

Séminaire Art et Design
Entre hostilité et hospitalité
dans les lieux de soins

17 janvier 2020



2.

Faire avec


pratiques collectives
entre soin et création

lab
-ah



GHU PARIS
PSYCHIATRIE &
NEUROSCIENCES

Université 
 de Strasbourg

Laboratoire	Approches contemporaines
de la création et de la réflexion artistiques ACCRA EA 3402	
Université de Strasbourg 	



Le séminaire **Art et Design, entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soins** est une proposition du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, en partenariat avec le laboratoire « Approches contemporaines de la création et de la réflexion artistique » (ACCRA), Faculté des Arts, Université de Strasbourg.

Il fait partie intégrante de la thèse menée par Carine Delanoë Vieux, responsable de la recherche au **laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité** (lab-ah) du GHU Paris.

Sommaire

5

Capsule de thèse

Un air de famille, la chanson comme vecteur d'empathie à l'hôpital

Carine Delanoë-Vieux

17

Au lab-ah

L'eau à la bouche, interroger le moment du repas avec les personnes hospitalisées et les équipes de soin

Coline Fontaine

27

Projet invité

Quand faire, c'est s'exprimer, interventions en pédopsychiatrie

Chantal Dugave

37

Projet invité

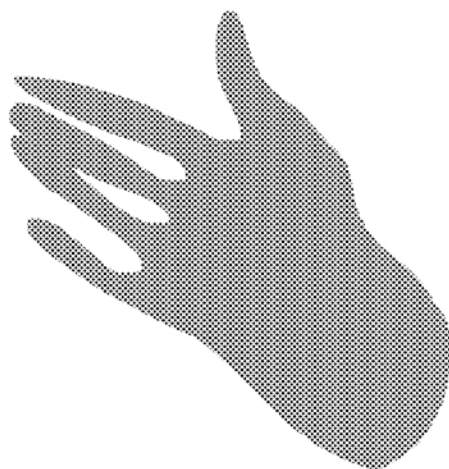
Soin et création artistique, une rencontre exigeante, l'exemple de l'atelier photographique

Isabelle Andreu, Eric Aupol

49

Fin de séance

Synthèse des échanges



CAPSULE DE THÈSE

Un air de famille

la chanson comme vecteur
d'empathie à l'hôpital

CAPSULE DE THÈSE - Carine Delanoë - Vieux

Carine Delanoë-Vieux

responsable de la recherche au lab-ah

Je voudrais partager avec vous lors de cette deuxième séance de notre séminaire une réflexion autour de la notion d'empathie en tant qu'opération psychique et philosophique d'un faire ensemble entre soin et création.

Cette réflexion s'est construite autour de l'étude poétique d'un projet intitulé « **Un air de famille** » qui s'est déroulé chaque année, entre 2010 et 2016, dans le service de dialyse de l'hôpital de La Conception à Marseille. Il accueille 250 patients par semaine qui sont dialysés par 2 dans des kolffs, petits boxes du nom de l'inventeur de la machine, trois fois par semaine pour des séances de 3 heures.

« **Un air de famille** » fait référence au patrimoine musical familial, cet air que nous avons entendu fredonner depuis toujours par nos parents, que nous avons chanté en voiture pendant des heures, qui nous a endormi chaque soir de l'enfance ou qui a égayé nos repas traditionnels. Un air que nous pouvons reconnaître entre mille et qui nous relie à une communauté. Un air qui nous serre le cœur parce qu'il nous rappelle un événement émouvant. Mais « **un air de famille** » désigne également une ressemblance intuitive, difficilement objectivable entre les membres d'une même famille. En choisissant ce titre au projet, ce sont bien ces deux connotations qui sont mobilisées : le culturel et l'universel.

Une dizaine d'étudiants du Centre de musiciens intervenants, accompagnés de deux ou trois étudiants infirmiers, participent donc chaque année à un workshop d'une semaine dans ce service. Le protocole consiste pour les étudiants à collecter des chansons

auprès des personnes en dialyse, à les interpréter auprès d'eux après arrangements, puis à les transmettre en tant que répertoire aux chorales de l'AP-HM et de l'Université.

A leur arrivée, les étudiants et les formateurs prennent littéralement possession d'une salle d'attente qu'ils transforment en loge, à l'écart du service de dialyse dans lequel le workshop se déroule.

Les musiciens commencent à jouer depuis la salle d'attente, poursuivent dans les couloirs et pénètrent dans le service de dialyse en musique où ils s'installent. En temps ordinaire, l'environnement sonore de ce service est uniquement rythmé par le bruit des machines de dialyse et parfois par les conversations à l'accent mélodique des infirmières. L'ambiance générale est calme mais mortifère.

La musique, événement inouï dans les kolffs, au sens propre comme au sens figuré, suscite chez les patients l'écoute. Ils tendent l'oreille vers l'extérieur d'eux-mêmes, ils se détournent pour un moment de la contingence pénible de l'acte médical qu'ils subissent, ils écoutent le monde.

Les étudiants, après en avoir demandé l'autorisation, proposent une chanson aux patients, à l'extérieur ou à l'intérieur de l'espace du kolff selon les cas. Ils leur demandent ensuite de bien vouloir leur chanter une chanson de leur histoire en retour. Le chant invite dans ces kolffs des voix et des personnalités, des temps et des mémoires, des langues et des pays.

Qu'est-ce qui se joue dans cette rencontre et qui entre en résonance avec l'hospitalité ?

[** première écoute **]

Nous entendons dans cet exemple comment la dame Malgache partage sans effort la berceuse de son enfance et la joie que cela lui procure. Le chant s'élève dans cet « **entre** », cet « **écart** » qui s'ouvre entre deux sujets, les patients et les étudiants. Cette voix singularise et donne à entendre ses états d'âme ; on entend ici combien se mêle la jubilation originelle propre au chant et la fêlure dans la voix qui révèle la faille, la faiblesse, la tristesse. La relation qui s'établit par ce don et contre-don d'une chanson relève pleinement de l'empathie.

L'empathie, traduction du terme allemand *Einfühlung* procède, selon son inventeur Robert Vischer, par « **une sublimation mentale immédiate de l'excitation sensible** ». Ainsi, il s'agit d'une relation à trois termes, les deux sujets d'une relation intersubjective et un objet de projection dans lequel s'engage leur expérience sensible. Théodore Lipps, héritier de Robert Vischer, théorise l'idée d'une délocalisation du sujet dans la relation empathique. Pour lui « **au moment de la contemplation esthétique, le sujet devient progressivement moins conscient de ses tensions musculaires ou des sensations qui concernent le sens de soi et il s'abandonne à l'objet qu'il regarde.** » (ou qu'il écoute) Et ce d'autant plus lorsque l'objet est musical car la musique apparaît pour plusieurs auteurs comme la forme la plus parfaite de l'*Einfühlung* esthétique où la communion avec l'objet est totale.

En outre, nous pouvons constater que l'espace créé par cette empathie rend possible pour les patients de donner de la voix. Je vous propose à cet égard une seconde écoute.

[** deuxième écoute **]

Cette voix qui s'affirme dans le chant est d'autant plus émouvante qu'elle s'éveille dans un univers où les patients sont les seuls à ne pas produire de sons. En effet, Nicolas Frize, lors de sa résidence à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis en 1995, a longuement enregistré l'hôpital. Il a fait le constat que c'est un lieu bruyant où les professionnels parlent beaucoup. « **Les seuls que l'on n'entend pas, dit-il, ce sont les patients et les familles.** » Pour lui, « **le patient n'est pas instrumentiste, il est privé de partition** ».

Une des explications à ce constat pourrait être que l'hôpital concentre une telle densité d'émotions, plus ou moins dramatiques, que l'ensemble de sa structure normative s'emploie à les contenir. Par peur du débordement, l'Institution se protège de la charge affective des patients, le plus souvent par le déni. Mais lorsque ce déni se traduit chez les professionnels par un clivage avec leurs émotions, ils se trouvent alors empêchés de leur capacité d'empathie. Ainsi, les émotions sont priées de faire silence, selon la célèbre formule « **Hôpital, silence !** ».

Or, la voix, et plus encore le chant dans son ouverture à la musique, fonctionne, selon la formule du psychanalyste Didier Anzieu, comme une « **enveloppe sonore du Soi** ». Dans cette expérience, les patients font entendre leur voix dans sa dimension la plus jubilatoire, le chant. Ce qui advient comme charge émotionnelle dans ce partage de chansons se trouve contenu par l'enveloppe sonore psychique tout en étant reconnu. La voix des patients devient de ce fait audible par l'hôpital et partageable par les soignants sans mise en danger de l'un ou des autres.

Une troisième dimension essentielle au processus d'empathie dans la collecte est la fonction mnésique du chant. Je vous propose à cet égard une autre écoute.

[** troisième écoute **]

Les étudiants ont noté à propos du marin qui chante La coquette (le vrai nom de la chanson) : « **A travers son dialogue, une légère nostalgie est apparente du fait qu'il ne retrouve pas les traces de son passé (...). Cependant il est content d'avoir vécu cette vie de marin et notre présence lui remémore sa jeunesse.** » Pour la psychologue Marie-France Castarède, « **trouver une phrase musicale, c'est toujours la retrouver** », c'est-à-dire « **la goûter dans cet incessant va-et-vient du désir et de la nostalgie, de la présence et de l'absence, de la perte et des retrouvailles, toutes ces oscillations qui se rapportent aux tout premiers temps de la vie de l'enfant.** » Cette puissance mémorielle appartient pleinement au processus d'empathie en ce qu'il permet une remémoration jouissive tout à la fois du lien et de l'autonomie.

Dans la phase d'appropriation et d'arrangements des éléments de la collecte par les étudiants, apparaissent sur le miroir de la « **loge** » des post-it griffonnés, fragments de vie et de ressentis personnels issus de la rencontre avec les patients. Des petits morceaux de subjectivités recouvrant progressivement l'espace lisse et sans fissures de la réflexivité du miroir.

Nous prendrons ce miroir accueillant les traces d'une ethnographie de la rencontre comme le symbole de la dimension spéculaire, c'est-à-dire réfléchissante, du rapport intersubjectif dans l'empathie, tant en psychologie qu'en neuroscience.

En psychologie, Didier Anzieu développe le concept de miroir sonore et son importance dans la structuration du psychisme de l'enfant. Il montre que les vocalisations réciproques entre la

mère et l'enfant, notamment à travers les chants, créent un espace transitionnel de compréhension mutuelle où se développe la santé psychique de l'enfant.

Ainsi, pouvons-nous penser que se rejoue dans la rencontre entre étudiants et patients la fonction transitionnelle du miroir sonore dans lequel s'expérimente une compréhension mutuelle. Celle-ci permet alors à la personne malade de restaurer une enveloppe de Soi rendue défaillante par la faiblesse des espaces transitionnels dans un lieu surmédicalisé.

En neurosciences, la découverte des neurones miroirs en 1999 par Rizzolatti a bouleversé notre conception de la cognition des actions d'autrui. Nous avons désormais la preuve que cette perception se fait directement dans le corps, par imitation, activant des groupes de neurones censés correspondre à sa propre action. Les neurones miroirs ont alors été invoqués par les chercheurs comme une nouvelle manière de comprendre les processus d'empathie, fondamentaux pour partager la vie affective des autres. Appliqués à ce cas d'étude, les neurones miroirs ont peut-être joué pleinement leur rôle lorsque les étudiants ont commencé à chanter pour les patients avant la collecte.

Après la collecte, les étudiants passent du temps à retrouver les paroles et les partitions des chansons des patients. Ils font alors œuvre de recollement entre la musique et la parole, entre le son et le sens.

Le surlendemain, lorsque les personnes reviennent pour leur deuxième séance de dialyse, les étudiants vont leur chanter leur chanson, à leur manière. Ces moments se sont traduits presque à chaque fois par l'expression d'une forte émotion pour les patients, certains se laissant aller aux larmes ou d'autres retrouvant leur

vitalité pour accompagner de la voix les étudiants. L'empathie a alors été subsumée par une expérience esthétique, d'autant plus intense qu'elle engageait fortement leur personne et leur histoire.

La différence entre les deux temps de l'empathie et de l'expérience réside dans la transformation du matériau brut, ici les chants livrés par les patients, en forme aboutie, les chants composés et interprétés par des musiciens accomplis, les étudiants du CFMI. Nous constatons dans ce cas d'étude que la musique, plus encore que d'autres formes d'expression, est un art qui, selon John Dewey, **« en vertu de son évidente dimension temporelle illustre mieux qu'aucun art en quel sens la forme est intégration mouvante d'une expérience. La « forme » musicale devient forme dans le développement de l'écoute. »**

Ainsi, l'expérience du chant remémoré, chanté, accueilli, recomposé, réarrangé, et interprété dans une forme aboutie constitue vraisemblablement une expérience singulière qui relie l'individu livré à la solitude de son corps à une communauté culturelle et à une sensibilité universelle. Car ces chansons n'en ont pas moins un caractère universel, comme l'a confirmé l'équipe de recherche de Samuel Mehr, directeur du Music Lab de l'université d'Harvard qui a étudié les caractéristiques communes des berceuses, romances ou mélodies dansantes dans le monde.

Je vous propose d'écouter la version restituée par les étudiants de la chanson russe dont nous avons entendu la version brute :

[quatrième écoute **]**

La troisième étape du projet consiste pour les étudiants à écrire une version pour trois voix à destination des chorales de l'Assistance Publique -Hôpitaux de Marseille et de l'Université

Aix-Marseille. Ils participent ensuite à la transmission de ce qui est devenu définitivement un répertoire aux membres de la chorale. Celui-ci, composé d'une centaine de chansons en une douzaine de langues, est interprété toute l'année dans différents lieux de l'hôpital, de l'université et de la ville par les professionnels qui composent la chorale.

En exemple, je vous donne à écouter la version pour chorale de la chanson russe dont vous entendu les deux premières interprétations, dans la collecte et la restitution.

[** cinquième écoute **]

Si l'on se réfère à la place du chœur dans la tragédie grecque, on sait que la parole ainsi chantée se plante au cœur de la condition humaine, de la dualité entre Éros et Thanatos. Ainsi, les soignants se trouvent les porte-paroles, ou les porte-chants de la lutte de leurs patients au corps à corps contre Thanatos, lutte devenue par leur entremise au cœur à cœur. Le chant choral permet l'expression d'émotions vives, tant de la joie que de la douleur, et rend possible une transfiguration des affects, impliquant tous les auditeurs, dans laquelle Eros, c'est-à-dire l'amour d'autrui et l'espoir, gagne sur Thanatos.

Pour conclure ma présentation, je dirais que cette expérience peut se lire comme un trajet dont la chanson serait le guide. Un cheminement sensible et symbolique pour les patients vers des temps et des espaces culturels tissés de significations communes.

Ce mouvement est rendu possible grâce aux opérations psychiques et poétiques suivants : ***l'empathie intersubjective, l'expérience esthétique, et la catharsis en tant que transfiguration des affects***

Sachant que selon Tim Ingold, « ***c'est essentiellement à travers les pratiques de trajet que les créatures habitent le monde*** », restaurer la possibilité d'un trajet, même dans l'espace mental, constitue ici le cœur battant de l'hospitalité.





AU LAB - AH

L'eau à la bouche

interroger le moment
du repas avec les
personnes hospitalisées
et les équipes de soin

L'EAU À LA BOUCHE - Coline Fontaine

Coline Fontaine

designer cheffe de projets au lab-ah

Si le design est par essence un métier travaillant au contact de champs d'expertises multiples (de pratiques et d'usages, de matériaux et de moyens de productions, d'objectifs de commanditaires), exercer en tant que designer à l'hôpital nous place en position de traducteur des besoins tant des patients que des professionnels médico-soignants et des professionnels administratifs. Une partie de notre travail consiste donc à forger en permanence des outils de collecte et de traduction de ces paroles expertes. Car on ne peut jamais présupposer de ce qui va réellement fonctionner sur un terrain donné : plutôt que de plaquer une méthode figée, il nous apparaît fondamental de nous adapter sans cesse à la manière dont les personnes réagissent au cours de la démarche, pour que celle-ci porte ses fruits au mieux.

Le projet « L'eau à la bouche », que nous avons mené entre mars et juillet 2019, en est un bon exemple. En dépliant les phases du projet, nous nous arrêterons sur les différents outils mis en œuvres et comment ils ont, au fil de l'eau, participé à aiguiller la démarche.

Le contexte

Réalisé en partenariat avec la Direction des Achats et de la Logistique du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences grâce à un financement de la Direction Interministérielle pour la Transformation Publique, le projet se concentrait sur le repas à l'hôpital psychiatrique et comment en faire davantage un moment de plaisir. Sur cette expérimentation de 3 mois au sein de l'unité d'hospitalisation Pussin installée au sein de l'hôpital Bichat, Paris XVIIIe, le financement de la DITP nous a permis de nous associer à

l'expertise de professionnels aux compétences complémentaires : Flore Dallennes, designer, Chloé Adelheim, designer & vidéaste et Céline Pelcé, designer culinaire.

L'immersion

Sur un total de 30h d'immersion à différentes heures de la journée, menées avec Flore Dallennes, nous avons d'abord réalisé des moments d'observations des temps de repas à travers tous nos sens, et recueilli des récits de soignants sur l'organisation des journées en les traduisant sur des lignes de temps. Il s'agissait de comprendre les enjeux et les contraintes organisationnelles des différentes sphères professionnelles du service.

En parallèle, nous avons réalisé une série d'entretiens imagés, avec 15 patients et 20 professionnels du site. Pour ce faire, nous nous étions installées sur une table en « libre-accès » au croisement d'une circulation majeure de l'unité, ce qui nous a permis de rencontrer de nombreux patients qui venaient volontiers passer ce temps d'entretien. Voyant que très peu de professionnels venaient nous voir, nous avons déplacé ces entretiens dans leur salle de pause ou dans leurs espaces de travail, pour s'intégrer au maximum sur leur temps disponible. Le principe de ces entretiens était simple : une pile d'images liées de près ou de loin au repas (aliments, préparation, présentation, partage, seul ou à plusieurs, dans différentes atmosphères...) et quelques fiches questions (le petit déjeuner pour vous ? votre repas préféré ?...) étaient proposées aux personnes, afin qu'elles sélectionnent les images qui les interpellaient le plus, en décrivant pourquoi. Le but étant de rassembler une somme de représentations, d'analogies, de ressentis associés à ce moment, et de dépasser les « Rien n'est

possible sans des travaux chers et lourds ». En effet, à mesure des discussions, se dessinaient des « Bon, on pourrait faire ceci ou cela, mais ça n'aurait pas vraiment d'importance... ».

Un poster trop « fini »

A la suite de l'ensemble de ces entretiens, une grande somme de « petits riens » ont donc été notre matière première.

Avant de prendre le temps d'analyser cette matière, et afin de donner des éléments tangibles sans attendre aux personnes que nous avons interrogées, nous avons voulu leur restituer leur parole en la présentant d'une manière qui lui donne un statut précieux. Nous avons donc mis en page un grand poster que nous avons installé dans les salles de pause des professionnels de santé et dans la salle à manger des patients. Résultat : personne ne s'est senti concerné. Car même si la parole était restituée de manière très fidèle, les soignants nous ont témoigné par la suite que l'objet paraissait trop « fini » pour qu'ils s'y reconnaissent. Les personnes pensaient qu'il s'agissait d'une communication extérieure, énième somme d'informations dans des espaces qui en sont déjà saturés...

Les fiches projets

Nous avons poursuivi notre analyse, et rassemblées les idées qui avaient émergé dans les entretiens en fiches thématiques. Si chaque idée isolée paraît anecdotique, rassemblées et thématisées elles nous permettent d'identifier des lignes de fond, selon 3 axes majeurs de travail (autour de la sensorialité, la temporalité, et le sentiment d'autonomie des personnes hospitalisées) qui allaient devenir notre boussole pour le développement du projet.

Les fiches, cette fois-ci sous la forme de dessins rapides réimprimés sur des feuilles quadrillées pour paraître plus accessibles, sont mises au vote des professionnels de l'unité en étant affichées dans leurs salles de pause et sous la forme d'un questionnaire en ligne. L'objectif étant de sonder la popularité de certaines pistes et les nuancer, mais surtout donner à voir le projet qui émerge aux principaux garants de la mise en place des fruits de cette recherche, afin d'en faciliter leur continuelle appropriation.

Il est intéressant de noter que pour 50 idées réparties sur 12 thématiques, les fiches imprimées ont comptabilisé 200 cases cochées, contre 1 réponse sous la forme digitale.

Le travail de conception

De notre côté, nous développons la conception, avec nos compétences. Le « faire avec » s'arrête là pour le moment : il a permis de dresser un cahier des charges, à nous de revenir avec des propositions (validées avec l'équipe avant mise en place), qui pouvaient se mettre en place dans le temps court du projet.

La salle à manger : des « presque rien » qui changent tout

Nous nous basons le plus possible sur l'existant pour modifier la perception de l'espace à très court terme. Un changement de couleur des murs, qui requalifie l'espace entier (ici, faire avec s'incarne au sens propre : on peint avec la cadre supérieure de santé) ; des chaises 3 fois plus légères et empilables, qui changent la vie tant des soignants qui les manipulent que des patients (moins de bruit quand les chaises raclent au sol), tout en

permettant différentes configurations de l'espace ; intégration d'une petite baguette en bord de fenêtre pour y déposer des BDs, qui transforme l'espace d'alimentation en lieu de vie ; mise en valeur du menu ; mise à disposition d'épices, de vaisselle ; et du côté de l'office : modules de rangement pour accueillir ces nouveaux éléments...

Les résultats ne se font pas attendre. Très vite, nous apprenons que l'espace est utilisé pour d'autres activités que le repas (réunions soignant/soigné) : il devient donc perçu comme le lieu le plus hospitalier de l'unité pour se retrouver en groupe mixte. Certains éléments sont très vite appropriés par les équipes et les patients (écriture du menu, étagère à livres), là où d'autres peinent à être intégrés de manière durable (épices, vaisselle).

Un bilan approfondi sera nécessaire, mais une première récolte d'impressions des patients de l'unité a déjà été réalisée par un infirmier du service, mission dont il s'est investi de lui-même avant de pouvoir présenter le projet lors d'une conférence.

L'atelier goûter

En parallèle du réaménagement de la salle à manger, et à partir d'une question plus large autour de ce qui pourrait être donné à manger à l'hôpital, nous proposons l'expérimentation d'un atelier de préparation d'en cas, à destination des soignants. Nous confions ce projet à une designer culinaire, Céline Pelcé, et préparons cet atelier avec la cadre de l'unité et la diététicienne, afin d'intégrer au mieux les contraintes diététiques, organisationnelles, sanitaires.

Le projet de la designer culinaire est de constituer un tableau à partager, notion clé de la convivialité pour elle, qui bouscule les

crainces de l'ordre de « comment vont se comporter les patients si ce ne sont pas des parts individuelles ? » exprimées par beaucoup de soignants. Comme c'est une expérimentation, l'équipe accepte : « on va bien voir ». Les produits utilisés sont choisis pour leur valeur nutritive et gustative, et pour leur accessibilité par le service.

Sur un atelier d'1h30 qui rassemble 4 à 6 soignants (répété 2 fois pour voir le maximum de l'équipe soignante), la première partie consiste en un long moments d'échanges avec les soignants. Ils ont beaucoup à dire ! Sur l'importance des gestes ou de la présentation pour eux, sur les freins qu'ils voient à l'hôpital pour permettre d'offrir ce cadre aux patients...

Au moment du goûter, chacun se sert, une fois. « Oh c'est si simple, c'est beau ! Je referai ça chez moi » (en parlant des eaux aromatisées présentées dans des carafes transparentes). Pas d'excès, on est rassasié. Un soignant nous avertit : « Vous allez voir, ils vont tous partir dès qu'ils auront mangé ». On bouge les chaises. Les gens restent, on trinque, on discute. « On m'avait jamais autant remercié ! », nous dit un infirmier.

Les ateliers sont filmés par Chloé Adelheim. La vidéo, montrée à l'équipe en clôture du projet, a beaucoup fait réagir les médecins, voyant autrement leur équipe. S'est ainsi opéré un double déplacement : celui de la perception des patients par les soignants, et des membres de l'équipe médico-soignante entre eux.

Les semaines suivantes, période de canicule, nous recevons des images de variations des boissons : « on a refait avec ceci et cela ! » Mais les mois passant, l'atelier reste un bon souvenir, lointain. Pour être intégré dans les pratiques, des « piqûres de rappel » seraient nécessaire, plaçant ces moments dans la routine

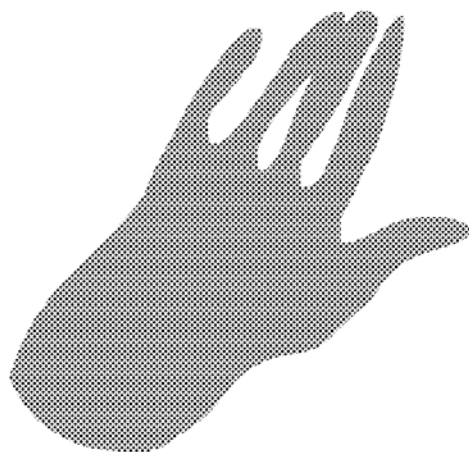
du service. Mais l'atelier réalisé dans ces conditions a déjà permis de valider sa pertinence, notamment dans sa forme (« On avait déjà eu des ateliers culinaires réalisés par le prestataire des repas, mais ça n'avait aucun lien avec le service... »)

Les enjeux du faire avec, à l'hôpital

Pour conclure, ce qui apparaît clairement au travers de l'exemple de ce projet, c'est qu'au-delà d'un engagement, « faire avec » les équipes soignantes et les personnes hospitalisées dans un projet qui les concerne est une nécessité, à plusieurs égards, pour : construire des réponses les plus justes possible, déminer l'impossibilité d'un projet, mettre tout en œuvre pour favoriser une réelle appropriation par les usagers (toujours à ré-évaluer), et, enfin, s'assurer d'une meilleure intégration des propositions dans les environnements pour lesquels elles sont destinées

Et, pour ces derniers points, « faire avec » ne fait pas tout : des modifications de grande ampleur sont nécessaires pour y parvenir. Mais si la question de l'inscription sur la durée n'est pas assurée par le fait que les personnes ont été impliquées dès le départ, cela garantit quand même que les idées qui ont émergé et les moments et réflexions partagés continuent leur chemin dans les démarches personnelles de chacun, quitte à prendre leur envol de manières imprévues par le cadre du projet... ce qui est, pour nous, bien difficilement mesurable !





PROJET INVITÉ

Quand faire,
c'est exprimer

interventions en
pédopsychiatrie

Chantale Dugave

artiste architecte, maîtresse de
conférence à l'École Nationale
Supérieure d'Architecture de Lyon

QUAND FAIRE, C'EST EXPRIMER - Chantale Dugave

Q

uand je présente mon travail, je me définis comme une artiste architecte. Instauration d'un écart dans l'art architecte est une volonté. Celle que ces deux métiers se « dévisagent ». Or, comme l'énonce François Jullien : « Faire travailler des écarts, ce n'est pas pour autant clore en des mondes, mais bien l'inverse : ouvrir un espace réflexif. C'est que l'écart, en même temps qu'il sépare, met en tension ». Orienter le processus du faire en direction de l'art interroge l'architecture et réciproquement. Mais n'être d'aucun côté spécifiquement semble signifier n'être de « nulle part », et en cela déroute « parce qu'impossible à localiser ».

Je commencerai la communication par trois questions :

Qu'est-ce qu'intervenir dans les milieux hospitaliers, nommés ici espaces en souffrance, et pourquoi ? Comment le faire peut-il être utilisé comme une expression, comme un médiateur ? En quoi le processus du faire est-il plus important que l'objet fini ?

Pour aborder ma première question, je suis obligée de définir ce que j'entends par « espaces en souffrance ». Cette notion est apparue au fil de la thèse en cours. Elle tente de donner une description des contextes dans lesquels je travaille. Ces derniers, associés à la crise, la maladie ou la guerre, sont générateurs de fragilités, de faiblesses, de déconstruction. Dès le départ, ils obligent à décaler nos points de vue.

Ils sont aussi des vecteurs de métamorphose et de transformation, des balises ouvrant des champs d'exploration, des indicateurs dont la prise en compte alimente les projets. Je me situe dans le courant existentialiste, où l'individu crée le sens

et l'essence de sa vie par son action. En quelque sorte, je cherche à savoir, en tant qu'artiste architecte, comment je me positionne dans le monde et dans quelle mesure je peux agir sur lui.

Pour répondre à la deuxième question (« Comment le faire peut-il être utilisé comme une expression, comme un médiateur ? ») et pour comprendre de quelle pratique je parle, je vais raconter deux anecdotes qui décrivent les situations dans lesquelles les travaux s'inscrivent.

En 2007, lors d'un atelier encadré par la « Ferme du Vinatier » et ayant eu lieu dans le Centre de Jour « Le fil d'Ariane », il était envisagé de concevoir et de construire un jardin avec les enfants. Ce lieu de soin fonctionnait comme un hôpital de jour. Il accueillait et accueille encore des patients dont l'état de santé psychiatrique nécessite des soins durant la journée. Le centre était implanté dans une zone reculée de Vaulx-en-Velin, à proximité de Lyon. Le premier jour, il fut difficile de trouver l'adresse, le bâtiment en question étant un simple volume cubique ressemblant plus à une administration quelconque qu'à un lieu de soin. Il était implanté sur une pelouse bordée d'une haie végétale. L'équipe soignante m'avait sollicitée en tant qu'intervenante extérieure pour remédier à un problème qu'elle avait du mal à résoudre : les enfants, principalement autistes, tournaient en rond en vélo autour du bâtiment pendant la période récréative de la journée. Les soignants avaient l'espoir qu'un jardin arrêterait ce mouvement qui, en soi, n'avait rien d'inquiétant, mais qui, dans une situation thérapeutique, pouvait s'avérer gênant et amplifier le trouble des petits patients.

Après plusieurs esquisses et maquettes réalisées avec eux et les soignants, l'idée vint de créer des structures en osier vivant et de former, tout autour du bâtiment, des tunnels, des cabanes

ou encore des buts de football. Le principe constructif était simple, il suffisait de planter dans la terre les branches d'osier puis, ensuite, de les tresser ensemble. L'osier étant vivant, il poussait continuellement, faisant ainsi varier la forme de la structure. L'apparence extérieure du Centre de Jour s'est donc peu à peu transformée. Il est ainsi passé d'une boîte banale sur une pelouse, d'un lieu anodin voire hostile pour les usagers, à une sorte de maison installée dans un dispositif végétal ludique et changeant. Il ne ressemblait plus à un hôpital.

Le faire engagé dans cet atelier mettait l'accent sur deux aspects. Le premier était le caractère pathologique que présentait l'espace extérieur utilisé par les enfants avant que l'atelier ne soit organisé. Le deuxième était la capacité des enfants à se projeter, à réaliser des lieux issus de leur propre imagination, à s'exprimer. Le jardin venait non seulement mettre en forme des lieux ludiques mais il reliait les patients au monde des enfants de leur âge, les éloignait de la situation dans laquelle les mettait leur trouble.

Il faut noter que, lors de la création du carton d'invitation, les enfants se sont dessinés, ont découpé leurs personnages puis ont cherché comment disposer les figurines les unes par rapports aux autres. Curieusement, la forme du cercle est apparue. Était-elle liée à la problématique initiale et au fait qu'ils tournaient en rond autour du bâtiment ? Il est difficile de le savoir. Pourtant le rapprochement est intéressant.

La deuxième anecdote concerne l'atelier réalisé, en 2018, à « l'Hôpital de jour Compoint », à Paris. La cour étant très minérale, il s'agissait d'expérimenter des dispositifs destinés à lui donner un aspect plus végétal. Il a donc été proposé de concevoir et construire un dispositif en bambou destiné aux enfants et leur permettant de regarder le ciel.

Pour consolider la construction, il fallait percer les tiges et faire passer les cordes d'assemblage. Le principe, comme pour les autres ateliers en hôpital psychiatrique, était de travailler avec les patients. Lors de l'épisode du percement, plusieurs enfants ont souhaité manipuler la perceuse. Mais la manipulation d'objets dangereux comme les cutters, est proscrite dans ce milieu. L'utilisation de la perceuse ne pouvait donc être envisagée. Il a alors fallu négocier avec les soignants, leur certifier que l'acte serait encadré, pour que certains enfants aient accès à cette étape du faire. Le plaisir de l'utilisation du matériel se révéla alors aller au-delà du travail lui-même : ils étaient heureux de manipuler des outils auxquels ils n'avaient jamais eu accès, pas plus d'ailleurs que n'y avaient accès les enfants de leur âge en général. Les pensionnaires de Compoinc sont ainsi passés de patients malades à des enfants responsables avec pour effet que les symptômes psychotiques, qui se traduisent souvent par des actes de violence, ont disparu durant l'activité. L'atelier de construction est alors devenu un lieu où le calme et le travail régnait. Si bien que les soignants, durant leurs pauses, venaient volontiers regarder le travail accompli, quand ils ne participaient pas au travail.

Intervenir dans de tels contextes va donc interroger l'ordre établi, souvent instauré pour des raisons de soin ou de sécurité. Donner la possibilité aux enfants d'utiliser la perceuse va laisser place au désordre dans l'hôpital et les soignants vont se retrouver dans une situation de déstabilisation. Mais voyant les enfants manipuler les outils sans dommage, remarquant le bien que cette activité leur faisait, ils s'en trouveront rassurés et noteront même des aptitudes aux patients qu'ils n'avaient pas eu la possibilité de remarquer auparavant. Le faire est devenu un médiateur qui transmet aussi des informations thérapeutiques.

Lorsqu'il a fallu choisir entre construire plusieurs plateformes ou une cabane en bambou, patients et soignants ont choisi à l'unanimité la deuxième solution. Il faut savoir que les dispositifs pour les enfants, que ce soient les jeux ou les constructions, sont soumis à une réglementation rigoureuse, notamment dès que ce qui est construit dépasse 80 centimètres de haut. Ces règles étaient connues et c'est pourquoi les nœuds d'assemblage avaient été longuement étudiés pour garantir un maximum de sécurité. Un ingénieur a même été sollicité pour qu'il valide la construction. À ce titre, un des médecins n'a pas hésité à dire : « Les locaux de l'hôpital sont à la limite de l'insalubrité. Donc, avant de venir contrôler la construction en bambou à l'extérieur, ils feraient mieux de contrôler les espaces dans lesquels nous travaillons ! ». Malgré ces efforts et ces remarques, le bureau de contrôle est passé et a interdit l'accès à la construction. On peut donc dire qu'un mauvais choix avait été fait et qu'il aurait été préférable d'opter pour la solution à plusieurs terrasses ne dépassant pas la hauteur réglementaire. À noter que quelques mois plus tard, un des murs d'enceinte de la cour s'est écroulé et le lieu a été définitivement interdit.

La dernière question (« En quoi le processus du faire est-il plus important que l'objet fini ? ») sera illustrée par une anecdote. Durant la réalisation du jardin du Centre de Jour « Le fil d'Ariane ». Les enfants participaient en fonction de leur capacité. Parfois, le travail se faisait en groupe, parfois avec un seul enfant, en fonction des particularités de chacun.

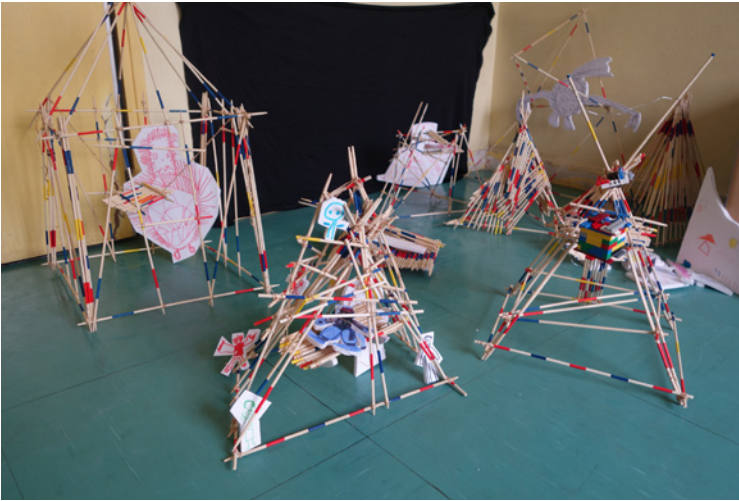
Un jour, la fabrication se fit avec une jeune fille autiste qui avait des troubles du langage très prononcés. Au départ, entamer le chantier avec elle fut difficile. En effet, elle était extrêmement bavarde et tenait absolument à communiquer. Mais pour se comprendre, il fallut peu à peu dépasser les codes courants du

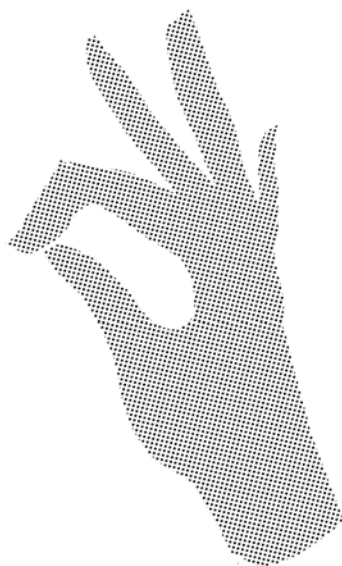
langage et écouter les rythmes, les intonations, regarder les gestes qu'elle faisait. Le langage parlé a laissé la place à un langage gestuel tout aussi efficace. D'autant que la petite patiente avait l'habitude de passer par ces formes de communication pour se faire comprendre. Le travail a alors duré deux heures durant lesquelles elle a apporté les branches d'osier stockées au fond du jardin. Ensemble, nous les avons plantées et tressées. Une fois la tâche terminée, en contempler le résultat a réservé une surprise : la jeune fille n'avait pas pris les branches dans la réserve, mais les avait récupérées en « démontant » une structure en osier déjà réalisée.

Ces deux heures de travail semblaient n'avoir servi à rien. Y avait-il un problème de communication ? Au vu des yeux brillants de joie de la patiente, cette proposition fut vite évacuée. En effet, elle ne voulait simplement pas que le travail s'arrête. La finalité du jardin n'était pour elle pas si importante que l'échange établi durant le travail réalisé ensemble. Défaire ce qui était déjà fait permettait de rallonger le processus du faire.

Cette expérience conforte la nécessité de ne pas aborder la relation avec les enfants en partant de leur « différence » supposée mais plutôt en portant un point de vue intégrant la notion de « l'écart ». Elle invite à ne pas rester dans des carcans, dans des logiques fermées mais de déplacer les manières de penser pour rendre possible le fait d'agir. Les positions de départ peuvent alors bénéficier des remises en cause et des apports de l'action, ouvrant la possibilité de se situer dans « l'entre » et donc de dépasser une certaine normalité.







PROJET INVITÉ

Soin et création

artistique

une rencontre exigeante,
l'exemple de l'atelier
photographique

Isabelle Andreu

psychiatre rattachée au SMPR (service
médico-psychologique régional),
service de psychiatrie auprès des
détenus de la prison de la Santé à Paris

Eric Aupol

photographe, formation en
photographie et en ethnologie

ISABELLE ANDREU

1999 : le tournant de la fermeture des lits hospitaliers n'a cessé depuis 20 ans et le critère-maitre est la durée moyenne de séjour qui doit impérativement diminuer. Dans ce contexte les outils hospitaliers mis en place avec la psychothérapie institutionnelle pour accueillir et soigner les patients sont mis à mal. Ce travail sur la place de chacun, soignés et soignants, sur leurs interactions, et sur le partage de certaines responsabilités au sein des associations de secteur ne peut se faire que sur la durée, dans une temporalité qui n'est plus celle des services. Certains outils de l'hospitalité disparaissent. C'est le cas du « Club » - lieu d'accueil et de prise de responsabilité pour les patients – au sein du secteur 15.

Présentation du Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

C'est avec cette petite équipe (infirmières, cadre) qui tourne la page du Club, que nous ouvrons le CATTP sur le territoire du S15, c'est-à-dire à la Motte-Picquet Grenelle. C'est le lieu du CMP mais pas d'espace pour le CATTP à venir. Quelques activités sont hébergées dans des locaux du quartier (salle de danse, salles paroissiales) mais finalement nous décidons de repeindre la cave et de nous y installer. À côté d'une pièce principale un petit local accueille le labo photo argentique.

À la naissance du CATTP, au sein duquel s'est déroulé pendant 10 ans l'atelier photographique, nous avons posé un « écart » entre soin et création. Cet écart nécessaire à la rencontre et

donc à l'hospitalité est cet écart dont François Jullien, cité par Carine Delanoë-Vieux, nous dit « qu'il est fécond en ce qu'il est exploratoire, aventureux, et met en tension ce qu'il a séparé ».

Les ateliers à médiation artistique, dits ateliers d'expression et de créativité, étaient animés conjointement par des intervenants extérieurs, « artistes », d'une part et par une infirmière d'autre part. Eric Aupol, photographe et Pascale Gosselin, infirmière animaient l'atelier Photo. Le parti pris de départ, avec ce choix de confier l'animation de l'atelier à un artiste, était de permettre la rencontre entre le patient et « l'homme de l'art ». Nous souhaitions souligner l'enjeu créatif en confiant ces groupes à des animateurs sollicités pour leur engagement artistique, la part du soin étant dévolue à l'infirmière participant à l'activité. L'objectif était de préciser les fonctions de chacun, de lever la confusion sur les places respectives, mais surtout de solliciter chacun au plus près de sa propre position subjective, de ce qui l'anime : l'artiste dans le vif de son désir de création, l'infirmière dans sa place de soignante. Le croisement des deux champs – artistique et soignant – se manifeste dans l'existence réelle d'un écart, incarné par deux personnes distinctes qui représentent chacune un pôle. Bien sûr il existe un troisième pôle, celui occupé par les patients eux-mêmes, chacun dans leur subjectivité.

Il faut préciser que l'infirmière qui occupe la fonction soin de l'atelier a un positionnement qui la décentre du rapport soignant-soigné classique : elle participe activement aux séances et se retrouve au regard du média de l'atelier dans une position proche, voire semblable à celle du patient, c'est-à-dire sans connaissance préalable des techniques ou savoir-faire utilisés. Elle s'expose ainsi, comme le patient, dans sa création avec ce que cela comporte d'inhibition et d'inspiration, comme tout un chacun.

Pourtant elle n'est pas incluse dans le groupe des patients par la capacité qu'elle a déjà acquise de supporter ces moments de création quelque fois difficiles, de les soutenir sans réaction de prestance excessive, ni atteinte narcissique trop vive et même de pouvoir en dire un mot devant le groupe. L'infirmière assure une fonction d'accompagnement et d'étayage du patient qui peut trouver auprès d'elle un appui identificatoire.

L'option prise de faire animer l'atelier par un artiste professionnel favorise, plus qu'elle n'inhibe, la participation des patients. Le décentrement opéré par rapport au suivi psychiatrique y est pour quelque chose : introduire un artiste, non soignant, dans le dispositif, c'est aussi signifier qu'ils ne sont pas que malades, y compris quand ils viennent se soigner. L'effet le plus aisément repérable est la restauration narcissique toujours essentielle pour des patients excessivement blessés, dévalorisés, atteints dans leur être – on est bien au-delà du basique « manque de confiance en soi », névrotiquement bien distribué. Un patient m'avait dit un jour, à propos de l'atelier photo : « c'est du sérieux... j'y viens pas pour rien », semblant dire qu'il avait été sensible au sérieux avec lequel nous considérions et le soin et l'art et son suivi.

A côté du travail en atelier la prise en charge du patient au CATTP se fait également dans deux autres espaces-temps distincts : le temps de l'espace de parole et le temps des synthèses. Chaque participant est reçu toutes les six semaines environ par le/la psychologue du CATTP (Nicolas Chapelet puis Sylvie Chazel) et l'infirmière de l'atelier pour un temps de parole sur son parcours dans l'atelier, à distance des séances. Il s'agit de parler, si c'est possible, des difficultés rencontrées dans le déroulement des séances, des éventuels bénéfices rapportés par le patient ou de questionner l'absentéisme et le découragement.

Enfin tous les deux mois il y a un temps de synthèse pour chaque atelier, sans le patient, qui réunit infirmière, artiste, médecin, psychologue de l'atelier et stagiaires, temps de reprise clinique et d'hypothèses quant à l'évolution du patient au sein de l'atelier.

Faire avec

Avec quoi ? avec la clinique. Se laisser questionner par la clinique, par nos impasses, par nos limites. Faire avec le patient, faire avec la parole des soignants. C'est la seule façon de maintenir vivant un dispositif de soins.

Au début du CATTP, l'atelier photo était le seul atelier qui permettait de solliciter le « faire », avec cette dimension de fabrication concrète du tirage photographique. Nous n'avions pas, à l'époque, d'atelier de travaux manuels, ni de terre, ni de sculpture. Nos autres ateliers sollicitaient tous plus ou moins la parole, l'expression verbale, à l'exception de deux ateliers d'expression corporelle. Par conséquent ce sont majoritairement des patients en retrait, pour le moins taiseux, grands inhibés ou plus souvent schizophrènes un peu déficitaires qui participaient à l'atelier photo. Sans l'avoir anticipé cet atelier a rapidement été vécu par l'infirmière comme « invivable », à cause du caractère excessivement silencieux des participants. Les multiples tentatives pour animer un peu ces temps d'atelier, faire circuler la parole, restaient lettres mortes, le silence retombait comme une chappe. Il a fallu un certain temps, les retours positifs des patients, nos questionnements et les échanges lors des synthèses pour qu'il soit possible de penser et de formuler que le problème était du côté soignant, dans cette difficulté à supporter le silence. Quand il nous a été possible de trouver ce silence acceptable, respectable

comme une donnée de l'atelier photo qu'il n'était pas obligatoire de faire bouger, il a cessé de faire problème. L'atelier s'est alors bien équilibré entre des moments de ballades à l'extérieur, de visites d'exposition de photographies, de prises de vue et de travail au laboratoire. Eric Aupol ajoute aujourd'hui que le silence est photographique.

Il ne suffit pas d'organiser le croisement du champ de la création et de celui du soin pour s'assurer d'un mouvement, d'une dynamique. Tous les dispositifs peuvent toujours se figer. L'atelier doit être à la fois un espace contenant, d'accompagnement et une proposition de se tenir sur la « crête », dans une posture instable : l'imagination, l'invention, in fine la création apparaît pour chacun comme une prise de risque. Il faut oser.

Marc

Marc a 35 ans lorsqu'il entre à l'atelier photo en mars 2004. C'est un patient schizophrène, assez isolé en dehors du lien à sa mère. Il n'a pas d'activité professionnelle, ni de loisirs réguliers. Je laisse Pascale Gosselin vous faire part des souvenirs que lui a laissés ce patient

« A son arrivée dans le groupe, il est fuyant, hermétique, ne parle ni avec nous ni avec les autres. Petit à petit ça s'ouvre grâce au développement en labo et aux expos. [...] Il accepte de prendre ses mains en photo c'est le début de sa reconstruction je pense. Après quand il prend des photos dans les expos, ça devient pensé et construit, avec une intention, une construction.

Au départ d'Éric, j'ai pensé qu'il ne reviendrait pas et pourtant jusqu'à son départ à Bordeaux, il est venu à chaque séance. Je pense

que la photo lui a permis de se découvrir, il y a découvert l'interaction qu'il pouvait avoir avec les autres dont Sylvie et moi. Je me rappelle son grand plaisir non dissimulé en entretien quand sur « des œufs » on lui parlait de « son reflet dans chaque photo » il ne cachait pas son plaisir. Quand il capture son reflet il reproduit à chaque fois un travail très précis, il sait l'effet que ça a sur nous.

Pour moi il s'agit bien d'une ouverture d'une position active d'un autre regard qu'il a sur lui et la place qu'il fait aux autres. La prise de photo dont son reflet lui a permis de se découvrir. Je me rappelle qu'il ne prenait que des photos lors des expo et je pense qu'il était très intéressé par son reflet un peu comme un petit enfant qui découvre le reflet dans une glace. C'est une médiation qui déclenche.

Ce patient m'a beaucoup fait réfléchir. Il m'a fait me questionner sur ma position, mon désir et de comprendre que ma place doit être de permettre une ouverture et un travail psychique. »

Quant à Marc il disait à la fin de la 1ère année de fréquentation de l'atelier :

« L'atelier ça me reconforte » - De quoi ? – « D'un malaise que je ne peux pas définir ».

Au bout de 4 ans de fréquentation régulière de l'atelier il lui arrive d'aller seul voir une exposition mais il ne fait toujours pas de photo seul, en dehors du cadre de l'atelier.

Puis Eric Aupol annonce son départ prochain. Marc perd son appareil photo argentique. Il se rachète un numérique et commence à faire des photos hors du cadre de l'atelier qu'il continue de fréquenter encore quelques mois après le départ d'Eric.

ERIC AUPOL

« D'abord, et surtout, il y a les autoportraits (par ombre, reflet, miroir, ou au déclencheur à retardement), des autoportraits essentiellement à deux (D. et F.). Comme si un autoportrait pouvait être autre chose qu'une affaire à deux, une affaire de double (moi et mon autre), éventuellement donc de double redoublé. Une histoire d'amour aussi, comme toujours (entre moi et moi, entre moi et elle, entre nous et l'endroit, entre nous et le temps, et la lumière, et la mort). L'autoportrait est le mode par excellence, constitutif, originaire, quasi ontologique de la photographie (tout photographie est toujours un autoportrait, sans métaphore : image de ce qu'elle prend, de celui qui la prend, et de ce qu'elle est, tout cela à la fois, dans un seul et même laps d'espace et de temps, dans et par une sorte de convulsion de la représentation). S'il y a bien un lieu spécifique qui soit, presque dans sa pureté, une métaphore de la photographie toute entière, en tant que telle, c'est bien l'autoportrait. »

Philippe Dubois, *L'acte photographique*, Paris, 1983, éd. Nathan, p. 293

L'Acte photographique : la photographie est toujours index et trace

Dans une photographie, il y a toujours co-présence de temporalités multiples : au regard d'une image, on est dans le temps (présent) du regard, dans le vestige du temps (passé) de la prise de vue, dans une rupture temps espace qui malgré tout fait

récit. C'est par ce récit incomplet et fragmentaire que se tisse une relation, du lien.

La photographie est un lien qui délie. Le médium fait lien passé, présent à venir, tout en construisant ce lien sur le discontinu, le « non représentable » en entier, la représentation fragmentaire.

La parole absente : la photographie n'est pas langage malgré les tentatives de la sémiologie de la ramener dans le champs des pratiques discursives, elle est du côté du silence, d'une vision avant ou à côté de la parole. Le cinéma, l'image mouvement raconte, mais pas la photo. Elle est comme proche de la matière du souvenir. Freud définit le processus psychique comme une camera obscura. Les deux dispositifs (photographique et psychique) sont dès le début définis en fonction de la mémoire, et de la production d'images qui se conservent dans des couches successives.

Pendant l'atelier, c'est ce qui se joue. On n'est pas là pour parler, on est là pour déambuler (produire une rêverie, se laisser entraîner par les ballades et déplacer son attention sur ce que l'on vit). Les images sont faites dans cette condition. A aucun moment le manque de parole est un problème pour le photographe. La pratique photographique est une pratique solitaire, il faut se mettre dans un état d'entre deux, pour observer de façon assidue le réel, mais laisser aussi flotter son attention, pour que l'acte photographique arrive. Il faut ouvrir, faire attention à...et en même temps flotter...une attention flottante, entre soi et le monde.

Photographier, c'est se retirer un peu du continuum temporel, c'est se laisser envahir par l'intérieur. Le moment de la rencontre dehors dedans est le moment de la photographie

Importance du déplacement lors des séances, comme une préparation physique avant de voir d'autres images (expos, galeries,...). Les moments de sorties étaient ces moments de paroles et d'échanges, sous forme de conversations, légères ou pas, sans que cette parole soit reprise ou analysée. C'est peut-être aussi ce qui intéressait les patients. Les échanges sont gratuits, n'engagent à pas grand chose, et changent alors les habitudes de cette parole demandée par l'institution.

Marc est un patient qui intègre très tôt l'atelier. Il commence par reproduire (photographier) les images et œuvres que nous voyons dans les galeries. De ce travail d'archivage, naîtra un positionnement photographique, lorsque Marc, reculant un peu pour éviter des reflets sur la vitre d'une œuvre, intégrera, peut-être par volonté, peut-être par accident, un espace (donc quelque chose en plus que la simple reproduction : un corps, un objet, un vide,...) entre lui (le photographe) et l'œuvre photographiée. J'ai le sentiment que le parcours de Marc dans l'atelier est emblématique de ce que la photographie donne à penser. Le lien se fait de façon bizarre, en dehors de la continuité apparente, le lien se fait dans des allers retours continus/discontinus.





FIN DE SÉANCE

Synthèse des échanges

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Débat animé par Chantal Dugave et
synthétisé par Carine Delanoë-Vieux

Prendre soin des choses

La discutante Chantal Dugave engage le débat à partir de deux exemples d'intervention artistique en pédopsychiatrie en soulignant combien sa démarche avait pour corollaire le passage du statut d'enfants malades en enfants responsables, en l'occurrence responsables de la végétalisation au centre de l'œuvre collective. Ainsi, d'autres participants ont pu témoigner combien les espaces à l'hôpital étaient peu conviviaux et que la reconquête des lieux, leur nécessaire ré-humanisation passaient également par le soin que l'on apportait collectivement – usagers, soignants, intervenants - aux choses. Les projets artistiques et de design présentés lors de cette séance se font l'écho de leur capacité à créer une scène – un espace-temps – où cette attention conjointe est rendue possible un faire ensemble, un désir de faire œuvre. Ce faire ensemble dans une responsabilité partagée met en abyme la souffrance et le geste soignant. Si la souffrance est une incapacité à agir, alors en prenant soin des choses, on restaure sa propre capacité d'agir et on se libère partiellement des entraves de la souffrance. En mobilisant la part créative de chacun, dans cet écart entre soin et art, on ré-humanise les lieux car on soigne des « espaces en souffrance ».

Inscrire les projets créatifs dans le temps ?

La question est ensuite posée de l'inscription de ces projets créatifs dans le temps.

Car plusieurs exemples ont montré le caractère éphémère de certaines réalisations pour des raisons variées : fragilité des matériaux, événementiel, changement du cadre institutionnel, difficulté de maintenance etc. Mais somme toute, les échanges font

apparaître l'importance d'accepter, voire d'intégrer, l'évolutivité de l'œuvre afin d'échapper à un éventuel « attachement mortifère » à l'objet. Se questionner sur la durabilité de l'œuvre c'est aussi se demander à qui elle est destinée.

Suite à la question de savoir pourquoi l'un des participants de l'atelier photographique n'avait pas été invité à notre séminaire, nous nous sommes également interrogés sur la sauvegarde des liens relationnels qui se sont noués autour de la création partagée. Comment garder les liens avec les personnes après la période d'atelier ? Est-ce qu'il y a une échelle de temps et de taille pour conserver ces liens ? Il faut considérer néanmoins que c'est parfois une bonne nouvelle et un mouvement naturel que les personnes poursuivent leur chemin ailleurs, surtout si elles repartent mieux armées, comme ce participant de l'atelier parti avec son appareil photographique et le désir de l'utiliser.

De manière plus générale, ces expériences sont traversées par la temporalité et une exigence de transmission. C'est dans le mouvement même de la transmission que les personnes s'autorisent à se transformer.

Question de sémantique

Un débat s'est engagé sur l'usage du terme « la petite malade » par l'une des contributrices. Le mot « malade » pose une identité et assigne la personne à sa maladie. Dans le champ de la santé mentale, il est confirmé que le terme « malade » n'est plus trop utilisé au profit de celui d'usager. Pour certains, le terme usager est autrement réducteur à un acte de « consommation », d'utilisation d'un service public. Or, l'engagement dans un processus de soins et de rétablissement implique des relations plus complexes entre

les personnes et les services. Le terme « patient » est également encore utilisé et mérite à son tour d'être déconstruit. Un véritable travail d'analyse sémantique autour de ces notions serait le bienvenu dans notre séminaire.

lab-ah

*laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité
du GHU Paris psychiatrie & neurosciences*

contact

*Site Sainte-Anne
1 rue Cabanis, 75014 Paris
lab-ah@ghu-paris.fr*



illustrations : Jeanne Chiche

