

L'après-jeu

Le psychodrame hospitalier d'identification au patient: pour tenter de comprendre

Fabrice Herrera^a; Maria-Antonietta Achille^b; Jacques Herrgott^c; Loïc Despierres^d; Philippe Conus^e

^a Psychiatre-psychothérapeute, médecin associé, service de psychiatrie générale et institut universitaire de psychothérapie, Département de psychiatrie, CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), Lausanne; ^b Psychiatre-psychothérapeute, chef de clinique, service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne; ^c Infirmier chef de service, service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne; ^d Infirmier chef d'unité de soins, service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne; ^e Psychiatre-psychothérapeute, chef de service du service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Abstract

Hospitalized patients can be difficult to meet with and understand while going through their suffering. Patients and their caregivers can find themselves locked into a kind of “non-meeting” during the hospital stay. In other cases, there may be a “hyper-meeting” in the hospital, with problematic attitudes and behavior or adverse reactions to hospital staff. Faced with such situations and others, where something is preventing the usual process of discussion within the team from working, a patient identification psychodrama has been set up for caregiver staffs. It is about having a place where the group can work together, help each other, and discuss the experiences they have had with a patient. A place that involves both the emotional and the physical; a place to look at the tensions between the team and the patient and to discuss them openly. It is also a place for integration and development. It utilizes the capacities of healthcare professionals, who as humans and as individuals possess the capacity to identify with suffering, to recognize pain and put it into words as if they were a spokesperson.

Keywords: Psychodrama; ethics; identification; psychiatric hospital care

Les patients hospitalisés sont parfois difficiles à rencontrer dans leur souffrance, difficiles à comprendre. Bien souvent, ils connaissent des difficultés à se comprendre eux-mêmes; la crise dans laquelle ils sont pris, rendant pour eux tout condensé et douloureux. Il n'y a parfois plus que la souffrance et le symptôme qui prennent la place du langage et de la capacité du patient à «raconter ce qui lui arrive», à échanger avec d'autres autour de son vécu.

Cette rupture du récit est aggravée par l'hospitalisation elle-même qui, en retirant le patient de son milieu habituel, soutient un temps, et c'est là une de ses propriétés théra-

peutiques importantes, ce mouvement de discontinuité. Ainsi, les soignants eux aussi peuvent être pris, corps et âme, dans un intérêt pour l'actuel, le symptomatique, en «oubliant» de comprendre l'histoire dans sa globalité, de reprendre le fil de ce qui s'était passé pour en arriver là.

On risque alors de considérer le patient comme un malade; on risque de soigner une différence dont on s'exclut; on risque de réduire sa complexité d'humain à une série d'attitudes définies par des conduites à tenir face à tel ou tel diagnostic, etc. Cette étape «psychiatrique» du soin est toutefois importante. Il est en effet aussi soulageant à l'hôpital d'être pris en charge

et contenu de la sorte: cette phase de régression est parfois précieuse pour entamer, dans un second temps, un douloureux travail d'élaboration, qui n'avait pas pu se faire à l'extérieur, sans le soutien de l'hôpital [1].

Cependant, parfois, patients et soignants s'enferment dans le séjour hospitalier, dans une «non-rencontre» qui ne permet ni aux uns ni aux autres de s'engager dans un processus de compréhension, d'intégration, nécessaire pour envisager la sortie de l'hôpital et la reconquête du monde extérieur. L'incompréhensible devient alors handicapant pour penser. Le symptôme devient plus fou, et la différence et la distance avec le patient s'accroissent, le patient est assigné et s'assigne dans un isolement qui semble indépassable. On ne trouve plus rien à dire sur lui, on n'en sait rien, on oublie avec lui les derniers vestiges de sa biographie et on ne comprend rien. On en arrive même à penser qu'il n'y a rien à comprendre: c'est la maladie.

D'autres fois, c'est une «hyper-rencontre» qui a lieu à l'hôpital, autour d'actes, d'attitudes problématiques, de réactions adverses de l'équipe hospitalière... Le patient et l'équipe se rencontrent avec violence et se battent aux frontières d'eux-mêmes, dans un actuel «chaud» qui prend toute la place et qui occupe toutes les remises d'équipe. Le patient «manipulerait» l'équipe qui, elle, serait «clivée». Patient et équipe sont excités par cette hyperactivité et tout le monde semble oublier que l'on est dans un hôpital, qu'on y est arrivé pour de bonnes raisons et que l'on peine à en sortir

pour de bonnes raisons également. Dans cette atmosphère excitante et vivante, le temps est ici aussi suspendu, dans une agitation qui semble, elle aussi, non dépassable.

Face à ces situations d'impasse, entre autres, où quelque chose ne permet pas à l'habituel mécanisme de métabolisation de la discussion d'équipe de fonctionner, un groupe de psychodrame d'identification au patient a été mis en place à l'hôpital psychiatrique de Cery, au CHUV à Lausanne.

Dans cette quête de sens et de compréhension que le soignant hospitalier se doit de mener auprès de son patient, le psychodrame d'identification offre une approche alternative aux techniques de discussion et de mise en sens habituelles. Il s'agit d'utiliser les capacités du soignant à s'identifier à son patient et de lui permettre d'aller à sa rencontre, en sollicitant sa participation émotionnelle, affective et corporelle. L'identification dans ce jeu lui permet d'aller ressentir et de capter à l'intérieur de lui des émotions et des aspects du patient qu'il ne s'imaginait pas avoir recueillis auprès de lui. Le jeu lui permet également de mieux ressentir son investissement affectif auprès du patient et d'en dénouer les enjeux. Dans ce travail de groupe au chevet du patient, l'équipe tente de s'approcher de lui et de le reconnaître dans le groupe des hommes, au-delà du symptôme.

Cadre théorique et historique [2]

Pour rappel, le psychodrame vient du grec psychè (âme) et drame (action). Selon la définition de Moreno, le psychodrame explore la vérité des êtres humains. On peut le définir comme la recherche de cette vérité par un groupe d'êtres humains qui discutent librement de leurs problèmes en les mettant en commun et en prenant de la distance par rapport à la manière dont ils sont en situation.

Le psychodrame incluant une dimension groupale, nous considérons que le groupe fait caisse de résonance aux problèmes vécus du protagoniste.

L'élaboration au sein du groupe et dans l'après-jeu se fait en se concentrant sur le vécu de chacun dans le jeu et dans le partage des vécus contre-transférentiels.

Un psychodrame est réussi lorsqu'il unifie un groupe dans une émotion commune. Le sujet acteur/patient s'aperçoit alors qu'il n'est pas seul au monde (animal social) en tant que soignant auprès du patient (parmi d'autres soignants) ainsi qu'en tant que patient (parmi les soignants).

Le psychodrame peut être utile aux équipes hospitalières psychiatriques, mais aussi dans d'autres domaines d'activités (équipes de soins somatiques, équipes éducatives, etc.). Il peut

faire partie, comme les groupes Balint, des settings de supervision/intervision qui permettent d'élaborer et de travailler les vécus et situations difficiles, mais en utilisant le jeu psychodramatique.

Le cadre du psychodrame d'identification hospitalier

Au sein de l'hôpital de Cery, dans le service de psychiatrie générale, les équipes hospitalières participent au psychodrame d'identification au rythme d'une séance mensuelle d'une durée de 60 à 90 minutes, à la place d'un des temps hebdomadaires habituels d'intervision/discussion interdisciplinaire.

L'idée est d'alterner des temps qui passent par le langage et les discussions d'équipe habituelles, avec ce setting d'immersion qui vise à mobiliser une partie plus affective et corporelle du vécu d'équipe.

A ce psychodrame sont conviés tous les membres de l'équipe: infirmiers, médecins, physiothérapeutes, assistants sociaux, éducateurs, assistants en soins et santé communautaire, stagiaires, étudiants qui pourront profiter de cet espace pour réfléchir à leur vécu dans des situations qui les touchent et cheminer au sein de ce travail de groupe autour de situations complexes. L'équipe hospitalière pourra aussi utiliser cet espace pour reprendre les situations qui la malmènent et produisent des réactions en son sein. Il s'agit donc d'un espace pluriel, de formation, de réflexion et de débriefing d'équipe.

Les séances se déroulent dans une salle extérieure aux unités de soin, dans un lieu tiers, au sein de l'hôpital. Le groupe d'animation du psychodrame hospitalier est composé de quatre meneurs de jeu formés au psychodrame, il s'agit de deux médecins-cadres et deux infirmiers-cadres, qui s'alternent dans la conduite des jeux. L'espace de psychodrame se veut bienveillant et respectueux de chacun et les animateurs sont garants de ce cadre. Le fait d'explorer les vécus de chacun est toujours riche en émotions, que le psychodrame permet de recueillir et d'élaborer de façon contenue et constructive au sein du groupe, en respectant les soignants et les situations mises en scène. Les soignants et meneurs font partie de différentes équipes de l'hôpital. Ainsi, le patient joué n'est pas forcément connu de tous, ce qui est une chance pour favoriser l'apparition de l'inédit. Par ailleurs, les enjeux hiérarchiques sont ainsi moins prégnants, même s'ils doivent parfois donner lieu à une attention particulière, et peuvent se dévoiler dans le jeu.

Dans la salle, un cercle de chaises est disposé en arc de cercle pour définir une scène

et chacun est invité à prendre place sur ces chaises de manière libre, avec les animateurs.

La participation est libre lors de chaque séance et le groupe demeure ouvert d'une séance à l'autre. Chacun peut venir et décider de jouer l'un de ses patients. Dans tous les cas, l'anonymat est préservé et il est accepté par le groupe qu'il ne s'agit ni d'imiter son patient, ni de reproduire par le jeu une fidélité parfaite aux éléments biographiques du patient. Comme nous le verrons en détail par la suite, le jeu se déroule d'ailleurs sans que le groupe connaisse nécessairement le patient; au contraire, on ne sait souvent rien de lui avant que le jeu ne commence. On s'intéresse plutôt au fait que l'un des soignants ait envie de s'identifier à l'un de ses patients pour tenter d'en percevoir, d'une nouvelle manière, de nouveaux aspects, jusque-là peu envisagés et de se rapprocher de son vécu dans l'interaction avec le patient. On s'appuie sur les capacités du soignant à s'identifier à son patient, avec lequel il a partagé des échanges qui ont pu le mobiliser. Il n'y a donc pas de soucis d'exactitude pour le groupe, pas de souhait de «performance» scénique ou d'imitation, ni d'impératif de coller à la réalité du tableau clinique présenté: on recueille dans le fil du jeu de psychodrame des morceaux sensibles de compréhension dans le jeu spontané qui pourront, une fois métabolisés lors du débriefing de groupe, être éventuellement réutilisés par le soignant dans la suite de son parcours.

Dans ce groupe institutionnel aux sensibilités et formations diverses, des concepts comme la résonance, les contre-attitudes et le contre-transfert pourront être mis en jeu et abordés.

Le déroulement d'une séance de psychodrame d'identification

Le déroulement de chaque séance est identique. Après un temps d'accueil des participants, les meneurs de jeu peuvent rappeler de façon sommaire les règles de base du psychodrame, pour celles et ceux qui viendraient pour la première fois. Ce rappel dure environ cinq minutes. Il met aussi en condition les équipes et permet à ceux qui ont déjà participé de réentendre, d'une nouvelle manière, ces consignes.

Un participant va choisir de se lever pour jouer un de ses patients. De manière générale, si on est levé, on interprète un rôle, et si on s'assoit, on récupère son rôle propre de soignant. Le patient ainsi joué va rencontrer le meneur de jeu. De ce patient, on ne connaît aucune histoire préalable.

Un bref dialogue s'initie alors entre le meneur de jeu et le soignant qui interprète le pa-

tient. Généralement, ce dialogue est débuté par le meneur de jeu qui demande au *patient* (patient en italique désignera jusqu'à la fin de cet article un soignant qui joue un de ses patients): «Comment allez-vous aujourd'hui?» Assez rapidement, le *patient* en vient à verbaliser ce qui l'amène, ce qui le préoccupe. Lorsque le meneur de jeu note que le *patient* aborde une zone importante de son vécu ou une zone qu'il lui semblerait intéressant d'approfondir, il demande à ce dernier si ça lui inspire une scène ou bien s'il a envie de le jouer.

C'est alors qu'une scène est progressivement co-construite par le *patient* et le meneur de jeu. Ils déterminent ainsi ensemble le lieu où elle va se dérouler, les circonstances et les acteurs qui y participeront. Le meneur de jeu peut ainsi aider le *patient* en l'aidant, par exemple, à construire une scène qui ne soit pas trop proche de la réalité. Il peut également l'aider à ne pas trop «édulcorer» sa scène, si le *patient* hésite à aborder certains éléments délicats qui paraissent pourtant au cœur de ses préoccupations, de sa problématique.

Une fois le scénario et le contexte de la scène définis, le *patient* peut choisir dans la pièce les personnes qui interpréteront les rôles de sa scène. Notons que le *patient* peut choisir de jouer son rôle dans la scène ou proposer à un autre participant de le faire. Par exemple, si le *patient* veut jouer une scène où il se dispute avec son épouse, il va pouvoir choisir, dans cette scène, de jouer son rôle ou celui de son épouse. Cette flexibilité permet ainsi au participant d'explorer d'autres vécus et de vivre la scène sous un autre angle. Il s'agit alors d'une superposition d'identifications assez complexe: le soignant, qui s'est identifié à son patient, va imaginer que son patient s'identifie dans le jeu à son épouse.

Les participants de la scène créée peuvent être des personnes ou bien des objets, ce qui laisse libre cours à l'imagination du *patient*, à ses associations et à sa créativité. Il nous est ainsi arrivé de jouer un animal, un arbre, le lac, Dieu, une arme ou une pièce de puzzle... Il est important de savoir que chaque participant convoqué dans la scène, quel que soit le rôle qu'il interprète, peut prendre la parole et s'exprimer s'il le souhaite. La seule règle à respecter est de s'appliquer à ne pas tous parler ensemble, pour éviter le brouhaha (lorsqu'on le peut, car dans certaines scènes, le brouhaha s'installe et devient dès lors intéressant à penser). On se doit d'écouter les propos des autres, pour aussi pouvoir s'adapter à ce que l'autre amène de nouveau et continuer de construire à partir de ce qu'il a amené. On sera bien sûr particulièrement attentif aux paroles et aux réactions du *patient*.

Une autre règle est annoncée aux participants et décrite comme difficile: lorsqu'un rôle nous est attribué par le *patient*, il sera important «d'aller dans son sens». C'est-à-dire qu'il est important d'interpréter «un chef en colère» si l'on est désigné ainsi ou de respecter la consigne d'être «une épouse triste», etc. On a toute liberté d'interpréter la colère ou la tristesse, dans ces exemples, de la façon que l'on veut: on peut l'être «à sa manière» ou bien «pour les raisons que l'on a», mais on se doit de suivre ce qui est demandé dans le scénario et, par exemple, de ne pas éviter la dispute si elle doit avoir lieu. C'est une des forces du psychodrame d'identification: il va nous permettre de ne pas éviter ce qui est au cœur de la souffrance du patient et de ses conflits. Parfois, on se rend compte que cette consigne n'est pas si simple à suivre, ce qui peut donner lieu à un «hors-jeu» de la part du meneur, c'est-à-dire une manière de dire que l'on n'a pas suivi les règles du jeu dictées par le *patient*. Mais bien sûr, ces difficultés à interpréter ce qui avait été dessiné par le patient donnent malgré tout du matériel à penser: il y a fort à parier que, dans la prise en charge habituelle du patient, cet évitement se reproduise. On a toujours tendance à éviter ou à édulcorer la violence des thèmes apportés par nos patients.

Si un des acteurs est en difficulté dans le jeu et souhaite interrompre la scène, il le peut à tout moment. Tout le monde se rassoit alors, et on accueille en groupe ce qui s'est joué.

Sinon, en temps normal, on ne peut pas quitter une scène tant qu'elle se déroule, même s'il nous semble y avoir un rôle «de passage» ou accessoire. Par exemple, si on est «le facteur qui amène une lettre», on pourrait avoir envie de déposer la lettre et de s'en aller. Le fait d'être contraint de rester dans la scène peut occasionner des émotions, qu'il sera intéressant d'explorer lors du débriefing. Parfois aussi, en restant dans la scène, il peut survenir l'envie d'intervenir dans la suite du jeu: «le facteur qui amène la lettre» pourra intervenir dans la scène, parler de ses problèmes à lui, etc.

Une fois le cadre de la scène posé, le meneur de jeu s'assoit, les acteurs choisis se lèvent et le jeu peut débuter. C'est toujours le *patient* qui initie le jeu.

En cours de jeu, le meneur peut décider de faire intervenir d'autres acteurs dans la scène, qu'il choisit dans le public et à qui il confie un rôle. Il s'agit souvent d'aller accentuer un élément pour insister sur le positionnement d'un acteur, aider à révéler un ressenti, appuyer un mouvement du *patient* qui peine à se révéler. Il peut également choisir de faire doubler un des personnages déjà en présence en faisant entrer un nouveau participant en scène, qui va se placer derrière le personnage concerné en posant

la main sur son épaule: c'est la doublure. Ce personnage en doublure peut s'exprimer au nom de l'acteur qu'il double. Ce personnage aura donc jusqu'à la fin du jeu deux personnes qui interprètent son rôle et peuvent porter sa parole. L'idée est là aussi d'aider un personnage à porter des paroles permettant au *patient* de percevoir de nouveaux aspects de sa problématique, en insistant sur tel ou tel point. Cela permet aussi, au sein d'une seule et même personne, de donner de la place à des mouvements contradictoires et difficilement conciliables hors du jeu.

Notons que la doublure est le seul moment où le contact physique est permis: en dehors de ça, tout le reste est joué ou dit. Par exemple, au cours d'une scène, on peut dire que l'on marche ou dire que l'on frappe un personnage ou dire que l'on se couche, etc., mais sans jamais le mettre véritablement en acte. On reste dans le «comme si», même si le psychodrame permet tout de même l'expression du corps dans le jeu.

Un des participants, au cours du jeu, peut se signaler auprès des meneurs si la scène lui inspire une intervention. Le meneur peut lui donner le feu vert au bon moment pour apporter sa pierre à l'édifice créatif.

Le meneur de jeu met un terme à la scène en se levant, les acteurs vont alors s'asseoir et un bref échange entre le meneur de jeu et le *patient* reprend pour explorer le ressenti du *patient* sur le déroulement de sa scène. A partir de cette première scène et des émotions suscitées par ce premier jeu, une deuxième scène peut être mise en œuvre, s'appuyant sur la suite des associations du *patient*. Pour chaque *patient*, il est ainsi proposé de jouer deux à trois scènes successives. Les scènes peuvent sembler être liées ou indépendantes, mais elles composent une trame, un récit, illustrent un cheminement réflexif et émotionnel.

Le meneur de jeu aide le *patient* à composer ses scènes si besoin, notamment en permettant au patient de jouer ce qu'il n'ose pas ou de jouer ce qu'il tend à laisser de côté. Le cli-vage peut notamment être élaboré de cette manière: par exemple en faisant jouer les deux parties du patient par deux acteurs, qui peuvent s'exprimer conjointement. Le meneur du jeu pourra soutenir, pour certains *patients*, leur capacité à jouer des scènes qui se «détachent» de la réalité, notamment lorsque celle-ci semble prendre trop de place et qu'il y a un risque de simple répétition, en jeu, d'une réalité extérieure trop difficile et prégnante. Par exemple, si le *patient* est enfermé dans l'hôpital pour le moment, on pourra lui rappeler qu'il a le droit de jouer ses scènes «où il le veut», et pas seulement au sein de l'hôpital, ce qui peut lui permettre tout à coup de débloquent cette

contrainte et de déployer sa créativité dans les jeux.

A l'issue des deux ou trois jeux, chaque participant reprend sa place et il est proposé, dans un premier temps, un débriefing centré sur les émotions suscitées chez chacun par le jeu, dans son propre rôle, mais aussi chez les spectateurs. C'est généralement le *patient* qui ouvre cet échange. Une discussion de groupe s'en suit, où chaque personne pourra successivement, et à l'aide de ce qu'elle a déjà entendu, élaborer autour de la problématique du patient et de l'équipe. Le meneur de jeu est garant de l'équilibre de ces discussions et de leur caractère respectueux et non effractif. «C'est probablement pendant ces moments de «parlotte» que le groupe de thérapeutes se constitue en enveloppe contenant et accueillante pour le patient ainsi que pour les thérapeutes [3].»

Les objectifs du psychodrame d'identification à l'hôpital

Le psychodrame d'identification au patient permet aux soignants de s'immerger pour un bref instant dans ce qu'ils perçoivent, devinent, de l'univers d'un patient en souffrance psychique pour tenter de se rapprocher de son ressenti, de son vécu et ainsi tenter de mieux le comprendre et de mieux percevoir ce que le patient mobilise en lui. Il s'agit, comme nous allons le voir, d'un espace d'intervision et d'élaboration de cas, d'un moment qui s'intéresse au corps en jeu et aux émotions, d'un temps d'élaboration des tensions et mouvements de l'équipe et du patient, mais aussi d'un espace d'intégration et de formation.

Le pari de l'identification n'est jamais évident du fait de l'altérité. Mais il est encore plus ardu au sein de l'hôpital psychiatrique, car le monde du patient peut paraître étrange et distant, effrayant, voire menaçant, du fait de l'intensité des symptômes et de la discontinuité de la maladie, du fait également de la distance produite par la répartition des rôles sociaux attribués au sein de l'hôpital. Ainsi, un soignant peut être déstabilisé par cet exercice, qui le rapproche de son patient et qui lui fait percevoir, au sein du jeu, des vécus partageables, des enjeux humains communs. Le psychodrame peut lui donner la possibilité de percevoir, de nommer et d'élaborer en groupe les angoisses présentes, pour aller à la rencontre du patient dans une nouvelle posture thérapeutique. Le groupe peut alors devenir le support et le porte-parole de vécus angoissants non mis en mots jusque-là par le patient, proposant aux soignants des lectures possibles de sa souffrance. Lectures qui, dans l'après-jeu, pourront contribuer au cheminement du patient, du soignant et de l'équipe.

On utilise les autres pour comprendre l'autre: on se reconnaît entre humains dans un jeu où l'on s'appuie sur les différences. En effet, chaque acteur, en jouant un rôle, va pouvoir injecter des éléments de compréhension individuels, des «bouts» d'identification au patient, qui vont faire de la scène jouée un outil particulièrement rapide et pointu qui rassemble les points de vue différents de chacun dans une scène commune. Le psychodrame est ainsi un dispositif puissant d'intervision d'équipe. L'observation et le vécu des spectateurs ajoutent également au travail d'exploration, avec les apports issus des associations libres du groupe, partagées lors des moments d'élaboration et de mise en commun [4]. *Le psychodrame est donc un espace d'intervision et d'élaboration de cas qui s'additionne aux autres espaces de métabolisation de groupe hospitalier.*

Le psychodrame d'identification permet une créativité et une inventivité vastes: le jeu peut ainsi capter ce que l'identification au patient a permis de retrouver, y compris les éléments difficiles à identifier en dehors du jeu, comme les éléments agressifs, transgressifs, clivés, difficiles à assumer. Il est d'avantage possible d'accueillir l'indicible, ce qui est parfois perçu comme inacceptable, impossible à penser. Le jeu est une scène en mouvement, jamais statique. Le geste accompagne la parole, la renforce et lui permet de se déployer. En passant par l'expression du corps en jeu, on peut parvenir à ressentir des affects et des émotions qui nous aideront, en les retissant ensemble en groupe, à nous rapprocher de ressentis possibles du patient. Pour les patients hospitalisés, qui ont souvent du mal à exprimer leur souffrance et chez lesquels le langage peine à la métaboliser, le passage par le corps et les émotions, permis par le psychodrame, est d'une grande pertinence. Citons à ce sujet Tosquelles [5]: «Quelqu'un évoquant le concept de maladie s'est arrêté, non sans pertinence suggestive, sur le fait qu'il a cru entendre mal à dire au lieu de maladie. (...) les malades ont toujours du mal à dire ce qu'ils éprouvent.» On pourrait dire, en miroir, que les soignants ont alors du mal, d'une part, à s'adresser à leurs patients et, d'autre part, à se raconter leur expérience au contact de cette souffrance. *Le psychodrame est donc un espace qui s'intéresse au corps en jeu et aux émotions*, ce qui est précieux en milieu hospitalier.

Par ailleurs, le fait de se permettre de jouer, ce qui habituellement est évité ou passé sous silence, comme notamment les mouvements de violence de l'équipe et du patient, permet aux acteurs de mettre en jeu et d'exprimer ces mouvements. Pour l'équipe hospitalière, qui est constamment prise par ce rôle de contenir et de métaboliser, sans pouvoir s'exprimer, le jeu

peut avoir cette fonction d'exutoire. En jeu peuvent s'exprimer les mouvements agressifs de l'équipe, du patient et de son univers, les contre-attitudes, les vécus clivés, etc. Dans ce cadre sécurisé de jeu collectif, ces éléments agressifs et conflictuels peuvent être accueillis et pensés en groupe. *Il s'agit donc également d'un espace d'élaboration des tensions et mouvements de l'équipe et du patient.*

Faisant suite à la partie de débriefing émotionnel qui suit les jeux, le groupe peut élaborer autour des éléments cliniques constatés. Une réflexion clinique et théorique peut alors se constituer autour de quelques points de théorie amenés par le groupe et par le meneur de jeu, qui peuvent eux-mêmes ouvrir sur de nouvelles lectures des moments de jeu. Il existe donc un constant va-et-vient dans la discussion entre théorie et clinique, qui s'enrichissent de façon dialogique: de nouvelles hypothèses se construisent. Le soignant qui a interprété son patient, après avoir été immergé dans ce monde et mis en contact avec des émotions parfois intenses, peut maintenant penser et élaborer avec ses collègues. Il se réaffère ainsi à son rôle de soignant et fait ce travail de liaison du vécu émotionnel avec la théorie et la clinique de son patient. *Le psychodrame est donc ici un espace d'intégration et de formation.*

Le défi de l'identification

Identifier vient du latin «*identificare*», qui signifie «rendre semblable», composé du latin «*idem*» même et «*facere*» faire [6].

Pour définir l'identification d'un point de vue psychanalytique, nous pouvons citer Laplanche et Pontalis [7]: «L'identification est un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci.»

Le processus d'identification est un mouvement naturel, qui occupe un rôle important dans le développement de l'identité [7]: «Le concept d'identification a pris progressivement dans l'œuvre de Freud la valeur centrale qui est en fait, plus qu'un mécanisme psychologique parmi d'autres, l'opération par laquelle le sujet humain se constitue.»

Nous pouvons également citer Paul Ricoeur à propos du processus constitutif de l'identité [8]: «Pour une grande part, en effet, l'identité d'une personne, d'une communauté, est faite de ces *identifications*-à des valeurs, des normes, des idéaux, des modèles, des héros, dans lesquels la personne (...) se reconnaît.»

En effet, pendant toute une partie du développement, le «jeu» d'identification est naturel et spontané. Les enfants peuvent souvent ai-

mer les jeux et avoir autant de bonheur à incarner la figure du gendarme que celle du voleur. Ils peuvent alors parfois éprouver dans le même après-midi, de la compassion pour le brigand capturé et expérimenter l'instinct du chasseur déployé par un représentant de l'ordre. L'imagination à cet âge peut être débordante, sans limites et sans inhibition. Puis, en grandissant, débute l'entreprise laborieuse de devenir soi, sur des couches sédimentées d'identifications antérieures, influencées par les conventions sociales. La personne en arrive à ne plus jouer d'autres partitions que celles étroitement collées à sa peau et à cultiver son identité comme un petit jardin exceptionnel et clos. On délaisse le «jeu» pour aller vers le «je» et on peine par la suite à s'identifier à l'autre, si différent de soi.

A l'hôpital les rôles sont bien marqués et prescrits: on dit souvent que le patient est «d'un côté de la barrière» et le soignant de l'autre. Des conventions, par exemple vestimentaires, rappellent à quel groupe chaque individu est relié. Il y a d'un côté la personne malade qui a besoin d'aide et de l'autre le soignant qui détient le savoir thérapeutique. Les échanges sont bien codifiés et tout ce qui est entrepris par le soignant est dicté par la raison, avec une retenue quant à la perte de contrôle et à l'échange des rôles.

Le psychodrame d'identification tel qu'il est exposé dans cet article répond à cette intention décrite par Hayat, d'identifier ses limites, de mobiliser des ressources, d'explorer de nouveaux modes relationnels et de libérer des capacités associatives permettant la rencontre avec le patient [3].

La sensation de différence et le vécu de distance vis-à-vis du patient sont nourris par ces rôles professionnels, comme l'assignation diagnostique qui se fait à sens unique dans une relation de pouvoir asymétrique. Ainsi, le rôle de soignant est toujours difficile: il y a toujours un jeu complexe de rapprochement-éloignement, fusion-séparation, ce qui n'est pas facile à assumer.

La proximité est à la base du travail hospitalier, où le patient partage un espace de vie commun et intime avec les soignants: un «corps à corps», où la question de la «bonne distance» n'est jamais résolue. Comment aider le patient, sans se coller et être oblitéré par sa souffrance, sans être trop distant et désincarné en devenant un technicien? L'identité du soignant est remise en question en permanence, car il côtoie des patients qui lui ressemblent, qui ont parfois des histoires communes avec lui, et qui sont pris dans une souffrance insupportable. L'identification se fait donc déjà dans le travail de tous les jours, en sourdine, dans le monde intime des soignants, dans leur vécu

personnel. Chacun doit trouver les ressources pour faire quelque chose de ce vécu, pour le travailler et en faire un outil de travail, et non une source potentielle d'épuisement. Un risque est de se protéger du rapprochement et de l'émotion, première étape d'un processus d'usure professionnelle: de mauvais acteurs incapables de jouer un autre rôle que celui attendu, en phase avec leurs étiquettes sociales. L'espace de psychodrame hospitalier accueille donc les questionnements éthiques du soignant dans ses moments de doute, pour les rendre féconds. Il peut donner l'opportunité d'instiller un nouveau souffle face à la difficulté de penser et au vécu d'impuissance.

Le psychodrame se veut comme un espace consacré à l'identification au patient, par le biais du jeu des corps. Jeu des corps qui prend le relais du langage, qui peine à exprimer et à métaboliser une souffrance devenue insensée. Ainsi «l'engagement du corps dans le jeu favorise les mouvements de régression vers une identité de perception [3].»

Par le jeu de psychodrame, on contourne ces limitations en «rattrapant» le patient et sa souffrance par morceaux, à l'intérieur de soi, en utilisant son corps propre et son appareil psychique, conscient et inconscient. Le soignant est amené à éprouver le vécu de son patient, et non uniquement à le penser comme à l'accoutumée. «Le jeu psychodramatique, en mettant le corps en mouvement, mobilise le fonctionnement psychique à un niveau moins élaboré que le langage et la pensée [9].»

«L'identification n'est pas simple imitation, mais appropriation fondée sur la prétention à une étiologie commune; elle exprime un «tout comme si» et se rapporte à un élément commun qui demeure dans l'inconscient [10].»

Le groupe s'appuie sur «l'étiologie commune» décrite par Freud, c'est-à-dire l'appartenance au groupe des hommes. Au-delà de la maladie, du symptôme, de la différence, du particulier, le groupe parvient à capter dans ses filets, grâce à la régression permise par le jeu, des parties du patient, reconnu à nouveau comme semblable. Ce travail s'appuie sur des mécanismes complexes de groupe, qui en se constituant autour de cet objet commun, déploie sa capacité à contenir des mouvements d'identification et de violence qui peuvent être par ailleurs difficilement accueillis.

On assiste, dans l'après-jeu au phénomène étonnant de ressentir son patient plus proche de soi, plus compréhensible, plus semblable.

«Les états mentaux sont certes toujours ceux de quelqu'un; mais ce quelqu'un peut être moi, toi, lui, quiconque. (...) Je ne peux parler de façon significative de mes pensées, si je ne peux en même temps les attribuer potentiellement à un autre que moi. [8]»

Exemples cliniques

Cas clinique 1

La *patiente* commence en disant au meneur de jeu que personne ne l'écoute, qu'elle n'est comprise par personne, qu'elle a des problèmes avec son estomac: «Il se passe des choses dans mon estomac», dit-elle.

A partir de ce vécu, elle imagine une scène qui se déroule dans une piscine où se trouvent une bouée en forme de tomate (que la *patiente* perçoit comme aidante), un méchant éducateur et un bel homme qui lui lance la bouée. La *patiente* choisit d'ailleurs de jouer la bouée dans la scène. Néanmoins, lorsque la scène se déroule, elle peine à s'y accrocher et elle n'arrive pas à sauter dans la piscine.

Lors du «débriefing émotionnel» après le jeu, la *patiente* décrit avoir ressenti de l'angoisse: elle craignait qu'on la touche; le méchant éducateur était redouté, mais il semblait encore plus angoissant pour elle d'avoir ce bel homme qui lui tendait la main, et c'est pourquoi elle n'arrivait pas, dans la scène, à entrer dans la piscine. Dans la suite de ses associations, la *patiente* nous dit que le caractère agressif du méchant éducateur lui paraissait finalement plus rassurant pour elle que celui de l'homme gentil qui s'approchait d'elle. Elle découvre, par la suite, l'hypothèse qu'elle a envie de plaire, mais que cela l'angoisse. Le fait d'avoir joué le rôle de la bouée fait émerger dans le groupe le sentiment d'impuissance. La scène est par ailleurs assez courte et les acteurs sont tous très proches les uns des autres, ce qui crée une atmosphère oppressante.

Lors de la deuxième scène, la *patiente* choisit de jouer son propre rôle, dans cette même piscine avec ces mêmes personnages, mais joués par d'autres acteurs. Après la scène, elle exprimera un sentiment d'angoisse important, des idées de s'en aller et de mourir au moment où on lui dit (l'éducateur méchant) qu'elle «pue» et qu'«on n'en peut plus d'elle». Des rires s'en suivent. Lors de cette scène, qui semble prendre place dans un large espace, les acteurs sont très loin les uns des autres. Les acteurs décrivent s'être sentis soulagés d'avoir pu rire. Le groupe identifie un mouvement de défense maniaque vis-à-vis d'un désespoir ressenti, et des mouvements agressifs: les insultes, l'envie de fuir, de mourir face à une angoisse importante. Le groupe élabore au sujet de cette situation qui, dans la réalité, met à mal l'équipe et qui suscite un sentiment d'impuissance et de rejet.

Cas clinique 2

Une *patiente* commence en disant au meneur de jeu qu'elle souhaite quitter l'hôpital et rentrer à la maison auprès de son mari maltraitant. Elle précise qu'elle avait jusque-là au sein de l'hôpital fait des démarches pour s'installer

dans un foyer et se séparer de lui, mais elle aurait changé d'avis. Elle dit tout de même qu'elle aurait souhaité avoir un mari doux et attentionné.

Elle construit donc une scène de retour à la maison après l'hôpital, avec son mari, mais qui serait devenu doux et attentionné avec elle.

Cette première scène débute, mais la *patiente* et son mari semblent rapidement s'ennuyer et n'avoir rien à se dire dans cette ambiance douce et attentionnée.

Le meneur de jeu fait entrer une autre actrice: il s'agit de l'amante du mari, qu'il a beaucoup fréquentée alors que la *patiente* était hospitalisée. La *patiente* semble dès le départ dans le jeu irritée et surprise de l'arrivée de cette rivale. L'amante demande au mari de choisir entre sa femme et elle et le mari est très emprunté. Par la suite, l'amante montre à la *patiente* une trace sur son corps, résultant d'un acte violent du mari: c'est «ce qu'il lui a fait», «à elle». La *patiente*, prise au jeu de la rivalité, montre une autre trace sur son corps, disant que la sienne est plus impressionnante. Finalement les deux femmes, devant le mari silencieux, se montrent à tour de rôle des traces, cicatrices et brûlures, tentant chacune de prouver un lien spécial et plus marqué avec le mari. Finalement, c'est l'amante qui gagne dans ce qui ressemble à un concours: elle a une trace de brûlure de cigarette. La *patiente* reste silencieuse et paraît frustrée. Le jeu est arrêté par le meneur de jeu. Après cette première scène, la *patiente* dit s'être sentie très jalouse vis-à-vis de cette rivale. Dans la suite de ses associations, elle évoque sa vie sexuelle avec son mari et dit être déçue d'avoir moins de rapports avec lui.

Une seconde scène est jouée, avec son mari, autour de ces difficultés sexuelles récentes. L'acteur qui joue le mari en arrive à dire à la *patiente* qu'il est déprimé et souffre de ce fait d'une baisse de la libido. Il dit que sa mère est décédée récemment et que ça l'a profondément déstabilisé.

Lors du débriefing qui suit ces deux scènes, le groupe interroge la réaction sociale habituelle vis-à-vis de la violence conjugale. L'élaboration du groupe mène à adopter un regard critique sur cette envie de «soigner» la violence à tout prix, sur ce désir de protéger la *patiente* contre une relation pourtant importante et ancienne. Le groupe parvient à interroger ce qui ferait crise actuellement, dans ce couple dont la violence est une modalité relationnelle ancienne et habituelle. Les hypothèses d'une déstabilisation de cette vie de couple par le vieillissement ou une perte sont évoquées. Les soignants qui connaissent la situation «réelle» de la patiente hospitalisée décrivent qu'au sein des discussions d'équipe jusque-là, il avait été impossible de considérer et de penser cette si-

tuation, tant l'attention était attirée et excitée par cette relation de couple violente.

Conclusion

Le psychodrame hospitalier d'identification au patient est utilisé dans un espace où la rencontre est souvent un défi.

Au sein de la violence et de la souffrance qui accompagnent le travail hospitalier psychiatrique, il offre un espace singulier qui permet «un écart», qui valorise le travail des soignants et catalyse leur travail auprès du patient.

Il s'adresse aux corps en jeu et aux émotions, permet l'expression de ces éléments, lutte contre la tendance à l'évitement et appuie la métabolisation d'équipe, qui est le plus puissant outil thérapeutique de l'hôpital psychiatrique.

On fait appel aux ressources du soignant, qui en tant qu'individu et humain possède en lui, en germes, la capacité à s'identifier à une souffrance non dite, à la reconnaître, à la mettre en mots, dans une fonction de «porte-parole».

Grâce à cet exercice sensible et délicat de traduction, peut naître dans l'après-jeu un va-et-vient entre les soignants qui ont pu s'identifier à ces vécus douloureux et le patient qui pourra, en retour, trouver des mots et des hypothèses pour se raconter son histoire et, ainsi, mieux contenir sa souffrance hémorragique. L'enjeu n'est pas une quête de vérité dans ces jeux, mais une quête de sens, menée à plusieurs, à la recherche de nouvelles opportunités narratives. Il nous semble que cet espace est à défendre, car il permet une amélioration de l'efficacité des soins, de leur efficacité et de leur adéquation aux besoins du patient, tout en prenant soin des équipes et des soignants.

Le jeu psychodramatique permet en effet de déplier en groupe la complexité d'une situation, parfois occultée par les contre-attitudes, les contre-investissements des soignants. L'irruption sur scène de la subjectivité d'un acteur soignant crée un effet de surprise, car son apport imprévisible bouleverse et réoriente le jeu vers une destination inédite.

Cette créativité (ré-)ouvre le plaisir du jeu et de l'élaboration à plusieurs, trouve de nouvelles pistes, rompt avec l'usage et les conventions. Dans cet espace, l'agressivité et d'autres vécus humains, parfois honteux ou difficiles à aborder, peuvent être accueillis en groupe et dans le jeu avec respect et en sécurité.



Fabrice Herrera
Psychiatre-psychothérapeute,
médecin associé
Centre Hospitalier Universitaire
Vaudois, Lausanne

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

Concept: FH, MAA, JH, LD; Méthodologie: FH; Logiciel: FH, MAA, JH, LD; Analyse formelle: FH, PC; Visualisation: FH; Écriture, révision, édition: FH, MAA, JH, LD; Supervision: FH, PC. Tous les auteurs ont lu le manuscrit soumis et sont coresponsables de tous les aspects de l'œuvre.

References

- Herrera F, Drozdek D, Robalo B, Lao N, Fassassi S, Despland JN, Conus P. La semaine d'investigation et de crise. Revue Santé Mentale, Hors-série formation. 2018;20-4.
- Schützenberger A. A. Le psychodrame. 4^e éd. revue et corrigée. Petite bibliothèque Payot; 2008.
- Hayat, M. Le psychodrame de supervision: une intention métathérapeutique. Dans: Calevoi N., Darge G, Gossart R, Hayat M, Kockelmeyer S, et al. Le psychodrame psychanalytique métathérapeutique. De Boek Supérieur; 2008. Chapitre 8.
- Herrera F. L'hôpital psychiatrique: le lieu d'une remise en mots par le groupe. Rev Med Suisse. 2015;11:1702-5.
- Tosquelles F. De la personne au groupe, à propos des équipes de soins. Eres, collection «Des Travaux et des Jours»; 1995.
- CNRTL: Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales; 2019 [en ligne]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/etymologie/identifier>.
- Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Presse Universitaire de France, collection Quadrages; 1967.
- Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Seuil, l'Ordre philosophique; 1990.
- Gossart, R. Le psychodrame de supervision et l'accès aux clivages. Dans: Calevoi N., Darge G, Gossart R, Hayat M, Kockelmeyer S, et al. Le psychodrame psychanalytique métathérapeutique. De Boek Supérieur; 2008. Chapitre 9.
- Freud S. Gesammelte Werke, Volumes II-III. Londres, UK: Imago Publishing co. Ltd. 1942. p. 155-6.