. 3*) représente la personne et cela représente le rôle qu'elle joue, le rôle social. Quand elle interagit avec une autre personne, elle crée un lien. Ici viendrait un autre schéma de rôles. Quand cette personne a des difficultés pour jouer son rôle avec une autre personne, par exemple parce qu'elle a un rôle peu développé, nous pouvons utiliser la marionnette comme objet-intermédiaire. C'est-à-dire que l'objet-intermédiaire est un pont communicationnel.

Fig. 3



Lien (entre deux personnes A et B)

Maintenant, il me faudrait cinq personnes. Seulement cinq ! (*Une participante est invitée à choisir cinq personnes, qui se déplacent et rejoignent l'estrade*).

Une exclamation : enfin un homme !

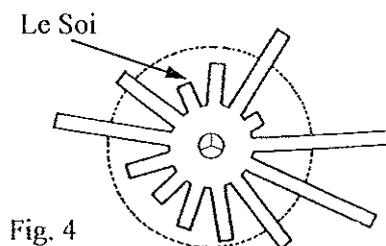
Nous allons essayer de voir comment l'on peut expérimenter le schéma de rôles. (*Au participant qui vient d'arriver:*) Il faut que vous vous mettiez au milieu et que chacun se mette autour de vous. Cela va représenter le schéma. Vous choisissez à quel endroit chaque personne va se mettre autour de vous. Maintenant vous regardez chacune d'entre elles et après vous choisissez celle sur laquelle vous allez fixer votre regard.

Assez longue scène de vis-à-vis de l'homme isolé au milieu de femmes.

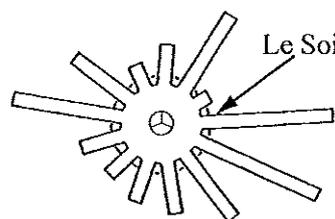
C'est un « regard radiographique » ! (*rires*). Maintenant la consigne, pour elle, est qu'elle s'approche lentement, et quand, vous, vous vous sentirez dans une position désagréable, non par le regard mais parce qu'elle se rapproche trop, à une distance qui vous incommode, il faudra que vous l'arrêtiez. Nous allons mesurer la distance interpersonnelle.

L'homme et une femme sont immobiles, face presque contre face. (Très grosse hilarité dans l'assistance).

Là, on a vu que c'est elle qui s'est arrêtée avant... Alors que le test était pour lui, on a vu finalement que chacun a une distance par rapport à son Soi. Ce que l'on a vu, c'est la distance adéquate pour être en position confortable. (*Mouvement très lent*). Elle s'arrête. « Ça va bien ? » (*le D^r s'est exprimé directement en français*) (*explosion de rires*). « Il ne lui dit jamais de s'arrêter... » Je dois dire que dans ce cas, le Soi du candidat est ici (*le D^r montre sur le schéma la zone non dilatée, voir fig. 4*). On voit cette situation en général dans deux cas : dans les situations sexuelles et dans les situations agressives. C'est-à-dire que pour pouvoir communiquer avec l'autre dans ces situations, il est nécessaire d'entrer en contact avec lui. Si le Soi est dilaté, quand l'autre personne s'approche, la personne qui est concernée la rejette. De nombreux problèmes sexuels ont plus à voir avec le Soi qu'avec le sexe.



Soi non dilaté



Soi non dilaté
réduit au maximum.
Cette situation rend possible le
contact corporel agréable

Il faut une autre personne pour renouveler l'expérience. Vous choisissez chaque personne et vous les mettez où vous voulez autour de vous.

« Est-ce qu'elle a accompli la consigne ? » « Non ! » « Et pourquoi ? »

Quand le Soi est dilaté, la personne diminue sa capacité intellectuelle. Ici, par exemple, elle n'accomplit pas la consigne non parce qu'elle ne comprend pas, mais parce qu'elle est en état d'alerte. (*Rires*).

Là, il faut que vous réorganisiez la figure.

Maintenant vous choisissez une personne que vous regardez. Vous approchez lentement... simplement. Quand vous ne vous sentez pas bien, vous arrêtez.

(La scène reprend avec une autre personne supplémentaire) « Est-ce que vous vous sentez bien, là ? » Maintenant éloignez-les de façon à vous sentir bien.

Donc ceci, en fait, représente physiquement le Soi. Quand elle est en situation d'alerte, toutes les personnes s'éloignent. Ça, ça correspondrait au Soi dilaté (12) (voir fig. 5).

Si moi je veux communiquer dans une situation normale, j'essaierai de communiquer par l'intermédiaire d'un rôle et qu'elle me réponde par l'intermédiaire d'un rôle.

Ici on va symboliser les rôles avec les bras. Ainsi je peux communiquer avec elle par l'intermédiaire d'un rôle et former un lien. Dans cette situation, le contact par la main, une partie du corps humain qui est socialisée, ça ne crée pas de situation difficile pour elle. Si le cercle est dilaté, les bras tiennent à l'intérieur du Soi. La situation de la personne qui est au centre (si on rentre dans le cercle) est une sensation d'invasion. C'est comme s'il allait lui toucher le corps.

La fonction de l'objet-intermédiaire serait donc de s'approcher ainsi. C'est-à-dire que c'est un objet qui ne provoque pas d'état d'alerte : c'est comme si, moi, je la touchais avec un objet. Il ne se passe rien. Ce serait différent si je la touchais directement avec la main.

La fonction de l'objet-intermédiaire est donc de créer une communication par l'objet. Il mène donc à s'approcher du Soi. Je peux donc ensuite entrer en contact direct à travers le rôle. En résumé, un patient en situation d'alerte génère une dilatation du Soi. Si je veux entrer en communication avec lui, ce serait par des techniques d'échauffement ou grâce à l'objet-intermédiaire. Ce sont les deux manières de chercher un accès à l'Ego du patient.

Intervenante dans la salle — Je n'ai pas bien compris ce que c'est que les techniques d'échauffement.

D^r Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — Ce sont des techniques qui sont dirigées essentiellement vers l'Ego, et elles sont en général corporelles. Par exemple : « Marchez ! Quand vous vous croisez, vous vous saluez. »

Intervenante dans la salle — Est-ce que c'est une situation de psychodrame de groupe ou de psychodrame individuel ?

D^r Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — Cela peut être l'un ou l'autre. *Le D^r s'adresse au groupe présent sur l'estrade :*

« Vous continuez et vous vous saluez. »... Ça par exemple, c'est une technique d'échauffement.

« Saluez-vous, quand vous vous croisez, avec le coude. »

« Maintenant, avec les épaules ! »

« Avec les fesses ! »

Et ainsi de suite.

Ce sont des façons de diminuer la rigidité de chacun : quand les gens s'amusent et commencent à rire, c'est un bon symptôme. Il y a de nombreuses techniques d'échauffement, celle-là fait partie des plus simples.

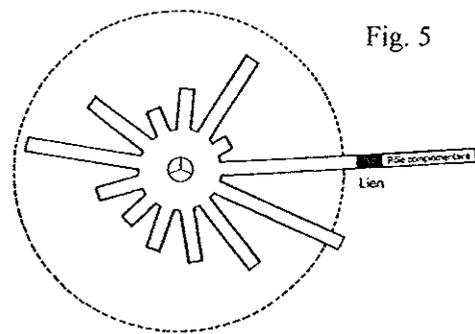


Fig. 5

Soi dilaté

Ce qu'on cherche toujours, c'est la rétraction du Soi de façon à ce que les gens se sentent bien. Donc là ce sont des techniques d'échauffement ; il y en a d'autres qui font appel aux marionnettes^(*).

Ainsi, dans un hôpital psychiatrique à Buenos Aires, avec des adolescents, il y avait toute une série de problèmes dus au fait que l'un des patients violait ces enfants, ces jeunes. Mais personne ne disait rien. Lors des séances, on posait des questions mais personne ne savait rien ! Mais nous savions par l'infirmière que cela avait lieu. Donc nous avons introduit, à travers une scène avec marionnettes, un thème comme celui que nous venons de voir et tout de suite cela a résonné dans l'auditoire. Alors on a choisi des protagonistes et ils ont présenté la situation d'une manière très claire.

En fait, ce que l'on recherche, quand dans un groupe il y a des problèmes qui n'arrivent pas à se résoudre, c'est de les poser dans le théâtre de marionnettes. Dans le but de voir de quelle façon cela résonne dans chaque personne qui assiste à la représentation. Parfois la relation s'établit entre la marionnette et l'une des personnes qui se trouve en face. Alors la personne s'approche et elle dialogue avec la marionnette.

Je me rappelle le cas d'un patient qui avait un véritable problème avec le Mal et priait tout le temps. Il était continuellement en train de prier et de chercher s'il faisait bien ou mal et il priait toujours la Vierge. Nous avons donc utilisé une prostituée et une Vierge. Quand la Vierge apparaissait, le patient s'approchait rapidement et commençait à la prier ; quand nous sortions la prostituée, c'est comme s'il voyait le Diable et il partait en courant. Nous avons essayé de lui faire comprendre de quelle façon il parlait à la Vierge et aussi que la prostituée n'était pas si mauvaise que ça. Et qu'il pouvait commencer à parler aussi avec la prostituée. Donc il s'est approché petit à petit jusqu'à pouvoir la toucher. Il a commencé quand même à parler avec la prostituée bien qu'elle représente pour lui le Mal. Nous avons donc essayé de voir ce que c'était que le Bien ou le Mal pour lui.

Donc quand le thème amène facilement le patient à réagir, on peut ensuite l'amener à travailler sur la scène. Par exemple, l'un des thèmes importants que nous avons abordé ici, c'est le rôle de la conscience, comment elle parle au patient. Ce qui serait bien maintenant, ce serait de prendre les deux personnes qui ont joué cette scène pour qu'elles viennent la jouer directement sur la scène.

En résumé, le travail du psychodrame, c'est d'abord un échauffement de façon à établir un contact avec le groupe ; maintenant, pour moi, le public est à peu près échauffé. Je pourrais maintenant travailler avec vous parce vous êtes un peu plus concentrés et fixés sur le travail. Vous avez ri, vous avez applaudi, vous vous êtes amusés : j'ai permis que le Soi se rétracte. En général, nous ne travaillons pas de cette façon, nous travaillons toujours en cercle. Et le fait de travailler en cercle facilite, bien sûr, le contact direct.

Donc l'échauffement du groupe permet de passer à l'étape suivante qui est la dramatisation. La dramatisation peut s'effectuer par l'intermédiaire des marionnettes ou directement sur la scène. Ce sont deux formes de travail. Après

(*) On a improvisé quelques scènes, très vivantes, qui abordent des situations et sujets autour de la violence et de la sexualité, situations qui seraient autrement plus difficiles à aborder de manière thérapeutique. (Note du Dr Jaime Rojas-Bernúdez). Ces dialogues sont reproduits en annexe après le texte de la communication (p. 30).

l'étape de la dramatisation, nous avons l'étape des commentaires où le public commente ce qu'il a fait ou ce qu'il a vu.

Est-ce que vous avez des questions pour éclaircir certains points ?

Intervenante dans la salle — En général, ce sont des groupes de combien de personnes ?

Dr Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — Le nombre de personnes dépend du thérapeute et non des patients. Certains thérapeutes se sentent bien avec 5 personnes, d'autres avec 15. Selon nous, pour travailler bien, il suffit de se sentir bien, donc peu importe le nombre de patients.

Intervenante dans la salle — Quelle différence faites-vous entre le psychodrame et le psychodrame avec des marionnettes ? Est-ce que vous l'appellez également un psychodrame ? Psychodrame avec ou sans marionnettes ?

Dr Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — Les marionnettes sont simplement une technique, destinée à des situations spéciales ; les deux sont liés. Quand le patient est en état d'alerte, là nous travaillons avec des marionnettes. C'est avec les adolescents que nous travaillons le plus avec des marionnettes. Par exemple dans des situations où on doit rapprocher des individus, en général deux individus de sexe différent ; d'autres situations spécifiques sont celles des situations sexuelles et des situations agressives.

Prenons le cas de deux personnes qui commencent à se mettre en colère et qui sont susceptibles de s'agresser : si on leur fait continuer la scène, elles peuvent vraiment en arriver aux mains. Et donc là nous passons aux marionnettes. Quand on passe aux marionnettes, ils peuvent s'agresser sans danger. Ils peuvent aussi avoir chacun deux marionnettes qui représentent les deux personnages. S'ils en arrivaient à la bataille, l'un utiliserait les deux marionnettes pour représenter les deux personnes. Et l'autre aurait deux marionnettes pour représenter une *autre* relation. On commence alors à voir quelle est la cause du conflit entre les deux marionnettes, du point de vue de chaque personne ; ça c'est « une » manière de travailler l'agressivité, voir toute la situation du point de vue de chaque personne.

Une autre manière, c'est que lui ait sa marionnette et qu'il joue avec une autre personne, qui peut être représentée par le moi-auxiliaire. Ainsi l'agression n'est plus directe, elle se canalise vers quelqu'un d'autre. Et on évite les agressions physiques réelles.

Dans un autre cas, qui est celui du conflit sexuel, le couple joue la situation par les marionnettes, et on enlève ainsi l'implication corporelle de la situation. Et c'est surprenant de voir que, quand il s'agit de deux personnes (qui ont un conflit sexuel) et qu'elles passent derrière le castelet avec des marionnettes, les fantasmes augmentent (en rapport avec la dramatisation directe). Nous essayons donc de faire un échauffement où le corps soit présent et que cet échauffement stimule la fantaisie, le fantasme, et ensuite nous essayons de faire sortir et concrétiser cette fantaisie de l'esprit de la personne et de le travailler au niveau de la scène.

Une autre technique passe par la construction d'images, à laquelle je n'ai pas fait allusion ici par manque de temps. On va la voir rapidement (*le Dr s'adresse à ceux qui ont joué précédemment*) : « Est-ce que vous pouvez venir rapidement, vous l'homme, et celle qui a fait la conscience ? »

Donc, la situation, c'est que lui a ressenti des choses, elle a ressenti des choses. Vous allez essayer de le montrer, car nous, on ne le sait pas. Vous allez choisir des gens, et vous allez essayer de leur montrer ce que vous avez ressenti par rapport à la conscience, par rapport à ce que vous avez fait derrière le castelet. C'est comme si vous alliez construire une sculpture avec des personnes. Vous allez représenter dans cette sculpture ce que vous avez ressenti avec votre conscience, dans un personnage imaginaire.

Élaboration de la « sculpture » : un groupe de personnes figées dans des attitudes imposées par l'auteur (rires dans la salle).

Cette image est donc ce qu'il a senti dans son personnage.

(Applaudissements).

Et maintenant (à l'autre personne qui avait joué la situation) vous faites la même chose avec ce que vous avez ressenti dans votre rôle de conscience et avec d'autres personnes.

Élaboration d'une nouvelle « image psychodramatique ».

Ces formes se ressemblent, et en même temps elles sont différentes. Dans une situation où deux personnages travaillent ensemble, il y a toujours des ambiguïtés, comme dans le cas des couples matrimoniaux. Si par exemple dans cette situation cela avait été un couple qui se bagarrait, on essaierait de chercher l'image de ce que *lui* a senti, dans cette situation, et de ce que *elle* a senti dans cette même situation. Ensuite on compare les deux vécus parce qu'il s'agit de vécus intérieurs et personnels. À partir de là on peut travailler sur d'autres variantes, mais maintenant il ne reste plus tellement de temps...

Par exemple, là on aurait une dramatisation (*on fait représenter l'image, la « sculpture » de tout à l'heure*). Donc on a d'abord la dramatisation et derrière on a les images. L'étape suivante, ce serait que chacun nous dise ce qu'il ressent vraiment dans cette sculpture, dans cette image. Ce seraient des soliloques. On va continuer ainsi jusqu'à ce que chacun comprenne ce qui se passe dans sa propre image. La méthodologie psychodramatique consiste, pour le thérapeute, à ne pas interpréter lui-même, mais à essayer de faire en sorte que les personnes découvrent elles-mêmes ce qui se passe dans leur image. Le travail du thérapeute est donc de faire en sorte que chacun trouve SA solution.

Je vous remercie

(Applaudissements)

Gilbert OUDOT — Y a-t-il des questions ?

Pascal LE MALÉFAN — Il n'y a pas de questions parce qu'on n'a pas assez de temps pour toutes les développer, mais je voudrais juste souligner quelque chose, c'est que dans votre technique, si je comprends bien, il y a alliance entre le psychodrame et les marionnettes — comme il a été dit dans la salle tout à l'heure, vos marionnettes font du psychodrame. Or en France l'utilisation des marionnettes a donné naissance au psychodrame ; plus exactement il y a eu séparation entre l'utilisation des marionnettes et l'utilisation du psychodrame, cette séparation revenant à Lebovici, qui utilisait en effet les marionnettes à un moment donné et qui s'est dit « Ce n'est plus possible d'utiliser les marionnettes comme ça, faisons du psychodrame ». C'est curieux que, vous, dans votre

10
int (17)

technique, finalement, vous faites un peu le chemin inverse. Il m'intéresse en tout cas que vous m'expliquiez pourquoi vous en êtes venu, vous, à relier ainsi psychodrame et marionnettes.

Dr Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — Si nous en sommes venus à travailler avec des marionnettes, c'est à cause des psychotiques chroniques. Parce que nous n'arrivions pas à communiquer avec ces gens-là. Moi, je suis psychanalyste et la psychanalyse ne marchait pas avec ces gens-là, ni le travail avec le corps. Ils ne répondaient qu'avec les marionnettes. Les patients avec lesquels j'ai commencé à travailler avaient entre 15 et 20 ans d'internement et ils ne communiquaient plus du tout. Et ce que j'ai cherché, c'est donc une méthodologie qui permette de communiquer avec ces patients-là. Quand j'ai vu qu'ils ne répondaient pas aux situations directes mais qu'ils répondaient aux marionnettes, j'ai commencé à élaborer ma méthode. Au début, je voyais le patient comme ça, un petit peu, et moi j'étais dehors. Je sentais qu'il y avait une barrière qui m'empêchait de m'approcher de lui. Je me suis demandé donc comment faire pour arriver jusqu'à ce cercle intime. C'est là qu'est intervenue la marionnette comme objet-intermédiaire qui pouvait obtenir des réponses.

Très vifs applaudissements.

Gilbert OUDOT — Pas de remarques particulières ?

Madeleine LIONS — La seule chose que je regrette, c'est que ce n'est pas 1 h ½ qu'il aurait fallu, mais au moins une ou deux journées pour chaque intervenant...

Fin de la matinée.

* * * * *

Nous publions dans les pages suivantes d'une part les dialogues improvisés par le groupe présent sur l'estrade lors de la présentation des techniques d'échauffement, et ensuite les tirages, avec commentaires, d'une séquence de diapositives que le Dr Jaime Rojas-Bermúdez n'a pas pu présenter, faute de temps, lors de son intervention au cours de cette III^e Journée clinique.



20

Scènes d'échauffement du public (Cf. p. 26)

Le D^r s'adresse au groupe présent sur l'estrade : « Vous allez choisir chacun une marionnette. »

« Vous allez vous présenter chacun derrière le castelet. »

(1^{er} manipulateur) « On m'a demandé de me présenter, alors voilà ! Je me présente : un petit peu diable, un petit peu décoiffé, les mains jaunes... Voilà ! Et puis ce sera tout pour aujourd'hui. Je vous remercie beaucoup.

(2^e manipulatrice jouant un homme) Ah Ah ! mais me réveiller à cette heure-là, ça ne va pas du tout... Ciao les mecs !

(3^e manipulatrice) Bonjour ! Je suis Olga, la diseuse de bonne aventure. Qui veut tenter sa chance ? Pour quelques francs...

(4^e personne, jouant la prostituée) Salut mon ange ! Pas grand monde aujourd'hui... Bon... tant pis !

(5^e personne, jouant une virago) Ah Ah Ah ! Je suis vieille, je suis moche, ça se voit. Personne ne m'aime et je n'aime personne. Ah Ah Ah ! (rires).

Le D^r demande le jeu d'une situation sexuelle entre la 1^{ère} personne (un homme) et la 4^e personne (la prostituée).

— (La prostituée) Ça fait long ! (rires)

— Ah ! c'est bon, j'arrive. (Il siffle deux fois) Ouè, pas mal !

— Comment ça, pas mal ? Il n'est pas culotté celui-là !

— Vu le caractère, je crois que je vais laisser tomber...

— Non, non, non !

— Bon, ça s'arrange !

— C'est pas cher...

— Combien ?

— 500

— Ah ! Bon Dieu !

— 400

— Pas plus ?

— Bon ! On y va ou on n'y va pas. Il faut te décider mon gars... parce que moi, j'ai du monde qui attend, là. C'est oui ?

— Attends ! Silicone ou pas ?

— On paye d'abord.

— Et on touche après ? Bon, allez, on y va...

— On y va... (Applaudissements).

Autre jeu entre deux marionnettes masculines manipulées par un homme et par une femme.

L'un des hommes siffle ; le plus jeune chantonne.

— (L'homme) Eh ! Salut !

— (La femme) Salut. Qu'est-ce tu me veux ?

— T'es beau gosse

— Quoi ?

— T'es beau gosse !

— Mais qu'est-ce qui me dit, lui ?

— J'aime beaucoup la couleur de tes cheveux

— Eh bien, laisse moi tranquille ! Ça va pas la tête, non ? Ah ! t'es moche en plus...

— Regarde ce que j'ai dans ma poche... Mais regarde un peu ce que j'ai dans ma poche...

Ne pars pas comme ça enfin. Allez viens !

— Ah ! Ah ! (cris violents)

— Ah pédophile ! Ah là là ! On remet ça ?

— Non non !

Autre jeu entre deux marionnettes manipulées par un homme et par une femme.

- *(Un homme)* Bonjour ! Tu ne pourrais pas m'indiquer le chemin, des fois ?
- *(Une femme)* De quoi ?
- Je cherche une boutique où je peux acheter des... balles, des choses comme ça, tu vois.
- *(Une autre femme)* Tu mens...
- *(La première femme)* Des balles, des balles comment ? c'est un magasin de jouets que tu veux ?
- Peut-être pas des balles, mais...
- Ben quoi ?
- Je te le dis dans l'oreille... une seconde !
- *(L'autre femme)* Tu lui racontes des histoires. Attention !
- *(La première femme)* Je comprends rien du tout, dis ! Qu'est-ce tu veux, Msieu ?
- Ce que j'veux, c'est...je ne vais pas tenir longtemps...
- Mais alors ?
- On va se promener tous les deux, je t'expliquerai en cours de route
- Mais je rentre chez moi
- Alors je t'accompagne
- *(L'autre femme)* Tu vas encore aller trop loin cette fois-ci. Attention !
- *(La première femme)* Bon salut !
- Eh ! ne t'en va pas comme ça... Je t'accompagne !
- Déjà, ma maman m'a dit de pas parler à des gens que je connais pas, alors...
- *(L'autre femme)* Tu vas la regretter !
- *(L'homme)* Elle ne lâchera jamais celle-ci... Mais pourquoi ?...
- *(L'autre femme)* Je te lâcherai pas ! C'est pour ton bien...
- *(L'homme)* Ah ! *(il a reçu une gifle)*
- *(La première femme)* Tu l'as eue ! Il est complètement fou celui-là !
- *(L'homme)* Bon ! Alors, on y va, je t'accompagne... Tu sais, il peut t'arriver quelque chose...
- *(La première femme)* Non ! Allez salut !
- *(L'autre femme)* Laisse-la tranquille !
- *(La première femme)* Salut hein !
- *(L'homme)* Oh ! Puis mince... Tant pis...
- *(L'autre femme)* Laisse-le ! pour la dernière fois !
- *(L'homme)* Oh ! mais laisse moi tranquille, toi !
- *(L'autre femme)* Je te laisserai pas !
- *(L'homme)* Mais tu me prends la tête, c'est le cas de le dire !
- *(La première femme)* Ouf ! il est parti...
- *(L'homme)* Bon ! je m'en vais tout seul. C'est bien la peine...

(Applaudissements)

* * * * *

Marionnette et Psychodrame

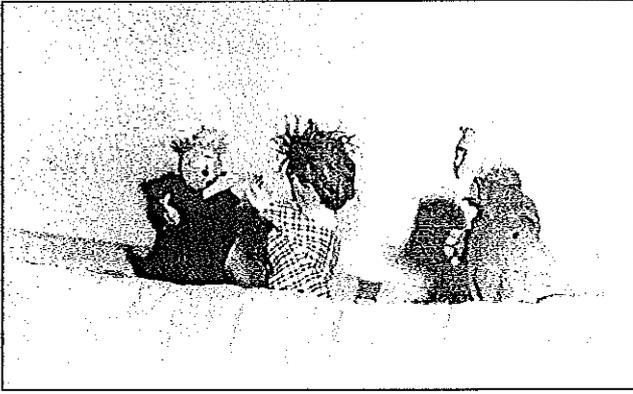
L'utilisation des marionnettes dans le psychodrame a commencé au cours des années 1960 à l'hôpital J. T. Borda (hôpital psychiatrique de Buenos Aires, Argentine). Leur intégration à cette technique a été motivée par la recherche d'une méthode clinique permettant la restauration de la communication interpersonnelle, interrompue chez les patients psychotiques chroniques (chronicisés par de longues années d'hospitalisation).

Sur les diapositives qui vont suivre — datant des débuts de l'introduction des marionnettes auprès de patients psychotiques chroniques — on pourra observer diverses situations au cours du processus thérapeutique. On verra également l'utilisation de la marionnette avec d'autres patients.

Dr Jaime Rojas-Bermúdez



1 — Le groupe de la séance de psychodrame : patients, psychiatres, psychologues, et assistants sociaux



2 — Introduction, au moyen des marionnettes, d'un thème éludé (évité) par le groupe.

3 — Réaction d'un patient psychotique, autiste, isolé, qui présentait également une incontinence urinaire.



4 — L'ego auxiliaire, un marionnettiste, s'approche du patient pour communiquer avec lui par l'intermédiaire de la marionnette. Le patient répond à la marionnette (cf. son regard : *il ne regarde pas l'ego auxiliaire qui la manipule*).



5 — Le patient parle directement à la marionnette



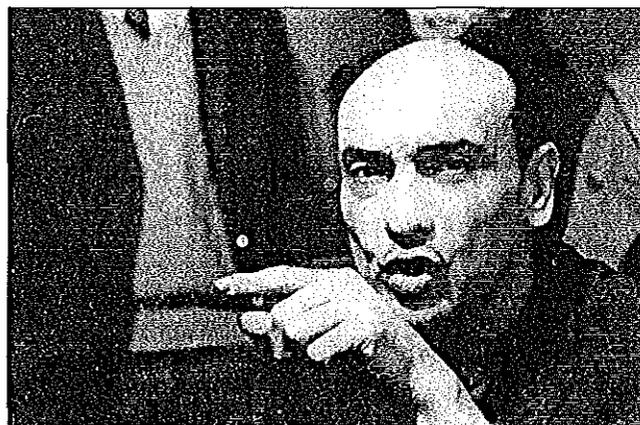
6 — Cette diapositive met en évidence le phénomène d'«enchantement» typique des situations générées par la marionnette.

C'est l'élaboration théorique de ce phénomène et de son rapport à la structure de la personnalité qui a permis la création du concept d'*objet intermédiaire*, c'est-à-dire un objet réel, concret, un «pont communicationnel» à travers lequel va pouvoir se rétablir la communication interrompue.

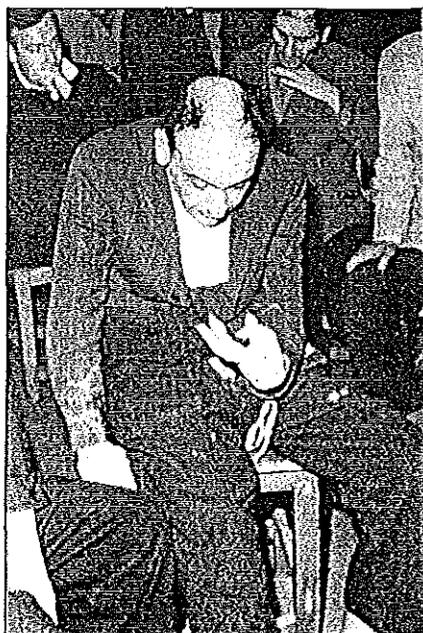


7 — Après le rétablissement de la communication, on assiste habituellement à l'émergence de l'affectivité, avec la nécessité du contact : le patient prend doucement la main de la marionnette.

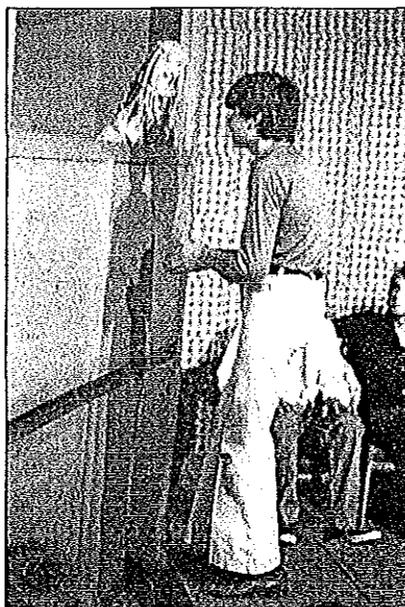
8 — La restauration des capacités de communication rend désormais inutile le recours à la marionnette dans la communication interpersonnelle. On peut dès lors passer à la dramatisation d'une scène sans intermédiaire.



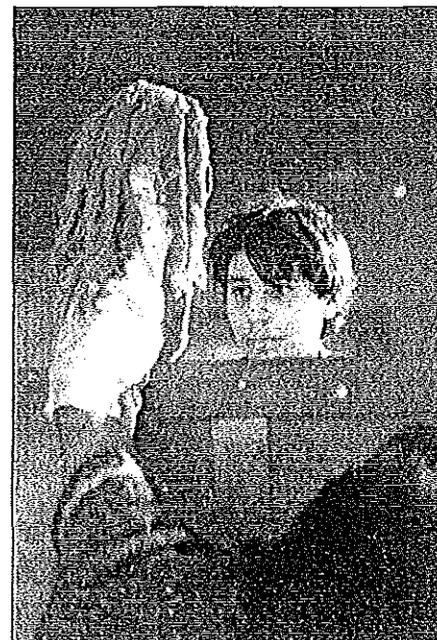
9 — Le visage du patient après le rétablissement de la communication.



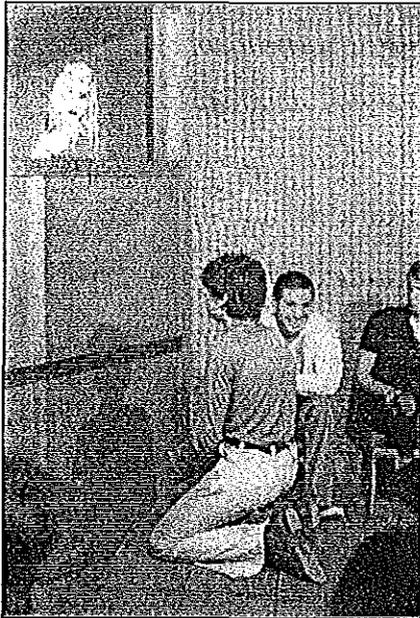
10 — Le patient avant la séance



11 — Un adolescent au cours d'une expérience délirante (délire mystique), parlant avec la Vierge.



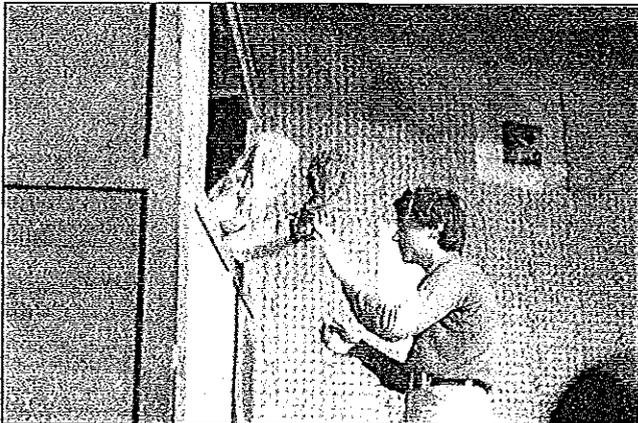
12 — Il expose ses problèmes avec le péché.



13 — Il s'approche pour prier.



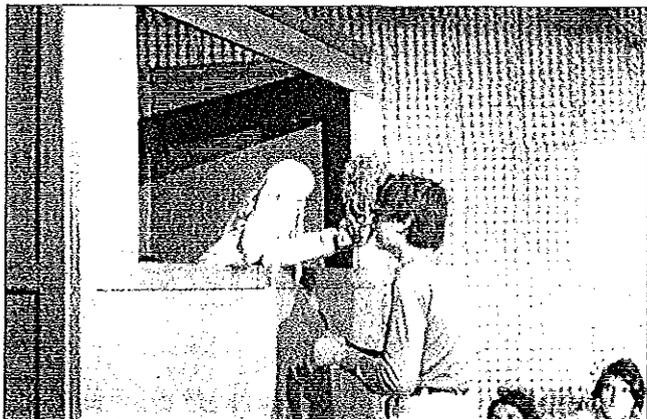
16 — Les mères de patients adolescents en train de faire les vêtements pour les marionnettes que leurs fils ont fabriquées.



14 — Le péché est concrétisé par une marionnette : « la Prostituée ». Le patient se retire, effrayé... Mais « la Vierge » l'encourage à toucher la Prostituée (recherche de l'intégration du Bien et du Mal). Petit à petit, il peut s'en approcher, parler avec la Prostituée, la toucher.



17 — Les mères utilisent, elles aussi, les marionnettes pour exposer leurs conflits familiaux



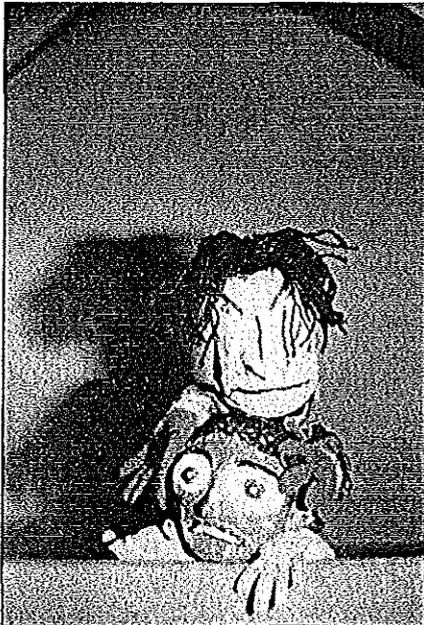
15 — Finalement, il l'embrasse



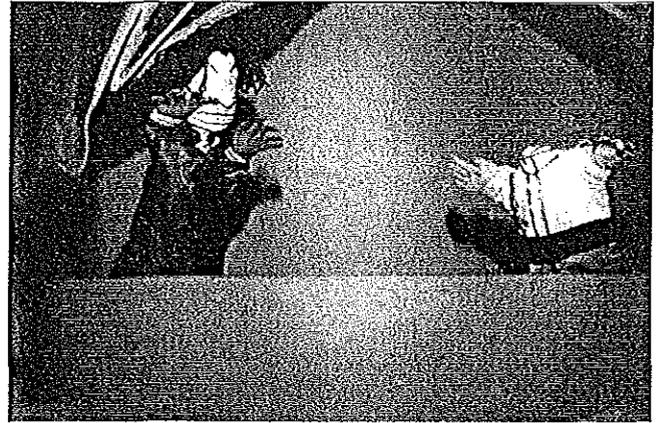
18 — Les marionnettes ont prouvé leur particulière utilité pour aborder des sujets en rapport avec la violence et le sexe (où le corps est fortement impliqué). Cette scène sexuelle peut dériver vers la suivante...



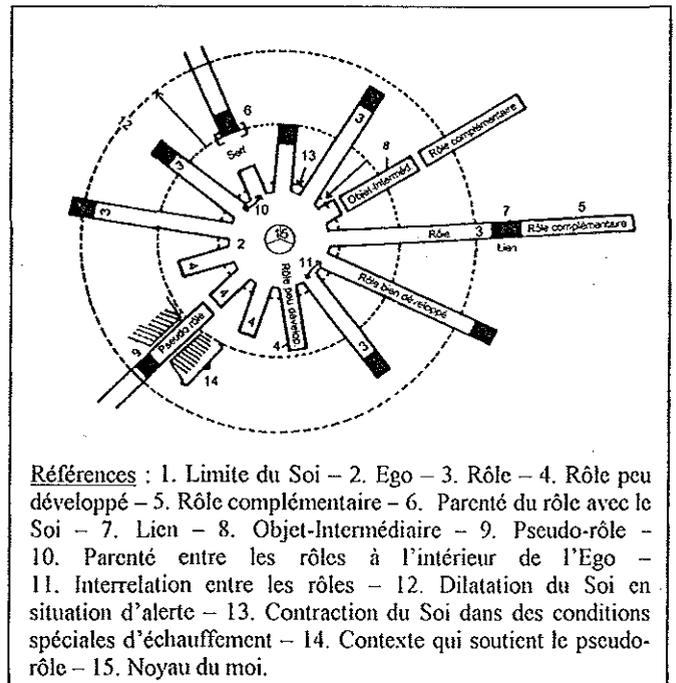
19 — ... pleine de violence.



20 — Voici une scène de viol homosexuel



21 — On dramatise et concrétise les paroles :
« Je vais t'arracher la tête ! »



22 — Représentation graphique de la structure de la personnalité : *schéma des rôles*. On peut y voir les *rôles sociaux* qui émergent d'un *Ego*, ses différents étages de développement et ses rapports avec le *Soi* (cf. texte).

Colette DUFLOT — Je vais vous présenter rapidement madame Jacqueline IGUENANE qui est spécialiste en sciences de l'Éducation, et qui travaille dans le cadre de l'Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation médicales. C'est en tant que formatrice du personnel médical, formatrice à la relation avec le patient, qu'elle va nous parler de l'intégration de la marionnette à ce processus de formation et de communication avec le patient. Mais, bien que ce ne soit pas marqué sur le programme, un médecin, qui est le Dr Yves SWARTEBROECKX, qui travaille sur le terrain auprès d'enfants asthmatiques, dans un service hospitalier, viendra ensuite sans doute illustrer d'exemples pratiques la partie théorique que Mme Iguenane va commencer par nous présenter.

le Dr Swartebroeckx — Ce docteur a dit qu'il aurait peut-être du mal à être là à l'heure, mais qu'il serait là. Donc nous l'espérons. Madame Iguenane, je vous passe la parole.

Jacqueline IGUENANE
Dr Yves SWARTEBROECKX

Parler autrement de sa maladie :
Apport de la marionnette dans l'éducation
des enfants atteints de maladies chroniques
(diabète et asthme)

Jacqueline IGUENANE — Dans le cadre de l'Institut de Perfectionnement à la communication et à l'Éducation Médicale (IPCEM) notre tâche consiste à former des professionnels de santé, qu'ils soient médecins, infirmiers, diététiciens (...), à organiser et à structurer l'éducation de patients atteints de maladies de longue durée tel le diabète, l'asthme par exemple. Nous travaillons avec des services d'adultes mais également avec des services de pédiatrie, d'où notre rencontre avec Madame Lions afin d'introduire la marionnette comme méthode d'apprentissage dans l'éducation des enfants.

Avant d'aborder plus avant notre activité dans l'éducation des patients, je souhaite remercier Madame Lions qui nous a ouvert un champ extraordinaire avec la marionnette ainsi que Monsieur Lions qui nous a toujours soutenu sur le plan méthodologique dans cette activité.

Maintenant, c'est par un exposé théorique que je vais situer le cadre de nos interventions dans l'éducation des enfants atteints de maladies chroniques.

La maladie chronique chez l'enfant, est souvent vécue par les parents et par l'enfant comme un handicap. Cependant, progressivement et selon son âge l'enfant doit bénéficier d'une éducation qui selon R. Gagnayre et J.F. d'Ivernois :

« (...) se caractérise par un véritable transfert planifié et organisé de compétences du soignant vers le patient et s'inscrit dans une perspective où la dépendance du malade fait progressivement place à sa responsabilisation et au partenariat avec l'équipe de soins. »^()*

En d'autres termes, le soignant doit faire acquérir à l'enfant des savoirs, de nouveaux comportements de santé lui permettant de réaliser ses projets, de vivre le mieux possible avec sa maladie en acceptant sa différence.

Pour réaliser ce transfert de compétences du soignant vers l'enfant l'éducation doit être cohérente donc planifiée et tenir compte de la motivation de l'enfant. Ceci qui nécessite d'avoir recours à des méthodes d'enseignement adaptées à l'enfant, à ses besoins, à son âge. Ainsi, introduire le jeu, la marionnette pour favoriser l'apprentissage constitue une approche plus pertinente que l'utilisation de méthodes traditionnelles (le cours, l'exposé) par trop scolaires et qui laissent peu d'espace à l'enfant.

Introduire la marionnette dans l'éducation des enfants atteints de maladies chroniques, en formant les soignants à leur construction et à leur utilisation, c'est favoriser la rencontre de langages différents : celui des adultes et celui des enfants dans une relation pédagogique valorisant le partage des savoirs. Le soignant possède un savoir de la maladie, le patient en possède un autre, différent. Il s'avère nécessaire que ces deux savoirs se rencontrent pour permettre à chacun d'apporter sa propre expérience. Dans cette dialectique, le soignant a besoin de connaître l'expérience du patient pour adapter son éducation et le patient a besoin de l'expérience du soignant pour accéder à l'autonomie, pour gérer lui même sa maladie et, ainsi, réduire les temps d'hospitalisation par exemple.

Ainsi, chacun des partenaires redécouvre le plaisir d'apprendre et le plaisir à éduquer et la marionnette sert de médiation entre l'expérience de l'enfant, le thérapeutique et le pédagogique.

Du côté de l'enfant :

La marionnette lui offre un espace particulier lui permettant d'exprimer non seulement ses connaissances sur son corps, sa maladie mais également de parler de ses émotions, de sa vie quotidienne, de ses difficultés, de la perception de sa maladie, de la place qu'elle prend dans sa vie, etc., et enfin, elle lui permet d'avancer dans l'acceptation des contraintes liées à son traitement.

Du côté des soignants/éducateurs :

La marionnette leur procure l'occasion de communiquer autrement avec l'enfant et parfois de débloquer une situation de résistance à l'éducation, par une meilleure compréhension de l'expérience de l'enfant. (*Arrivée à la tribune du Dr Yves SWARTEBROECKX*).

De même, le soignant identifie avec plus de pertinence comment et quelles connaissances l'enfant mobilise pour adapter son comportement lorsqu'il est confronté à des situations d'urgence ou à l'imprévu (malaise hypoglycémique,

(*) R. Gagnayre, J.F. d'Ivernois, *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*, Paris, éd. Vigot, Coll. Éducation du patient, 1995, 189 p.

crise d'asthme, sorties, voyages). La singularité de l'enfant est ainsi davantage prise en compte par les soignants.

Ainsi, le soignant/éducateur en accédant au langage et aux préoccupations de l'enfant peut adapter son éducation en mettant, par exemple, l'accent sur certains aspects de la maladie particulièrement angoissants pour l'enfant par une communication autre. L'enfant peut s'autoriser à « décoller » provisoirement de sa maladie par le jeu, les mots, la caricature, l'humour. Distance produisant parfois une avancée vers l'acceptation de sa maladie.

Les diverses expériences conduites en France dans les services d'éducation au cours d'une hospitalisation ou en consultation nous indiquent qu'il n'y a pas *une* mais *des* manières d'utiliser la marionnette dans l'éducation.

En fonction des équipes, des moments, des enfants nous relevons différentes modalités de travail avec la marionnette : l'enfant dispose de sa marionnette sous son oreiller ou dans sa poche, il peut lui parler selon son désir, s'adresser à elle ou la faire intervenir dans un entretien avec le soignant. A l'initiative de l'enfant ou du soignant, la marionnette à doigt peut engager le dialogue à propos d'une situation particulière.

Les soignants peuvent construire eux-mêmes les marionnettes, et monter un spectacle avec les enfants, le présenter aux parents, à l'équipe soignante ou encore à d'autres enfants du service.

Les enfants, les adolescents avec l'aide des soignants peuvent construire les marionnettes et ensemble monter un spectacle qui sera présenté aux plus jeunes.

S'il demeure une difficulté que les soignants doivent surmonter : « oser jouer avec les marionnettes », « se montrer autrement », nous concluons en reprenant les résultats d'une enquête réalisée au Service de Médecine infantile D réalisée à l'hôpital Purpan à Toulouse en 1993 et qui précise :

« Les 70 familles interrogées expriment que les marionnettes soutiennent les enfants dans leur traitement et que les activités marionnettes permettent aux enfants d'apprendre et de construire des connaissances avec plaisir. Pour les soignants, c'est l'opportunité d'être plus proche des enfants, de mieux comprendre leurs difficultés à assumer leur traitement quotidien". D'autres équipes estiment également que la marionnette aide considérablement l'enfant à s'exprimer. »

Maintenant, je laisse la parole au Dr Yves SWARTEBROECKX qui va enrichir cet exposé en vous présentant son expérience dans l'éducation des enfants asthmatiques.

(Applaudissements).

Dr Yves SWARTEBROECKX — Je suis pédiatre de formation de base et pneumologue-pédiatre de formation complémentaire. À l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt, où je travaille, nous sommes spécialisés dans la prise en charge des enfants asthmatiques. Ce dont je vais vous parler est donc essentiellement adapté à la prise en charge des enfants asthmatiques. Ce que je vais apporter par rapport à ce qui a déjà été dit — j'ai regardé le programme — c'est une expérience très pratique, c'est-à-dire comment on fonctionne à l'hôpital Ambroise Paré dans le cadre du Centre de l'éducation de l'asthme.

Qui est concerné ?

Sont concernés les enfants et leurs familles parce que c'est un service de pneumologie pédiatrique. On s'adresse aussi aux adolescents, mais leur prise en charge est particulière ; je ne l'évoquerai pas parce qu'il faut discuter avec Madeleine Lions pour savoir si la marionnette peut avoir un rôle chez l'adolescent, mais nous n'avons pas encore mis en place la marionnette chez les adolescents. Donc sont concernés les enfants asthmatiques et leurs familles

Le but :

Le but de ce type de centre, c'est essayer, tenter d'améliorer l'observance dans la prise en charge de la maladie asthmatique. On sait que dans l'asthme l'observance est très mauvaise. C'est une maladie qui évolue par crises ; entre les crises on va « en principe » bien, et donc on a beaucoup de mal à faire prendre correctement les traitements qui doivent parfois devoir être administrés pendant des mois, voire des années, même entre les crises. Donc le but est d'améliorer l'observance qui est très mauvaise. Et par cette observance améliorer la qualité de vie et, en termes économiques, en diminuant les complications de la maladie, diminuer le coût de santé.

La prise en charge telle qu'elle est faite traditionnellement que ce soit par les médecins de ville ou par les centres hospitaliers et même par les services spécialisés en pneumologie, que ce soit sous forme de consultations, d'hôpitaux de jour, a bien montré son inefficacité puisque l'observance est mauvaise. Il y a toujours beaucoup d'hospitalisations pour crises d'asthme et encore des décès par crises d'asthme chaque année — ce qui en principe ne devrait plus arriver. Donc la prise en charge traditionnelle est inefficace, il faut envisager d'autres méthodes et d'autres manières de prendre en charge la maladie asthmatique.

Dans les pays anglo-saxons, cela fait déjà de nombreuses années que cela fonctionne : au Canada, aux États-Unis, cela fait plus de dix ans qu'ils ont commencé à faire de l'éducation. En France, on commence à en parler, à en faire, on peut déjà se référer à des travaux sérieux qui ont été faits pour savoir si l'éducation dans l'asthme a un intérêt. On sait qu'il y a un intérêt puisque ces travaux montrent bien que quand on anime des groupes d'asthmatiques, soit adultes soit enfants, avec un programme d'éducation, il y a une diminution des hospitalisations pour crises d'asthme, une diminution des consultations aux urgences pour crises d'asthme, et un glissement vers la consultation. Donc on sait déjà qu'en termes de coût de santé, ces programmes ont un effet bénéfique. Il y a une étude australienne qui dit « Non ! l'éducation ça ne sert à rien parce que cela a montré que ça ne marchait pas », mais quand on fait de l'éducation, on sait que si un programme d'éducation ne marche pas, ce n'est peut-être pas l'éducation qui n'est pas bonne mais peut-être que les objectifs que l'on s'était fixés n'ont pas été atteints — à ce moment-là il faut revoir les objectifs — soit que la méthode, la technique mise en route pour atteindre ces objectifs n'est pas bonne.

Quand on commence à faire de l'éducation, on le sait en tant que soignants, c'est une manière totalement différente de voir la médecine. Beaucoup de soignants ne sont pas prêts, ne sont pas formés à faire de l'éducation. La prise en charge traditionnelle, c'est la famille qui vient en consultation :

« Voilà ! ça fait six mois qu'on s'est vu. Il y a combien de crises ?... Cinq crises ? Mon Dieu ! qu'est-ce que vous avez fait pendant les crises ?

— On a été voir le docteur et puis on a pris le sirop contre la toux.

— Mais, Madame, enfin je vous avais bien dit qu'il fallait commencer la Ventoline... »

Réaction du médecin, c'est : ils n'ont rien compris ! Donc ça ne marche pas, et on represcrit et on augmente les traitements. Je caricature un peu mais c'est un peu ce qui se passe dans la pratique habituelle.

Quand on fait de l'éducation et qu'on se trouve dans la situation décrite, c'est le médecin qui doit se remettre en question. Il doit se dire : « Il y a autant de crises qu'auparavant ; ils n'ont rien compris, pourquoi ? C'est que j'ai mal expliqué. Et, deuxièmement, tout ce que j'ai mis en œuvre comme technique pour essayer de leur apprendre, de leur faire comprendre, n'est pas bon. » Et la plupart du corps médical n'est pas prêt à cela, puisque le médecin, en général, ne se remet pas en question : si ça ne marche pas, c'est de la faute au patient — je caricature... et j'espère qu'il n'y a pas trop de médecins dans la salle !

Après cet abord un peu théorique, je vais expliquer la manière pratique dont on fonctionne. Pour arriver à cet organisation — Jacqueline le sait —, cela a mis un certain temps de réflexion, de formation, de préparation.

La semaine qui précède la Journée d'Éducation (JCEE), celle qui précède la Journée proprement dite d'Éducation, pendant une après-midi entière l'équipe qui va faire la Journée prépare les dossiers. Il s'agit des dossiers « éducatifs », avec un diagnostic d'éducation qui regroupe les éléments sociaux, culturels et médicaux de chaque patient, permettant d'avoir une vue d'ensemble du patient, et qui permet de fixer des objectifs. Des objectifs qui vont être soit des objectifs assez généraux parce qu'on s'aperçoit que tout le groupe a besoin d'apprendre ce qu'est le traitement d'une crise d'asthme — ça, c'est ce qu'on appelle un objectif général de sécurité —, soit des objectifs vraiment tout à fait particuliers, par exemple si un enfant n'a jamais entendu parler d'un *peak-flow*, ou si la famille est complètement dans le déni de la maladie, ou s'il n'y a pas de *peak-flow* à la maison : il s'agit donc d'objectifs spécifiques. *Peak-flow*, tout le monde connaît ? Débitmètre de pointe ; c'est un petit appareil dans lequel l'enfant souffle et qui permet, à la maison, de mesurer son souffle et à partir duquel il peut s'orienter. L'image que l'on prend avec eux, c'est un peu comme une boussole qui permet de s'orienter en fonction des valeurs que le médecin leur a données. « Si tu as telle valeur, c'est bien. Si tu as telle valeur, il faut que tu mettes en route tel traitement ». Exemple d'objectif : déni du *peak-flow*, on ne veut pas de *peak-flow* à la maison et il y aura donc cet objectif particulier à travailler avec tel enfant.

La Journée proprement dite commence avec l'accueil des parents et le remplissage de questionnaires d'évaluation :

1) évaluation des connaissances : avec un questionnaire de connaissances sur la maladie asthmatique, ses facteurs déclenchants, ses traitements ;

2) évaluation économique : c'est-à-dire que on essaie de reprendre sur les six mois précédents ou l'année précédente le nombre d'hospitalisations, le nombre de consultations aux urgences, le nombre de traitements par cortisone, pour évaluer l'importance de l'asthme, avant le programme d'éducation ;

3) évaluation de la qualité de vie aussi. En effet sous forme de questionnaire estimer la qualité de vie, c'est-à-dire nombre de jours d'école perdus, activités sportives possibles ou non, est-ce que l'enfant mène une vie normale ?

En général on prend des groupes de huit ou neuf enfants, sans les parents, qu'on scinde en deux sous-groupes. L'équipe qui encadre se scinde également et on agit donc chaque fois avec des groupes de quatre à cinq enfants. Au cours de la journée différents outils éducatifs sont utilisés et c'est là que se place la marionnette. En fin de journée, les parents, avec un médecin, ont un entretien, à bâtons rompus, sur l'asthme et toutes les questions, tous les soucis que les parents peuvent avoir sont abordés.

Pendant cette journée sont abordés essentiellement les objectifs de sécurité : les symptômes de la crise, le traitement de la crise, la différence entre un traitement de crise et un traitement de fond, les facteurs qui déclenchent la crise, l'utilisation d'un *peak-flow* (d'un débitmètre de pointe). En cours de journée, on évalue les techniques d'inhalation, c'est-à-dire le spray, la manière dont elles sont utilisées, la manière dont l'enfant souffle dans son *peak-flow*, la manière dont il fait une courbe de *peak-flow*, tout ça doit être abordé au minimum, avec si possible en plus quelques objectifs spécifiques. Pendant la journée, on observe les enfants qui sont vus dans un cadre différent de la consultation habituelle, ce qui permet soit de confirmer certaines impressions soit d'amener des éléments supplémentaires pour la suite de la prise en charge et de l'éducation. En fin de journée, quand tout le monde est bien « crevé », sous pression, on fait le *debriefing* comme on dit et on reprend dossier par dossier pour savoir si tout ce qui avait été programmé et prévu a été envisagé. On continue à compléter le dossier éducatif, en apportant des éléments supplémentaires, là très pratiques.

Par la suite, étalée sur à peu près un an, on va faire des consultations d'éducation de relance. On en prévoit plus ou moins à peu près quatre avec infirmière et/ou médecin. Ça, c'est ce qui est programmé. C'est souple ; certains n'en auront besoin que d'une, certains en auront besoin de cinq ; cela dépendra un peu, et là on tombe pratiquement presque dans de l'individuel.

À la première consultation, qui est à peu près deux mois après la Journée entière, on reprend l'évaluation des connaissances, l'évaluation des techniques sous forme de grilles : *peak-flow*, spray, chambre d'inhalation et on compare déjà par rapport à l'évaluation lors de la journée. À ce moment-là, les techniques d'inhalation sont réévaluées — ça, j'ai oublié de le dire... À la fin du *debriefing*, si certains objectifs très particuliers doivent être revus en première consultation d'éducation pour certains patients, on le prévoit déjà : un tel, il faut retravailler à tout prix rapidement la technique d'inhalation parce que cela a été évalué en cours de Journée comme non acquis, il ne comprend pas ; ou les facteurs déclenchants : il n'a rien compris, il ne sait pas qu'il est allergique au chat, et que quand il y a un chat il ne faut pas aller le caresser. Donc déjà certains objectifs plus spécifiques peuvent être abordés. À ce moment-là sont fixés de nouveaux objectifs et on voit s'il est nécessaire de programmer une, deux ou trois consultations, soit avec médecins pour reprendre d'une manière plus approfondie certains domaines très médicaux, soit avec infirmières pour aborder plutôt les techniques, les facteurs déclenchants, etc.

Tout cela se passe sur à peu près un an. Lors de la dernière consultation d'éducation, on refait une évaluation complète : connaissances, économique, techniques d'inhalation, qualité de vie. À la fin de l'année, par le biais des

évaluations, l'équipe peut commencer à savoir si l'éducation atteint ses buts et, éventuellement, se remettre en question et modifier les techniques d'éducation. Voilà la manière très pratique dont on fonctionne.

Alors maintenant, par rapport aux *outils*, et la marionnette est un outil pédagogique, un outil d'éducation, on commence, nous, essentiellement avec les grands parce que les grands ont un temps de concentration plus important, le dialogue est plus facile, mais même avec les grands on a besoin d'outils.

Comme outils, ce que l'on a déjà développé : ce sont des sketches, des mimes, des saynètes de théâtre sur des thèmes éducatifs, avec participation des enfants pour la construction du scénario et, pour la présentation devant les autres enfants, et à travers ces saynètes, ces petites pièces ou ces mimes, et leur préparation, nous essayons de faire passer des messages sous une forme ludique puisque c'est le but des outils éducatifs. La difficulté d'ailleurs dans la plupart des équipes médicales qui font de l'éducation, c'est la mise au point d'outils éducatifs.

J'ai développé lors d'un forum de formation IPCEM un jeu, qui est un mélange entre le *Trivial-Poursuite* et le *Monopoly*, un jeu qui se joue entre quatre et huit enfants, par lequel on arrive à mettre en situation. Chaque fois qu'un joueur tombe sur certaines cases il doit avoir un certain matériel, donc il faut qu'il sache quel matériel il doit avoir, savoir comment affronter cette situation, avec quel traitement, le facteur qui peut déclencher une crise. Si l'on tombe sur d'autres cases, on doit répondre à des questions qui abordent les connaissances sur l'asthme. Et là ce jeu tourne déjà et il tourne bien, parce qu'avec des groupes d'enfants de 8 ans, 9 ans, ils passent facilement une heure sur le jeu.

Où peut se placer la marionnette maintenant ? La marionnette peut se placer dans le cadre de la journée à un moment ou à un autre ; avec les grands on fait des sketches, mais avec les petits on peut insérer la marionnette.

La marionnette est un outil qui est très intéressant. Je ne vais pas reprendre toute la théorie par rapport à la marionnette parce que je pense qu'on vous l'a développée en détail, mais d'une manière pratique, on peut la ressentir comme un médium, un intermédiaire qui permet de passer au-delà de la relation traditionnelle médecin-patient. Cela permet — c'est important et c'est vraiment du pratique — de maintenir l'intérêt des enfants pendant un temps beaucoup plus long que ce que l'on pourrait faire si l'on commençait à s'asseoir à une table en disant « *Maintenant on va parler de ce qui déclenche vos crises d'asthme* ». Au bout de cinq minutes, les enfants sont dissipés... on attrape Pierre par ici, Paul par là, ils sont en train de sauter sur les tables... Si vous avez des marionnettes, vous allez maintenir l'intérêt parce que vous vous placez sur un plan purement ludique ; il y a toute la dimension de l'histoire, du conte, des personnages. Et c'est à travers cela que l'on va pouvoir garder l'intérêt de l'enfant, ou le relancer et essayer de faire passer des messages. En ce qui concerne ces messages, une des difficultés, c'est qu'il ne faut pas être que ludique, il ne faut pas non plus tomber dans le travers habituel des médecins, c'est-à-dire de devenir trop didactique. Par exemple raconter une histoire avec une marionnette en lui faisant dire : « *Et tu prendras bien ta Ventoline, hein !* », ça, c'est raté d'avance. Donc il faut naviguer entre le ludique et le didactique.

Ce qui est aussi très important, la marionnette permet à l'enfant de pouvoir exprimer un certain nombre de non-dit, de choses qu'il n'aurait jamais dites ni à ses parents, encore moins au médecin et que même lui-même n'avait pas encore verbalisées. Parce que dans le conte avec marionnette on est un peu dans un monde différent, dans un monde un peu magique ; on est ailleurs, sur les nuages ; on est dans le conte, on est dans l'histoire ; et là l'enfant peut exprimer des choses. On est parfois très étonné de voir les réflexions que les enfants font.

Alors comme type de marionnettes, Madeleine en a deux ou trois valises bien remplies, il y a moyen de choisir. Les marionnettes vont plutôt s'adresser aux petits, à la tranche d'âge qui commence à 6 ans pour qu'ils sachent lire, pour qu'ils commencent à faire des choses par rapport à la réalisation de contes... on peut aller jusqu'à 9 ans ; 10-11 ans, là il faut trouver autre chose. Donc c'est plutôt chez le petit qu'on va s'adresser. Et ce qui est donc très important, pour l'enfant, c'est de pouvoir exprimer un certain nombre de choses.

Que va-t-on va faire comme type de spectacle de marionnette ? Ce qui marche très bien : le style « Guignol ». Mais pour ça il faut du matériel, il faut déjà avoir le petit théâtre, il faut avoir les marionnettes, il faut en avoir plusieurs. Avec le spectacle de style Guignol, au moment où Guignol arrive, la première chose qu'il fait — déjà les enfants qui sont là autour sont en train de hurler : « C'est Guignol ! c'est Guignol ! » —, Guignol va parler et à travers tout ce que Guignol va dire, faire, on peut mettre en scène toutes les situations que l'asthmatique va rencontrer, et on peut faire intervenir celui qui tape fort avec son bâton, et celui-là va représenter le méchant facteur déclenchant de la crise d'asthme, par exemple... Mais heureusement que la fée Ventoline va arriver avec son « pschitt-pschitt » et faire partir le méchant qui tape avec son bâton. À travers des petites saynètes de type Guignol, on a une interaction très importante parce que on va faire participer les enfants. « *Qui est-ce qu'il faut faire venir maintenant ?* »... Ils connaissent la fée Ventoline, parce que on en a déjà parlé...

Donc il y a les petites saynètes de type Guignol. Ce que l'on peut aussi imaginer avec des plus grands, une tranche d'âge de 8 ans, 9 ans, qui sont encore intéressés par la marionnette mais qui ont envie d'être plus actifs, on va les faire passer de l'autre côté du castelet, ils vont préparer des petits scénarios et c'est lors de la préparation du scénario que là on va pouvoir faire passer des choses, ainsi que pendant la représentation.

Il y a aussi quelque chose que j'ai vraiment bien envie de développer et ça j'en parlerai avec Madeleine Lions, c'est la marionnette ventriloque, qui, elle, pourrait permettre tout au cours de la journée de servir de fil rouge, de fil conducteur. Qui serait toujours là pour pouvoir relancer quand il y a un peu trop de distraction ou d'intérêt, parce que ces marionnettes de type ventriloque ont un côté magique. Parce que le castelet c'est un moment qui est défini ; il y a le scénario, il y a la petite piécette ; il y a un début et une fin. La marionnette ventriloque peut intervenir à tout moment, on peut aller rechercher un enfant ou l'autre qui est trop distrait... Parce que c'est à la fois un personnage, ce n'est pas tout à fait un personnage et on peut sous forme ludique reprendre et relancer l'intérêt.

Voilà la manière dont on fonctionne. Ce n'est pas simple. Pour les médecins qui font de l'éducation, le gros problème, c'est le temps, c'est de trouver les équipes et des gens motivés dans les hôpitaux pour passer du temps

à faire ça. Ce n'est pas évident. Nous ne sommes pas aidés par les administratifs et ce qu'on essaie de faire actuellement, c'est d'avoir une reconnaissance par la Sécurité sociale, pour pouvoir avoir une facturation de type « hôpital de jour » qui à ce moment-là permet de réunir plus facilement des équipes.

Autre grosse difficulté, c'est la création d'outils. Vous pouvez discuter avec toutes les équipes qui font de l'éducation, même celles qui ont déjà dix ans d'expérience, ce qui leur manque ce sont les outils. Et ça c'est le plus intéressant à travailler. Mais pour arriver à ça — là j'arriverai à ma conclusion — cela demande de la part du médecin, du thérapeute, une formation. L'éducation ne s'improvise pas ; une remise en question, cela demande du temps ; cela demande l'apprentissage de techniques ; cela demande de la part du médecin une humilité à laquelle il n'est pas habitué non plus, de descendre de son piédestal, de pouvoir s'asseoir avec les enfants, de prendre une marionnette ou de pouvoir jouer avec des enfants ; le médecin n'est pas prêt à ça. Il n'est pas formé à ça et il préfère garder sa blouse blanche, derrière son bureau, et avec Guignol il tiendrait le rôle de celui qui donne les coups de bâton parce que le vilain patient n'a pas pris son traitement. Voilà ! j'espère que cela a apporté un petit éclairage très pratique.

(Applaudissements)

Colette DUFLOT — Certainement ! Je vous remercie beaucoup et je remercie nos deux conférenciers dont les interventions s'articulaient bien. J'ai pris beaucoup d'intérêt à entendre vos exposés parce que c'est une combinaison difficile entre la nécessité que vous percevez de « laisser jouer », le ludique apparaissant comme un facilitateur — mais il n'est pas seulement un facilitateur, c'est quelque chose de beaucoup plus important — et puis des objectifs très pragmatiques. Ce n'est sûrement pas facile à concilier. Maintenant, nous avons encore le temps pour quelques questions.

Intervenante dans la salle (presque inaudible) — Si je peux me permettre une question... J'ai rendez-vous avec un docteur qui s'occupe d'enfants leucémiques, atteints de cancer, et il y a deux ans nous avons fait un spectacle et à la suite de ce spectacle il y a eu la demande d'intervention parce que les familles étaient demandantes, l'équipe soignante était demandante, les enfants manifestaient et à la suite de cette intervention on m'a demandé de faire un projet. Le projet a été fait. Malheureusement on a été... les cassettes vidéo ont été achetées... Donc mon projet a été jeté à l'eau... Je récidive et à travers ce que vous avez donné... concernant la facturation... est-ce que je pourrai vous demander une aide pour pouvoir donner un argument... et permettre d'avoir quelque chose de plus concret... (inaudible)

Dr Yves SWARTEBROECKX — Alors, deux choses. Pour ce genre d'action, la cassette vidéo, c'est quelque chose de très froid. Il n'y a pas de contact, c'est passif. La cassette vidéo, c'est très bien dans une salle d'attente, quand de toute façon il n'y a rien d'autre à faire : il n'y a pas de personne physique qui peut intervenir au niveau de la salle d'attente. C'est une première chose. Cela coûte moins cher mais les buts atteints sont quasi nuls. En ce qui concerne la facturation, c'est une difficulté que l'on a. On travaille en équipe, chaque journée — c'est même une journée et demie puisqu'il y a la préparation — c'est pratiquement du bénévolat. On est obligé de facturer un minimum. Il y a deux

médecins qui interviennent ; on a le droit, en gros, de facturer pour chaque médecin deux consultations sur la journée. Cela on peut être en droit de le faire. Si les infirmières interviennent, on peut imaginer de faire facturer les A.M.I. (actes d'infirmières), mais c'est vraiment peu et ce n'est pas en rapport du tout avec le temps passé. Ce que nous avons trouvé comme biais, c'est que lors de la Journée, et c'est pour ça qu'on s'adresse à des enfants à partir de 6 ans, on fait une épreuve fonctionnelle respiratoire qui nous sert d'outil didactique, parce qu'on leur explique tout l'appareillage et on en profite pour aborder la physiologie. De toute façon cela fait partie du suivi et ça permet déjà de les familiariser, de leur expliquer. Il y a les ordinateurs ; ils sont fascinés par les ordinateurs, mais c'est dynamique, parce qu'il y en a un qui est dans la cabine et qui souffle, les autres sont là, voient la progression de la courbe, la différence avant Ventoline et après Ventoline. Ça, on peut le facturer. On cherche donc des actes qui permettent d'être facturés.

Nous cherchons auprès de la Sécurité sociale à facturer ce qu'on appelle un « hôpital de jour ». C'est une facturation globale, qui est beaucoup plus facile. Actuellement, on est obligé de demander une participation aux parents, pour les repas, les collations et « ça coince » parfois ; il faut expliquer... Pour l'instant, c'est encore en balbutiements.

Jacqueline IGUENANE — Dans un centre hospitalier, les clowns ont été introduits, notamment auprès d'enfants leucémiques. C'est peut être, à partir de l'expérience de ces personnes que vous pourriez développer une stratégie afin de faire accepter votre projet.

Dr Yves SWARTEBROECKX — Ce qu'il faut, c'est argumenter le projet...

Madeleine LIONS — Un des drames de la marionnette, c'est qu'à l'hôpital on a l'habitude de faire venir un spectacle de marionnettes pour les fêtes traditionnelles de Noël, mais que l'amener dans un service où elle aura un rôle de médiateur en vue de l'éducation du patient, ça fait peur.

Dr Yves SWARTEBROECKX — Un argument que vous pouvez aussi avancer : c'est que au niveau des dirigeants de la direction de la Santé, ils ont compris l'intérêt de l'éducation. Ils savent que lorsqu'on fait de l'éducation on prescrit moins, d'où un intérêt économique certain. Au niveau des décideurs, ils ont compris. Pour les intermédiaires, par contre, il y a tout le travail d'approche à faire, à faire comprendre qu'il faut aller dans cette direction-là. Dans les dix ou quinze ans qui vont venir, pour ce qui est des maladies chroniques, l'éducation va venir au premier plan. La Sécurité sociale a des « trous », et au niveau des décideurs ils ont compris qu'il y a intérêt à pouvoir recycler un certain nombre de médecins généralistes vers l'éducation — parce que pendant qu'ils font de l'éducation ils ne prescrivent pas, c'est plus économique. Dans les pays anglo-saxons ils ont dix ou quinze ans de recul, on sait qu'on apporte quelque chose, à la fois en coût de santé et à la fois en amélioration, qualité de vie, diminution des complications... C'est prouvé par des études, des études sérieuses, médicales.

Dr Jean-Pierre DUFLOT — Je voulais dire, en tant que médecin — mais je ne m'occupe pas du tout ni de pédiatrie ni de pneumologie —, qu'il y a un problème, actuellement, en médecine, c'est celui des « références opposables » qui font que l'on doit soigner une maladie de telle manière, classique, standard, et que évidemment les marionnettes, là-dedans, ça arrive comme un cheveu sur

la soupe pour la Sécurité sociale, pour les médecins de la Sécurité sociale, pour les administratifs, pour les gens sortis de l'École nationale de la Santé de Rennes pour qui les marionnettes c'est vraiment de la plaisanterie. Alors le problème c'est de faire accepter aux chefs de services, effectivement, la nécessité, de le faire savoir aux médecins-conseils de la Sécurité sociale, aux médecins-inspecteurs de la DASS, et aussi peut-être de façon moins hiérarchisée aux infirmiers généraux des hôpitaux, parce qu'ils ont actuellement un pouvoir énorme sur le plan de la formation du personnel et souvent ils ignorent totalement ces possibilités. Alors je crois que c'est à nous, médecins, mais aussi à tous les pratiquants de faire savoir qu'il y a un intérêt à la fois thérapeutique mais aussi prophylactique, on pourrait dire.

Colette DUFLOT — Oui ! C'est un problème en cascades : ce n'est pas seulement le problème de la marionnette, c'est déjà la nécessité d'une *formation du patient* qui fait problème, qui n'est pas reconnue. Et je dis, très vite, que je trouve absolument remarquable qu'au moment où on s'aperçoit, dans les hôpitaux généraux, que le malade n'est pas seulement un corps, qu'on le sort du « passif » — le « soigné », participe passé passif, le « patient », celui qui subit, celui qui est passif —, quand on veut le faire participer, le rendre actif, lui restituer quelque chose que l'on peut appeler aussi sa « qualité de sujet », eh bien ! là, justement, on tombe sur la marionnette comme « pont communicationnel ». (*Vers Jacqueline Iguenane*) Vous l'avez dit, comme le disait ce matin le Dr Jaime Rojas-Bermúdez, c'est assez parlant de voir les qualités que vous trouvez à cet outil, à cet « instrument »... (*réactions : un instrument, c'est noble*).

Jacqueline IGUENANE — C'est certain, introduire ce type d'activité à l'hôpital est difficile. C'est pourquoi, il est préférable bien souvent de former les soignants eux-mêmes et cela fonctionne malgré les difficultés de reconnaissance autour de l'éducation dont vous à parlé le docteur Yves Swartebroeckx.

Madeleine LIONS — Et ce qui est remarquable aussi, c'est de voir combien l'équipe soignante *change* après avoir... Je pense surtout à une équipe composée dans un hôpital en province, où quand ils sont arrivés, ils n'étaient pas du tout d'accord, et ils sont partis avec une reconnaissance de l'autre qui avait complètement changé, en leur disant « On peut travailler ensemble », alors qu'avant ils travaillaient avec un enfant, mais chacun séparément et sans communication.

Jacqueline IGUENANE — C'est tout à fait ce que vous dites, Madeleine, les soignants développent entre eux des relations différentes, ils découvrent leur complémentarité et en conséquence, tout peut se « jouer » ensemble.

Madeleine LIONS — Et ils acceptent le partage avec l'autre de la pathologie de l'enfant.

Colette DUFLOT — Est-ce qu'il y a d'autres questions ?

Dr Yves SWARTEBROECKX — Je dirai encore une chose. C'est par rapport aux médecins. Il faut que les centres pilotes puissent tenir. Ce n'est pas évident, parce que depuis qu'on a commencé, les administratifs constatent une chute des consultations par rapport à Untel qui avait tant de vacations, etc. Parce quand vous faites de l'éducation, vous voyez moins de patients. Il faut qu'on puisse tenir pour justement qu'il y ait des retombées à plus long terme.

→ **Intervenante dans la salle (très mauvaise audition)** — Il existe des services dont les personnes sont chargées de la qualité de vie de tous les jours pour les enfants hospitalisés. Ces personnes-là ont peu de communication avec les médecins. (Suit une question sur le blocage de l'introduction de la marionnette dans un service).

Jacqueline IGUENANE — L'activité du secteur hospitalier se développe autour de projets de direction ou de projets de service. Si les innovations proposées ne s'intègrent pas dans ces projets, elles sont plus difficiles à introduire.

Colette DUFLOT — Oui ! On parle de toutes les barrières pratiques. Je voudrais juste évoquer une autre barrière, qui n'est peut-être pas d'ordre concret et pratique : pourquoi pas les adolescents ? Je vous pose cette question parce que nous sommes quand même là un certain nombre qui travaillons avec des marionnettes auprès d'adultes, d'adolescents aussi, et ça marche !

D^r Yves SWARTEBROECKX — Mais, d'une manière très pratique, cela marche comment ? C'est l'adolescent qui va utiliser la marionnette pour faire un spectacle ou c'est le soignant qui utilise la marionnette par rapport à l'adolescent ?

Colette DUFLOT — C'est-à-dire que, très souvent, c'est l'adolescent qui est sollicité et qui va lui-même faire quelque chose qui ne va pas être un spectacle, mais une mise en scène, une sorte de jeu de rôle.

D^r Yves SWARTEBROECKX — Mais là on tombe dans l'individuel. C'est un adolescent qui va...

Interventions diverses — Ça peut être un groupe.

Colette DUFLOT — Ça peut être un groupe.

Jacqueline IGUENANE — Avant de venir, j'ai recensé un peu les pratiques qui pouvaient se faire. Dans certains services hospitaliers, comme par exemple Purpan à Toulouse — (vers Madeleine Lions) vous connaissez bien les professionnels qui y travaillent pour les avoir formés — travaillent beaucoup avec les adolescents, leur font préparer les spectacles, les font participer à la construction et ensuite soit ils organisent les spectacles, ils présentent les plus jeunes enfants à des parents, ou ils aident les soignants à la construction et à la mise en scène des petits. Ils sont un peu « tuteurs » des petits. C'est un système de tutorat. Il y a quelques expériences comme ça dans le domaine de l'éducation avec les adolescents.

Madeleine LIONS — Et ils se sont aperçus qu'il y avait une meilleure évaluation des connaissances du diabète par exemple.

Jacqueline IGUENANE — De surcroît, l'adolescent face à cette tâche, est obligé, par crainte de faire des erreurs, de revoir ses connaissances, cela le responsabilise.

Colette DUFLOT — La marionnette on pense toujours que c'est pour les enfants, mais quand on y touche de près, on s'aperçoit qu'elle a le même pouvoir sur les plus grands et sur les adultes.

Pascal LE MALÉFAN — Mais Colette, quand même cette question de l'adolescence et de la marionnette est intéressante, complexe et assez difficile. Il ne me semble pas que ce soit aussi évident que ça. D'ailleurs dans un colloque

où tu as participé et qui a été publié^(*), cette question est venue à l'ordre du jour, lors de la table ronde. Certains faisaient remarquer que l'on pouvait faire de la marionnette très facilement avec des enfants jusqu'à l'âge de latence — vous avez dit jusqu'à 10 ans — et puis qu'après cela devenait beaucoup plus difficile. Et, en revanche, on pouvait réintroduire la marionnette plus facilement un peu plus tard, comme si, en effet, la période d'adolescence posait des problèmes spécifiques vis-à-vis de la marionnette. Je crois qu'il y a quelque chose à approfondir là-dedans et il me semble que la réponse est d'ordre plus structural. Il y a quelque chose dans le processus de l'adolescence qui vient en opposition structurale à ce qu'est la marionnette, mais en même temps il y a certainement des possibilités de travailler avec, mais ce n'est pas simple.

Je voudrais ajouter une autre chose par rapport à votre expérience. Il se trouve qu'un des marionnettistes français très connus du XIX^e siècle, Lemer cier de Neuville, a eu la révélation de sa vocation de marionnettiste en s'occupant de son enfant malade des poumons. Alors, qu'est-ce qu'il a fait ? Il le raconte dans ses Mémoires d'une manière poignante — ça se passe dans les années 1870^(**). Lemer cier de Neuville était alors journaliste mais sans travail. Il se sentait vraiment déprimé et se demandait comment il allait pouvoir se donner un nom pour assumer son rôle de père, surtout vis-à-vis de ce petit garçon de 5 ans 1/2 qui avait tant besoin de lui. Et, raconte-t-il, en le regardant dormir péniblement assailli par la fièvre, lui vint l'idée de fabriquer une marionnette articulée à partir de personnages découpés dans des gazettes et de restes de jouets cassés. Au réveil, l'enfant fut enjoué par la marionnette et manifesta son amour à son père, ce qui donna instantanément une nouvelle impulsion à sa vie et l'orienta vers la profession de marionnettiste.

Intervenante dans la salle — (sur la vocation de l'IPCCEM).

Jacqueline IGUENANE — L'IPCCEM, s'adresse à des personnels soignants du secteur hospitalier. Notre objectif est de les aider à organiser, structurer l'éducation des patients atteints de maladies de longue durée. C'est à dire, à élaborer des programmes de formation, proposer des méthodes d'apprentissage adaptées, établir des contrats d'éducation avec les patients, définir une stratégie d'évaluation et enfin organiser le suivi éducatif des patients.

Intervenante dans la salle — (inaudible)

Jacqueline IGUENANE — Nous proposons des formations sur l'ensemble du territoire français selon deux modalités.

Nous diffusons un catalogue IPCCEM qui présente l'ensemble des formations que nous proposons à partir duquel les professionnels intéressés s'inscrivent à nos séminaires.

Nous répondons à des demandes émanant de services désireux de former à l'éducation du patient l'ensemble d'une équipe. Dans ce cas, les formations se déroulent « sur site » et les programmes sont élaborés en fonction des préoccupations des équipes. De courte durée il s'agit davantage d'une sensibilisation.

Enfin, ces formations sont prises en charge financièrement par les services de formation continue.

Par exemple, avec Madeleine Lions nous avons formé une équipe entière de soignants sur « le jeu et la marionnette ». Deux années après cette expérience,

(*) Marionnettes, Études théâtrales, 6/94, en particulier p. 40-47.

(**) L. Lemer cier de Neuville, Théâtre des Pupazzi, Lyon, 1876.

nous y sommes retournés, à leur demande, afin de travailler à nouveau l'utilisation de la marionnette dans le but de leur faire acquérir une aisance plus grande pour son utilisation dans l'éducation. C'est vrai, travailler avec la marionnette c'est difficile, il faut oser se montrer autrement...

D^r Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — J'ai deux questions à poser et un commentaire par la suite.

La première question : est-ce que les enfants asthmatiques et les enfants diabétiques font les mêmes genres de marionnettes ? Et est-ce qu'il y a une différence dans la façon de les utiliser ?

Jacqueline IGUENANE — Nous n'avons pas de réponse à cette question, c'est un point qu'il serait intéressant d'étudier.

Graciela BERMÚDEZ — Mais est-ce que les enfants fabriquent les marionnettes ?

Jacqueline IGUENANE — Dans certains services, les marionnettes sont fabriquées par les enfants, mais c'est encore récent, les pratiques dans ce domaine sont assez peu connues. Parfois, les adolescents sont sollicités pour la fabrication des marionnettes, ce qui me semble être le cas, par exemple dans un service hospitalier de Toulouse.

Graciela BERMÚDEZ — Il serait intéressant de connaître la différence entre la marionnette créée par les diabétiques et celles créées par les asthmatiques.

D^r Yves SWARTEBROECKX — Ce n'est pas dans la marionnette, mais nous, ce qu'on demande aux enfants, dans le cadre de la journée, c'est de dessiner sur l'asthme. Là, ce serait intéressant de confronter les dessins d'enfants asthmatiques et d'enfants diabétiques. On pourrait déjà voir.

D^r Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — Nous avons travaillé avec des adolescents drogués et là on voit bien qu'il y a deux façons de représenter les marionnettes, au sein du même groupe, selon qu'ils sont socialisés ou non. En fait, dans la construction de marionnettes, on voit vraiment la représentation de la personnalité.

Maintenant un commentaire à propos de la profession de médecin. Je pense que c'est l'une des professions les plus difficiles et les plus « carrées » (*rîres*). J'ai commencé à travailler dans un hôpital d'enfants et les premiers qui ont accepté ma façon de travailler, au vu des résultats (importante diminution des suites opératoires), ont été les chirurgiens. Bien qu'on aurait pu penser le contraire.

D^r Yves SWARTEBROECKX — J'ai travaillé pendant ma formation dans un service de cardiologie pédiatrique, et très tôt le cardiologue-pédiatre avait besoin de moyens de représentation pour préparer à l'intervention cardiaque, qui est affolante aussi bien pour les parents que pour les enfants. Les cardiologues-pédiatres travaillent déjà depuis longtemps dans la représentation.

Madeleine LIONS — À Marseille il y a un petit ours qui a été fabriqué où il y a à l'intérieur un cœur qui fonctionne et disfonctionne.

Graciela BERMÚDEZ — Et le changement de rôle est important. Que l'enfant puisse jouer son propre rôle et celui du médecin (ou du chirurgien dans le cas d'une opération annoncée), en premier lieu à travers les marionnettes et puis directement (jeu de rôle), tout ce qu'il pense qu'il va souffrir au cours du

traitement ou de l'intervention, les fantasmes destructifs émergent spontanément.

D^r Yves SWARTEBROECKX— Le changement de rôle, on l'utilise en cours d'éducation, on l'utilise assez souvent : « *Tu es le docteur...* » On met en situation.

Graciela ROJAS-BERMÚDEZ— Ce qui est intéressant, c'est la marionnette de l'asthme qui représente...

Colette DUFLOT— Qui représente la maladie

D^r Yves SWARTEBROECKX— Ça je peux très bien l'imaginer maintenant avec les prochains groupes.

Colette DUFLOT— À cet égard, je rappellerai que dans le bulletin "Marionnette et Thérapie", nous disposons d'articles qui remontent à une bonne dizaine d'années maintenant, qui ont été écrits par Susan Linn qui travaillait aux États-Unis, dans un service où l'on faisait des greffes de moelle osseuse. Dans ce service-là, la marionnettiste faisait vraiment partie de l'équipe et Susan Linn a été tellement secouée par l'expérience (elle avait été recrutée en tant que marionnettiste-ventriloque) qu'à force de participer au travail des équipes soignantes pour « préparer » les enfants aux interventions, elle a senti, et les autres autour d'elle, la nécessité d'une formation spécialisée. Elle est devenue docteur en psychologie : il a fallu qu'elle se forme en psychologie aussi, en disant : « Je ne peux pas *seulement* faire de la marionnette ».

D^r Jaime ROJAS-BERMÚDEZ— Une dernière chose. Avant, je pensais que les gens rejetaient la marionnette parce qu'elle représentait le monde de l'enfant. Et ensuite on arrive à la conclusion que finalement la marionnette fait peur à l'adulte.

D^r Yves SWARTEBROECKX— J'en discutais avec Madeleine Lions, en France, il y a un artiste, Philippe Genty, qui fait des spectacles absolument époustouflants en utilisant la marionnette et le mime, et c'est vrai qu'il passe de l'humour à l'angoisse par la marionnette. La marionnette est quelque chose qui peut être très angoissant.

Colette DUFLOT— Je vais être obligée, la mort dans l'âme, d'interrompre cette discussion pour proposer une petite pause (8 minutes).

* * * * *

Page suivante : un glossaire établi par Mme Jacqueline Iguenane



Glossaire

Apprentissage : processus d'acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire, d'un savoir-être produisant un changement de comportement.

Compétence : capacité requise pour assumer une fonction, un acte. La compétence est liée à l'action, au savoir-faire.

Contrat d'éducation : accord entre le patient et l'équipe soignante sur les objectifs que doit atteindre le patient au terme de sa formation.

Débitmètre de pointe (en anglais *Peak-flow meter*) : petit appareil destiné à mesurer le débit expiratoire de pointe (DEP) utilisé dans l'asthme et l'insuffisance respiratoire (mesure du souffle). En soufflant dans l'embout, le sujet déplace un curseur le long d'une échelle graduée.

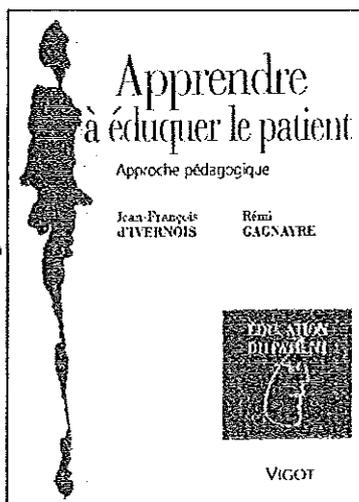
Observance thérapeutique : respect des prescriptions médicales par le patient.

Ces définitions sont extraites des ouvrages suivants :

R. Gagnayre, J.F. d'Ivernois, *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*, Paris, éd. Vigot, Coll. Éducation du patient, 1995, 189 p.

Le grand Garnier, Dictionnaire des termes de médecine, Paris, éd. Maloine, 1995, 24^e éd., 1095 p.

Carnet de santé de l'asthmatique, Paris, éd. Lab. BYK, 1992, 48 p.



Samedi 1^{er} juin 1996,
l'après-midi

Colette DUFLOT — Nous allons écouter maintenant Pascal Le Maléfan.

Pascal Le Maléfan est psychologue à Rouen, il est chargé de cours à l'université et pratique la marionnette déjà depuis de nombreuses années.

Pascal LE MALÉFAN

Clinique du dispositif marionnettique Une scène pour l'Autre

Merci, Colette, pour cette présentation. Je pratique effectivement la marionnette depuis un certain temps, et d'ailleurs tout ce que je vais dire là est en lien avec la clinique qui est la mienne, à savoir une intervention dans un secteur de pédo-psychiatrie et, précisément, en ce qui concerne la marionnette, dans un hôpital de jour et dans un CMP où je l'utilise.

Alors, par rapport aux interventions précédentes, je vais un peu théoriser et j'espère que cela ne va pas être trop du jargon. Il me semble qu'un certain nombre de points qui ont été évoqués peuvent peut-être se ré-éclairer par une conceptualisation. Mais toujours pour revenir à la clinique, et parce qu'on part également de la clinique.

L'argument que j'ai proposé et qui est reproduit dans le petit papier que vous avez, vise à interroger le savoir des marionnettistes. Voilà l'idée d'où je suis parti : il y aurait un savoir des marionnettistes que nous, thérapeutes utilisant la marionnette, pourrions utiliser, dont nous pourrions être bénéficiaires. Voilà l'hypothèse que j'ai posée. Je disais également dans cet argument que ce savoir a certainement un rapport au regard, et on a beaucoup parlé déjà du regard. Il est indubitable en effet que la marionnette a à voir avec le regard ; le tout est de savoir comment et de quelle façon.

Quand je me suis mis à travailler cette question, il y a quelques mois, je me suis vite rendu compte du côté présomptueux d'une telle entreprise ! Comment pourrait-on totaliser un savoir, en l'occurrence celui des marionnettistes ? Qui plus est, comment pourrait-on dire quelque chose de ce savoir en étant *extérieur* au milieu même des marionnettistes ? Ne doit-on pas d'abord avoir épousé cette place de montreur, avec toutes ses dimensions, pour éventuellement en dire quelque chose et en transmettre un savoir ? Assurément il y a là un rapport avec le savoir et la démarche psychanalytiques : on ne peut témoigner que de ce que soi-même on a pu rencontrer dans sa propre cure. Posons donc la nécessité minimale d'une *initiation* à la marionnette pour produire un quelconque savoir sur elle.

Mais n'y a-t-il pas là un véritable programme, un programme de formation justement, qu'il est opportun d'évoquer puisque l'association "Marionnette et Thérapie" se donne pour objectif la formation à une pratique

thérapeutique avec la marionnette ? Comment comprendre autrement l'exigence du stage de fabrication et de jeu qui constitue la première étape du cursus proposé ? Sans cette confrontation dans la réalité avec l'objet-marionnette, une vraie formation serait-elle possible ?

Cela dit, il me semble que lors de ce stage et par la suite dans les différents cadres où nous pouvons utiliser la marionnette, il ne s'agit pas tant d'une rencontre que de retrouvailles. De la marionnette et de son dispositif, nous en savons quelque chose, tous et de façons très diverses. Dans le choix d'un tel média n'y aurait-il pas d'ailleurs un essai toujours recommencé de subjectivation du rapport fondamental à cet objet-qui-n'en-est-pas-un ?

Mais il existe une autre limitation au projet de départ de ce travail qui concerne le cœur même du sujet abordé. Peut-on facilement définir une *essence* de la marionnette, en tirer une signification ultime, et par conséquent établir formellement les paramètres du champ marionnettique ? Roger-Daniel Bensky, dont je salue au passage la richesse et la rigueur du travail — c'est un littéraire américain qui a publié deux thèses dans les années 60 sur la marionnette, — a répondu par la négative à une telle question. « À supposer même, écrit-il, que l'on puisse réunir dans une seule étude des *témoignages* de tous les grands marionnettistes francophones, depuis les temps les plus reculés jusqu'à l'ère moderne (projet hypothétique et impossible par définition, précise-t-il), et que ces éléments présentent des caractéristiques concordantes, **on ne serait toujours pas en droit d'établir, sur cette base, le principe d'une essence de la marionnette.** » (c'est moi qui souligne)⁽¹⁾. Néanmoins, le même auteur, dans un ouvrage ultérieur, s'attache à définir les structures et la symbolique de la marionnette, à partir justement de témoignages de marionnettistes. Mais il précise bien qu'il s'agit là d'hypothèses de travail qui n'épuisent pas le phénomène.

Loin de paraître un obstacle, de telles limitations soulignent au contraire une voie à suivre lorsqu'on s'intéresse à la marionnette. Le manque ne lui est en nullement étranger ; peut-être s'agit-il avec elle d'en donner un aperçu, une image ? De ne pas saisir sa signification fondamentale participe de sa structure ; elle déjoue le savoir là où il pensait aboutir. Autrement dit, il n'y a pas de signifié de la marionnette que l'on pourrait comptabiliser et limiter, mais bien une signification qui glisse sur une chaîne pour produire des effets de sens propres à chaque sujet et à chaque époque et culture. De sorte qu'aucune symbolique n'est possible et surtout aucune interprétation *a priori* de son sens ou sa fonction en dehors du discours tenu sur elle. Aussi peut-on être surpris par les conclusions proposées par Annie Gilles en 1982 dans son travail (là aussi c'est une thèse littéraire, mais faite à partir d'une expérience d'enseignante en maternelle) — au demeurant très stimulant et pour lequel on doit également reconnaître une dette — lorsqu'elle écrit : « Ainsi, quelles que soient sa technique et sa morphologie, la marionnette peut signifier le phallus et le spectacle son exhibition. »

Elle poursuit : « Dans cette perspective, le phénomène de la manipulation prend aisément la valeur d'un substitut masturbatoire. Le castelet préserve l'incognito [...] du montreur »⁽²⁾. Et elle continue : « Les réticences de certains contemporains à l'égard du spectacle de marionnettes s'expliquent probablement

(1) Roger-Daniel Bensky, *Structures textuelles de la marionnette de langue française*, Nizet, Paris, 1969, p. 9.

(2) Annie Gilles, *Le jeu de la marionnette. L'objet intermédiaire et son métathéâtre*, P.U. Nancy, 1982, p. 132.

assez souvent par une même intuition de sa signification latente, alors considérée comme honteuse et dangereuse. »⁽³⁾

Ce type de réflexion appelle plusieurs critiques. D'abord elle me semble fondée sur un malentendu, celui qui fait du phallus un signifié, signifié que l'on montre et qui, comme l'écrit Annie Gilles, « connote davantage le masculin que le féminin »⁽⁴⁾. Autrement dit une telle conception du phallus le met du côté de l'objet dont la marionnette représenterait un substitut possible. Or pour Lacan, à la suite de Freud, le phallus est un signifiant, ce qui le différencie radicalement du pénis d'une part et, d'autre part, l'assimile à une fonction, celle d'ordonner la différence des sexes⁽⁵⁾. D'être corrélé au manque et au désir lui donne en effet le rôle, aussi bien pour l'homme que pour la femme, de régler la question de l'avoir et de l'être. De la régler, non de la résoudre, la dimension imaginaire du phallus, propre à recouvrir la castration, tendant toujours à revenir. La possession de beaux objets, l'accumulation de biens ou la démonstration de sa force peuvent tout à fait remplir cet office, et pourquoi pas le rapport à la marionnette ? Les tentatives d'évitement de la castration et du manque sont infinies ! J'en donnerai un exemple tout à l'heure à propos de la thérapie d'un enfant.

Pour autant la question du phallus et de la sexualité n'est pas du tout étrangère à la problématique de la marionnette. Dans le Littré, à l'article « marotte », on trouve l'indication suivante : « Nom diminutif de Marie que le peuple donnait à Rouen aux jeunes filles avant qu'elles fassent entrée dans l'adolescence. » Comment mieux dire que l'accès à la sexualité dans la confrontation à l'Autre sexe qui est le propre de l'adolescence, passe par le don d'un objet-tenant-lieu, un semblant ?⁽⁶⁾ Par ailleurs, la parenté entre marionnette et fétiche indique une parenté de structure dans leur rapport au phallus. Et puis, s'est-on assez demandé pourquoi y a-t-il si peu de marionnettistes femmes ? D'être marionnettiste assurerait-il un mode particulier de l'avoir qui ferait ainsi réglage pour le sujet masculin ? Mais au prix tout de même d'un renoncement, d'une perte du côté de l'être : devenir marionnettiste c'est accepter le retrait propre à cette fonction. George Sand soulignait bien cet aspect en écrivant, à propos de l'activité de marionnettiste de son fils Maurice, que « l'operante (le manipulateur) dans son étroit *castello*, invisible, **supprimé pour ainsi dire**, a toute sa pensée parfaitement libre de préoccupation extérieure. »⁽⁷⁾ (c'est moi qui souligne).

Ajoutons que ce mode n'est pas non plus sans danger et que par conséquent il requiert un encadrement. Olenka Darkowska-Nidzgorski — qui est anthropologue — rappelle ainsi qu'en Afrique, outre le fait que le « marionnettiste est toujours de sexe masculin »⁽⁸⁾, il est interdit à la femme et

(3) Annie Gilles, *ibid.*, p. 133.

(4) Annie Gilles, *ibid.*, p. 130.

(5) On trouvera une telle conception du phallus dans la critique faite par Lacan de la théorie du symbolisme d'Ernest Jones (Cf. « À la mémoire d'Ernest Jones : Sur sa théorie du symbolisme (1959) », *Écrits*, Seuil, 1966, p. 697-717).

À la fin de son texte, Lacan reprend l'exemple pris par Jones comme point de départ de son élaboration théorique : le symbolisme de Polichinelle (cf. « La théorie du symbolisme » (1916), in *Théorie et pratique de la psychanalyse*, Payot, 1969, p. 82-131). Notons au passage que Jones semble particulièrement informé sur l'histoire et la thématique de la marionnette.

(6) « Que la marotte ait une origine phallique, rien de plus probable. Elle descend du *phallus*, symbole de la fécondation, que l'on portait processionnellement dans les fêtes Dionysiaques et qui consistait, selon Suidas, en un long bâton de bois terminé par un priape en cuir. Au début du XVII^e siècle, on pouvait encore voir à Clermont, pendant les fêtes de fin d'année, des jeunes gens qui couraient dans les rues, masqués et déguisés en fols, armés de masses « farcies de paille ou de bourre en forme de *braïette*, frappant hommes et femmes », cité par Maurice Lever, *Le sceptre et la marotte. Histoire des Fous de cour*, Fayard, 1983, p. 56.

(7) *Le Théâtre des marionnettes de Nohant*, in « Œuvres complètes », La Pléiade, p. 1270.

(8) *Maître de la magie et des ombres: le marionnettiste africain*, Études théâtrales, 6/1994, p. 13.

aux enfants de regarder les marionnettes en dehors des spectacles sous peine de s'exposer à une maladie grave.⁽⁹⁾

Utiliser la marionnette met donc particulièrement en relation avec la mort, signifiant ultime celui-là, Maître-absolu selon Hegel repris par Lacan, qu'on ne peut approcher qu'à travers un voile et dont aucun savoir ne peut dire ce qu'elle est. La marionnette n'était-elle pas à l'origine associée aux rites funéraires et liée aux cultes des morts ? Jacques Chesnais, marionnettiste des années 50-60, rappelle quant à lui que « dans presque tous les théâtres de marionnettes, la mort joue un rôle très important. »⁽¹⁰⁾

Cette familiarité de la marionnette avec la mort n'est nullement surprenante et a été maintes fois soulignée. Il s'agit là de sa dimension spécifique. La marionnette n'est-elle pas battement entre vie et mort, représentation de la représentation ? Elle signifie la vie, mais tout autant le néant ; elle est être-là et absence ; avènement et disparition ; animation et inanimation.

Pour en revenir à Annie Gilles, concédons-lui qu'elle a fait évoluer son interprétation sémiologique de la marionnette. Dans un autre texte, elle met judicieusement en lumière, à propos du Wilhem Meister de Goethe, que l'intérêt pour les marionnettes chez un enfant à la période œdipienne peut être l'occasion d'élaborer la différence des sexes et aide à la symbolisation de la castration primaire. À l'instar de la marionnette, dit Annie Gilles, le sujet doit choir de sa place d'objet privilégié du désir de l'Autre en découvrant qu'il n'est pas tout pour lui et que quelque chose d'autre l'anime.

Or il y a une telle résonance entre la marionnette et l'Œdipe, la marionnette sied tellement bien à Œdipe écrit-elle⁽¹¹⁾, que « peut-être [...] ne convient-elle ni dans les cas de problématique autre qu'œdipienne ni dans les cas de drame œdipien particulièrement complexe. »

C'est là encore une position discutable, qui rejoint d'ailleurs un discours tenu dans le champ thérapeutique à propos de l'utilisation des marionnettes. Peut-on affirmer que les seules indications de la marionnette sont pour les cas où la structure névrotique est certaine ? Autrement dit la pratique de la marionnette relève-t-elle seulement d'un conflit entre pulsion et défense ? Certes non, et de nombreuses expériences nous ont montré le contraire, bien qu'il reste encore à préciser la direction du travail effectué avec le dispositif marionnettique auprès de patients psychotiques.

Raison de plus pour en venir maintenant à cette question du dispositif dans le théâtre de marionnettes.

Dispositif théâtral, dispositif marionnettique.

Le mot dispositif est employé dans des situations bien différentes : en droit et en diplomatie d'une part, en mécanique d'autre part. Cette dernière utilisation est d'ailleurs la plus courante et renvoie à l'idée d'un agencement mécanique propre à produire un effet attendu. Dispositif évoque ainsi une mise en ordre, un arrangement, une disposition spatiale. C'est à proprement parler une manoeuvre symbolique. Or lorsque le mot est appliqué au théâtre, il renvoie

(9) *Ibid.*

(10) *Histoire générale des marionnettes*, Bordas, 1947.

(11) Annie Gilles, *Marionnettes, littérature et thérapie*, in « L'âme de la marionnette », revue Art et Thérapie, n° 44/45, 1992, p. 94.

immédiatement à l'idée d'illusion : le dispositif, d'ordre symbolique, est ce par quoi l'illusion, d'ordre imaginaire, est créée. Dès lors le spectateur a affaire à un balancement, un battement entre identification et distanciation propre au nouage du symbolique et de l'imaginaire dans le processus théâtral. Il s'agit toujours de l'illusion d'une illusion, d'une adhésion sans collage, d'une croyance sans délire. Mais le battement peut-être si rapide, qu'illusion et distance peuvent se confondre un bref instant, pour se rétablir ensuite. C'est sans doute-là le plaisir du théâtre, son bénéfique supplémentaire. Le spectateur accepte de s'exposer à la surprise de l'émotion car il a l'assurance symbolique qu'elle concerne un autre. Ainsi le dispositif théâtral est-il apte à produire de la division chez le spectateur, mais en lui octroyant un supplément d'être dans la rencontre identificatoire avec le personnage.

Cette division ou ce recouvrement entre personnalité et personnage concerne également l'acteur. C'est ici que le concept brechtien de *distanciation* évoqué plus haut mérite une attention particulière, et pas seulement parce qu'il y est fait grand cas dans le monde de la marionnette. Pour Brecht le travail de distance est une technique destinée à rappeler au spectateur et à l'acteur qu'il s'agit de montrer, qu'il n'y a pas d'identification possible car on reste avant tout un artiste avec une personnalité déterminée, en train d'exercer son art, et un spectateur qui doit toujours pouvoir adopter une attitude critique. En fait, cette technique de la distance (insistance sur la fable épique, exhibition du *gestus* social, travail de la distance par le jeu objectivé, etc.) excède largement la théorie et la pratique de Brecht, et sans doute y a-t-il une part de distance dans toute bonne mise en scène. Mais on ne manquera pas, à propos des marionnettes et de leur théâtre, d'être vivement intéressés par le concept inventé par Brecht pour qualifier ce processus, celui d'*étrangification* ou « *Verfremdungseffekt* ». Sa résonance avec celui d'*inquiétante étrangeté* est frappante. La marionnette ne serait-elle pas plus que tout autre élément théâtral à la croisée de l'étrangification et de l'inquiétante étrangeté ? Mais encore faut-il se demander pourquoi, ce qui revient somme toute à s'interroger sur le dispositif marionnettique lui-même.

Qu'est-ce qu'un dispositif marionnettique ? On pourrait résumer les choses à l'extrême, qui paraîtra sans doute tautologique à certains mais évite d'entrer trop avant dans les débats actuels sur le théâtre de marionnettes : *il existe un dispositif marionnettique dans la mesure où celui-ci produit une marionnette*. Quelque soit ce qu'on lit ou entend sur les marionnettes, on retrouve à peu près cette idée simple qui semble sans cesse devoir être rappelée.

Cette question est par exemple au coeur de la polémique sur le jeu à vue ou le jeu caché, la présence ou l'absence du marionnettiste. Les puristes ou classiques affirment qu'il n'y a de véritable théâtre de marionnettes qu'avec l'effacement réel du manipulateur. De leur côté, les modernes ou progressistes veulent briser l'anonymat, se faire manipulacteurs. Or, au-delà de l'affrontement entre classiques et modernes, certains soulignent que le dilemme est déjà dépassé puisqu'on assiste à une dissolution du genre « théâtre de marionnettes » au profit d'un « théâtre avec marionnettes »⁽¹²⁾. Ce qui est tout à fait autre chose. Pour d'autres, enfin, ce dilemme se résorbe « quand la qualité artistique est d'un haut niveau [car] c'est cela qui détermine le mode de présence du manipulateur ».⁽¹³⁾

(12) Cf. l'article de Valentin Silvestru : « *Mon semblable, mon frère I* », Puck, n° 5, p. 90-93.

(13) *Ibid.*, p. 90.

Autrement dit la définition du dispositif marionnettique se déduit des conditions requises pour métamorphoser un objet en une marionnette ou, pour reprendre une expression d'Henryk Jurkowski modifiant celle de Claudel — qui a été rappelée ce matin par Ivan Darrault : la meilleure définition qu'il ait rencontrée jusqu'à présent de la marionnette est celle de Claudel, disant que c'est « une parole qui agit » (je n'ai pas encore repéré dans quel texte il disait ça parce qu'il y a de multiples textes concernant la marionnette) — en un **sujet agissant**⁽¹⁴⁾. Mais, dès lors que l'on accepte la notion d'un sujet pour qualifier la marionnette, c'est pour aussitôt, comme y invite Jurkowski, la rapporter à deux signes en même temps : la marionnette et l'animateur. Le dispositif marionnettique est en effet un espace de la dualité plus que du double, traversé d'une « gémellité inhérente » qui ne cesse de se manifester malgré les techniques d'illusion qui sont le savoir-faire du marionnettiste, son *secret* comme il était dit jadis. Car une marionnette reste toujours à distance ; elle est prolongement, non revêtement comme le masque ; elle est forme iconique, non imitation comme la poupée.

Marionnettiste et marionnette sont donc dans une distance obligée, qui pourrait constituer le réel de la marionnette, le point d'impossible qui fait limite. Sans lui on ne peut plus parler de marionnette. L'une des conséquences en est que la voix de la marionnette ne se rattache pas à son corps. Il s'agit d'une voix qui vient d'un ailleurs et reste quoiqu'on fasse en extériorité. De fait elle est **autre**, connotant une différence indépassable et constituant un des vecteurs principaux de la traduction de la réalité opérée avec la marionnette. Les marionnettistes mettaient ainsi une « pratique » dans leur bouche pour modifier leur voix.

Les mêmes remarques pourraient être faites à propos de la gestuelle de la marionnette. Son animation lui est transmise, prêtée ; sa source est ailleurs qu'en elle-même.

La marionnette tire ainsi sa spécificité d'être un lieu du manque : sans l'autre elle n'est rien. L'incomplétude la caractérise, comme le souligne Annie Gilles. Dès lors le dispositif marionnettique est l'espace-temps dans lequel et par lequel s'actualise ce manque à l'aide de moyens conventionnels d'illusion. C'est dire l'importance du scopique dans cette affaire.

Dispositif marionnettique et champ scopique.

Avec la marionnette le regard est partout: du côté du spectateur, du côté du marionnettiste, dans la marionnette. Une marionnette est d'abord un objet regardé et une marionnette sans regard est quelque chose d'inimaginable. Par contre il est tout à fait possible de rencontrer des marionnettes sans yeux. Autrement dit l'organe n'est pas ici essentiel à la fonction. Lors d'une séance d'un groupe-marionnettes en hôpital de jour pour enfants, ma collègue a fait apparaître un oiseau en utilisant un simple papier, et il était évident que cet oiseau regardait alors même que les yeux n'étaient pas indiqués.

La marionnette est par conséquent un moyen tout à fait clair de vérifier la schize, la séparation, de l'œil et du regard. Mais tout autant de l'élider. Une « bonne » marionnette est bien celle qui donne l'illusion du regard vrai. La technique de fabrication assure ainsi une transformation qui opère une jointure, un recouvrement entre l'œil et le regard. Denis Bordat, marionnettiste, écrit à ce

(14) *Le langage du théâtre de marionnettes contemporain*, Théâtre public, n° 34-35, 1980, p. 50.

propos : « Dire cependant que l'œil d'une marionnette n'est pas un œil véritable, ne signifie pas que n'importe quel bouton, n'importe quelle perle puisse être valable. Si, le personnage étant terminé, poursuit-il, quelqu'un peut s'étonner : "Tiens ! on lui a mis des boutons de faux col pour représenter les yeux", c'est que les boutons ne sont pas devenus des yeux et que la traduction que nous proposons n'est pas juste. »⁽¹⁵⁾

La marionnette a donc affaire avec ce que Lacan appelle la fonction de la **voyure**⁽¹⁶⁾ où se révèle la dimension du désir. Ceci nous surprendrait-il outre mesure ? N'est-ce pas là, au fond, ce que recèle le dispositif marionnettique ? Le désir y est présent, mais de manière voilée bien entendu. La marionnette ne serait-elle autre chose que ce qui lui donne corps ? un écran sur lequel viennent des représentations mais dont la fonction est de tromper l'œil au profit du regard ? Autrement dit la marionnette, comme les autres arts articulés au scopique : théâtre, peinture, sculpture, appelle une satisfaction, un apaisement lié à ce que Lacan, à propos de la peinture, nomme le *dompte-regard* et qu'il n'hésite pas, alors, à rapprocher de la sublimation freudienne. « Qu'est-ce qui nous séduit et nous satisfait dans le trompe-l'œil ? écrit-il. Quand est-ce qu'il nous captive et nous met en jubilation ? »⁽¹⁷⁾ C'est au moment où nous découvrons qu'il ne s'agit que d'un trompe-l'œil, répond-il. À cet instant le tableau se donne comme étant autre chose que ce qu'il se donnait. Le tableau est une promesse, qui convie à s'approcher, promesse d'une révélation sur l'au-delà du visible, sur ce que personne n'a jamais vu et qui va être dévoilé, mais qui ne prend sa valeur que d'être un leurre.

Mais de quelle satisfaction s'agit-il dans l'œuvre d'art, de quel charme aussi lorsqu'il s'agit d'un tableau ou d'une marionnette par exemple si l'on fait l'hypothèse que construire une marionnette, c'est réaliser une œuvre d'art ? Comment se produit une telle satisfaction ? Répondre à ces questions revient à s'orienter à partir d'une approche psychanalytique de l'art. Rappelons brièvement que Freud mettait en garde contre une réduction de l'œuvre d'art à un rêve ou une formation de l'inconscient. Dans toute création artistique, il y a quelque chose en plus, du fait d'ailleurs que l'œuvre est avant tout un produit, un objet partageable socialement. Lacan quant à lui a indiqué que la voie de la sublimation comportait un paradoxe : si cette voie est celle de la relation du signifiant et du réel, comment peut-elle procurer une satisfaction alors même que ces deux termes tendent à s'exclure ? Aussi, pour penser leur jointure, faut-il affecter le signifiant de propriétés nouvelles, celle de la lettre. Dès lors l'œuvre d'art est du côté du symptôme (rebaptisé *sinthome*) qui, lui, réussit à établir une corrélation du symbolique et du réel. L'artiste simule le symptôme, propose Lacan⁽¹⁸⁾, car il tente, vainement, inlassablement, de saisir, au-delà de l'apparence, quelque chose du réel... pour notre plus grande satisfaction pourrait-on ajouter.

Alors, à quelle saisie du réel répond la marionnette, et qui assure le plaisir qu'elle procure ?

La marionnette, entre *fascinatio* et *animatio*.

(15) *Marionnettes. Traditions et créations nouvelles*, éditions du Scarabée, 1983, p. 90.

(16) *Séminaire XI*, Seuil, 1973, p. 77.

(17) *Ibid.*, p. 102.

(18) J. Lacan. *Le Séminaire, le Sinthome*, Ornicar ?

Bensky proposait de comprendre ce plaisir à partir de la puissance hypnotique, suggestive de la marionnette, en ce qu'elle entraîne « une libération profonde de la pensée non-logique ». Pour Denis Bordat, ce plaisir provient du fait que la marionnette dédouble tout en permettant de jouir du dédoublement grâce au cadre symbolique des conventions. En quelque sorte le plaisir viendrait d'une « gymnastique du moi... inspirée par la puissance fascinatrice de l'image que propose la marionnette. »

Pour intéressantes que soient ces explications, elles ont l'inconvénient de renvoyer la marionnette à un univers plus ou moins occulte où les concepts manquent de précision. Que recouvre au juste l'idée d'une puissance fascinatrice ou hypnotique ? Cela dit, on peut noter qu'elle contient une version du rapport au regard et précisément au regard qui fixe et séduit. Marcel Temporal ne disait-il pas de la marionnette qu'elle est « un puissant moyen de fixation » ?⁽¹⁹⁾ Quel lien entretient-elle avec le *fascinum*, ce regard charmeur et ensorceleur, qui rappelle la fonction mortelle du regard chez le parlêtre ? L'universalité du thème du « mauvais œil » est là pour nous en donner un aperçu. Dans ce cas, le regard se fait puissance et provoque l'arrêt de la vie, du mouvement. L'être est réduit dans la captation, comme aspiré, figé, mortifié, « inhabité par soi-même » selon l'expression de Valéry.

En présence du regard fixe d'une marionnette, un effet de captation se produit, dans un bref instant de suprématie de l'imaginaire sur le symbolique. Objet pousse-à-la-fixité, elle réactive le moment d'emprise par l'image spéculaire ou l'image du semblable propre au fondement du moi. La fixité de ce regard devient un instant le mien, le temps de voir, et je m'en échappe pour retrouver ma mobilité, le temps de comprendre, pour, après-coup, me dire qu'il ne s'agissait que d'une marionnette, dans le temps pour conclure.

Si ce rétablissement survient, comme produit des trois temps logiques, c'est que la marionnette n'est pas un double en tant que le manque ne lui fait pas défaut : elle est foncièrement dissymétrie et altérité. Le plaisir qu'elle procure est certainement lié à ce statut : de n'être pas un double sécurise le sujet, celui qui manipule ou regarde. L'irruption du réel sous la forme du *double* au regard qui fixe et fige est recouvert par une *apparence*, un *semblant qui s'agite* et dont je n'oublie pas la distance avec moi. De l'étrangeté, je verse dans l'étrangification, au prix tout de même d'un reste : un point d'angoisse me signale le passage dont j'ai été le témoin et le lieu.

Il n'est donc pas hasardeux de penser que le plaisir procuré par la marionnette est de même structure que la jubilation en jeu dans l'assomption de l'image spéculaire. Plaisir double rappelons-le, car s'il s'agit bien dans l'assomption de l'image spéculaire par l'enfant, de la conquête du sentiment d'unité qui s'effectue par l'intermédiaire de l'autre auquel le moi s'aliène, entraînant une méconnaissance chronique, elle se conjoint au moment d'avènement du sujet dans le Un, où une symbolisation vient le représenter et tempérer la tension du rapport mortel au petit autre, toujours prêt à ravir la place. Bref, il s'agit d'une libération de l'image de l'autre, d'un barrage à son pouvoir de captation par la détermination du symbolique.

Les témoignages concernant la sujétion du marionnettiste par sa marionnette ressortissent à cette dialectique. Si la marionnette peut, le moment de la représentation, sembler agir pour elle-même comme un être autonome, comme le dit quelque part Gaston Baty, dominant le marionnettiste qui ne

(19) Cité par Bensky, *op. cit.*

reconnait plus que c'est lui qui la fait agir, c'est pour s'estomper dès que la nécessité d'illusion prend fin. Il y a bien là une dialectique entre prise et déprise qui renvoie en effet à ce qui se joue lors de l'assomption de l'image spéculaire : aliénation dans l'autre/séparation.

Mais s'arrêter là ne rend pas compte complètement de ce qui se joue dans la jubilation face au miroir, qui nous permettrait d'appréhender le rapport à une marionnette. Le regard qui fascine, qui fixe le sujet en le mortifiant peut s'articuler cette fois à la dimension du grand Autre et de son désir. Avant de s'être constitué comme sujet, chacun a d'abord été objet entendu, vu, regardé, parlé, et le demeurera. Un « ça me regarde » structure notre subjectivité et notre être. La marque d'un Autre qui nous voit et nous sait est à jamais présente, et le sujet peut vouer sa vie à satisfaire ce regard, à le faire jouir dans une position de marionnette.

Fondamentalement le sujet est un assujet, un être assujetti au désir de l'Autre. « L'enfant s'ébauche comme assujet, dit Lacan. C'est un assujet parce qu'il s'éprouve et se sent d'abord comme profondément assujetti au caprice de ce dont il dépend »⁽²⁰⁾.

De cette place il lui faudra être délogé, expulsé. Pour devenir sujet il devra être désassujetti en chutant de ce lieu privilégié où il a consenti à venir représenter l'objet qui manque à l'Autre, pour le satisfaire et non sans jouissance, au risque de sa mortification, de son figement.

Le charme — concernant l'enfant dans cette place fixée — sera rompu pourrait-on dire par l'interposition de la métaphore paternelle, pour autant qu'elle pourra s'introduire par une interdiction et donnera un sens au désir de l'Autre en l'orientant sur la question du Phallus symbolique.

De ce temps, tout ne sombre pas dans l'oubli. Dans le champ du sujet, la question de ce qu'il vaut pour l'Autre reste comme une énigme et se relance dès qu'il se confronte au champ scopique, autrement dit dès qu'il se sait exister dans le regard au champ de l'Autre, ce qui implique que même l'aveugle est concerné.

De ce qui précède on peut faire les propositions suivantes concernant le dispositif marionnettique.

1°) Celui-ci organise une suspension de la connaissance spéculaire et son rétablissement, l'imaginaire en jeu étant un imaginaire moïque. Lors du rétablissement, le réel entr'aperçu se recouvre et retrouve son habillage, ce qui est la fonction de l'imaginaire spéculaire dans sa relation au symbolique.

2°) Sachant que les arts visuels, comme il a déjà été précisé, sont là pour apprivoiser, dompter, apaiser ce regard dans l'Autre, le dispositif marionnettique apporterait une sédation symbolique au sujet. Il s'agit bien alors d'offrir une scène pour l'Autre en le transformant en un personnage et une forme construite autour d'un trou.⁽²¹⁾

Peut-être pourrions-nous ajouter que c'est d'être du côté de l'icône qui donne à la marionnette les propriétés d'une lettre et la rend apte à soutenir le désir du sujet en dépit des captations ? Sa fonction de suggestion plus que de représentation en atteste. La marionnette représente-t-elle un corps ? Brunella Eruli écrit à ce propos, dans la revue *Puck*, qu'il n'en est rien, ou plutôt qu'il

(20) *Les formations, de l'inconscient*, séminaire inédit, 1957-1958, leçon du 22-01-58.

(21) À suivre Ph. Julien, l'imaginaire en jeu ici n'est pas spéculaire ou narcissique, ni euclidien ; sa référence est topologique, « celle des surfaces qui s'engendrent à partir d'une structure de bord : bord d'un trou ». Cf. *Une promenade de Lacan dans la vallée de Gargaphié*, Analyse freudienne, n° 11, Automne 1995, p. 17-23, éditions l'Harmattan.

s'agit alors d'un paradoxe : « Par définition, dit-elle, le corps de la marionnette n'existe pas : à peine ébauché, il est une forme aux contours mal définis, qui reste invisible. Corps aux usages d'apparat, il se cache sous des robes qui se perdent dans le nulle part — ou dans l'avant toute chose — qu'est le trou du castelet... — ce lieu qui n'en est pas un. »⁽²²⁾

Cette présence à part de la marionnette dans cet *utopos* du castelet souligne ainsi la prégnance de l'image et de ses bords. En elle et par elle la signification laisse place à *l'aspect*, ce contour agité autour d'un trou.

Pour tenter d'illustrer cette question — le lien entre la marionnette et la lettre, plutôt que la représentation — je donnerai l'exemple clinique suivant même s'il ne se rapporte pas directement à la marionnette.

Une petite fille psychotique âgée de 6 ans, presque sans langage, est mise en présence dans une foire avec différents types de miroirs. L'un grossit, l'autre allonge, etc. Devant celui qui s'allonge elle recule, comme effrayée, alors qu'elle est captivée par celui qui la grossit, à tel point qu'elle se colle à l'image pour l'embrasser et la lécher, et qu'elle reviendra à plusieurs reprises devant cette image en faussant compagnie à ses soignants.

Le réel semble avoir ici été barré par une forme spécifique — qui a les traits de la mère de cette enfant — qui fonctionne comme signe iconique.

N'est-ce pas à propos de tels exemples et de la question de la lettre que l'on pourrait évoquer quelques conceptions actuelles sur l'originaire? Citons seulement les signifiants formels de Didier Anzieu, les signifiants de démarcation de Guy Rosolato ou encore les pictogrammes de Piera Aulagnier. La marionnette semble une opportunité pour reprendre ces recherches.

Dispositif marionnettique et cadre thérapeutique.

Lorsqu'on utilise la marionnette dans un but thérapeutique, on fait coexister des éléments du théâtre de marionnettes et *quelque chose en plus*. Ce quelque chose reste toujours difficile à définir et revient au fond à parler de cadre. Or avec la marionnette les cadres sont très divers et il n'y a pas de dispositif standard qui vaudrait dans n'importe quelle situation. De plus, la marionnette est bien souvent utilisée au sein d'un dispositif plus large qui ne repose en rien sur sa spécificité. J'en donnerai un aperçu tout à l'heure⁽²³⁾. Mais l'on peut préciser qu'un dispositif marionnettique à visée thérapeutique n'est rien sans la fiction qui le soutient, celle du transfert. Encore faut-il se demander dans quel type de transfert on évolue. Le transfert est partout, et le plus commun est le transfert imaginaire qui met en relation des moi ; c'est le registre de la communication ou de la relation qui peut tout à fait produire des effets thérapeutiques. Mais on peut avoir le souci de faire exister un transfert symbolique qui repose sur la différence absolue. Or rien ne le garantit *a priori* et c'est plutôt dans l'après-coup qu'on peut dire qu'il s'est effectué. Néanmoins un certain nombre de dispositions, matérielles et subjectives, peuvent être prises pour le favoriser. Le dispositif divan-fauteuil, en psychanalyse, en est le prototype.

(22) *Rupture d'échelle*, Puck, n° 4, 1991, p. 7.

(23) Dans l'ouvrage de M.-C. Laznik-Penot, *Vers la parole. Trois enfants autistes en psychanalyse*, L'Espace analytique, Denoël, 1995, on trouvera des pages très intéressantes sur l'introduction d'une marionnette dans une cure d'enfant autiste (p. 104-105 et p. 119-122).

Un dispositif marionnettique à visée thérapeutique est donc un dispositif sous transfert pour produire de la représentation, *et la question est bien de passer de la mise en scène à la mise en acte*. C'est à être encadré par le transfert qu'un repérage est possible ainsi qu'une élaboration. Ce qui sera montré prendra son sens d'être vu par celui auquel il est fait une supposition de savoir. De sorte que le premier transfert rencontré dans un tel dispositif est celui qui subordonne le scopique au savoir.

Mais il est évident que le travail thérapeutique ne se fera pas de la même façon avec des patients de structures différentes. Il est impératif de savoir à quel Autre le sujet a à faire, ce qui déterminera la position dans le transfert.

Pour illustrer cette question et pour finir je donnerai deux exemples cliniques, l'un concernant un enfant névrosé, l'autre un enfant psychotique.

- *Patrick* est un petit garçon de 6 ans quand je le rencontre pour la première fois accompagné par sa mère. Celle-ci vient sur les conseils de l'institutrice qui trouve que Patrick est trop sérieux, qu'il ne joue pas assez et qu'il ne s'intéresse pas suffisamment aux apprentissages. La mère de Patrick est d'accord avec ce constat et renchérit en me disant que ce n'est pas d'aujourd'hui que ces problèmes existent. Elle explique les choses en énonçant qu'entre Patrick et son père les relations sont désastreuses ; il serait trop exigeant avec lui, se comportant en fait plus comme un grand frère sévère que comme un père, reproduisant ainsi la situation qu'il a lui-même connue dans sa jeunesse à l'égard de ses frères lors du départ de son père.

Quant à elle et aux relations avec son fils, elle reconnaît en avoir assez de ses attitudes de bébé mais en même temps dit apprécier qu'il reste dans ses jupes.

Schématiquement on peut repérer deux temps dans la psychothérapie de Patrick (qui se poursuit encore). Un premier temps, pendant les trois premiers mois environ, où il escamotait la question de la castration : tout lui était prétexte à démontrer sa supériorité et à éviter le manque. De n'être pas castré maintenait une non-reconnaissance du manque dans l'Autre. Mais j'avais remarqué qu'il opérait assez souvent une répartition entre les objets : ceux auxquels il ne manquait rien et ceux qui étaient cassés ou abîmés. Parmi ces objets se retrouvaient des marionnettes. Certaines se voyaient donc systématiquement rejetées du fait de leur état.

Or vint un second moment où ce qui était abîmé était susceptible d'une réparation. Une marionnette représentant une petite fille fut ainsi « réparée » : elle avait une ouverture en plein milieu de son habit que Patrick colmata avec de la pâte à modeler. À propos de cette réparation, il dit la chose suivante : « Elle avait un trou, je l'ai rebouché. »

Il y a ici un acte qui touche au réel de la différence des sexes : le monde se peuple d'êtres qui ont quelque chose et d'autres êtres auxquels il manque quelque chose. Mais cet acte n'est une construction que dans la mesure où il est adressé et se réalise sous le regard. La marionnette, objet lié au manque, sert d'appui à cette construction soutenue par une parole adressée. C'est en elle que ce réel a pu émerger, à distance et grâce à une méconnaissance moïque ici déjouée.

(Le cas cité ci-après ne l'a pas été lors de la Journée, faute de temps).

• *Gisèle*, petite fille de 9 ans, a un rapport tout à fait différent à l'Autre. Cet Autre s'impose à elle dans des hallucinations, mais tout aussi bien il peut la laisser en plan et c'est l'effondrement. Gisèle est à sa merci sans grande possibilité de s'y soustraire.

Au sein du groupe-marionnettes de l'hôpital de jour elle confectionne une marionnette-fille qu'elle nomme Mathilde. Au début elle en oubliait le nom à chaque séance et semblait peu attachée à elle. Mais peu à peu cette marionnette a pris de l'étoffe subjective pourrait-on dire et Gisèle s'est mise à la faire parler derrière le castelet. Un personnage tenait sa place qui se laissait de moins en moins imposer ses répliques par les autres et pouvait parler en son nom.

Fabriquer une marionnette a consisté pour Gisèle à faire du Un là où il n'y avait que de la fusion, cet objet-reflet venant donner une consistance moïque soutenue par une nomination. Faute de prendre appui sur la métaphore paternelle pour mettre à distance la jouissance de l'Autre, elle a consenti à l'offre qui lui a été faite de construire un cadre à cette jouissance. Mais ce qui a valu pour elle ne peut pas convenir à tout psychotique dans sa tâche d'élaboration d'un cadre pour la jouissance. Aucune prescription n'est de mise qui renverrait à une éthique du bien. C'est plutôt à soutenir ce dans quoi le sujet s'engage qu'il convient de s'orienter.

(Applaudissements)

très dense **Colette DUFLOT** — Merci, Pascal, pour une communication très dense dans laquelle, moi, je verrai bien la matrice d'un livre pour l'usage thérapeutique de la marionnette, parce qu'elle est à la fois présente et très complète. Il n'y a pas mal de chapitres qui s'articulent les uns avec les autres : il faut continuer à travailler là-dessus.

Est-ce qu'il y a quelques questions ?

Intervenante dans la salle — Il aurait été intéressant, maintenant qu'on vous a écouté, d'avoir le texte, pour le travailler. Ce que vous avez dit est tellement dense...

Les textes de la Journée vont être publiés. Ils sont actuellement en souscription.

Pascal LE MALÉFAN — C'est dans ce sens-là que j'ai travaillé : pour que ça provoque un questionnement...

➤ **Madeleine LIONS** — Moi, j'ai été ~~suis~~ ravie par rapport à l'« inquiétante étrangeté » de Freud dont on parle toujours, de trouver ce terme, que je ne connaissais pas, et qui me ravit, d'« étranquification ». C'est quelque chose qui me fait écho.

Pascal LE MALÉFAN — Tout à fait. D'ailleurs, à propos du texte de Freud sur l'inquiétante étrangeté, qui a été retraduit, il n'y a pas très longtemps, il y a quelque chose à faire, à affiner. C'est que Freud s'est basé sur un premier article d'un médecin qui s'appelait Ernst Jentsch, qui avait travaillé sur le sentiment d'inquiétante étrangeté dans une revue publiée en Allemagne en 1906. Freud indique que Jentsch prend comme exemple des marionnettes, des sensations provoquées par des marionnettes. J'espère retrouver ce texte, le traduire pour pouvoir avancer dans ce travail.⁽²⁴⁾

(24) *Zur Psychologie des Unheimlichen*, Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift, 1906, no 22, p. 195-214. — J'ai pu, depuis cette *Journée*, avoir une copie de l'article de Jentsch que je cherche à faire traduire en vue d'une publication dans le bulletin "Marionnette et Thérapie".

Donc la marionnette pose bien cette question d'inquiétante étrangeté.

Graciela ROJAS-BERMÚDEZ — Je vais essayer de parler un peu en français.

En relation avec la construction du corps de la marionnette, je crois que c'est un moment important parce que nous avons l'expérience suivante. Une psychologue qui fait un travail avec des marionnettes dans un grand hôpital psychiatrique de Buenos Aires, nous a dit que la grande difficulté de faire la marionnette pour ses patients qui sont psychotiques — ou d'autres patients très gravement atteints — c'est le corps bien plus que la tête. Ils ont de grandes difficultés pour faire le corps, au moment où la marionnette est complète, elle est vécue, quelquefois, par ces patients, comme un enfant, avec un sentiment de douceur et d'appartenance.

D^r Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — C'est surtout la fascination et l'enchantement engendrés par la marionnette qui m'ont amené à l'utilisation de la marionnette dans le domaine psychothérapeutique. L'attraction ne vient pas du fait qu'il s'agit d'un personnage humain ; il ne possède pas de caractéristiques humaines. À tel point qu'avec simplement un mouchoir sur la main, la même fascination se produit. Dans le contexte, derrière le castelet, cette attraction est accentuée.

Colette DUFLOT — Et qu'il y ait du mouvement. C'est très important.

Pascal LE MALÉFAN — Qu'il y ait du mouvement certes, mais que ça renvoie au regard qui fixe en même temps — même s'il n'y a pas d'yeux. Il y a la présence et la supposition que quelque chose est fixe, ce qui entraîne la fascination, qui est, littéralement, la sidération par le regard d'un autre qui a une emprise.

D^r Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — Concernant les fétiches, les petites statues et leurs rapports aux marionnettes, on peut rappeler l'évolution qui s'est produite dès les outils de silex primitifs : les figurines d'argile, les marionnettes manipulées par dessus avec des fils ou des tringles, jusqu'aux marionnettes à gaine qui sont pratiquement « possédées » par la main du marionnettiste. L'évolution se fait, dès leur construction, du mouvement venu du dehors vers, finalement, le mouvement venu du dedans.

Graciela ROJAS-BERMÚDEZ (en français) — C'est une situation différente selon que vous manipulez par le haut ou par le bas.

D^r Jaime ROJAS-BERMÚDEZ — Le caractère de ce que nous disons est différent pour le manipulateur ou pour le spectateur.

Intervenante dans la salle — C'est une question que je voulais poser : la différence entre une marionnette à fils et une marionnette à gaine. Il y en a une qui est le prolongement du corps du manipulateur et l'autre qui est complètement distincte, apparemment distincte du manipulateur.

Madeleine LIONS — On dit toujours que la gaine est la plus intimiste et le fil la plus éloignée. Certains préconisent la marotte parce qu'elle est « entre les deux ».

Graciela ROJAS-BERMÚDEZ (en français) — Dans notre travail avec le set de masques, il se produit une situation semblable quant au degré d'intimité ou d'objectivité pendant sa réalisation. C'est une série de huit masques que chacun réalise chacun sur un carton placé sur le visage.

Graciela ROJAS-BERMÚDEZ (en français) — Dans notre travail avec le set de masques, il se produit une situation semblable quant au degré d'intimité ou d'objectivité pendant sa réalisation. C'est une série de huit masques que chacun réalise chacun sur un carton placé sur le visage.

Les quatre premiers sont faits en peinture « au doigt », et sans miroir ; les trois suivants, avec un miroir et des pinceaux ; et le dernier, hors visage, face au sujet.

Le matériel psychologique qui apparaît à travers les quatre premiers masques est extrêmement intimiste. Pendant leur réalisation, la seule référence pour l'auteur, c'est les yeux de l'autre (« miroir social »).

Les trois masques suivants introduisent la réflexion optique (« miroir optique », réel), et la distance, avec l'usage des pinceaux. Le matériel qui émerge ici est plus élaboré, avec une influence majeure des facteurs culturels.

Le dernier, le masque, « objectif », ressemble plus à la réalisation d'un dessin, contrastant avec le premier, dénommé « subjectif », avec des orifices oculaires.

Colette DUFLOT — On va arriver à la dernière partie : synthèse et clôture de cette journée.



65

Colette DUFLLOT
Clôture de la
III^e Journée clinique "Marionnette et Thérapie"

Nous arrivons à la dernière partie de cette Journée : synthèse et clôture.

Comment faire la synthèse d'une journée pareille ? Nous avons entendu des présentations extrêmement intéressantes de méthodes de travail tout à fait différentes. Ivan Darrault s'est centré sur les interventions du thérapeute, les différents types d'intervention ; le Dr Jaime Rojas-Bermúdez nous a montré comment il intégrait la marionnette dans un dispositif de psychodrame. Nous avons vu cette après-midi une autre facette de l'usage de la marionnette intégrée à des journées de formation pour des enfants malades. Ce que Pascal vient de nous exposer, c'est une grande réflexion qui part du « savoir » des marionnettistes pour arriver au dispositif que l'on peut utiliser en thérapie. Comment faire le lien entre ces pratiques si variées ?

Et pourtant, j'ai l'impression que cette Journée que nous avons voulue sous le signe de la diversité, je peux lui donner un titre... Ce serait : « La distance et le pont ». La distance, comme inséparable du pont.

La distance : entre le foyer de la diction et celui de la fiction, la distance dont parle Brecht entre la personne et le personnage. La distance est un concept spatial que l'on a représenté avec les corps dans l'espace, avec les évolutions qui ont été mises en scène par Jaime ce matin. Ce concept est revenu en permanence dans toutes les communications. Il revient encore lorsque l'on parle, maintenant, de la différence entre la marionnette que l'on anime par en haut, de plus loin et celle, plus intimiste, que l'on met sur sa main, tout comme de la distance qu'il y a entre la peinture avec les doigts et l'objet-intermédiaire que va être le pinceau, qui va s'inscrire dans l'espace. Et il est bien évident que la marionnette, comme notre corps, est inscrite dans l'espace. Mais, dans notre monde humain, il n'y a pas d'Espace sans Temps. Et s'il n'y a pas le Temps il n'y a pas le mouvement, et c'est alors l'immobilité de la fascination, qui, elle, est un des écueils de la psychose.

Quand tu dis, Pascal, que la marionnette n'est pas « le double » — alors que cela se dit fréquemment — je suis bien d'accord avec toi, sans oublier que, précisément, l'écueil que l'on peut rencontrer avec le psychotique, c'est que cette marionnette devienne, à proprement parler, *un double* et qu'il n'y ait plus, justement, cette « distance », mais qu'il lui colle et s'engloutisse dans la fascination de cet objet-là.

C'est là que se situe le travail thérapeutique : maintenir la « distance ». Il s'agit de trouver la « bonne distance », celle dans laquelle on se sent bien, celle qui va pouvoir permettre le travail thérapeutique, le changement. Alors là, la marionnette fait le « pont ». Cela s'est dit, à plusieurs reprises : le « pont communicationnel », c'est la marionnette qui va pouvoir, une fois évités les pièges de l'immobilité et de la fascination, qui va pouvoir permettre qu'advienne le mouvement, l'aller-vers, que ce soit « l'aller vers » l'autre ou « l'aller vers » la prise en charge d'un traitement qui sera non plus subi, mais assumé, accompagné par le patient qui devient ainsi non plus « objet » d'une prescription, mais « sujet » de son traitement.

(Applaudissements)



Collection "Marionnette et Thérapie"

BROCHURES

- 0 **STAGE-SÉMINAIRE 1978 CREAR** : *(Compte rendu d'une expérience à Charleville-Mézières, Lens, La Verrière)*, 120 p.
- 1 **Albert MOUREY** : *La Marionnette au service de l'expression de l'enfant* (IUT-Grenoble). 1979, 22 p.
- 2 **Jesus FERNANDEZ SANDONIS** : *Expérience dans le traitement des psychotiques avec des marionnettes* (Oviedo-Espagne). 10 p.
- 3 **Hartmut TOPF** : *Comment s'occuper d'un atelier de thérapie par la Marionnette ?* Expérience de Caroline ASTELL-BURT (Angleterre). 1978, 8 p.
- 4 **Ingrid LAGERQVIST** : *Marionnettes à l'école spécialisée. Même pour les handicapés ?* (Suède). 1979, 12 p.
- 5 **Mariano DOLCI** : *Les Marionnettes à l'hôpital psychiatrique de Reggio Emilia* (Italie). 1978, 18 p.
- 6 **Bernadette JOST - Gilbert BROSSARD** : *Stage de marionnettes thérapeutiques de Marly-le Roi*. 1979, 20 p.
- 7 **Gladys LANGEVIN - Geneviève LELEU-ROUVRAY** : *Marionnettes-Livres en vente à Paris*. 1982, 8 p. (Épuisé).
- 8 **Rapport d'expérience d'un Atelier de quartier**, rassemblant enfants handicapés et non handicapés. Paris, 1980, 50 p.
- 9 **II^e COLLOQUE INTERNATIONAL** : *(Compte rendu) Charleville, septembre 1979*. 1980, 124 p. (Épuisé).
- 10 **Roland SCHOHN** : *La Marionnette du Théâtre à la Thérapie* (Mémoire de Psychiatrie). 1979, 74 p.
- 11 **Gladys LANGEVIN** : *Le scénario impossible*. Rapport d'un stage (INEP - Marly-le Roi, février 1981). Paris, 1983, 40 p.
- 12 **Pierre VANCRAEYENEST** : *Un atelier sociothérapique* (Mémoire de psychiatrie, 1982). Paris, 1983, 144 p.
- 13 **François RENAUD** : *5 ans d'ergothérapie institutionnelle* (Mémoire d'ergothérapeute, 1981). Paris, 1983, 34 p.
- 14 **III^e COLLOQUE INTERNATIONAL** : *(Compte rendu) Charleville, septembre 1982*. Paris, 1983, 82 p. (Épuisé).
- 15 **Ursula TAPPOLET** : (Genève) *La Thérapie par la marionnette et le conte de fées*. Paris, 1983, 20 p.
- 16 **Hélène GOGUEL** : *Marionnettes, ...maux et mots*. Stage d'initiation à Charleville (octobre 1983). Paris, 1984, 12 p.
- 17 **Maurice MOULAY** : *La marionnette, support thérapeutique ?* (Table ronde, 1985), Paris, 1985, 20 p.
- 18 **IV^e COLLOQUE INTERNATIONAL** : *(Compte rendu) Charleville, septembre 1985*. Paris, 1986, 126 p. (Épuisé).
- 19 **Marc-André KLOCKENBRING** : *Marionnette et psychose* (Thèse de médecine, 1986). Paris, 1987, 120 p. (Épuisé).
- 20 **Pierrette SALVAGE** : *La Marionnette, structurant spatial* (Mémoire de psychomotricien, 1988). Paris, 1988, 98 p. (Épuisé).
- 21 **V^e COLLOQUE INTERNATIONAL** : *(Compte rendu) Charleville, septembre 1988*, Paris, 1989, 156 p.
- 22 **Gladys LANGEVIN - Geneviève LELEU-ROUVRAY** : *Utilisation de la marionnette en thérapie. Bibliographie d'ouvrages en anglais, français et autres langues*. Paris, 1991, 14 p.
- 23 **VI^e COLLOQUE INTERNATIONAL** : *(Compte rendu) Charleville, septembre 1991*, Paris, 1993, 118 p.
- 24 **VII^e COLLOQUE INTERNATIONAL** : *(Compte rendu) Charleville, septembre 1994*, Paris, 1995, 165 p.
- 25 **II^e Journée clinique "Marionnette et Thérapie"** : *(Compte rendu) Nantes, juin 1994*, Paris, 1996, 60 p.
- 26 **III^e Journée clinique "Marionnette et Thérapie"** : *(Compte rendu) Paris, juin 1996*, Paris, 1996, 67 p.

FASCICULE

- A **"LA MARIONNETTE EN THÉRAPIE"** : *Publications 1980-1985. Bibliographie de 75 notices commentées* par Michèle GISSELBRECHT, Gladys LANGEVIN et Geneviève LELEU-ROUVRAY, 10 p.

BULLETIN TRIMESTRIEL

L'association diffuse, par abonnements, depuis 1982, le bulletin trimestriel "Marionnette et Thérapie". Les anciens numéros sont toujours disponibles.

Pour consulter, commander, s'abonner, s'adresser à
"Marionnette et Thérapie"
28, rue Godefroy Cavaignac - 75011 Paris
Tél. : 01 40 09 23 34



