

MARIONNETTE ET THÉRAPIE

Numéro 5

TRAITEMENT
PAR LES
MARIONNETTES
DANS LE CADRE
D'UN HÔPITAL

Mariano DOLCI



ITALIE 1979

COMPTE RENDU D'EXPÉRIENCE
dans le traitement par les Marionnettes
dans le cadre d'un hôpital

=====

Hôpital psychiatrique de REGGIO EMILIA

Mariano DOLCI
Ospedale Psichiatrice «San Lazzare»
Reggio Emilia
ITALIA

Mariano DOLCI

Traitement par les marionnettes dans le cadre d'un hôpital

La présente communication concerne une expérience qui, depuis 1973, se déroule régulièrement à Reggio Emilia en Italie. Quand je fus invité à travailler à l'intérieur de l'Hôpital psychiatrique, j'étais déjà depuis longtemps marionnettiste professionnel et je travaillais aussi dans les écoles maternelles et élémentaires de Reggio. Ce dernier travail qui représente encore maintenant mon activité principale, m'avait conduit à voir le jeu des marionnettes non pas seulement comme une forme de spectacle mais aussi comme un langage qu'il est possible d'employer avec profit en dehors de situations strictement théâtrales.

L'Hôpital psychiatrique où je travaille accueille près de 900 personnes qui proviennent en grande partie des environs. En Italie, ce genre d'établissement dépend des Provinces qui sont des organismes territoriaux et administratifs semblables aux départements.

Depuis 1973, nos séances continuent régulièrement deux fois par semaine, malgré des périodes d'incertitude, de choix difficiles mais aussi, quelquefois, de satisfaction et d'encouragement. Je ne parlerai pas ici des trois premières années qui furent très intenses quoique un peu désordonnées et où notre activité la plus suivie fut celle de conduire des groupes de malades à construire et à manipuler des marionnettes à gaine. En 1975, nous avons demandé à la direction de l'Hôpital psychiatrique que nos séances soient suivies par le personnel sanitaire. Nous présentâmes notre proposition accompagnée par la description de plusieurs cas qui montraient aisément, sinon l'aspect positif, du moins l'influence certaine que, en plusieurs occasions, les marionnettes avaient exercée sur des malades. Cette influence ne pouvait-elle pas être sciemment utilisée ? Notre proposition fut bien accueillie et une équipe fut formée, constituée par un docteur (qui est aussi un psychanalyste), une assistante sociale, les infirmières du pavillon de femmes où l'expérience a été conduite et moi-même comme marionnettiste.

Cette équipe est chargée de suivre les rapports entre les malades et le jeu des marionnettes, d'en examiner les conséquences, de découvrir d'éventuelles contre-indications, d'orienter ces activités dans les directions

qui paraissent les plus utiles et enfin de se documenter sur tous les travaux qui touchent à une utilisation thérapeutique de la marionnette. Ce qui fait l'objet de cette communication se limite donc à l'expérience que l'équipe conduit elle-même régulièrement depuis 1975 dans le même pavillon.

Une visite que j'ai eu la possibilité d'effectuer à La Verrière quelques mois après le début des activités de notre équipe, nous fut très utile, soit directement à travers les connaissances qui me furent communiquées, soit indirectement par l'encouragement que ne pouvait manquer de représenter pour nous le fait qu'un usage plus proprement thérapeutique du jeu des marionnettes était possible avec des patients adultes.

Les séances de marionnettes, comme elles se sont graduellement structurées, recouvrent maintenant le cycle d'une année : dans la première période, à la rentrée des vacances, à peu près celle de septembre à décembre, nous proposons la construction des marottes, des accessoires, des décors et, si cela est nécessaire, le raccommodage des vieilles marionnettes, etc.

Quand la construction des personnages est près de se terminer, commence la phase de la manipulation, en partant d'abord de la présentation, c'est-à-dire de la définition des personnages.

En principe, chaque personne anime seulement le personnage qu'elle a construit. Les séances d'animation continuent jusqu'à la fin du printemps, quand nous commençons à poser moins l'accent sur la spontanéité pour encourager, autant qu'il est possible, la naissance de quelques saynètes, de façon à terminer le cycle avec quelques résultats spectaculaires. Des vacances en été d'environ deux mois, séparent ces séances d'une nouvelle phase de construction. L'expérience ayant duré trois ans dans le même pavillon, certaines patientes disposent ainsi de deux ou trois marottes et bientôt de quatre.

Au début de l'expérience, en 1975, une réflexion sur la disposition des patientes, l'activité des marionnettes s'est adressée à un groupe de huit malades faisant partie d'un service qui accueille des psychotiques, à peu près trente-trois, toutes avec une longue histoire en hospitalisation (entre 10 et 30 ans), en condition de particulière rétraction émotionnelle, et nécessitant des stimuli particuliers au contact et à la communication. L'âge est compris entre 40 et 55 ans ; l'extraction sociale, paysanne, est plutôt homogène. Une difficulté personnelle, dans mon rôle d'animateur, a été mon incapacité à maîtriser le patois local qui est habituellement parlé par la presque totalité des malades, auxquelles il donne une certaine intimité dans leurs rapports.

Les indications de la psychiatre ont été nécessaires au début pour établir un certain ordre mais après quelques mois, la situation s'est modifiée naturellement : résistances et attractions s'étant précisées, la participation aux séances a été laissée libre. Le groupe a perdu ainsi momentanément quelques éléments mais en a attiré bien d'autres. Finalement, le nombre des malades qui participent régulièrement, quoique à des niveaux très différents, a augmenté continuellement jusqu'à comprendre actuellement presque toutes les personnes hospitalisées dans le pavillon.

Au cours de la séance, le docteur prend régulièrement des notes, éventuellement remplacé par quelqu'un d'autre si elle décide d'entrer elle-même dans le castelet. Avant et après la séance, l'équipe se réunit pour quelques minutes. Périodiquement il y a aussi des réunions de synthèse.

Les séances se déroulent dans une des salles de réunion du pavillon qui accueille aussi, à des heures différentes, d'autres activités. Il s'y trouve une grande table où sont disposées les marionnettes et autour de laquelle prennent place les participantes qui se disposent en fer à cheval. Le côté libre de la table est celui qui regarde le castelet.

Celui-ci est constitué par un simple paravent qui est replié chaque fois. Sur le mur, derrière le paravent, il y a la possibilité de suspendre des décors.

Quand l'équipe fut constituée, avant d'entreprendre une activité directement avec les malades, nous avons discuté pour décider quelle technique de construction et de manipulation nous devrions choisir. Nous décidâmes de renoncer à la marionnette à gaine dont nous nous étions servi jusqu'alors pour adopter à sa place la marotte. Le choix de la technique n'est évidemment pas sans importance et nous savons que s'exprimer avec un instrument plutôt qu'un autre n'est pas du tout la même chose. Malheureusement, nous ne trouverons que très peu de références à ce problème dans les travaux publiés à propos d'un usage thérapeutique ou même pédagogique de la marionnette. Ceci n'est d'ailleurs pas étonnant puisqu'il en est à peu près de même à propos d'autres techniques, bien plus couramment employées en psychologie ou en pédagogie, comme par exemple le dessin. Pourtant, il est certain que n'importe quelle production graphique sera due autant à la projection et à l'élaboration symbolique qu'aux attraites et aux résistances que les matériaux et les instruments ne cessent de manifester pendant la réalisation. Peindre avec un grand pinceau sur une feuille de papier posée verticalement, n'est pas du tout la même chose que dessiner avec un crayon sur une feuille posée horizontalement. C'est surtout chez les enfants (et aussi chez certains malades, ou mieux, chez les personnes

non habituées à se servir de la technique) que la projection consciente pèse le moins dans la résultante qui constitue le résultat définitif.

Il est possible que, étant encore imbus d'une éducation dualiste qui partage l'homme en « esprit » et « matière », nous avons des difficultés d'ordre culturel pour admettre l'influence qu'exercent sur nos mécanismes psychologiques les instruments, les matériaux et les gestes de la main.

Si nous disposons la série des instruments de théâtre selon le contact qu'ils ont avec le corps de celui qui les anime, nous assisterons, en allant du masque à la marionnette à fils, en passant par celle à gaine, par la marotte et la sicilienne, à un progressif détachement et éloignement et aussi à la formation d'un corps complet, qui n'a pas été sans conséquences pour le répertoire que traditionnellement a produit chaque genre. Chacun de ces instruments est au centre d'un enchevêtrement de mécanismes d'identification et de projection avec des particularités différentes. En allant du masque vers la marionnette à fils, nous assistons à une diminution de l'identification qui est au maximum chez le masque et à une augmentation de la projection qui est au maximum chez la marionnette à fils.

Après une expérience de trois ans, nous pensons que réellement l'adoption de la marotte a modifié l'expression des malades dont certains avaient longtemps utilisé la marionnette à gaine, et cela dans une direction enrichissante, comme si cet instrument s'adaptait mieux aux exigences particulières des adultes hospitalisés.

La construction des marottes, avec toutes ses possibilités manuelles, est après tout, la période de l'année qui nous pose le moins de problèmes. En proposant la construction, notre soin est celui de permettre le maximum d'expression des malades à travers le minimum d'opérations ennuyeuses ou compliquées. Nous donnons donc à chaque personne une boule de papier collé, d'environ 10 cm de diamètre, fixée à un bâton. À ce même bâton, au-dessous de la tête, est également fixé ce que nous pouvons appeler un corps, en mousse, duquel sortent des bouts de ficelle aux endroits où devront être attachés les bras et les jambes. Le bâton est suffisamment long pour servir de poignée et pour permettre la manipulation de la marotte quand elle est terminée. Il s'agit donc d'un tronc avec une tête mais dépourvu de membres. Ceux-ci sont fournis par des sections de tuyau en plastique, déjà pourvues de ficelle aux deux bouts.

Avec huit nœuds, la poupée se trouve donc munie de tous ses membres articulés et ceci est justement la consigne de la première séance. La semaine suivante, on fournit aux patientes de la pâte de papier mâché déjà prête. En disposant cette pâte sur la boule, il est facile d'obtenir le menton, le nez, les yeux, etc. Une autre semaine encore et la tête, devenue sèche, est peinte. Dans les rencontres suivantes, on peut coller

des cheveux de laine et si l'on veut, des boutons, des perles pour faire les yeux, des boucles d'oreilles ou d'autres choses.

La tête terminée, on taille et on coud les vêtements, on colle des mains et des pieds en mousse et finalement, à la dernière séance de construction (deux mois environ après le début) on fixe une baguette au bras droit de la poupée pour en permettre le mouvement.

Un ou deux membres de l'équipe construisent eux aussi leur poupée avec les malades de façon à donner l'exemple quand les instructions verbales n'ont pas été bien comprises, mais ceci en ayant toujours soin de ne rien suggérer et en s'attardant longuement pour s'adapter au rythme des malades sans les devancer. Pendant tout ce temps le castelet a toujours été installé régulièrement pour s'habituer à sa présence et pour encourager les rapides apparitions spontanées de quelque marotte.

La poupée étant construite, les difficultés que rencontre une personne qui pour la première fois se trouve à l'animer sont nombreuses, mais elles peuvent être décomposées et abordées séparément, l'une après l'autre. Ce procédé est le même que celui que nous utilisons avec les enfants ou avec les groupes d'éducateurs. Ce qui varie, ce sont naturellement les stimulations et surtout la durée de chaque phase. Ces difficultés sont :

- A) Faire bouger la marionnette ;
- B) La faire parler ;
- C) La faire parler et bouger en même temps ;
- D) Savoir assumer un rôle.

Au début, nous proposons donc de faire seulement bouger, c'est-à-dire de faire danser les marionnettes, sur des musiques bien rythmées et familières, pour essayer d'obtenir que les personnages soient toujours bien visibles, qu'ils entrent latéralement (deux volets de chacune des extrémités du paravent sont plus hauts que les autres et représentent les coulisses), etc.

Quand nous estimons qu'il n'y a plus de gros problèmes pour entrer dans le castelet et tenir le personnage d'une façon visible, nous commençons à encourager l'introduction de quelques mots : présentation, invitations, salutations, etc. Si avant on encourageait le mouvement sans la parole, maintenant au contraire, on essaie de privilégier la verbalisation sans prétendre que la marotte bouge correctement. Dans cette période nous pouvons planter verticalement les marionnettes sur des supports (des bouteilles par exemple) et les poser sur la table. Chaque animateur reste assis et de cette façon n'a aucune difficulté de manipulation, c'est à dire de coordination et peut ainsi se concentrer sur les dialogues.

À ce moment-là, la tâche des personnages animés par les membres de l'équipe devient toujours plus importante car ces personnages sont chargés de relever la conversation des autres sans les « écraser » par leur bravoure mais, au contraire, en sachant les appeler, les mettre en cause pour les valoriser et les aider.

La caractérisation des personnages est conduite en même temps que l'apprentissage technique comme nous l'avons esquissé plus haut. Avant et après les bals qui constituent généralement le début des séances d'animation, les personnages prennent l'habitude de se présenter, de dialoguer avec les autres ou avec le public et nous essayons de dilater toujours plus cet aspect au détriment des bals qui, malgré cela, restent généralement l'occasion qui décide une malade à entrer dans le castelet. À travers des questions directes ou par le biais des situations dans lesquelles il se trouve à jouer, le personnage prend graduellement une certaine épaisseur qui continuera à se préciser. Ce processus peut s'accomplir en quelques semaines ou bien en plusieurs mois ou aussi ne pas s'accomplir du tout. Certains personnages changent ainsi de caractère chaque fois mais ce changement peut n'être qu'apparent et se limiter par exemple au nom.

Dès les premières séances d'animation, celles réservées à l'apprentissage, nous veillons, pour notre part, à établir un rituel d'ouverture et de fermeture de la séance : disposer les chaises et les tables, placer le castelet, mettre en ordre les marionnettes, le tout avec des musiques d'ambiance, tandis que pour terminer, après avoir remis tout à sa place, on encourage le groupe à bavarder, prendre le thé, etc.

La situation optimale pour nous, est celle qui s'établit quand les patientes entrent spontanément dans le castelet pour faire parler et agir comme bon leur semble leurs marionnettes, sollicitant, ou du moins acceptant la présence d'autres personnages comme interlocuteurs. Ceci se vérifie assez exceptionnellement et toujours avec les mêmes malades et nous avons donc en général le problème « d'échauffer » l'ambiance pour provoquer un démarrage collectif. Ceci se fait généralement à travers un thème proposé directement ou bien d'une autre façon comme, par exemple un dialogue entre deux marottes, dialogue qui sous-entend le thème que les autres devront recueillir.

Le thème peut être provoqué également d'une façon non-verbale à travers l'apparition sur scène d'un objet de valeur symbolique : bouquet de fleurs, colis mystérieux, bijou, arme, meuble, ou d'un nouveau personnage comme un animal, un enfant, etc.

À part l'échauffement collectif, il y en a aussi un individuel. Il s'agit de comprendre quel pourrait être l'autre auquel la marotte d'une patiente

aurait envie de s'adresser : il peut s'agir d'un homme, d'une femme, d'un vieillard, d'un enfant ou encore de quelque chose d'autre qui, aux yeux de la malade, revêt une importance particulière : animal, idée, saison, chanson, etc.

D'autre part, il n'est pas nécessaire d'être toujours insistant : le silence — il est important de le respecter — peut être plus dense de communication qu'un long bavardage.

Le but reste celui pour lequel à chaque séance, plus ou moins, toutes les participantes se sont engagées personnellement selon leurs possibilités. Les marottes animées par les membres de l'équipe s'efforcent d'une part de donner la réplique, restant, fidèles au rôle qui leur a été assigné, et d'autre part de jouer le plus sobrement possible et de savoir aussi se mettre à l'ombre quand il est nécessaire.

Les séances n'ont pas de durée fixe et le problème de leur interruption devient important. Il n'est pas dit que le moment d'interrompre soit venu quand le thème est épuisé : il arrive en effet que c'est justement alors que peuvent se former des relancements féconds. Il faut aussi faire attention à ne pas obliger une séance à continuer seulement pour la continuer, ni encourager des malades qui, de toute évidence, ont terminé ce qu'ils voulaient dire ce jour-là.

Étant donné la grande variété de choix qu'offrent la fabrication et surtout le jeu des marionnettes, nous aurons différents plans d'expression qui correspondent à au moins *trois systèmes de communication* : *plastico-pictural* pour la construction des poupées et des décors, *corporel* à travers la manipulation de la marotte et enfin, *dramatique*. Ce dernier système, comme l'on sait, peut en comprendre d'autres, comme le langage proprement dit, le chant, etc. Chacun de ces systèmes peut fournir des informations sur les malades et l'observation est effectuée à travers des optiques différentes, soit par qui est habitué à s'occuper de constructions manuelles et d'activités expressives comme le marionnettiste, soit par qui a des connaissances médicales et psychanalytiques. Les deux points de vue ont leur raison d'être et leur rapprochement est plein d'intérêt.

Par exemple, une malade ayant peint le visage de sa poupée entièrement de jaune, ceci pourrait être dû à plusieurs raisons ; certaines d'entre-elles sont bien connues par celui qui travaille habituellement avec les enfants : absence momentanée ou éloignement des autres couleurs, pinceaux sales, sauf celui du jaune, indifférence au résultat due au plaisir offert par la manipulation, etc. Il y a des chances pour que ce soit au marionnettiste à découvrir une de ces raisons. Mais le visage jaune pourrait avoir été peint pour des raisons qui n'ont rien à voir avec celles mentionnées ; et qui a une formation psychologique peut parfois en

interpréter les mécanismes. Une pluridétermination est possible aussi, c'est-à-dire que le même élément porteur d'expression peut être dû à un enchevêtrement de ces deux ordres de motivations.

Pendant la construction, il est donc important de vérifier si les matériaux et les couleurs sont choisis par hasard ou pas, si les malades sont pressés ou non de terminer leur personnage, si elles le reconnaissent d'une séance à l'autre, si elles oublient simplement ou si au contraire elles ont de véritables résistances pour certaines parties du corps qui manquent à leur poupée ou bien qui sont mal placées, etc.

Certains rapports avec la marionnette se forment dès les premiers instants, comme l'on peut facilement l'observer par la façon de la tenir et de la manipuler. Certaines patientes s'adressent à leur poupée, l'embrassent, la battent ou essaient de la nourrir, bien avant qu'elle soit terminée. Il est également possible de déduire des éléments intéressants dans l'attitude générale des malades vis-à-vis des séances : nous avons celles qui arrivent en avance et celles qui arrivent en retard, celles qui s'absentent fréquemment ou bien qui ne viennent plus pendant de longues périodes. Certaines viennent volontiers, d'autres par habitude de suivre une camarade, d'autres encore pour faire plaisir au docteur et d'autres encore ne viennent pas justement parce que le docteur est là. Il y en a qui conservent longtemps leur attitude et d'autres, au contraire qui la changent souvent, etc.

Dans la séance d'animation, il y a beaucoup de choses que l'on doit observer et principalement le rapport avec le castelet, l'attitude générale vers le thème, la capacité d'assumer un rôle et ensuite de jouer ce rôle, etc.

En ce qui concerne les rapports avec la marotte, on peut remarquer des différences dans la façon de la tenir : il y a celles qui remuent avec elle et celles qui, au contraire, la font bouger ; certaines malades la laisse traîner à la fin de la séance et ne la recherchent pas au début, tandis que d'autres la rangent personnellement ou bien la rendent avec soin. Certaines ne prêtent leurs poupées à personne tandis que d'autres au contraire l'abandonnent avec indifférence à n'importe qui. Nous avons la malade qui maintient son attitude pour longtemps et celle qui la change souvent, quelquefois avec des retours cycliques. À l'égard du castelet, il y a celle qui y court sans être invitée, celle qui doit se faire un peu prier, celle qui veut être accompagnée par la main, celle qui désire y rester longtemps et celle qui s'en échappe le plus vite possible.

L'animation est naturellement pleine d'éléments significatifs : capacité d'assumer un rôle, de le jouer, choix des thèmes et la façon de les traiter ; en bref, tout ce que les poupées disent ou font, sans oublier, bien sûr, ce qu'elles ne disent pas et ne font pas.

Le recueil de ces observations est significatif seulement si l'on considère l'ensemble des manifestations de la même personne et leur permanence ou évolution dans le temps. Il peut arriver que ce soit l'élément permanent, celui qui réapparaît chaque fois dans la construction comme dans l'animation à être « porteur d'expression », mais quelquefois, au contraire, c'est l'exception qui peut être très révélatrice.

Dans l'évaluation des résultats, en particulier en ce qui concerne les constructions, les activités que nous continuons à entreprendre avec les éducateurs dans des stages d'initiation à la marionnette nous ont été très utiles : proposer régulièrement les mêmes techniques et les mêmes jeux dramatiques soit à des personnes considérées équilibrées, soit aux patientes de l'Hôpital psychiatrique nous a beaucoup aidé pour considérer avec moins de préjugés les produits des malades et en rechercher la réelle spécificité pathologique qui, après tout, nous est apparu être beaucoup moins importante que ce que nous pensions. La grande différence entre les résultats à l'hôpital psychiatrique et ceux de l'extérieur, à part quelques exceptions bien déterminées, est finalement que pour obtenir les uns cela a nécessité des mois, tandis que pour les autres seulement quelques heures.

Qu'est-ce que nous pouvons déduire concrètement de toutes ces observations ? Précisons d'abord certains points.

À travers tout ce que nous avons décrit, on pourrait avoir l'impression que notre but soit celui de mettre les malades en mesure de produire continuellement une grande quantité de données à analyser. Il n'en est certainement pas ainsi : s'il est vrai que les marionnettes ont souvent été utiles pour une meilleure connaissance des malades, ce qui nous intéresse le plus, c'est de faire de manière que nos activités soient un moment essentiel pour la vie du pavillon et pour chacune des malades, une occasion pour se rencontrer et communiquer. À nos yeux, la valeur des séances avec le castelet doit être recherchée dans une optique de pavillon et surtout dans l'occasion offerte (la continuité étant la première condition de l'efficacité) aux malades d'avoir des moments où il est possible de choisir. Il s'agit, si l'on veut, d'options minuscules, protégées par le jeu, mais enfin des options quand même. C'est justement le fait d'avoir été forcées à une longue série d'impossibilités de choisir, même en ce qui touche les choses les plus insignifiantes, qui a réduit des personnes à empirer et à devenir si passives ; impossibilité de choisir et manque de circulation des données et des informations sur soi-même, sur la maladie et sur le monde à l'extérieur.

Nos interventions manquent donc de rigueur parce que nous essayons de nous adapter aux possibilités des malades qui peuvent se trouver à des niveaux très différents les uns des autres. Ainsi, dans la même séance, à travers la succession des participantes dans le castelet, nous essaierons de stimuler une malade qui ne l'a pas encore fait, à faire danser sa marionnette tandis que nous savons que de la part d'autres participantes nous pouvons exiger un peu plus, comme par exemple raconter quelque chose, respecter un thème en improvisant, ou encore, chez un groupe restreint, inventer un scénario, distribuer les rôles et les jouer. Selon les cas, nous convainçons quelques-unes parmi les patientes à des renversements de rôles et d'autres à jouer une prochaine rencontre réelle et importante pour s'y préparer un peu. Bref, nous essayons d'encourager chaque malade à accéder à des plans toujours plus riches et plus complets en tant que possibilités expressives.

Voilà donc que de différents niveaux de communication, des usages possibles différents de la marionnette et des modalités différentes d'adhérer au jeu, s'entrecroisent continuellement, diversifiés selon les problèmes de chacune, ses désirs, ses possibilités et nos connaissances sur elle. L'ambiance de jeu, souvent d'hilarité, qui se forme quand les participantes se succèdent dans le castelet, touche quelquefois aussi celles qui ont tellement régressé qu'apparemment la marotte ne représente rien pour elles, mais qui acceptent quand même de dire quelque chose. De la part des malades, leur attitude à l'égard de cette forme de rencontre nous a paru correspondre à une exigence réelle et, pour certaines, c'est dans cette situation de jeu que leur difficulté à s'exprimer s'est considérablement réduite.

Du reste, la légitimité de faire appel pour des malades très graves, à d'autres langages qu'à celui verbal, est évidente pour quiconque fréquente un hôpital psychiatrique. Se toucher, se tenir par la main, se caresser, se repousser, ou offrir une bouchée prise de sa bouche, sont des façons courantes de communiquer de même que marcher ensemble ou bien partager le même silence dans certaines activités communes. Tout ceci, ce sont des comportements qu'il est nécessaire et très important de savoir accepter et quelquefois partager, si l'on veut vraiment essayer d'établir des rapports réels.

D'ailleurs il est bien connu que même dans les conditions les plus élémentaires de certains hôpitaux psychiatriques, se soient produites spontanément des œuvres faites avec des matériaux très pauvres pour ne pas dire repoussants. Des produits de cette sorte sont encore visibles dans le muséum historique de notre hôpital.

Les jeux dramatiques avec les marottes trouvent parfaitement leur raison d'être dans ce contexte car ils sont la somme de plusieurs systèmes de communication, y compris le langage verbal.

Dès la caractérisation de la marotte apparaissent beaucoup de choses intéressantes : souvent le nom propre est celui d'un membre de la famille de la malade, tandis que l'âge attribué au personnage peut être bien des fois l'âge où a eu lieu la première hospitalisation. Il est assez habituel pour certaines de se confondre avec la marionnette tandis que d'autres manifestent seulement de la crainte à cet égard.

Au-delà des différences individuelles, le jeu permet à tout le monde de faire ce que le milieu généralement ne pourrait accepter. À l'intérieur de cette espèce de parenthèse que représente la suite des séances, il se forme un autre milieu, plus rassurant, suffisamment fantastique pour donner l'impression de l'absolue liberté mais assez réel pour éviter une suggestion, une gratification spectaculaire ou une rêverie solitaire. Ce sont surtout les réactions des personnages animés par les membres de l'équipe, qui ont la tâche d'écarter ce dernier danger en fournissant le contact avec la réalité, tout en acceptant naturellement les conventions de chaque situation dramatique comme la malade l'a voulu. Aussi les réactions du public ont un rôle important dans ce sens. Tout en restant à l'intérieur du jeu, les marottes animées par les membres de l'équipe peuvent poser de petits problèmes à la marotte de la malade en l'encourageant ou bien en la contrariant, c'est-à-dire ne se comportant pas tout à fait selon ses souhaits.

Dans cet espace intermédiaire, entre la fantaisie ou le délire et la réalité extérieure, espace commun, en ceux où il se forme, à tout le groupe, peuvent être ébauchées des tentatives de structuration dans un contexte permissif et protégé. Les malades n'étant plus épouvantées par le choc que leur délire aura au contact de la réalité, recommencent quelquefois à la manifester après des années de silence et à sortir de leur indifférence. Notre but le plus immédiat est donc de tâcher de réactiver le symptôme, de soulever le lourd couvercle qui uniformise les malades. Chez certaines, ceci est arrivé, quelquefois après deux ou trois ans et les séances de marionnettes sont pratiquement les seuls moments où elles sortent de leur indifférence et où elles communiquent en utilisant le double langage du geste et de la parole, ou l'un seulement des deux.

Parmi les éléments délirants, si on leur laisse la possibilité et le temps de se manifester (ce qui veut dire pour nous quelque chose comme apprendre chaque fois une nouvelle langue) on ne peut nier que les marionnettes ont manifesté aussi des tendances à exprimer des choses que nous pouvons définir raisonnables. L'effort de quelques-unes d'entre elles dans ce sens est souvent bien émouvant.

Les marionnettes par exemple, et rappelons nous la culture d'origine de qui leur prête vie, évoquent les travaux des champs, appropriés pour chaque saison, avec leurs traditions, leurs fêtes, leurs chansons et parlent beaucoup de travaux de ménage, de basse-cour et surtout de cuisine. Sans vouloir écarter la pluridétermination qui certainement préside à la formation de ces éléments (par exemple dans ce cas, l'oralité, ou la phobie si répandue pour la nourriture considérée comme poison), il nous paraît que les malades essaient d'exprimer le désir d'extraire d'elles-mêmes les parties les meilleures à leurs yeux pour les présenter à l'extérieur. Dans quelques cas, l'idéal de normalité n'est pas associé au ménage mais à un travail comme celui de la couturière, de l'institutrice, etc. À mesure que les malades s'habituent à faire jouer les marionnettes, ce qui peut vouloir dire des années, les éléments dont est étoffé leur jeu deviennent plus compréhensibles mais ne paraissent pas entièrement leur appartenir : en effet le moralisme, le conformisme absolu, l'absence totale de critique vers l'institution, qui sont généralement de règle, sont plutôt suspects. Tout se passe comme si, à travers la bouche des malades, simples porte-voix, s'exprimait directement l'hôpital psychiatrique et toute son idéologie. Il peut arriver que chez celles qui utilisent le plus les marionnettes et qui surtout ne sont pas hospitalisées depuis trop longtemps, il sorte quelque chose de plus profond mais ne faisant pas encore partie de la personnalité de la malade. C'est plutôt ce que l'on pense d'elle dans son entourage. Exceptionnellement, et avec une profonde émotion de notre part, il arrive quelquefois d'entendre parler la malade en première personne, exprimant généralement avec force, à travers la médiation de jeu une grande envie de nouer des rapports humains et de reconnaître.

L'activité, comme je viens de la décrire, est celle qui s'est formée dans notre milieu et qui s'y est adaptée. Nous sommes conscients des limites de notre expérience mais le pouvoir de les éliminer ne dépend pas toujours de nous-mêmes. Ce qui nous paraît certain, à propos des marionnettes, c'est que, malgré une sévère mais nécessaire traduction pour permettre une transposition du monde du théâtre à celui de la thérapie, cette forme d'expression peut conserver intacte sa propriété bien connue de libérer en partie l'expression, comme le montre d'ailleurs leur longue histoire de spectacle populaire. Par exemple, dans notre groupe, les marionnettes peuvent souvent révéler des comportements qui auprès de la malade ont été au contraire effacés par l'usage de la thérapie chimique et souvent son abus. Le comportement, nettement différent de celui habituel qui, bien des fois, apparaît tout à coup en précédant d'une ou deux semaines une crise aiguë de la part d'une malade, qui pour le reste maintient son

comportement habituel, est un fait que nous avons remarqué souvent. Ce qui paraît disparu au niveau du comportement général, à cause des pilules et d'un long conditionnement, peut encore s'exprimer à travers le théâtre des marionnettes.

Ce qui représente pour nous une difficulté pour la recherche d'éléments utiles pour l'éventuelle construction d'une méthode cohérente, c'est le fait que les observations que nous pouvons faire, sont pour ainsi dire, par dessus le marché au cours de notre travail d'animation. Ceci parce que nous ne détournerons jamais une séance pour faire des expériences si une meilleure communication des malades exige une autre attitude. On ne peut, comme dit Moreno, en même temps faire partie du groupe et être l'agent secret de la méthode expérimentale et il faut choisir. Malgré cela, nous apprenons quand même, bien sûr, beaucoup de choses sur notre technique et aussi sur nous-même, mais certainement pas comme l'on apprend avec des cobayes, mais comme avec des personnes vers lesquelles, en ce moment, va notre pensée et notre tendresse.

* * *

ASSOCIATION MARIONNETTE ET THÉRAPIE
REPRODUCTION INTERDITE