

Hasardeuse rencontre

Olivier Couder, metteur en scène, Théâtre du Cristal

Article paru dans « Les Hors-champs de l'art, l'art en difficultés », Cassandre/Hors champ, 2007.

Un automobiliste se rend soudain compte que l'un des pneus de sa voiture est crevé. Il s'arrête en urgence, obligé de stationner en pleine campagne devant les murs d'un asile psychiatrique, tentant de changer sa roue sous l'œil inquiétant d'un fou juché sur le faîte du mur susdit. Rendu nerveux par cette situation inédite, l'automobiliste fait un geste malheureux et laisse tomber l'un des écrous qui serre sa roue dans la bouche d'égout. Désespéré, il s'assoit sur le rebord du caniveau, ne sachant plus que faire. C'est alors que le fou qui a observé la scène lui propose : « vous n'avez qu'à remonter la roue de secours avec les trois boulons restants. Vous arriverez ainsi jusqu'à la prochaine station-service où l'on pourra vous dépanner. » Tout à la fois heureux, surpris et un peu gêné, notre homme se redresse et dit alors au fou : « Mais vous n'êtes donc pas... » Il hésite devant la brutalité des termes de « malade » ou de « fou », se ravise et poursuit « vous n'êtes donc pas dans... cette maison ? ». Et le fou de lui répondre « Eh oui, je suis fou, je ne suis pas con ! »

Cette petite histoire me semble riche d'enseignements si l'on prend la peine de s'y arrêter un peu plus que le temps d'un rire. On y retrouve des figures caractéristiques : difficulté à nommer le désordre mental, toutes les catégorisations connues, maladie, folie, handicap, semblant inappropriées ou insuffisantes ; position dérangeante du fou qui semble à la fois dangereux et en danger, juché en équilibre sur son mur, prêt à tomber ou à commettre quelque forfait, position également inquiétante parce qu'à la frontière de deux mondes. Cette histoire dénonce également la croyance qui veut qu'une maladie ou un handicap mental s'accompagnent forcément d'un lourd déficit intellectuel. Enfin, l'*a priori* de l'automobiliste sur la folie nous rappelle combien notre perception des personnes dites handicapées mentales ou psychiques est empreinte d'imaginaire. Ce dernier point est tout particulièrement marquant concernant les capacités artistiques. Les personnes en situation de handicap ont en effet été très tôt exclus des pratiques culturelles, et notre pays peine à rattrapper son retard en la matière, tant les préjugés ont dû être, et sont encore vivaces.

On remarque aussi combien les pratiques culturelles ont du mal à trouver une juste place dans les institutions sanitaires et médico-sociales. Plusieurs difficultés se posent, et la fermeture des Murs d'Aurelle est là pour nous rappeler que celles-ci ne sont pas que théoriques, menaçant bien souvent l'existence ou le sens même de ces démarches. Quels sont les dangers les plus fréquents ? D'une part, le secteur sanitaire souffre d'une politique généralisée de restriction des crédits et de redéploiement en faveur du secteur médico-social. Les belles intentions affichées sur la place éminente de l'art à l'hôpital sont contredites par des budgets dramatiquement en baisse. Nous subissons les outrances d'une politique qui a longtemps privilégié le grand renfermement pour y substituer un parti-pris de déperissement des grandes institutions psychiatriques, pour des raisons qui sont au moins autant liées à une volonté de comprimer les coûts qu'à une réflexion visant à améliorer la prise en charge des patients.

Le second danger vient également d'une confusion présente dans la tête de nombreux acteurs opérant dans le champ du handicap, personnel administratif et médico-social des institutions, artistes, enseignants, qui n'arrivent pas toujours à avoir une vision claire de ce que l'on peut attendre des pratiques artistiques en institution. Enfin, le troisième danger est lié aux

difficultés de fonctionnement fréquemment rencontrées lorsque des artistes interviennent dans le secteur sanitaire ou médico-social.

La baisse des crédits culturels dans le secteur sanitaire relève plutôt d'une action politique de revendication que d'une réflexion. Je voudrais donc aborder ici les deux derniers points.

L'art inaccessible, l'art qui rend fou, l'art-thérapie ou l'accès à l'art

Il y a de quoi être surpris de la confusion généralisée qui continue de régner très souvent dans les actions artistiques entreprises avec des personnes en situation de handicap. Est ce de l'art? De la thérapie? Cela fait il du bien, c'est donc thérapeutique? Mais les résultats esthétiques sont parfois probants, c'est donc artistique? Un peu les deux? Un tel salmigondis, venant de personnes parfaitement aptes à tenir un raisonnement clair sur d'autres sujets invite à penser que les difficultés sont ailleurs et ont des racines idéologiques profondes. Commençons donc par un petit détour historique qui nous permette de mieux les repérer.

Lorsque Dubuffet publie en 1947 son manifeste de l'art brut, la psychiatrie est traversée par quatre courants :

1/ le premier considère que l'art est inaccessible aux personnes en situation de handicap. Être fou, c'est être par nature inapte à l'art. Témoin de cette attitude le bordereau d'internement d'Antonin Artaud à l'Hôpital Sainte-Anne qui porte la mention suivante : Artaud Antonin, se dit écrivain. La qualité de malade de l'interné jette un doute à priori sur son identité d'artiste, renvoyé par la formul „se dit“ à de l'hypothétique. Par ailleurs, une psychanalyste avec qui j'évoquais récemment la psychose de Van Gogh me répondait : « Oui mais lui, c'est un peintre ». On mesure là combien notre perception est influencée par des pré-requis sociaux et culturels : l'interné, la personne prise en charge par une institution ne peut être vraiment un artiste car son statut social et psychologique renvoie à un déficit global et indifférencié qui semble affecter à la fois les capacités intellectuelles et artistiques. À l'inverse, un artiste ne peut pas être un vrai fou, tout au plus un « fou génial » comme on les aime dans les salons mondains.

2/ Pour le second courant, l'art stimule les productions imaginaires des malades mentaux et contribue ainsi à favoriser les processus délirants, éloignant encore plus les patients de la réalité. Dans cette optique, l'art est nocif et il convient de supprimer, ou du moins de contrôler attentivement une activité qui risque d'avoir des effets pathogènes sur les malades. C'est dans cette optique que l'on supprimera papiers et crayons aux patients qui manifestaient des velléités de dessiner dans certains hôpitaux psychiatriques français. C'est la raison pour laquelle Van Gogh écrivait à son frère Théo lors de l'un de ses internements « Je me sens imbécile de devoir demander l'autorisation de peindre à un médecin ». Il ne faut pas sous estimer le poids de ces deux premiers courants dans la situation actuelle. Ils n'ont pas le vent en poupe et ne constituent pas des références idéologiques valorisées, mais continuent de peser très fortement sur le quotidien de nombreuses institutions. Nous sommes souvent témoins de situations bloquées, de parents d'enfants handicapés ou d'équipes artistiques en souffrance, freinés ou empêchés parce qu'ils tentent de créer des projets dans des contextes institutionnels particulièrement hostiles.

3/ Les médecins qui forment le troisième courant se sont intéressés aux rapports existants entre les formes de création et la pathologie. Pour eux, l'art des personnes handicapées ou malades n'est pas décrit, répertorié et classifié en fonction de ses intérêts esthétiques, mais des affections psychopathologiques des malades qui les ont produites. L'art devient alors un vecteur privilégié de l'observation, voire même de l'intervention psychologique ou psychiatrique. Ce

courant a donné naissance à l'art-thérapie, qui utilise l'activité de création et/ou la production d'une oeuvre esthétique comme un support d'expression à partir duquel on cherche à soigner et guider la personne vers un mieux être. L'art-thérapie s'inscrit maintenant dans la champ des thérapies à médiation. Un statut professionnel a été créé, ainsi que des écoles de formations universitaires ou privées, cherchant à coupler un travail relationnel avec le média artistique.

4/ Enfin, Prinzhorn a été le premier à s'intéresser aux créations picturales des malades en cherchant à les classer selon des critères esthétiques, et non plus psychopathologiques. Dubuffet, personnage extérieur au milieu psychiatrique, a lui aussi tenté une classification à partir de la notion d'art brut, regroupant des catégories socio-culturelles hétérogènes autour de l'idée qu'un certain éloignement des normes sociales produisait un art possédant des caractéristiques spécifiques et repérables. L'art brut reste l'illustre devancier en arts plastiques, dans lequel s'origine le mouvement actuel de créations artistiques en danse, théâtre, vidéo, etc. avec des personnes en situation de handicap, mouvement pour lequel la pratique d'un art se suffit à elle-même, sans référence à un corpus médical ou psychologique. Le Théâtre du Cristal se situe dans ce courant et a ouvert une extension d'activités de quinze places consacrées au théâtre en partenariat avec l'ESAT La Montagne. Nous travaillons à plein temps avec quinze comédiens en situation de handicap depuis mai 2004, produisant et diffusant avec eux des spectacles de théâtre. Ces créations sont joués dans le réseau des établissements culturels publics et les festivals spécialisés, en France et en Europe. Nos objectifs consistent à créer des spectacles les plus pertinents et les plus aboutis possibles. Nous faisons en sorte que les méthodes et l'ambiance de travail soient favorables et aillent vers un mieux être. De même qu'une partie substantielle de notre travail consiste à rééquilibrer les rapports sociaux en faveur des personnes handicapées en mettant en lumière des compétences que le grand public, et souvent les soignants eux mêmes, ne soupçonnaient pas. Mais ces résultats positifs restent étroitement subordonnés au travail de création et aux résultats esthétiques escomptés et ne deviennent jamais des objectifs distincts, séparés de l'ambition esthétique.

Formulée de cette façon, la situation de ces quatre courants pourrait paraître simple. D'où vient-il alors que les débats autour de l'art avec les personnes en situation de handicap soient si souvent obscurs et aboutissent à l'expression d'un syncrétisme désarmant? Pourquoi tant de professionnels refusent de choisir entre l'art-thérapie et l'accès à l'art, continuant à maintenir une confusion théorique et pratique entre objectifs esthétiques et thérapeutiques ?

Une légitimation institutionnelle à bon compte

Première raison de cette confusion : les institutions sanitaires et médico-sociales, les professionnels de santé ont besoin de justifier leur action à leurs propres yeux comme à ceux de leurs financeurs. Légitimer l'intervention artistique revient donc à prouver son intérêt et sa fonction thérapeutiques. Remarquons toutefois que ce raisonnement est un peu court. Il est vrai que les institutions sont conçues pour assurer le mieux être des personnes dont ils ont la charge. Cependant, dans la définition de ce mieux être apparaît également la nécessité de permettre un meilleur accès à la vie sociale, et donc également à la vie culturelle qui contribue largement à soutenir cette inscription sociale. Les missions des institutions sont donc compatibles avec l'exercice d'un simple droit à la culture pour les personnes prises en charge.

Un tropisme médico-centriste

Seconde difficulté, les institutions ont souvent tendance à vouloir trouver des réponses intra-institutionnelles, faisant appel aux personnels qualifiés et repérés pour leur efficacité

thérapeutique, là où l'accès à la culture, à l'art et à la vie sociale demanderait au contraire de nouer des partenariats extérieurs. La tendance reste de demander à l'éducateur de créer un atelier théâtre, ou au psychologue d'encadrer une activité d'arts plastiques. Or, quel est le parent, soucieux du bon développement de son enfant, qui ferait appel à un psychiatre pour apprendre à son fils à jouer du violon? C'est pourtant ce qui se passe quotidiennement dans les institutions. Comme si l'accès à la vie sociale ne pouvait qu'être médiatisé par un spécialiste de la relation. Cette solution n'a pourtant que des désavantages :

- Elle empêche que les personnes en situation de handicap soient confrontés à de vrais professionnels, associations culturelles, artistes ou enseignants dont c'est le métier que de transmettre quelque chose de leur art.
- Elle replace inévitablement ces pratiques dans le champ des activités institutionnelles à vocation thérapeutique et perpétue ainsi l'enfermement institutionnel, empêchant la création d'une véritable mixité sociale.

Ceci s'explique, là aussi, par des pesanteurs historiques. Concernant les institutions médico-sociales par exemple, celles-ci ont été fondées par des associations qui sont apparues pour la très grande majorité d'entre elles après la seconde guerre. Créées par des parents de personnes handicapées, elles devaient répondre dans l'urgence à des situations de pénurie parfois dramatiques où il s'agissait avant tout d'assurer une existence décente à des personnes à qui l'essentiel manquait. Cette démarche mêlait engagement militant, parfois religieux, et paternalisme. Aux yeux de ces pionniers, les personnes en situation de handicap apparaissaient souvent comme des personnes diminuées que l'on devait aider à vivre en répondant à leurs besoins premiers : nourriture, hébergement, dans le meilleur des cas, accès au travail et aux loisirs. L'idée que ces personnes puissent avoir un intérêt pour la sexualité, l'art ou la culture leurs apparaissaient inimaginable. Aujourd'hui, la situation est contrastée : certains n'ont pas ou peu bougé et empêchent, freinent ou découragent toute velléité artistique. Sous la pression de quelques expériences pilote, de la mobilisation militante de quelques uns, de l'exemple donné par d'autres pays européens, lorsque le thème de la culture s'est imposé de façon incontournable, les associations et fédérations d'associations présentes dans le secteur médico-social ont alors réagi, cherchant à occuper ce nouveau terrain sans avoir toujours les compétences pour formuler des projets pertinents. Enfin, d'autres institutions ont su construire des projets innovants et dynamiques, servis par des artistes qualifiés et dotés de budgets corrects.

Pour une vraie rencontre et la création d'un espace dédié à l'art dans les institutions

Il est nécessaire de reprendre aujourd'hui les principes fondamentaux sur lesquels doivent reposer une activité artistique en institution, faute de quoi nous risquons de voir se généraliser la création de projets parfois bien financés mais vidés de leur sens car ne donnant pas accès à un véritable travail de création. Pour être efficace, un travail artistique avec des personnes en situation de handicap doit donc comporter les caractéristiques suivantes :

1/ Le projet doit être mené par un artiste qualifié, salarié comme tel, qui poursuivra dans la plupart des cas une activité professionnelle en dehors du champ du handicap. Son intervention visera à proposer une activité de création en phase avec ce que les participants de l'atelier peuvent exprimer. Cette activité donnera souvent lieu à la réalisation d'une oeuvre à partir du moment où c'est le souhait des participants. Les motivations de ce travail devront être exclusivement d'ordre esthétique, même si des effets thérapeutiques se font de surcroît, sentir. Il faut rappeler que l'argument souvent entendu selon lequel les conventions collectives en usage

dans les institutions sanitaires et médico-sociales rendrait impossible l'engagement d'artistes n'est pas fondé. Une circulaire du ministre de la culture rappelle par ailleurs que les artistes peuvent accomplir 50 heures par an d'intervention en milieu scolaire ou dans le domaine sanitaire et médico-social. Il est même possible à une institution d'organiser jusqu'à six spectacles payants par an sans détenir de licence d'entrepreneur de spectacles. Il est de toute façon souvent utile, si l'action entreprise atteint un certain développement, que l'institution fonctionne en partenariat avec une association artistique, qui représente un gage de solidité, y compris dans les aspects administratifs et techniques, et permet de passer des conventions avec l'association qui rémunérera elle-même le personnel artistique.

2/ Concernant la pédagogie et la relation aux personnes en situation de handicap, on demandera à l'artiste de faire preuve de qualités d'ouverture, d'écoute, et de partager les valeurs humanistes fondamentales du respect de l'autre et de la tolérance, ce qui devrait être le lot commun de tout animateur respectant une déontologie minimum, quel que soit son public. La prise en charge, le soutien des personnes en situation de handicap est, lui, du ressort des établissements sanitaires et médico-sociaux qui délègueront à une personne référente des activités artistiques le soin de faire en sorte que l'intervention culturelle s'effectue dans des conditions satisfaisantes : discussion individuelle ou de groupe avec les participants ; éventuellement, interventions discrètes auprès de l'intervenant s'il risque de heurter à son insu le point sensible d'un individu ou d'un groupe, ou de se laisser entraîner dans des types de communication pathogènes etc. Sans faire preuve d'un interventionnisme inutile, le référent institutionnel peut accompagner le groupe, rassurer les participants inquiets du caractère impliquant de tel ou tel exercice du jeu d'acteur, ou bien calmer les angoisses, tensions ou conflits qui pourraient survenir à l'approche d'une représentation théâtrale ou de l'accrochage d'une exposition. Son rôle est entièrement consacré à l'évolution des individus et à la gestion de la dynamique de groupe et pas du tout au contenu de l'activité.

Cette présence d'un référent est souvent bénéfique et a également l'avantage d'entretenir un lien avec l'institution. Elle n'est pas non plus indispensable. La plupart du temps, après une première période où l'artiste demande de l'aide pour établir des repères, un savoir-faire relationnel se constitue, qui rend superflu pour l'intervenant la présence d'un éducateur.

3/ Pour qu'un partenariat soit profitable à la fois à l'activité artistique et produise les effets socialisants que les institutions peuvent en attendre, il est nécessaire que les rôles de chacun soit bien déterminés et qualifie chacun dans son savoir-faire : à l'institution le soin d'organiser la prise en charge et le soutien des personnes handicapées sous ses aspects thérapeutiques, administratifs et sociaux ; à l'équipe artistique la tâche d'initier un fonctionnement qui se rapproche le plus possible d'un fonctionnement amateur ou professionnel ordinaire. (Formation de l'acteur, travail de création, de répétitions et de représentation des spectacles). L'équipe artistique est ainsi déchargée des tâches les plus lourdes. Elle évite la pesanteur d'un mode de fonctionnement que les institutions dénoncent par ailleurs comme aliénant, provoquant l'inertie, l'enfermement et le repli sur soi

Le modèle décrit ici permettrait sûrement d'avancer de façon très satisfaisante pour tous et ouvrirait la voie à des initiatives fort intéressantes. Il n'en demande pas moins une véritable révolution culturelle. La notion de partenariat et de travail en réseau est en effet aussi séduisante intellectuellement qu'elle est difficile à appliquer dans les faits. Cela demande à chacun des

partenaires d'être dans l'écoute et le respect de l'autre, notamment quand l'écart de taille entre l'institution sanitaire et l'association artistique est important. C'est pourtant probablement la voie la plus féconde, qui permettrait d'assurer une véritable prise en compte des besoins culturels de personnes en situation de handicap et leur apporter une réponse de qualité.