

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE - TOURS**

&

AFRATAPEM

**Association Française de Recherche & Applications des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**Une expérience d'atelier d'Art-thérapie
auprès de personnes adultes souffrant de
troubles mentaux**

Groupe d'art-thérapie à dominante musicale

Prise en charge individuelle exploitant plusieurs disciplines artistiques : modelage, peinture, écriture

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire
d'Art-thérapie**

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Florent MÉALIER

Année 2011

Maître de stage :

Madame Brigitte ROZPECNY-GRANET, IDE et art-thérapeute diplômée de l'INECAT

Maître de mémoire :

Madame Colette MOISSINAC, psychologue

Stage pratique effectué au Centre Hospitalier ESQUIROL
15, rue du docteur Marcland
87025 Limoges

“Tous les arts sont comme des miroirs où l’homme connaît et reconnaît quelque chose de lui-même qu’il ignorait.”

Alain, Vingt leçons sur les Beaux-arts.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Richard Forestier, pour son humour, la qualité de son enseignement et son envie de transmettre.

Merci également aux différents intervenants de la formation ISA de l'AFRATAPEM et du D.U. de l'Université François Rabelais de Tours, pour leur disponibilité, leur compétence et leur pédagogie.

Je remercie également le personnel administratif de l'AFRATAPEM et de l'Université pour leur rigueur et leur courage (dieu sait qu'il en faut pour répéter les mêmes choses au téléphone...).

Merci à Philippe Chatras, au docteur Emile-Roger Lombertie et à Philippe Rougerie pour m'avoir mis en relation avec Brigitte Rozpecny-Granet.

Un grand merci à Brigitte Rozpecny-Granet pour son humour et son amitié, qui a eu la témérité de me faire venir dans son atelier afin de voir qui était cet « étudiant surdiplômé », et de m'avoir accepté malgré cette tare...

Merci aussi à Sylvain Lacouchie pour sa générosité, sa musicalité et pour m'avoir permis d'intégrer l'atelier musique et d'y trouver ma place.

Je tiens également à remercier Colette Moissinac pour ses éclairages et ses engagements, et pour avoir accepté de devenir mon maître de mémoire.

Merci à mes collègues stagiaires Emilie et Pascale pour nos interrogations respectives et nos tentatives désespérées d'y répondre.

Un grand merci aux étudiantes et étudiants rencontrés durant ces quelques années de formation à Tours, pour leur différence, leur enthousiasme et pour certains leur amitié.

Merci aussi à mes relecteurs et relectrices qui m'auront permis de clarifier mes propos et, je l'espère, corriger les éventuelles fautes...

Je tiens particulièrement à remercier les personnes sans qui ce métier n'aurait aucune raison d'être, pour leur gentillesse, leur respect, et pour m'avoir permis de partager avec eux un bout d'histoire. Nous les appelons patients, sans doute car ils font preuve d'une patience extrême...

Pour terminer, je tiens à remercier toutes celles et ceux qui font que l'hôpital reste un lieu de soin au service de la personne et non une entreprise à but lucratif.

Plan du mémoire

Remerciements.....	p.1
Plan du mémoire.....	p.2-6
Liste des abréviations.....	p.7
Glossaire.....	p.7-9
Avant-propos.....	p.10-11
Introduction.....	p.12-14
I- L’art peut être exploité au service de la personne.....	p.15-32
A- L’être humain adulte est un être libre et autonome.....	p.15-20
1- L’être humain adulte est libre de faire des choix.....	p.15-17
a- Être en bonne santé, c’est être autonome.....	p.15
b- Être libre, c’est être capable de faire des choix.....	p.15-16
c- Nos choix orientent notre parcours de vie.....	p.16-17
2- La personne atteinte de maladie mentale est aliénée par sa pathologie....	p.17-19
a- La maladie mentale présente des symptômes particuliers.....	p.17-18
b- Les symptômes sont handicapants.....	p.18
c- Les handicaps liés aux symptômes de la pathologie entraînent la souffrance.....	p.18-19
3- Tout être humain malade tend à retrouver son autonomie.....	p.19-20
a- Tout être humain aspire au bonheur.....	p.19
b- Les handicaps sont des freins à l’accession au bonheur.....	p.19-20
c- L’autonomie est nécessaire pour accéder au bonheur.....	p.20
B- L’art est un moyen d’expression privilégié de l’être humain.....	p.20-25
1- L’art est une activité humaine d’expression orientée vers l’esthétique....	p.20-22
a- L’art s’appréhende grâce aux œuvres d’art.....	p.20-21

b- L'être humain est à l'origine de l'art.....	p.21-22
c- La réalisation d'une œuvre d'art nécessite un choix esthétique.....	p.22
2- La pratique artistique implique des mécanismes humains.....	p.22-24
a- L'être humain fonctionne grâce à des mécanismes.....	p.22-23
b- L'œuvre d'art nécessite une somme de mécanismes humains.....	p.23
c- Être artiste nécessite le bon fonctionnement des mécanismes humains.....	p.23-24
3- L'art peut être exploité au service de la personne.....	p.24-25
a- L'être humain malade peut être sensible à l'art.....	p.24
b- L'art-thérapie est une discipline alliant l'art et le soin.....	p.25
c- L'être humain malade sensible à l'art peut bénéficier de l'art-thérapie.....	p.25
C- L'art-thérapie permet à l'être humain de retrouver son autonomie.....	p.26-32
1- L'art-thérapeute exploite des moyens thérapeutiques originaux.....	p.26-27
a- L'art n'est pas de l'art-thérapie.....	p.26
b- L'art-thérapie n'est pas de la psychothérapie à médiation artistique.....	p.26
c- L'art-thérapie exploite l'art au service de la personne.....	p.27
2- L'art-thérapeute met en place une stratégie thérapeutique adaptée.....	p.27-29
a- L'art-thérapeute définit un état de base.....	p.27
b- L'art-thérapeute fixe un objectif thérapeutique.....	p.28
c- L'art-thérapeute utilise des moyens thérapeutiques pertinents.....	p.28-29
3- L'art-thérapeute fait appel à la théorie de l'art opératoire.....	p.29-32
a- L'opération artistique est un enchaînement de mécanismes.....	p.29-31
b- Le phénomène artistique est la partie visible de l'opération artistique.....	p.31
c- Le bien, le beau et le bon permettent d'évaluer l'implication artistique.....	p.31-32
II- L'art-thérapie est une discipline.....	p.32-54
A- L'art-thérapie se pratique en milieu de soin.....	p.32-38
1- L'art-thérapeute a besoin d'un lieu pour exercer son art.....	p.32-35
a- L'atelier d'art-thérapie du C.H. Esquirol accueille un public particulier...p.32	
b- L'atelier d'art-thérapie du C.H. Esquirol fonctionne selon différentes modalités.....	p.33

c- L'atelier d'art-thérapie du C.H. Esquirol propose différentes techniques artistiques.....	p.33-35
2- L'art-thérapeute est un artiste.....	p.35-36
a- L'art-thérapeute maîtrise une ou plusieurs techniques artistiques.....	p.35
b- L'art-thérapeute produit des œuvres.....	p.35
c- L'art-thérapeute connaît le processus de création artistique.....	p.35-36
3- L'art-thérapeute n'est pas seulement un artiste.....	p.36-38
a- L'art-thérapeute est un professionnel de santé.....	p.36
b- L'art-thérapeute est une personne responsable.....	p.36-37
c- L'art-thérapeute est soumis à un code de déontologie.....	p.37-38
B- La musique permet un accompagnement charge groupal.....	p.38-45
1- Le rythme est la base de la musique.....	p.38-40
a- La pulsation permet d'être ouvert au groupe.....	p.38
b- L'individu sert le groupe.....	p.38-39
c- Le groupe permet l'épanouissement de l'individu.....	p.39-40
2- L'atelier musique est ritualisé.....	p.40-43
a- La ritualisation de la séance permet de réduire l'angoisse.....	p.40-42
b- Le début et la fin de la séance constituent des rites de passage.....	p.42
c- L'écoute différée permet d'inscrire la production musicale dans le champ des œuvres d'art.....	p.42-43
3- L'individu évolue au sein du groupe.....	p.43-45
a- La ritualisation permet un suivi individuel pertinent.....	p.43-44
b- L'hétérogénéité des patients oriente la création musicale.....	p.44
c- Les patients évoluent en même temps que les œuvres musicales.....	p.44-45
C- La prise en charge individuelle exploite différents arts.....	p.45-54
1- L'art permet d'exprimer sa souffrance.....	p.45-49
a- Elisabeth est en quête de son identité.....	p.45-47
b- L'accompagnement d'Elisabeth se déroule en plusieurs temps.....	p.47-48
c- La souffrance d'Elisabeth a besoin d'être entendue.....	p.48-49
2- L'art-thérapeute ne doit pas laisser s'installer la souffrance.....	p.50-52
a- Elisabeth met en place des mécanismes de défense.....	p.50-51
b- La stratégie thérapeutique adoptée implique des détours.....	p.51-52

c- Elisabeth poursuit un cheminement symbolique.....	p.52
3- L'art-thérapeute travaille avec « la partie saine du patient ».....	p.52-54
a- L'art-thérapeute doit être présent à l'autre.....	p.52-53
b- L'art-thérapeute travaille avec la personne et non avec la maladie.....	p.53
c- L'art-thérapeute travaille d'égal à égal avec son patient.....	p.53-54
III- L'art-thérapie semble pertinente au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire.....	p.54-74
A- L'art-thérapeute fait des choix thérapeutiques.....	p.54-60
1- L'art-thérapeute doit s'adapter au lieu de soin.....	p.54-57
a- Le bilan auto-évaluatif paraît inadapté au sein d'un espace collectif...	p.54-55
b- L'art-thérapie peut être contre-indiquée.....	p.55-56
c- Un contrat entre le patient et le thérapeute doit être établi.....	p.56-57
2- L'évaluation est nécessaire en art-thérapie.....	p.57-58
a- L'évaluation concerne la production artistique.....	p.57
b- L'évaluation concerne le patient.....	p.57-58
c- L'évaluation concerne l'art-thérapeute.....	p.58
3- L'art-thérapeute est confronté à des difficultés.....	p.58-60
a- La relation patient/thérapeute doit rester strictement professionnelle..	p.58-59
b- L'art-thérapeute n'est pas psychothérapeute.....	p.59-60
c- L'art-thérapeute est un être humain.....	p.60
B- Les personnes évoluent au cours du suivi art-thérapeutique.....	p.60-67
1- Les personnes évoluent dans leurs productions artistiques.....	p.60-63
a- La forme des œuvres évolue au fil des séances.....	p.61
b- Le fond des œuvres évolue au fil des séances.....	p.61-62
c- Le rapport fond/forme prend sens au fil des séances.....	p.62-63
2- Les personnes évoluent dans leur quotidien.....	p.63-65
a- Les personnes ressentent des changements physiques.....	p.63-64
b- Les personnes ressentent des changements psychiques.....	p.64
c- Les personnes ressentent des changements sociaux.....	p.64-65
3- L'art-thérapeute a un devoir de restitution envers son patient.....	p.65-67

- a- Le bilan permet à l'art-thérapeute d'évaluer la pertinence de la stratégie thérapeutique mise en place.....p.65-66
- b- L'accompagnement en art-thérapie a un début et une fin.....p.66-67
- c- L'art-thérapeute doit penser au devenir de son patient.....p.67

C- L'art-thérapie est une porte ouverte.....p.67-74

1- L'art-thérapie est une porte ouverte aux dérives.....p.67-69

- a- L'art-thérapeute reçoit une formation théorique spécifique.....p.67-68
- b- L'art-thérapeute expérimente la pratique de l'art-thérapie.....p.68-69
- c- L'art-thérapeute est compétent dans des domaines spécifiques.....p.69

2- L'art-thérapie est une porte ouverte à l'écoute.....p.69-72

- a- L'atelier d'art-thérapie doit être un lieu d'accueil.....p.69-70
- b- L'art-thérapeute doit accepter la « non-production ».....p.70-71
- c- L'art-thérapeute doit apprivoiser le temps.....p.71-72

3- L'art-thérapie est une porte ouverte sur la vie.....p.72-74

- a- La fin de l'accompagnement doit être marquée par un rite de passage.....p.72-73
- b- L'art-thérapeute doit être disponible en cas de rechute.....p.73-74
- c- L'art-thérapie s'arrête lorsque l'être humain redevient libre de faire des choix.....p.74

Conclusion.....p.75-77

Bibliographie.....p.78-80

Annexes.....p.81-90

Index des auteurs.....p.91-92

Liste des abréviations

AAT : Atelier d'Activités Thérapeutiques

AFRATAPEM : Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

BAT : Bilan Auto-évaluatif

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CER : Centre d'Evaluation et de Réinsertion

CH : Centre Hospitalier

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies (10^{ème} édition)

DSM-IV : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th edition)

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INECAT : Institut National d'Expression, de Création, d'Art et Transformation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAPP : Réinsertion Addiction Pharmacie Psychiatrie

Glossaire

Boucle de renforcement : procédé qui augmente la probabilité de répétition d'un mécanisme de manière positive.

Boucle d'inhibition : ralentissement d'un mécanisme qui débouche sur un renforcement de ce ralentissement pouvant aller jusqu'à l'arrêt du mécanisme.

Ça : Terme emprunté à Georges Groddeck par Sigmund Freud. Dans la seconde topique de la théorie psychanalytique de Freud,¹ le Ça représente la partie pulsionnelle de la *psyché* humaine, qui ne connaît ni normes (interdits ou exigences), ni réalité (temps ou espace) et n'est régi que par le seul principe de plaisir, c'est-à-dire la satisfaction immédiate et inconditionnelle des besoins. C'est donc le centre des pulsions, des envies qui constituent l'énergie psychique de l'individu. Le Ça est une instance entièrement inconsciente.

Clinicien : Par extrapolation de la psychologie, professionnel de santé qui intervient au « chevet du malade », qui est au contact direct avec son patient.

¹ FREUD, S. (1923). *Le moi et le ça*. Paris : Payot (2010 pour la présente édition).

Décompenser : Verbe utilisé essentiellement dans le jargon psychiatrique et qui désigne le fait de déclencher des troubles psychologiques plus ou moins durables et plus ou moins graves en fonction des situations et des personnes.

Feedback : Le feedback, ou rétroaction est l'action en retour d'un effet sur le dispositif qui lui a donné naissance, et donc, ainsi, sur elle-même.

Humour : Au sens restreint retenu par Freud, l'humour consiste à présenter une situation vécue comme traumatisante de manière à en dégager les aspects plaisants, ironiques, insolites. C'est dans ce cas seulement (humour appliqué à soi-même) qu'il peut être considéré comme un mécanisme de défense.

Intellectualisation : Recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle qui angoisserait trop le sujet s'il reconnaissait y être personnellement impliqué.

Mimesis : Terme grec signifiant imitation. Platon et Aristote emploient ce terme pour désigner les arts d'imitation, c'est-à-dire les arts qui représentent le réel.

Moi : Dans la deuxième topique de Freud, le Moi se situe entre les exigences du Ça et celles du Surmoi. Il est à la fois conscient, préconscient et inconscient. Le rôle initial du Moi est d'établir un système défensif (mécanismes de défense du Moi) et adaptatif entre la réalité externe et les exigences pulsionnelles.

Observation participante : Approche anthropologique mise au point par Franz Boas, père du courant culturaliste américain, qui consiste en l'immersion prolongée du chercheur sur le terrain. L'observation participante induit l'idée de la compréhension de l'autre et de sa culture et de la non interprétation en référence à ses propres codes culturels (ethnocentrisme).

Phénoménologie : La phénoménologie est ici entendue comme une méthodologie ayant pour point de départ l'expérience en tant qu'intuition sensible des phénomènes. Nous nous plaçons ici dans une approche husserlienne de la phénoménologie.²

Poiesis : La *poiesis* est l'activité libre de l'être humain qui n'est pas subordonnée aux contraintes de la subsistance. Elle est création.

Rationalisation : Justification logique, mais artificielle, qui camoufle, à l'insu de celui qui l'utilise, les vrais motifs (irrationnels et inconscients) de certains de ces jugements, de ces conduites, de ces sentiments, car ces motifs véritables ne pourraient être reconnus sans anxiété.

Refoulement : Rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles qui demeurent actives, tout en étant inaccessibles à la prise de conscience. Le **retour du refoulé**, dont les

² HUSSERL, E. (1907). *L'idée de la phénoménologie*. Paris : PUF (1992 pour la présente édition).

conséquences peuvent être anodines ou pathologiques, intervient en cas d'échec ou d'insuffisance du refoulement.

Sujet supposé savoir : En psychanalyse, le sujet supposé savoir est l'analyste, c'est-à-dire la personne à qui le patient suppose un savoir sur ses difficultés. En réalité, le sujet sachant n'est autre que le patient lui-même, qui est le seul à détenir les clefs de son symptôme.

Surmoi : Dans la théorie psychanalytique, il est avec le Ça et le Moi, l'une des trois instances de la personnalité. Il désigne la structure morale et répressive de notre psychisme. Le Surmoi est une instance qui filtre les pulsions au travers de normes intériorisées.

Symptôme : En psychiatrie, tout comme en médecine générale, le symptôme est une manifestation observable d'une pathologie, c'est-à-dire la conséquence d'une maladie. En psychologie en revanche, le symptôme est la cause même de cette maladie qui s'exprime par des signes extérieurs (le symptôme psychiatrique).

Transfert : Dans le champ de la psychanalyse, ce terme désigne la transposition d'une relation affective (positive ou négative) d'une chose ou d'une personne sur d'autres. Au sens étroit du terme, désigne le processus au cours duquel le patient en psychothérapie, transfère sur l'analyste les sentiments ou les attitudes qui le déterminent par rapport à une personne (généralement son père ou sa mère) et qui se termine par un détachement.

Avant-propos

Avant de commencer la lecture de ce mémoire, nous tenons à clarifier quelques points de vocabulaire. L'appellation « art-thérapie » qui sera utilisé tout au long de ce mémoire, est entendue comme une dénomination professionnelle, ce qui explique l'absence de majuscule au mot « art ». De la même manière, le mot « art » sera utilisé sans majuscule, même si celui-ci recouvre le champ artistique, donc celui des beaux-arts (Art avec un grand A) et non celui de l'art (avec un petit a) synonyme d'artisanat. Nous mettons volontairement de côté cette dimension de l'art qu'est l'artisanat, bien que celle-ci soit étroitement liée à la première et réciproquement. Nous estimons que dans le milieu du soin, l'artisanat fait partie du champ de compétence de l'ergothérapeute (adaptation des outils à la personne) et que celui des beaux-arts fait partie de celui de l'art-thérapeute (utilisation des outils adaptés à la personne).

Par ailleurs, nous utiliserons indifféremment les termes « atelier musique » pour désigner l'atelier d'art-thérapie à dominante musicale, et cela pour deux raisons principales. La première est purement rhétorique, afin d'éviter la redondance, relativement désagréable à la lecture d'un texte. La seconde reflète plus un aspect du travail quotidien où l'atelier d'art-thérapie à dominante musicale est simplement nommé « atelier musique », afin de faciliter la compréhension des personnes accueillies. Nul besoin de compliquer le nom de l'atelier auquel participent ces personnes, à condition que celles-ci, ainsi que les professionnels de santé, soient au clair avec la dimension thérapeutique de l'atelier.

Les prénoms des personnes qui nous permettront d'illustrer nos propos théoriques par des exemples cliniques, sont bien évidemment fictifs, afin de préserver leur anonymat. Il en va de même pour l'utilisation des extraits d'œuvres présentés dans ce travail de recherche, conformément au titre II, article 17 du code de déontologie art-thérapeutique.³

³ Code de déontologie art-thérapeutique, validé par le conseil d'administration de l'AFRATAPEM le 14 mai 2007. Figure en annexes de ce mémoire (p. 105-108)

Titre II : Devoirs envers les patients - Article 17 : Les productions réalisées par un patient lors des séances en atelier d'art-thérapie relèvent du secret professionnel. Toutes traces de ces productions et de ces œuvres sont la propriété du patient. Cependant l'utilisation de ces productions ou traces est autorisée uniquement à des fins scientifiques et d'enseignement, et ce, de façon totalement anonyme. Toute autre utilisation devra avoir le consentement libre, éclairé et écrit du patient ou de son représentant légal.

Tous les termes suivis d'un astérisque (*) font l'objet d'une définition succincte située au début de ce mémoire (liste des abréviations p. 7 et glossaire p. 7-9). Toutes les figures incorporées dans le texte seront également reportées en annexes, par soucis de lisibilité. Figurent également une bibliographie récapitulative, ainsi qu'un index des auteurs auquel le lecteur pourra se référer en cas de besoin.

Introduction

Le travail que nous nous proposons d'effectuer dans ce mémoire est un travail de réflexion et de mise en pratique de la discipline que représente l'art-thérapie, telle qu'enseignée spécifiquement par l'école de Tours (AFRATAPEM*).

Dans cette perspective, nous définissons l'art-thérapie comme « *l'exploitation du potentiel artistique, dans une visée humanitaire et thérapeutique* »⁴ (Forestier, p. 10). Ainsi, par la dénomination même de la discipline qu'est l'art-thérapie, nous nous inscrivons de fait dans deux champs d'études distincts : celui de l'art et celui du soin. Il peut paraître incongru de lier ces deux domaines. Toutefois, si nous nous replongeons quelques instants dans l'histoire croisée de ceux-ci, nous pouvons percevoir des prémices de ce que nous appelons aujourd'hui art-thérapie.

Le chamane, pratiquant différents arts (rupestre, tambour, etc.), est la première relation qui peut être établie dans le temps entre l'art et la santé. C'est lui qui déterminait la cause de la maladie, la façon d'y remédier et enfin, la manière de la soigner. Il jouait un rôle essentiel dans la défense de l'intégrité psychique de la communauté. Plus tard avec Platon, commencera une réelle réflexion autour de l'art en lien avec l'être humain. Même si Platon condamnait l'art, qui ne donne qu'un aspect éloigné de la chose réelle, il avait conscience de l'effet qu'il produit sur l'être humain. Platon affirmait à ce propos que « *l'art de la gymnastique existe en effet pour les corps, et l'art de la musique pour l'âme* »⁵ (Leroux, p. 150). Plus près de nous, « l'art des fous », ou « art brut », qui a été étudié par de nombreux psychologues et psychiatres, a permis d'introduire l'art dans le milieu du soin, notamment psychiatrique. Jean Dubuffet, l'un des précurseurs de cette acception de l'art, utilisait cette expression pour désigner l'art produit par les « non professionnels » de l'art, par celles et ceux qui pratiquaient leur art en dehors des normes esthétiques convenues. Il s'agissait de distinguer l'art académique de l'art « spontané » émergeant sans réelle démarche « intellectuelle ».⁶

Ainsi, le travail que nous nous proposons d'exposer ici n'a rien de novateur, en ceci qu'il utilise des outils déjà connus de l'humanité depuis plusieurs millénaires. Cependant, nous

⁴ FORESTIER, R. (2000). *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^{ème} édition augmentée. Lausanne : Favre.

⁵ LEROUX, G. (2004). *Platon. La République*. Paris : GF Flammarion.

⁶ Voir les différents tomes de DUBUFFET, J. (1967). *Prospectus et tous écrits suivants*. Paris : Gallimard (1995 pour la présente édition).

tenterons de comprendre, à travers un enseignement réactualisé des connaissances dans le domaine de l'art-thérapie, ainsi que par des illustrations cliniques, comment l'art et le soin peuvent désormais se mêler pour donner naissance à une véritable discipline, susceptible d'être reconnue au rang de discipline paramédicale.

La forme générale de ce mémoire se présentera sous l'apparence d'un « nœud papillon » (*cf annexes p. 81 - Figure 1 : forme générale du mémoire*). Nous partirons ainsi d'une théorie générale pour arriver à un cas particulier qui nous permettra de nous réinterroger sur la théorie générale. Cette interrogation se faisant dans le temps, l'image du nœud papillon est particulièrement parlante. Divisé en trois parties, celle de gauche représente le point de départ et le passé (dans nos sociétés occidentales), celle du milieu représente quant à elle notre centre d'intérêt et également le présent, donc notre vécu de stage, et la partie de droite représente enfin les perspectives et donc nos interrogations sur notre future pratique d'art-thérapeute. Ainsi, de même que la forme générale du mémoire se présentera de la sorte, le vocabulaire employé sera également général dans un premier temps, puis plus spécifique lorsqu'il s'agira d'étudier et d'analyser notre expérience de stage, pour redevenir général lorsque nous nous raccrocherons à la théorie. Ainsi, « l'être humain », se trouvera nommé « personne », compris comme un être humain singulier, puis « patient », compris comme une personne atteinte d'une pathologie spécifique dans un cadre soignant particulier, pour retrouver son statut de personne et enfin d'être humain.

Notre réflexion aura également pour particularité de nous permettre de nous interroger sur la pratique de l'art-thérapeute et sur la nécessité d'une réglementation de cette dernière. Possédant notamment une formation initiale en psychologie, nos propos auront parfois pour objet la confrontation entre la discipline qu'est l'art-thérapie et la spécialité que peut être la psychothérapie à médiation artistique. Cette confrontation interrogera la pertinence des prises en charge respectives, l'amalgame étant encore souvent fait entre ces deux pratiques différentes. Cette confrontation n'aura aucunement pour objectif de dénigrer l'une ou l'autre de ces pratiques, mais au contraire de mettre en évidence leurs spécificités et donc leur complémentarité possible.

Ce mémoire n'aura pas pour objectif de répondre à une problématique en émettant des hypothèses qui seront vérifiées ou non par la suite. Notre méthodologie de travail durant le stage ayant été phénoménologique,* l'approche hypothético-déductive ne s'appliquera que

dans la mesure où il s'agit, dans un travail d'après-coup, de réfléchir à la pratique d'un point de vue théorique et réciproquement. Ceci est le principe même de la recherche. Ce mémoire sera plus un compte-rendu d'expériences d'ateliers de prises en charge suivi d'une discussion sur les apports de ces ateliers. Nous tenterons, au travers d'illustrations cliniques, de conceptualiser la pratique de l'art-thérapie dans un milieu de soins particulier qu'est celui de la psychiatrie adulte. Pour ce faire, il sera essentiel de comprendre quelles sont les conditions à réunir afin qu'un accompagnement art-thérapeutique puisse être envisagée. Cela fera l'objet de la première partie de ce mémoire. Dans la seconde partie de notre réflexion, il sera notamment question des particularités de la population accueillie, notamment sous le versant psychopathologique. Cette deuxième partie permettra d'illustrer nos propos théoriques par des observations cliniques et des études de cas. Enfin, la troisième et dernière partie de ce mémoire sera l'occasion de pointer les aspects positifs, mais également négatifs qu'une prise en charge art-thérapeutique peut engendrer. Sera alors discutée la remise en question des pratiques professionnelles, telles qu'elles sont actuellement envisagées dans le milieu de soins hospitaliers, et particulièrement dans le domaine de la santé mentale.

I- L'art peut être exploité au service de la personne

A- L'être humain adulte est un être libre et autonome

1- L'être humain adulte est libre de faire des choix

a- Être en bonne santé, c'est être autonome

Donner une définition de la bonne santé est loin d'être une chose aisée. Si la santé, dans le langage courant, fait traditionnellement écho à la santé physique, nous sommes en droit de nous interroger sur ce qu'il en est de la santé mentale dont il sera par ailleurs question tout au long de ce mémoire. « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social* ». ⁷ Nous avons choisi de retenir cette définition extraite du préambule à la constitution de l'OMS*, car elle a la particularité de mettre l'accent sur trois dimensions : le physique, le psychique et le social. Aristote définissait, dans le livre I, chapitre 2 de *Les Politiques*, l'être humain par ces mots devenus célèbres : « *zôon politikon* » ⁸ (Pellegrin, p. 91), que l'on traduit littéralement par « animal politique », au sens « d'animal citoyen », c'est-à-dire caractérisé dans son essence même par sa condition de citoyen et que saint Thomas d'Aquin traduit par « *être social* » ⁹, voire « *sociable* » (Arendt, p. 23). Pour reprendre la définition de l'OMS en la réduisant à sa plus simple acception, l'école d'art-thérapie de Tours propose une définition de la bonne santé comme « *l'autonomie physique, psychique et sociale* ». Cette définition ne semble cependant être valable qu'en ce qui concerne l'âge adulte, puisque les autres périodes de la vie, l'enfance, l'adolescence et la fin de vie, se caractérisent par une dépendance non contradictoire avec la bonne santé.

b- Être libre, c'est être capable de faire des choix

La liberté est, à l'instar de la santé, un terme générique qui regroupe en réalité plusieurs types de libertés, comme la liberté physique, la liberté civile, la liberté politique, la liberté de conscience ou encore la liberté morale. La liberté se caractérise par la volonté, dans

⁷ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé. New York, 19-22 juin 1946. Signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats (Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

⁸ PELLEGRIN, P. (1990). *Aristote. Les politiques*. Paris : GF Flammarion.

⁹ ARENDT, H. (1958). *The Human Condition*. Chicago : University of Chicago Press. Cette traduction est issue de la citation suivante : « *This special relationship between action and being together seems fully to justify the early translation of Aristotle's zôon politikon by animal socialis, already found in Seneca, which then became the standard translation through Thomas Aquinas : homo est naturaliter politicus, id est, socialis ("man is by nature political, that is, social"). More than any elaborate theory, this unconscious substitution of the social for the political betrays the extent to which the original Greek understanding of politics had been lost...* ».

la plupart des cas, d'expression. La liberté prend donc son sens dans la confrontation à une multitude de choix possibles. Ces possibilités différentes doivent en outre avoir des répercussions différentes. « *Montrez-moi le troisième doigt de votre main, soit en partant de la gauche, soit en partant de la droite, vous avez le choix* ». ¹⁰ Ceci est un parfait exemple de manipulation ou d'illusion de choix puisque ce choix est contraint et donc non libre.

On ne peut pas tout faire. Lorsque l'on choisit de faire quelque chose, cela implique qu'on ne pourra pas savoir ce qui se serait passé si on ne l'avait pas fait. Si face à moi, j'ai un embranchement de deux chemins, l'un partant à gauche et l'autre à droite, et que je choisis de prendre celui de droite, je ne saurais pas ce qu'il y a sur le chemin de gauche. A moins de faire demi-tour. Mais là encore, ce ne serait plus pareil. Le paysage aura changé, les rencontres éventuelles ne seront plus les mêmes, etc. La liberté implique donc des choix qui entraînent des répercussions qui s'inscrivent dans le temps.

c- Nos choix orientent notre parcours de vie

Comme énoncé précédemment, nos choix s'inscrivent dans le temps et nous font découvrir un monde possible, un parmi d'autres, si nos choix avaient été différents. Si je n'avais pas choisi d'entreprendre une formation d'art-thérapie, je ne serais pas en train d'écrire ceci. Et je n'aurais pas entrepris de formation d'art-thérapie si je n'avais pas choisi de pratiquer la musique. Je n'aurais pas pratiqué la musique si je n'avais pas choisi de m'investir dans une activité, etc. La vie, notre parcours de vie, n'est qu'un enchaînement de choix. Lorsque ces derniers se font de façon libre et éclairée, ils sont synonymes d'autonomie. Par contre, lorsque ces derniers sont contraints par quelqu'un ou quelque chose, notre énoncé doit être envisagé différemment. Certaines théories, qu'il est nécessaire d'évoquer afin de garder un esprit critique, insistent sur le déterminisme génétique. La génétique conditionnerait nos réponses et nos comportements. Ainsi, notre parcours de vie serait déterminé dès notre naissance. Ces théories, bien que douteuses (esprit de critique) et utilisant des méthodes scientifiques (ou tout du moins statistiques - qui est l'une des rares sciences « dures » à admettre un coefficient d'erreur dans sa démarche), sont toujours d'actualité sous des formes beaucoup plus diluées. ¹¹ Ces théories laissent peu de place au libre-arbitre et au facteur environnemental dont tous les grands généticiens s'accordent pourtant à dire qu'il joue au

¹⁰ Exemple emprunté à Richard Forestier et à ses enseignements.

¹¹ Nous pensons notamment ici aux nombreuses études s'étalant sur près d'un siècle, sans résultats probants, sur le fameux « *gène du schizophrène* ». Pour avoir un aperçu de ces études et les conceptions génétiques actuelles sur la schizophrénie, nous reportons le lecteur à l'article de THIBAUT, F. (2007). *Données génétiques de la schizophrénie*, Psychiatrie, 37-285-A-16. Paris : Elsevier Masson SAS.

minimum pour la moitié dans le déclenchement ou non d'une pathologie mentale par exemple, puisqu'il sera question de cela dans ce mémoire.

2- La personne atteinte de maladie mentale est aliénée par sa pathologie

a- La maladie mentale présente des symptômes particuliers

En matière de santé mentale, il existe différents types de « classifications » des maladies. Les classifications des maladies se distinguent en fonction de leurs courants de pensées. Nous faisons le choix de retenir des éléments issus de la psychanalyse et de la psychologie clinique (mécanismes de défense), mais également des éléments issus d'ouvrages se voulant « a-théoriques » comme le DSM-IV* TR¹² ou la CIM 10*.¹³ Pour une visualisation plus claire et immédiate, nous avons tenté d'établir un tableau récapitulatif des différents types de pathologies mentales (*cf annexes p. 82 - Figure 2 : tableau récapitulatif des troubles mentaux*).

Figurent dans ce tableau les deux structures mentales principales découvertes par la psychanalyse,¹⁴ à savoir les névroses et les psychoses, ainsi que les perversions et les états-limites ou borderline. Ces deux dernières font encore débats actuellement, certains auteurs considérant les perversions, non comme un état pathologique, mais comme un mécanisme de défense spécifique de la névrose, et les états-limites comme une catégorie inventée pour « classifier » les personnes présentant des aspects névrotiques et psychotiques à la fois, autrement dit, les personnes dont le diagnostic est « compliqué ». Ce tableau laisse volontairement de côté les troubles psychiatriques liés à une dégénération mentale ou démence (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.), à un retard mental ou à certaines maladies génétiques (maladie de Huntington, etc.). Nous laissons également de côté les personnalités dites « anti-sociales » ou psychopathiques ainsi que les troubles psychiatriques liés à la prise de stupéfiants. Ce choix n'est aucunement motivé par le type de public accueilli dans l'établissement dans lequel nous avons effectué notre stage pratique, qui peut présenter certaines de ces pathologies, mais par la volonté de ne pas alourdir ce mémoire. Ainsi, plutôt que de tenter une classification qui ne pourrait être en aucune manière exhaustive, nous

¹² DSM-IV TR (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction française par GUELFY, J. et al. Paris : Masson.

¹³ Organisation Mondiale de la Santé (1992). *CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic*. Paris : Masson.

¹⁴ Voir à ce sujet FREUD, S. (1894-1924). *Névrose, psychose et perversion*. Traduction française par LAPLANCHE, J. Paris : PUF (2010 pour la présente édition).

préférons reporter le lecteur aux ouvrages cités en bibliographie pour des compléments d'informations.¹⁵

b- Les symptômes sont handicapants

Les symptômes des maladies mentales empêchent les personnes atteintes de ces maladies de faire ce qu'elles souhaitent et d'agir de façon autonome. Si nous partons de l'exemple de la névrose obsessionnelle, envisagée de façon caricaturale, celui-ci est particulièrement parlant. Les symptômes psychiatriques, que nous distinguons du symptôme clinique,* peuvent parfois être criants. Ils se traduisent par des comportements contraphobiques ritualisés, destinés à contenir les angoisses. Ces derniers peuvent devenir envahissant et prendre un temps considérable à la personne atteinte de cette maladie (vérification des portes et fenêtres fermées, vérification des robinets, lavage des mains, etc.). Nous pouvons également évoquer ici la question des traitements médicamenteux. Ces derniers, bien qu'en continuelle évolution, comportent, comme toute prise de traitement, des effets non désirés sur l'organisme, appelés « effets secondaires ». Ces effets sur l'organisme ont des répercussions sur le psychisme et sur les relations sociales de la personne ciblée. Les effets secondaires des médicaments sont d'ailleurs l'une des difficultés majeures en psychiatrie, puisque les personnes malades refusent parfois leur prise de traitement et replongent ainsi dans des états aigus, non stabilisés. L'autre problème de cette prise de traitement est également sa durée. En effet, une personne atteinte de schizophrénie, et stabilisée par des traitements, ne peut pas s'arrêter de prendre son traitement sous peine de réapparition des symptômes.

c- Les handicaps liés aux symptômes de la pathologie entraînent la souffrance

Nous venons de voir que les symptômes des maladies mentales, ou tout simplement ceux liés à la prise de traitements, peuvent devenir des gênes importantes, voire des entraves à l'autonomie d'une personne. Des contraintes physiques comme la prise de poids entraînent souvent des contraintes psychiques comme les idées noires qui entraînent à leur tour une mise à l'écart de la personne vis-à-vis de son entourage ou de la société. La personne n'ose alors plus sortir de chez elle, ce qui a pour effet pervers d'une part de faire souffrir la personne et d'autre part de renforcer cette boucle d'inhibition. Plus je prends du poids, plus j'ai des idées noires et plus je veux rester chez moi. Plus je reste chez moi, plus je

¹⁵ Nous reportons notamment le lecteur à l'ouvrage de BESANÇON, G. (1993). *Manuel de psychopathologie*. Paris : Dunod.

prends de poids et plus j'ai des idées noires. Nous pouvons tourner ces trois éléments dans tous les sens. La conséquence dramatique pour la personne devient alors sa perte d'autonomie et la souffrance qu'entraînent ces stratégies de repli sur soi.

3- Tout être humain malade tend à retrouver son autonomie

a- Tout être humain aspire au bonheur

On ne retient de la *Lettre à Ménécée*, adressée par Épicure à son disciple, que cette maxime célèbre et pourtant non prononcée comme telle : « *tout être humain aspire au bonheur* »¹⁶ (Conche, p. 221). Nous ne pouvons nier cette évidence : personne ne souhaite être malheureux. Mais la pensée d'Épicure ne peut être ainsi réduite, puisqu'il s'agit pour lui d'énoncer les principes de la vie même et de ses désirs.¹⁷ Dans la vie quotidienne, nous cherchons par tous les moyens à accéder au bonheur. Nous nous entourons d'objets, de vêtements, etc., qui nous donnent l'illusion d'être heureux. Pour Spinoza,¹⁸ être heureux, c'est avoir ce que l'on désire, mais pas forcément tout ce que l'on désire, sinon on ne sera jamais heureux. Jean-Paul Sartre écrivait à ce propos que « *l'homme est fondamentalement désir d'être* » et dans la même phrase, « *le désir est manque* »¹⁹ (Sartre, p. 610). En suivant ce raisonnement, l'être humain aspirerait alors à ce qu'il a déjà. La définition du bonheur, ce à quoi tout être humain aspire, serait ainsi de profiter de la vie. Mais pour certaines personnes, il est difficile de profiter de la vie, en raison, comme nous venons de le voir précédemment, de certaines maladies. Le bonheur pourrait alors parfois simplement se résumer à l'absence de douleur, comme le disait justement Épicure lorsqu'il parlait de l'absence de souffrances du corps, en admettant que ce corps puisse être étendu à l'esprit, ce qui servirait notre propos.

b- Les handicaps sont des freins à l'accession au bonheur

La personne handicapée dans son autonomie par les symptômes spécifiques que présentent les maladies mentales, ne peut accéder directement au bonheur. Il est en effet difficile d'apprécier ce que nous offre la vie lorsque nous ne sommes pas en situation de le recevoir, lorsque le goût de vivre n'est plus là. Pour avoir le goût de vivre, il faut que nos sens

¹⁶ CONCHE, M. (2003). *Épicure. Lettres et Maximes*. 7^{ème} édition « Epiméthée ». Paris : PUF.

¹⁷ « Parmi les désirs, les uns sont naturels, les autres sans fondements, et [...] parmi ceux qui sont naturels, les uns sont nécessaires et les autres naturels seulement. Parmi ceux qui sont nécessaires, les uns sont nécessaires au bonheur, d'autres à l'absence de dysfonctionnements dans le corps et d'autres à la vie elle-même » (p. 47). MOREL, P.-M. (2009). *Épicure. Lettre à Ménécée*. Paris : GF Flammarion.

¹⁸ SPINOZA, B. (1677). *Ethique*. Paris : Gallimard (1994 pour la présente édition).

¹⁹ SARTRE, J.-P. (1943). *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris : Gallimard.

soient propices à recevoir les informations du monde extérieur. La rumination des pensées empêche d'être ouvert à l'autre, au monde. Les rituels de vérification empêchent la personne de faire autre chose. La personne se sent incapable, non pas que l'envie ne soit pas présente, mais parce que cette dernière est « emprisonnée » par les symptômes de la maladie. La personne peut choisir de vivre avec ce qu'elle est, un être humain, et non avec ce qui l'handicape, la maladie. La personne peut décider de donner un sens à sa vie, de se projeter dans le futur et ainsi d'acquérir le goût de vivre. En découvrant ou redécouvrant ses sens, la personne peut réapprendre à vivre sans oublier la maladie, mais en la considérant comme une caractéristique particulière. Je suis un être humain. Chaque être humain possède des particularités. Certains sont petits, d'autres grands, certains sont gros, d'autres maigres, certains sont atteints d'une maladie, d'autres non. Le seul point commun véritable entre les êtres humains est qu'ils appartiennent à la même espèce. Chacun doit vivre avec ses qualités et ses défauts. Considérons donc la maladie comme un défaut potentiel et ce qu'elle développe comme pouvant appartenir au domaine des qualités.

c- L'autonomie est nécessaire pour accéder au bonheur

Afin de pouvoir accéder au bonheur, l'être humain a besoin de se sentir en confiance et en pleine possession de ses moyens. Cette intégrité, physique, psychique et sociale s'acquière notamment par l'expérimentation de nos qualités. Nous ne pouvons ou ne savons pas tout faire et heureusement. Cependant, nous pouvons ou savons également faire des choses que d'autres personnes ne peuvent ou ne savent pas faire. Ce sont ces dernières que nous pouvons appréhender comme des qualités et ce par quoi nous pouvons nous épanouir. L'être humain tend vers une autonomie synonyme de petits moments de bonheur mis bouts à bouts et qui peuvent permettre de trouver une direction de vie à prendre ou tout simplement de gratifier un ou plusieurs sens que nous avons à notre disposition. C'est cette gratification sensorielle qui va nous indiquer le chemin à suivre.

B- L'art est un moyen d'expression privilégié de l'être humain

1- L'art est une activité humaine d'expression orientée vers l'esthétique

a- L'art s'appréhende grâce aux œuvres d'art

Lorsque nous parlons d'art, comment se fait-il que nous sachions tous de quoi on parle, presque instinctivement, sans se poser la question ?

Pour certains, l'art évoquera la peinture, *Guernica* de Pablo Picasso, *L'origine du monde* de Gustave Courbet, *La Cène* de Salvador Dalí, etc. Pour d'autres, l'art évoquera la sculpture et

le fameux *David* de Michel-Ange. Pour d'autres encore, ce sera la musique ou la danse, le cirque, etc. Le champ de l'art semble donc assez étendu mais en même temps assez restreint, puisque personne n'a dans la tête une image de dentiste exerçant son métier et le considérant comme de l'art, hormis cas spécifiques éventuels... L'art semble donc connu de tous ou presque, puisque selon les époques et les lieux, le concept varie et aucune définition ne permet de recouvrir le champ artistique tel que nous l'entendons. Nous nous apercevons alors que notre représentation de l'art est connotée culturellement. Pour Marcel Mauss, « *un objet d'art, par définition, est l'objet reconnu comme tel par un groupe* »²⁰ (Mauss, p. 89). Se pose alors la question des qualifications telles que « l'art primitif », qui concerne un champ culturel détourné de sa fonction originelle. Nous en avons des représentations issues de l'histoire de l'Art et de la connaissance de certaines œuvres. De prime abord, il nous est impossible d'appréhender l'art sans parler des œuvres d'art qui constituent en quelque sorte la preuve tangible de l'existence de l'art. Ce sont elles qui existent dans le monde sensible et qui s'inscrivent donc dans le temps et dans l'espace. Elles existent en effet dans l'espace puisque physiquement elles sont là, mais aussi dans le temps, puisque certaines de ces œuvres traversent les époques et peuvent être appréhendées sans leur matérialité. Je sais que *La Joconde* de Léonard de Vinci existe en tant qu'œuvre d'art, même si je ne l'ai jamais vu. Je sais également que la toile *saint Sébastien soigné par sainte Irène* de Francisco Pacheco a existé, bien que cette dernière ait été détruite en 1936. Les œuvres d'art se transmettent donc à travers les âges, par la Culture. Il existe donc un « avant-nous » et les œuvres d'art en font partie. C'est par elles que nous savons que l'art existe. Aux fondements de l'art, il y a donc les œuvres d'art.

b- L'être humain est à l'origine de l'art

Si, comme nous venons de le démontrer, les œuvres d'art sont aux fondements de l'art, nous devons alors nous poser la question de l'origine des œuvres d'art. Comment existent-elles, qui les a créés et par quels moyens ? Comme nous l'avons déjà dit, l'art est associé à des œuvres et ces œuvres sont elles-mêmes associées à des artistes, autrement dit, à quelques exceptions près, et nous pensons ici au célèbre peintre Joachim-Raphaël Boronali et sa toile datant de 1910 *Coucher de soleil sur l'Adriatique*, à des êtres humains. Avant l'art, il y a donc l'être humain, l'être humain en quête de quelque chose, avec la volonté de quelque chose, la volonté d'exprimer un événement, un sentiment, etc. On ne peut pas vouloir « rien ».

²⁰ MAUSS, M. (1947). *Manuel d'ethnographie*. Paris : Payot (1971 pour la présente édition).

Et si quelque chose existe, ce n'est pas pour rien. L'art a donc été « créé » par l'être humain dans un but précis. Selon Platon, l'art n'existe que pour imiter la nature (*mimesis**). L'art serait pour l'être humain un moyen de retranscrire la nature qui est par essence parfaite puisque façonnée de la main de Dieu. Dans le livre X de *La République*, Platon déprécie l'art en affirmant que ce dernier se trouve « *au troisième degré d'éloignement par rapport à la vérité* »²¹ (Chambry, p. 89). En effet, l'art est imitation, et l'imitation n'est pas la reproduction d'une « réalité » (forme, idée), mais d'une apparence ou d'une image. Aristote sera le premier à s'opposer à cette vision platonicienne de l'art en introduisant la poétique (*poiesis**). Ainsi, l'artiste ne se contenterait pas d'imiter la nature, mais de la transcender, d'en donner une vision « en mouvement ». L'art nécessiterait une capacité d'abstraction et serait donc une expression profondément humaine, orientée vers l'esthétique, c'est-à-dire le beau.

c- La réalisation d'une œuvre d'art nécessite un choix esthétique

Si l'art n'est pas la reproduction à l'identique de la nature, ce n'est pas forcément faute d'essayer. Le nombre d'or, que l'on attribue traditionnellement au sculpteur grec Phidias, ou la suite de Fibonacci ne sont que des exemples de ce qu'essaie de reproduire l'être humain, à savoir la perfection. Or, le propre de l'être humain est d'être imparfait. De nombreux mythes, tels que le mythe androgynique d'Aristophane extrait du *Banquet* de Platon,²² conçoivent l'être humain comme imparfait, car manquant, contrairement aux dieux qui sont omnipotents. Si l'être humain tente de se rapprocher de la perfection, il le fait en fonction de ses choix. La reproduction est d'ailleurs toujours une affaire de choix. Si je décide de peindre quelque chose, c'est que je choisis de ne pas peindre tout ce qui entoure cette chose. Il s'agit là d'un choix esthétique, qui doit me permettre de me rapprocher au mieux de mon idéal esthétique, qui est un compromis entre ce que je veux exprimer (la fond) et comment je souhaite l'exprimer (la forme).

2- La pratique artistique implique des mécanismes humains

a- L'être humain fonctionne grâce à des mécanismes

L'être humain se caractérise par son corps physique, son psychisme et sa « nature » sociale. Mais ces différents aspects de l'être humain sont intimement liés, animés. Ils ne sont pas statiques mais bel et bien en mouvement. Pour que l'être humain soit en

²¹ CHAMBRY, E. (1982). *Platon. La République. Tome VII, 2^{ème} partie. Livres VIII-X*. Paris : Les belles lettres.

²² BRISSON, L. (1999). *Platon. Le Banquet*. Paris : Flammarion.

mouvement, autrement dit vivant, il faut qu'il y ait un échange, échange entre le monde extérieur, le social, et le monde intérieur, le psychisme. Cet échange se fait par l'intermédiaire de notre corps physique qui est en quelque sorte le médiateur entre le monde sensible et le monde intelligible. Ainsi, notre corps physique fonctionne grâce à des mécanismes comme la respiration, la marche, les gestes, etc. Notre psychisme fonctionne grâce à des mécanismes différents qui sont la réflexion, l'analyse, la déduction, etc. Les mécanismes sociaux sont un peu plus compliqués à cerner en raison de leur extériorité et parce qu'ils impliquent nécessairement le physique et le psychique. Nous pensons notamment ici aux mécanismes de socialisation, aux mécanismes de transformation de l'environnement, etc. Pour qu'il y ait échange, ce qui vient du monde extérieur tend nécessairement à entrer par un mécanisme qu'on appelle « impression ». Son corollaire est le mécanisme « d'expression » et traduit ce qui tend à sortir de notre monde intérieur vers le monde extérieur.

b- L'œuvre d'art nécessite une somme de mécanismes humains

Lorsque l'on veut réaliser une œuvre d'art, c'est que nous avons une intention particulière. Nous voulons traiter un thème spécifique avec une intention particulière, le fond, en mettant notre empreinte à cette œuvre, notre style. Pour ce faire nous mettons en place des mécanismes psychologiques comme la réflexion, l'analyse, la compréhension, etc. Ensuite, pour que cette œuvre existe, il faut la produire, la faire, la réaliser, l'inscrire dans l'espace. Pour cela, nous utilisons la technique, la forme, qui s'exécute grâce à des mécanismes physiques liés au corps, comme par exemple les gestes intentionnels. Enfin, pour que cette production artistique soit intégrée au champ des œuvres d'art, il faut que cette dernière soit admise par la communauté pour être transmise et s'inscrire dans le temps. C'est ce que nous appelons dans le jargon art-thérapeutique, le « traitement mondain » et qui implique des mécanismes sociaux comme la communication. La production artistique ainsi créée et admise s'inscrit dans l'espace et le temps et peut dès lors devenir une œuvre d'art.

c- Être artiste nécessite le bon fonctionnement des mécanismes humains

Comme nous venons de le voir, la réalisation d'une œuvre d'art et donc la condition pour être un artiste est de pouvoir mettre en marche une somme de mécanismes humains. Sans la mise en mouvement de la pensée ou du corps physique, il ne peut y avoir d'œuvre d'art. Sans une intention, il ne peut y avoir d'action et par conséquent de production, en ce qui nous concerne, artistique. Or, aucun être humain ne dispose des mêmes potentialités mécaniques (maladie, handicap, événements de vie, etc.). Si nous reprenons l'une des origines

possible du handicap, utilisé pour les courses de chevaux, nous constatons que celui-ci était destiné à rendre la course plus intéressante, en égalisant les chances des participants. Etaient donc handicapés par tirage au sort (« hand in cap », littéralement « la main dans le chapeau ») les meilleurs concurrents. Cela permet de rendre au handicap une vision plus juste de ce qu'il permet de développer chez certaines personnes. En effet, les personnes aveugles (le terme « non-voyant » étant un euphémisme social que je trouve condescendant, voire déplacé...) ne développent-elles pas leurs autres sens pour compenser leur cécité ? (toucher, ouïe, etc.) « *Nous pouvons même avancer ce paradoxe que les sourds et les aveugles peuvent aider à l'avènement d'une performance plus grande de nos capacités d'être. En effet, ceux qui ont pu accepter ou transcender leur handicap l'ont transformé en approche holistique d'eux-mêmes et du monde* »²³ (Klein, p. 2). Dans cette acception du handicap comme frein potentiel au bon fonctionnement des mécanismes humains, nous constatons empiriquement qu'il peut au contraire s'avérer un atout dans la pratique artistique ou que, et c'est ici que se situe le champ de l'art-thérapie, que la pratique artistique peut aider les personnes handicapées (au sens défini précédemment).

3- L'art peut être exploité au service de la personne

a- L'être humain malade peut être sensible à l'art

Si la maladie semble capable d'altérer certaines perceptions ou certains capteurs sensoriels, elle n'affecte pas toutes les formes de sensibilités. La sensibilité artistique ne semble pas en lien avec une quelconque maladie. La maladie, pour ce qui nous intéresse, mentale, ne semble pas altérer la perception de l'art, ou plus exactement la sensibilité face aux œuvres d'art. Si, comme on a voulu nous le faire croire, il existe une « peinture du schizophrène »²⁴, rien n'empêche une personne non atteinte de schizophrénie d'apprécier cette forme d'art. De même, rien n'empêche une personne atteinte de schizophrénie d'être sensible à des formes d'art diverses et variées. La maladie mentale qu'est la schizophrénie (qui véhicule dans l'inconscient collectif la représentation de la folie) ne semble donc pas altérer la sensibilité artistique.

²³ KLEIN, J-P. & VIARMÉ, E. (1997). « Sensorialité et Culture : la vue et l'ouïe dans leurs sens multiples ». *Art et thérapie* 60/61. Paris : Art thèmes.

²⁴ Nous pensons ici aux différentes études qui ont, depuis plus d'un siècle, tenté d'établir un lien entre la schizophrénie et un style pictural spécifique : de Auguste Ambroise Tardieu à Françoise Minkowska en passant par Walter Morgenthaler et sa monographie sur Adolf Wölfl, un de ses patients atteint de schizophrénie.

b- L'art-thérapie est une discipline alliant l'art et le soin

En nous appuyant sur l'enseignement de l'université de Tours, nous définissons l'art-thérapie comme « *l'exploitation du potentiel artistique, dans une visée humanitaire et thérapeutique* »²⁵ (Forestier, p. 10). Plusieurs aspects de cette définition sont à mettre en exergue. Tout d'abord, ce dont se sert l'art-thérapie, c'est l'exploitation du potentiel artistique. Il ne s'agit pas en séance d'art-thérapie de ne rien faire, mais justement de créer, d'exploiter l'art. Le potentiel artistique signifie qu'il ne faut pas être un artiste reconnu pour pouvoir bénéficier de l'art-thérapie. Nous partons du principe que tout le monde est potentiellement artiste et qu'il suffit de savoir exploiter, utiliser, ses ressources artistiques, ses différentes sensibilités. Ensuite, la visée de l'art-thérapie est humanitaire et thérapeutique. Cela signifie que l'art-thérapie ne peut se faire que dans la rencontre entre deux êtres humains, entre deux personnes qui ont un objectif commun, à savoir la thérapeutique. Cette thérapeutique met en jeu des statuts différents que sont celui de thérapeute et celui de patient. C'est dans cette condition que peut s'établir l'alliance art-thérapeutique, dans la rencontre entre une personne en souffrance et une personne prête à aider cette personne en souffrance, à travers le processus de création artistique.

c- L'être humain malade sensible à l'art peut bénéficier de l'art-thérapie

Fort de ce constat que l'art permet la mise en œuvre de mécanismes physiques, tout autant que psychiques ou sociaux, une réponse adaptée à la souffrance des personnes peut être une intervention art-thérapeutique, permettant le fonctionnement de ces mécanismes souvent entravé par une maladie, et visant un mieux-être de la personne. Cette particularité de l'art-thérapie de s'adresser à des personnes en souffrance, permet de l'inscrire de fait dans un champ particulier qui est celui du soin, du mieux-être, certes dans une optique de bien-être, et non du « soin de confort ». Nous reviendrons sur ce point à la fin de ce mémoire car il semble important d'insister sur le fait que le suivi art-thérapeutique doit s'arrêter lorsque la personne ne souffre plus. Si, à l'issue d'un accompagnement art-thérapeutique, la personne souhaite continuer une pratique artistique, elle ne doit pas se faire dans le cadre de l'art-thérapie, mais tout simplement dans le cadre d'un atelier d'art ou d'une pratique personnelle. Il serait un non-sens total de faire croire que l'art-thérapie s'adresse à tout le monde et que tout le monde peut en bénéficier. Cela mettrait à mal les fondements théoriques de l'art-thérapie, voire l'intérêt de l'existence même d'une telle discipline.

²⁵ FORESTIER, R. (2000). *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^{ème} édition augmentée. Lausanne : Favre.

C- L'art-thérapie permet à l'être humain de retrouver son autonomie

1- L'art-thérapeute exploite des moyens thérapeutiques originaux

a- L'art n'est pas de l'art-thérapie

La définition de l'art-thérapie demande d'abord d'exclure de son champ d'étude spécifique certains *a priori* et de développer ainsi notre esprit critique en comparant cette discipline qu'est l'art-thérapie à d'autres domaines apparentés, notamment celui de l'art. En effet, la discipline « art-thérapie » se compose de deux mots, le premier faisant appel justement à un domaine singulier. Nous pouvons d'emblée constater que l'art ne fait, contrairement à l'art-thérapie, rentrer dans son champ aucun aspect thérapeutique. Le soin semble donc exclu de son champ de compétence, ou plus exactement, ne fait pas partie de ses objectifs. Cette dimension thérapeutique ne peut en aucun cas être dissociée de la dimension artistique. Le trait d'union qui existe entre le mot « art » et « thérapie » est ce qui fait la particularité de la discipline et du professionnel de santé qui entend l'exercer. L'art-thérapeute permet de faire le lien entre la dimension artistique et la dimension thérapeutique. Il est celui qui « *exploite le potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique* »²⁶ (Forestier, p. 10). C'est l'humain, une fois de plus, qui permet de faire le lien entre l'art (par l'humain) et la thérapie (pour l'humain). Alors que l'artiste est au service de l'art, l'art-thérapeute utilise l'art au service de l'être humain.

b- L'art-thérapie n'est pas de la psychothérapie à médiation artistique

Beaucoup de professionnels de santé font encore l'amalgame entre la discipline qu'est l'art-thérapie et la spécialité de la psychologie que peut être la psychothérapie à médiation artistique. Ces deux métiers différents font tous les deux appel à l'art et se caractérisent tous deux par une dimension thérapeutique. La particularité de la psychothérapie à médiation artistique est, comme son nom l'indique, d'être une thérapie médiatisée. C'est-à-dire que pour elle, le champ de l'art s'avère être un médium, un moyen d'accéder à autre chose. Le but véritable de la psychothérapie à médiation artistique est de rentrer en relation avec la personne via le langage, cette relation étant facilitée par un support moins angoissant et moins persécuteur. Le médium artistique n'a ici aucune particularité, si ce n'est celle de faciliter la parole. L'art est donc considéré comme un outil, un parmi d'autres. Il présente la particularité d'être un support attrayant, moins angoissant pour certains que le langage et de permettre une transition progressive vers un entretien psychothérapeutique plus formel.

²⁶ FORESTIER, R. (2000). *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^{ème} édition augmentée. Lausanne : Favre.

c- L'art-thérapie exploite l'art au service de la personne

Comme nous venons de le voir, d'un côté la personne est au service de l'art, c'est ce qui caractérise l'artiste, et de l'autre, la psychothérapie utilise l'art au service de la parole, comme médium entre le thérapeute et son patient. Dans le cas de l'art-thérapie, c'est le thérapeute qui sert de médiateur entre la personne et l'art. C'est par l'exploitation du potentiel artistique que va s'établir une relation thérapeutique entre le patient et l'art-thérapeute. Mais l'art-thérapeute exploite l'art, ou autrement dit, l'adapte à la personne, afin que cette dernière devienne artiste, non au service de l'art, mais au service de sa propre personne. Le but de l'art-thérapeute n'est donc pas d'aider la personne à faire de l'art pour l'art comme ce pourrait être le cas dans un atelier d'art, ni de se servir de l'art pour appréhender quelque chose d'autre, le symptôme, mais bel et bien d'aider la personne à se projeter dans l'avenir et à retrouver le goût de vivre à travers la création d'un projet artistique spécifique, adapté à cette personne.

2- L'art-thérapeute met en place une stratégie thérapeutique adaptée

a- L'art-thérapeute définit un état de base

Lorsque l'art-thérapeute rencontre un futur patient pour la première fois, il ne le connaît pas. Et pourtant, c'est avec cette personne qu'il va devoir travailler. Mais à partir de quoi et dans quelle direction ? L'art-thérapeute est dans l'inconnu le plus total. C'est pour cette raison qu'au cours des premières séances, l'art-thérapeute aura pour tâche de définir « l'état de base » de la personne qui orientera la prise en charge future. L'état de base de la personne est ce qu'elle est avant l'accompagnement art-thérapeutique. Ses goûts artistiques, sa ou ses pratique(s) artistique(s) éventuelle(s), ses difficultés, ses envies, etc. Ces indications doivent permettre à l'art-thérapeute d'évaluer en quelque sorte les points forts et les points faibles de la personne, tant sur un point de vue artistique que physique, psychique et social. Ces indications préalables auront plusieurs intérêts. Premièrement, l'art-thérapeute n'étant pas là pour mettre en difficulté la personne, il est bon de savoir cibler ces difficultés. Deuxièmement, l'art-thérapeute doit connaître les « points forts » de la personne afin de s'appuyer dessus afin de démarrer la prise en charge. Troisièmement, l'état de base doit permettre à l'art-thérapeute d'évaluer la pertinence de la stratégie thérapeutique mise en place en constatant ou non une évolution de la personne. Enfin quatrièmement, la définition de l'état de base doit permettre d'instaurer les bases d'une relation thérapeutique agréable et sereine.

b- L'art-thérapeute fixe un objectif thérapeutique

Après avoir défini l'état de base de la personne, l'art-thérapeute va fixer un objectif thérapeutique à la prise en charge. Cet objectif thérapeutique doit répondre à plusieurs critères. Tout d'abord, cet objectif thérapeutique doit être conforme aux objectifs généraux de l'institution. Ensuite, l'objectif thérapeutique principal ne doit pas outrepasser le champ de compétence de l'art-thérapeute. L'art-thérapeute peut établir des objectifs intermédiaires spécifiques, empiétant parfois dans le champ d'autres disciplines, mais son objectif principal doit être en lien avec les spécificités de l'art-thérapie. Enfin, l'objectif thérapeutique doit être approprié. L'objectif ne doit pas être général, mais adapté à la personne. Chaque prise en charge, même s'il semble plus juste de parler d'accompagnement, doit être unique, c'est à dire réfléchi, adaptée et réadaptée si besoin. L'art-thérapeute n'est pas là pour faire rentrer la personne dans un cadre thérapeutique spécifique, mais au contraire pour adapter le cadre thérapeutique aux particularités de la personne. Nous avons mentionné la question des objectifs intermédiaires. L'art-thérapeute, après avoir évalué et défini l'état de base de la personne, va fixer un objectif thérapeutique principal de la prise en charge. Or, l'intérêt lorsque l'on travaille avec l'humain, c'est qu'en principe, rien ne se passe exactement comme prévu, et la prise en charge peut prendre une direction différente de celle envisagée. L'art-thérapeute va donc réfléchir à la manière de réadapter sa stratégie thérapeutique en redéfinissant de nouveaux objectifs que nous qualifions d'intermédiaires, car non prévus d'une part, et nécessaires au déroulement de la prise en charge d'autre part. Ces objectifs intermédiaires sont autant de cibles thérapeutiques possibles, une cible étant un rouage précis d'un mécanisme humain défaillant que nous appelons « site d'action », car c'est sur lui que l'art-thérapeute va agir.

c- L'art-thérapeute utilise des moyens thérapeutiques pertinents

Après avoir défini l'état de base de la personne et avoir fixé un objectif thérapeutique principal, l'art-thérapeute va devoir utiliser des moyens spécifiques. Ces moyens s'inscrivent dans le choix d'une technique artistique spécifique comme la musique, la danse, la peinture, etc. Ces moyens thérapeutiques sont en fait la manière d'aborder la technique artistique en l'adaptant à la personne et en mettant l'accent sur les particularités intrinsèques de la technique artistique. Là encore, les moyens thérapeutiques peuvent parfois empiéter sur d'autres disciplines, mais ceci de façon, une fois de plus, réfléchi et adaptée. La stratégie thérapeutique est donc définie par les différents moyens d'arriver à un objectif thérapeutique à partir d'un état de base préalablement défini. Cette stratégie thérapeutique

n'est nullement figée dans le temps. Celle-ci peut-être réadaptée au fil des séances, en fonction de la justesse des moyens mis en œuvres.

3- L'art-thérapeute fait appel à la théorie de l'art opératoire

a- L'opération artistique est un enchaînement de mécanismes

Afin de réaliser une œuvre d'art, tout artiste exécute une série d'actions qui aboutiront à une production, artistique en l'occurrence. Il est logique que cette série d'actions soit précédée d'une intention, elle aussi artistique. En effet, l'action sans intention n'existe pas, si ce n'est à travers des manifestations réflexes. Ces trois dimensions que sont l'intention, l'action et la production constituent les différentes phases de ce que nous appelons « l'opération artistique », ²⁷ c'est-à-dire la somme (opération) des mécanismes qui vont conduire l'artiste à réaliser une œuvre d'art. (*cf annexes p. 83 - Figure 3 : schéma de l'opération artistique*)

L'opération artistique mérite que nous nous attardions quelque peu sur ses différentes étapes. Puisqu'il s'agit du déroulement des mécanismes impliqués dans la réalisation d'une œuvre d'art et que ce déroulement, comme son nom l'indique, est impliqué dans le temps, nous allons tenter d'explicitier les différentes étapes dans un ordre chronologique.

Tout d'abord, nous constatons que l'opération artistique est un cycle composé de différentes étapes qui se répètent, mais sans tourner en boucle (nous passons d'une œuvre d'art \square à une œuvre d'art \square). Avant tout, comme nous l'avons indiqué précédemment, l'être humain a une connaissance intuitive (et/ou apprise) de ce qu'est l'art. Cette connaissance est entre autre véhiculée par la Culture (\rightarrow). De cette Culture survient parfois un « accident spatio-temporel » qu'est l'œuvre d'art \square , qui va être reconnue par la communauté et va donc s'inscrire dans le temps (héritage culturel) et dans l'espace (l'œuvre d'art existe ou a existé physiquement). Cette œuvre d'art rayonne, c'est-à-dire qu'elle se donne à voir, elle est mise en valeur. Nous serons plus réceptifs à la contemplation d'une œuvre d'art si celle-ci est exposée dans un lieu opportun. L'expérience menée le 12 janvier 2007²⁸ par Gene Weingarten, journaliste au Washington Post, illustre parfaitement nos propos. Joshua Bell, violoniste américain de renommée internationale, a joué dans le métro durant 45 minutes, sans que personne, hormis un enfant, une personne l'ayant reconnu et cinq autres personnes, ne s'arrêtent pour l'écouter. Il jouait dans l'indifférence la plus totale alors que deux jours avant, il jouait à guichet fermé au théâtre de Boston. Cette « expérience-fable », récompensée du

²⁷ FORESTIER, R. (2000). *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^{ème} édition augmentée. Lausanne : Favre.

²⁸ WEINGARTEN, G., *Pearls Before Breakfast*, The Washington Post, 8 avril 2007.

prix Pulitzer en 2008, a poussé le journaliste à conclure : « dans un environnement ordinaire, à une heure inappropriée, sommes-nous capables de percevoir la beauté, de nous arrêter pour l'apprécier, de reconnaître le talent dans un contexte inattendu ? ». Une œuvre d'art [1] issue de l'héritage culturel ($\rightarrow[1]$) rayonne ($\rightarrow[1] + \downarrow$), mais encore faut-il que les récepteurs sensoriels de l'être humain [3] soient réceptifs ($\rightarrow[1] + \uparrow\downarrow[2]$). Cette première partie du cycle constitue la partie archaïque de l'opération artistique. Nous remarquons d'emblée qu'un *feedback** s'instaure nécessairement entre l'art matérialisé par l'œuvre d'art [1] et l'être humain, caractérisé par ses capteurs sensoriels [3], interaction ($\uparrow\downarrow[2]$) qui s'inscrit dans le champ du social (\rightarrow). La perception de l'œuvre d'art rayonnante, issue de l'héritage culturel, va être enregistrée par nos capteurs sensoriels [3], puis traitée de façon moins archaïque (analysée, décomposée) par la pensée : c'est ce que l'on appelle le « traitement sophistiqué » de l'information $\leftrightarrow[4]$. De cette analyse intellectuelle de l'œuvre d'art, va survenir dans le processus de création artistique une poussée motrice « statique » [5] \leftrightarrow [6] ou au contraire « mobile » [5] \leftrightarrow [7]. Ce que j'appelle poussée motrice statique est cette position contemplative des amateurs d'art face à une œuvre d'art. Celle qui consiste en une attitude figée face à une toile, lorsque l'on reste « scotché » ([1] à [6]). Dans cette boucle contemplative, on parlera de séance d'art-thérapie passive, puisque dans la non production, en entendant tout de même que cette passivité est parfois relative et purement rattachée au corps en mouvement. La poussée motrice « mobile » est celle qui va nous permettre d'avancer dans l'explication de l'opération artistique aboutissant à une production artistique [7] et parfois à une œuvre d'art [1]. Afin de réaliser une production artistique [7], il est nécessaire d'acquérir un savoir-faire technique $\uparrow\downarrow[6]$. Pour la musique et plus spécifiquement la guitare, il s'agira du doigté, des techniques spécifiques à certains styles (hammer, pull-off, bend, sweeping, etc.). Cette connaissance purement technique est pourtant nécessaire à la spécificité d'une production artistique. C'est elle qui va donner un cadre à l'intérieur duquel l'artiste va pouvoir exprimer sa créativité. Il est d'ailleurs intéressant de noter que comme à chaque étape, il y a une interaction entre les étapes qui se suivent, en l'occurrence ici, entre la poussée motrice [5] et la production artistique [7], par l'intermédiaire de la technicité $\uparrow\downarrow[6]$. C'est ce qui permet entre autre au musicien de se réadapter en cas de fausse note. Si sa production artistique n'est pas conforme à ce qu'il veut (il repasse dans ce cas là nécessairement par les premières étapes décrites précédemment), il modifie alors sa poussée motrice par le biais de la technicité pour réajuster ses notes ([1] à [7]). Il est à noter que si nous décomposons en différentes étapes l'opération artistique, c'est uniquement pour une meilleure compréhension théorique. Dans la réalité, ces étapes s'opèrent quasi simultanément, et heureusement, sans que nous ayons besoin

d'analyser ce que nous sommes en train de produire. Nous pourrions estimer qu'une fois la production artistique terminée, l'opération artistique est achevée. Or, exécuter une production artistique ne suffit pas à aboutir à une œuvre d'art. Il manque une dimension essentielle qui est celle du social. Toutes les productions artistiques ne sont pas (et là encore : heureusement) considérées comme des œuvres d'art. Pour qu'une production artistique soit considérée comme telle, il faut qu'elle soit admise par la communauté des êtres humains, ou tout du moins un certain nombre. En référence aux « vernissages », passages obligés pour tout artiste plasticien, nous parlons de « traitement mondain » [8] pour qualifier cette dernière étape qui permettra d'aboutir à une œuvre d'art, autrement dit, à l'acceptation de la production artistique par un nombre de représentants de la communauté des êtres humains comme étant une œuvre d'art, définie précédemment comme un « accident spatio-temporel » (puisque si l'on considère le nombre considérable de productions à visée artistique, la probabilité d'émergence d'une œuvre d'art est tout de même assez rare).

b- Le phénomène artistique est la partie visible de l'opération artistique

Comme nous venons de le voir grâce au schéma de l'opération artistique, la réalisation d'une œuvre d'art nécessite la mise en œuvre de mécanismes. Ces mécanismes peuvent être physiques, autant que psychiques et sociaux. L'importance de les distinguer, outre l'intérêt théorique que cela apporte, se situe dans la pratique même de l'art-thérapeute. En effet, comment un art-thérapeute peut-il identifier les mécanismes défaillants (sites d'action), si ces derniers sont simplement supposés ? L'intérêt du modèle de l'opération artistique est que nous pouvons distinguer les mécanismes visibles des mécanismes invisibles. Nous appelons « phénomène artistique » la partie visible de l'opération artistique. De même que nous ne percevons que la partie émergente de l'iceberg, nous n'en n'ignorons pas moins que cette partie visible n'est qu'une petite partie de l'iceberg. Et comme pour un iceberg, nous pouvons, à partir de ce que l'on perçoit, déduire des fonctionnements invisibles et donc situer précisément des sites d'actions et donc des cibles thérapeutiques potentielles.

c- Le bien, le beau et le bon permettent d'évaluer l'implication artistique

L'une des particularités de l'école de Tours a été de s'intéresser à trois dimensions nécessairement impliquées dans la création artistique. Ces trois dimensions sont le bien, le beau et le bon. Le modèle théorique prenant en compte ces trois dimensions est également appelé « théorie des 3 B ». Le bien fait appel à la technicité. L'œuvre est-elle bien faite, n'y a-t-il pas de défaut technique dans sa réalisation ? Le beau reflète la dimension

esthétique de l'œuvre. L'œuvre est-elle belle ou non ? Je me permets d'apporter un jugement esthétique qui est donc différent de la technicité. Je peux trouver qu'une œuvre est bien réalisée techniquement, sans pour autant la trouver belle. Enfin le bon évoque le plaisir, plaisir esthétique qui se caractérise par le plaisir que j'éprouve par exemple à contempler une œuvre. Ce plaisir esthétique me permet de passer un bon moment. C'est cette dimension de plaisir, du bon, qui est le véritable moteur à la thérapie et qui doit permettre à la personne de s'impliquer à nouveau lors de chaque séance dans son projet artistique, et par conséquent projet de soins. Cette notion de plaisir peut paraître tout à fait utopique et peu en lien avec la réalité des personnes souffrant de troubles alimentaires, qui ont justement perdu cette notion de plaisir. Nous pouvons dans ce cas préférer la notion « d'implication », qui se réfère tout de même théoriquement à la dimension du bon. Il arrive parfois que ces trois dimensions soient réunies mais que la personne ne souhaite pas continuer. La pertinence de l'accompagnement en art-thérapie doit donc être perpétuellement remise en cause, et surtout, l'implication de chaque personne dans son projet de soins et son projet artistique doit pouvoir être discutée.

II- L'art-thérapie est une discipline

A- L'art-thérapie se pratique en milieu de soin

1- L'art-thérapeute a besoin d'un lieu pour exercer son art

a- L'atelier d'art-thérapie du C.H. Esquirol accueille un public particulier

Le Centre Hospitalier Esquirol, qui se situe à Limoges en Haute-Vienne, est un Etablissement Départemental Public de Santé, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le domaine d'action du C.H.* Esquirol est la Santé Mentale. A ce titre, il a vocation à prendre en charge les troubles psychiques à tout âge de la vie. Il reçoit également des patients traumatisés crâniens, des patients présentant des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie) ainsi que des personnes âgées présentant des troubles du comportement. L'atelier d'art-thérapie fait partie du pôle Réinsertion Addiction Pharmacie Psychiatrie des secteurs 2 et 3 (RAPP 2-3*). Ce pôle est sous la responsabilité médicale du docteur Emile-Roger Lombertie. Le pôle propose au sein même de l'hôpital, outre l'atelier d'art-thérapie, des ateliers multi-occupationnels, un service d'activités corporelles et gymniques, un Centre d'Evaluation et de Réinsertion (CER*), un atelier culinothérapie et à l'extérieur de l'hôpital, un hôpital de jour, un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP*) et un Atelier d'Activités Thérapeutiques (AAT*).

b- L'atelier d'art-thérapie du C.H. Esquirol fonctionne selon différentes modalités

L'atelier d'art-thérapie est dirigé par Brigitte Rozpeczny-Granet, Infirmière Diplômée d'Etat (IDE*) et art-thérapeute diplômée de l'Institut National d'Expression de Création, d'art et Transformation (INECAT*). L'atelier reçoit principalement des personnes adultes, hospitalisées ou non pour raisons psychiatriques. L'admission à l'atelier se fait sur proposition voire prescription médicale et se concrétise suite à une rencontre avec l'art-thérapeute et une visite préalable de l'atelier qui se situe dans le pavillon appelé « la châtaigneraie ». Ce pavillon se partage avec un atelier occupationnel, mais l'espace de l'art-thérapie est clairement défini. L'atelier dispose d'un bureau, celui de l'art-thérapeute, d'une salle de musicothérapie, d'une salle de détente/écriture, d'une salle peinture et d'une salle pour le modelage. L'atelier est un espace ouvert où chacun est libre de venir lorsqu'il le souhaite. Un contrat thérapeutique est mis en place avec chaque personne afin de définir des jours de présence sur l'atelier. Si une personne vient à un autre moment, elle est tout de même accueillie, mais les venues inopinées sont assez rares et souvent signes de crise. L'atelier est organisé selon un fonctionnement original puisqu'il existe deux ateliers de groupe, à savoir écriture le mardi matin et musique le vendredi matin. Le reste de la semaine s'organise autour d'un « espace collectif ». Cet espace collectif correspond au fait que les ateliers sont organisés de telle sorte que différentes activités sont proposées dans le même temps. Ainsi, par exemple, deux personnes peuvent peindre et deux autres modeler durant le même temps. Cet espace collectif a été contraint à la suite de l'arrêt d'un art-thérapeute qui travaillait à temps plein, ce qui permettait la pratique de séances individuelles strictes. L'espace collectif consiste en un projet individuel au sein du groupe. L'espace collectif tient lieu d'espace de rencontre, visant à établir une dynamique propice à la création artistique.

c- L'atelier d'art-thérapie du C.H. Esquirol propose différentes techniques artistiques

Atelier modelage

Au cours de l'atelier modelage, les personnes ont à leur disposition de nombreux matériaux pour mettre en forme leur projet. Qu'il s'agisse de terre lisse, chamottée, de siporex, de bois, etc., l'imagination et la créativité sont nécessaires afin de détourner un matériau de son but premier et d'agencer ces matériaux entre eux pour aboutir à une œuvre uniforme. Les projets sont individuels et les personnes réalisent leurs œuvres de façon autonome, en étant accompagnées par des consignes incitant la création. Ils découvrent le

matériau et élaborent leur propre technique de façonnage. La difficulté de cet atelier et des autres ateliers « plastiques » est de ne pas laisser une œuvre dans l'état. Il faut savoir lui trouver une place (au sein de l'atelier si telle est sa place) afin qu'elle ait un sens, que l'emplacement où elle se donne à voir, où l'œuvre doit rayonner, soit un acte réfléchi.

Atelier peinture

L'atelier peinture est un lieu singulier de l'atelier d'art-thérapie, puisque dès que nous franchissons le seuil, nous sommes d'emblée confrontés à un univers particulier. L'odeur, les œuvres achevées, les œuvres en cours, les pots de peinture et le matériel disposés de manière à ce que l'on soit obligé de composer sa propre palette de couleurs, etc. Les peintures à la disposition des personnes sont de types acryliques ou gouaches, granités, etc. Les personnes qui préfèrent le dessin, ont à leur disposition des crayons, feutres, stylos, pastels, fusains, encres, etc. Les supports utilisés peuvent être des toiles, des cansons, du bois, etc. Ici encore, les personnes réalisent des œuvres en fonction de leurs capacités et de leurs envies, ces dernières étant sous-tendues par un accompagnement réfléchi de l'art-thérapeute permettant aux personnes d'explorer leur imaginaire.

Atelier écriture

L'atelier écriture adopte une forme particulière au sein de l'atelier d'art-thérapie, puisqu'il s'agit d'un atelier de type groupal. Ce dernier se déroule le mardi matin. Durant ces séances collectives, l'art-thérapeute propose une consigne d'écriture visant à explorer l'imaginaire et à laisser se développer la créativité des personnes. D'autres temps d'écriture individuels existent. Ces derniers ne se pratiquent pas forcément dans ce même lieu. Ces temps d'accompagnement sont discutés et adaptés au cas par cas. Les consignes peuvent se présenter sous forme de rébus, ou alors avec juste un mot. La difficulté pour l'art-thérapeute est de ne pas donner trop de détails dans la consigne pour ne pas brider l'imaginaire et lui faire traiter le sujet selon nos propres idées, ni trop vague afin de ne pas susciter l'angoisse de la page blanche, redoutée par l'écrivain.

Atelier musicothérapie

L'atelier musicothérapie est le deuxième atelier groupal proposé par l'atelier d'art-thérapie. Ce dernier se déroule le vendredi matin et est dirigé par un autre art-thérapeute diplômé de l'INECAT, Sylvain Lacouchie, également IDE en pédopsychiatrie et musicien. Cet atelier consiste en la création d'une œuvre musicale collective à chaque séance, œuvre qui est systématiquement enregistrée puis réécoutée à la séance suivante. Il s'agit du seul atelier qui possède un cadre de fonctionnement préétabli avec des rituels précis. Le groupe de personnes constitué est normalement fixe. Cet atelier a pour vocation d'amener la personne à

explorer son imaginaire, cette exploration étant facilitée par la parole non opérante, c'est-à-dire, sans réelle signification.

2- L'art-thérapeute est un artiste

a- L'art-thérapeute maîtrise une ou plusieurs techniques artistiques

Mon expérience au sein de l'atelier d'art-thérapie m'a confronté à une dure réalité qu'il est cependant nécessaire de garder en tête : les patients que nous sommes susceptibles de recevoir lors des séances peuvent pratiquer des techniques artistiques différentes de notre dominante. Cependant, ce n'est pas parce que la personne maîtrise une technique artistique différente de la nôtre qu'une indication en art-thérapie auprès de nous n'est pas pertinente, bien au contraire. La maîtrise d'une discipline artistique est nécessaire dans la mesure où nous sommes potentiellement capables d'apporter des indications techniques dans un domaine artistique spécifique. Mais en plus de certaines « compétences » techniques que nous avons apprises, notre intérêt pour l'art en général nous a normalement permis d'être plus sensibles à ce domaine et d'avoir un idéal esthétique différent.

b- L'art-thérapeute produit des œuvres

Le fonctionnement de l'atelier d'art-thérapie de l'hôpital Esquirol est remarquable, dans la mesure où il s'agit d'un service ouvert, où chacun est libre d'aller et venir. L'art-thérapeute n'est donc pas continuellement dans une posture de thérapeute et peut donc prendre du temps pour exercer l'autre partie de son statut d'art-thérapeute, à savoir la partie artistique. L'art-thérapeute doit investir son lieu de travail et l'une des façons d'investir son atelier est notamment de produire des œuvres artistiques au sein du lieu où il reçoit ses patients. Certains professionnels ne se permettent pas de montrer leurs propres productions artistiques. Les patients devraient se dévoiler entièrement alors que l'art-thérapeute pas du tout ? Même si un rapport dissymétrique entre le patient et le thérapeute doit s'installer, il nous paraît nécessaire de partager quelque chose en commun : l'art.

c- L'art-thérapeute connaît le processus de création artistique

Selon Alphonse Silbermann,²⁹ la musique est l'expression et la communication des plus profonds instincts et des émotions humaines, qui sont en accord avec les expériences sociales et l'héritage culturel de l'être humain. Selon cet auteur, dès le début de la production

²⁹ SILBERMANN, A. (1968). *Les principes de la sociologie de la musique*. Genève : Droz.

artistique, l'expression des sentiments implique la connaissance de structures formelles et de techniques de composition qui permettent à l'artiste de comprendre les qualités formelles et les valeurs du contenu. Dans cette acception, seul un artiste est à même de comprendre le cheminement d'un autre artiste, dans la création de son œuvre. Dans le cadre adapté de l'art-thérapie, nous comprenons donc aisément que l'artiste (art-thérapeute) peut être un soutien, tant moral que technique, à l'artiste en train de produire (patient).

3- L'art-thérapeute n'est pas seulement un artiste

a- L'art-thérapeute est un professionnel de santé

L'art-thérapeute, comme son nom l'indique est à la fois un artiste, mais également un thérapeute. Le métier d'art-thérapeute n'est pas, comme nous en voyons apparaître de plus en plus, un « soin de confort ». Une personne ne vient pas dans un atelier d'art-thérapie lorsqu'elle va bien. Cela n'a aucun sens. L'art-thérapie s'adresse à des personnes en souffrance souhaitant aller mieux. L'art-thérapeute a ceci de spécifique que le média qu'il propose est attrayant, car valorisé dans notre culture. Or il ne s'agit pas d'un jeu ou d'un cours. Même si les exercices proposés en séance peuvent parfois prendre une coloration amusante ou didactique, il n'en reste pas moins que ce sont des cibles thérapeutiques qui sont visées. Tout l'art de l'art-thérapeute est de détourner la difficulté. Mais devant l'équipe de soin et la personne suivie en atelier, l'art-thérapeute doit rendre compte d'un avancement, d'une « progression » au fil des séances. Il ne suffit pas de faire de l'art pour être art-thérapeute, mais d'orienter l'art et les spécificités intrinsèques d'une spécialité artistique, afin de la rendre opérante, c'est-à-dire thérapeutique.

b- L'art-thérapeute est une personne responsable

En tant que professionnel de santé, l'art-thérapeute engage sa responsabilité lorsqu'il accueille une personne pour un travail art-thérapeutique. Trois dimensions doivent être reliées à cette responsabilité : l'éthique, le déontologique et le juridique. L'aspect déontologique fera l'objet d'une partie spécifique. L'art-thérapeute est un citoyen comme les autres et ne déroge donc pas aux règles essentielles de la vie en communauté édictées par la loi. Par le métier qu'il entend exercer et le lieu dans lequel il entend l'exercer, l'art-thérapeute doit prendre en compte des lois spécifiques qui concernent principalement l'intégrité physique et psychique de la personne. Celles-ci englobent notamment le secret professionnel, la non-assistance en personne en danger et le signalement. L'article 223-6 du code pénal mentionne que « *quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour*

*les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».*³⁰ L'art-thérapeute, comme tout citoyen est donc tenu de porter assistance lorsque cela est nécessaire, mais de par sa profession, il est également soumis au secret professionnel. En effet, conformément à l'article 226-13 du code pénal « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende* ». ³¹ Toutefois, et conformément à l'article qui suit, à savoir le 226-14 du code pénal, l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose la révélation de ce secret professionnel. Cette levée du secret professionnel a lieu dans des cas extrêmes mettant en danger l'intégrité physique, sexuelle et psychique du patient ou d'autrui. La question du signalement qui s'ensuit est complexe et toujours discutée et mériterait un approfondissement mettant en parallèle la question éthique avec la loi. Nous invitons le lecteur à prendre connaissance de ces articles de loi pour plus de précisions.

c- L'art-thérapeute est soumis à un code de déontologie

Afin d'être reconnue comme une véritable discipline, il était nécessaire pour l'art-thérapie d'établir un recueil de règles que se doit de respecter tout art-thérapeute. Ce fut chose faite avec la rédaction d'un code de déontologie qu'adoptent obligatoirement tous les art-thérapeutes de l'école de Tours. En plus d'un positionnement éthique nécessaire lorsque nous intervenons dans le milieu du soin, ce code de déontologie est une sorte de cadre dans lequel doit exercer l'art-thérapeute. Ce code rappelle également que l'art-thérapeute n'est qu'un être humain et qu'à ce titre, il peut rencontrer des situations difficiles à gérer et qu'il pourra éventuellement se référer à un Comité d'Ethique, afin de discuter de cas litigieux, sans que l'institution de soin ne soit impliquée. Nous trouvons nécessaire l'existence d'un tel document que nous nous permettons par ailleurs de faire figurer dans les annexes de ce mémoire (*cf annexes II, p. 84-87*). Ce document met l'accent sur les devoirs généraux de l'art-

³⁰ Article 223-6 du code pénal, modifié par ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000, relatif à « l'omission de porter secours ».

³¹ Article 226-13 du code pénal, modifié par ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000, relatif à « la sanction pénale des violations du secret professionnel ».

thérapeute (Titre I), sur ceux envers les patients (Titre II) et sur les rapports entre les différents professionnels, notamment art-thérapeutes, auxquels tout art-thérapeute peut se référer en cas de besoin, sous la clause particulière du secret professionnel partagé (Titre III).

B- La musique permet un accompagnement groupal

1- Le rythme est la base de la musique

a- La pulsation permet d'être ouvert au groupe

La pulsation est en musique l'accent intervenant de manière cyclique au début de chaque temps. C'est la régularité de la pulsation qui garantit l'égalité des temps et par conséquent le tempo. Son homonyme dans le domaine de la santé et plus précisément dans la cardiologie, est synonyme de battement cardiaque. La pulsation est donc, toutes proportions gardées, nécessaire à la vie. Par analogie, la musique ne peut exister sans pulsation. Elle est la base, ce qui permet à la musique d'être de la musique. Dans un atelier d'art-thérapie à dominante musicale, puisque c'est de cela qu'il est question, l'intérêt est de savoir comment l'art-thérapeute peut tirer profit de cette caractéristique intrinsèque à la musique. Dans un atelier de groupe, afin que puisse émerger de chaque individualité une œuvre musicale commune, il est nécessaire d'avoir un repère commun pour ne pas s'égarer dans un brouhaha rythmique. Ce repère commun n'est autre que la pulsation sur laquelle chaque membre du groupe devra se caler, rythmiquement parlant. C'est à partir de cette pulsation que va se constituer le groupe musique et l'œuvre musicale qui sera produite.

b- L'individu sert le groupe

Comme nous allons le voir plus en détail dans la prochaine partie, la séance de l'atelier musique se déroule en différentes phases. Ces différentes phases mettent en jeu différents mécanismes que j'ai tenté d'analyser et de schématiser à travers des notions issues de la psychologie. (*cf annexes p. 83 - Figure 4 : Conception de l'atelier musique*)

L'identité groupale (sociale) est représentée par un rythme de base commun imposé. C'est lui qui constitue le lien social du groupe et qui permet de former un tout cohérent. Le rajout d'éléments rythmiques permet dans un premier temps d'exprimer son individualité devant les autres. Ce premier temps pouvant entraîner une « maladresse rythmique », devant nécessairement déboucher sur une reprise du rythme de base généré par le groupe. Autrement dit, une « obligation » implicite de se recalculer sur le rythme et de reprendre ainsi le wagon en marche et donc d'être en lien perpétuel avec le groupe. L'identité individuelle s'exprime dans un autre type d'exercice : le rajout d'un élément personnel, verbal ou non (dans un premier

temps). L'onomatopée ou le mot prononcé par le participant doit exprimer son ressenti par rapport à ce qui a été engendré par le groupe. Plus simplement, ce qui passe par la tête du participant. A travers cette construction, ou plus exactement cette projection personnelle du ressenti, peut s'établir un lien avec le groupe, une sorte de cohésion (consciente ou non). Des associations de mots peuvent ainsi être formulées par les différents participants. L'un des participants prononçant un mot, les autres poursuivant en exprimant un mot de la même famille ou rappelant le même thème. Ce type d'exercice nécessite un effort de dissociation entre soi et le groupe. Dit de manière différente, dissociation entre le Moi* individuel et le Moi collectif créé par le groupe. Ce Moi collectif représentant en fait le lien social établi durant le temps de la séance. Les exercices nécessitent une implication de la part des participants. Cette implication témoigne (ou peut témoigner) de la puissance du lien social permettant à l'individu de s'adapter à un groupe, d'une part en affirmant sa personnalité et d'autre part en prenant en compte celle des autres. C'est-à-dire que dans ce type d'exercice, le participant prend conscience de (ou plus simplement laisse exprimer) sa personnalité individuelle, des personnalités de chacun, et de la somme des deux, qui crée justement ce Moi collectif, sorte de troisième personnalité, celle du groupe.

c- Le groupe permet l'épanouissement de l'individu

A l'origine de la société, il y a le groupe, ou comme l'appelait notamment Sigmund Freud, reprenant un terme darwinien dans *Totem et Tabou*, la « horde primitive »³² (Freud, p. 178). Dans le mythe de Totem et Tabou, puisqu'il s'agit bien là d'un mythe sur lequel Sigmund Freud a bâti la théorie psychanalytique, la horde primitive s'unit pour former une société, contre le chef de la horde primitive (qui symbolise le Père) afin de récupérer les femmes que se réservait, comme privilège, le chef. C'est par le meurtre de ce père et par l'érection d'un totem, que naîtra la société bâtie sur deux interdits fondamentaux, deux tabous, qui seront le meurtre et l'inceste. Cela peut paraître bien éloigné de nos considérations, mais nous allons pourtant tenter d'établir un lien que nous pensons opportun. Dans ce mythe, si les membres de la horde primitive se sont rapprochés, ce n'est nullement par bonté d'âme ni par solidarité, mais bel et bien pour servir leurs propres intérêts. L'attrait pour cette société ne semble donc pas se faire, excusez cette vision sans doute pessimiste, sans escompter de bénéfices secondaires strictement individuels. Si un individu décide d'incorporer un groupe, c'est qu'il y trouve son intérêt. Le groupe est une entité qui ne peut se

³² FREUD, S. (1913). *Totem et Tabou*. Paris : Payot (2004 pour la présente édition).

résumer qu'à une somme d'individualités, mais il n'existe pas sans ces individualités. C'est par le groupe, c'est-à-dire au contact d'autres individualités, d'autres personnalités, que les individualités peuvent s'exprimer pleinement.

2- L'atelier musique est ritualisé

a- La ritualisation de la séance permet de réduire l'angoisse

Certaines pathologies mentales et notamment les troubles psychotiques, rendent l'inconnu difficilement soutenable. Dans les institutions de soins, nous remarquons souvent ce phénomène d'angoisse lorsque les patients viennent nous demander l'heure du début de l'atelier plusieurs fois dans la journée. La ritualisation permet donc, dans une certaine mesure, de réduire l'angoisse que l'investissement dans un atelier de groupe peut générer.

Rituel d'entrée

Un son est un bruit intentionnel. La musique est une suite de sons et de silences intentionnels. Le silence fait donc partie de la musique et en est même le moteur. L'entrée dans l'atelier musique se matérialise par un rituel très important qui marque le passage du monde extérieur, de la vie de tous les jours, des bruits, à celui d'un lieu consacré exclusivement à la musique et à l'écoute du silence et des sons. Pour ce faire, le groupe est convié à écouter $\uparrow\downarrow$ [2] le son d'un bol tibétain \rightarrow [1] qui s'estompe dans le silence. Durant ce silence, chaque personne est incitée à une écoute allant de l'extérieur vers l'intérieur, en prêtant attention aux bruits de l'extérieur de la pièce, puis ceux à l'intérieur de la pièce pour enfin prêter attention aux bruits de leur propre corps. Ce rituel permet en même temps de débiter la séance et de le signifier au groupe, en même temps qu'il s'agit d'un premier exercice d'écoute dirigée, orientée. Autrement dit, il s'agit de signifier l'entrée dans la musique et le silence et non plus dans les bruits et la parole.

Temps d'écoute

L'atelier musique se poursuit avec l'écoute d'un morceau enregistré à la séance précédente. Cette écoute permet d'être « spectateur » [5] \leftrightarrow [6] (auditeur plus exactement) après avoir été « acteur » [5] \leftrightarrow [7] de la musique (ou musicien tout simplement), en se confrontant à une écoute autre que la sienne. Ce temps permet de conserver une continuité entre les séances et de constituer un groupe homogène en signifiant quelles personnes étaient présentes et absentes. L'accent n'est pas porté sur l'individuel, mais sur le collectif. Plus précisément, l'écoute ne doit pas consister à se reconnaître et à apporter un jugement personnel sur sa production, mais cette écoute doit être globale et axée sur le groupe et sur la musique dégagée

par ce dernier. Le temps de parole qui suit cette écoute est lui aussi orienté vers une impression générale sur le groupe. L'enregistrement permet de faire passer la production artistique au statut d'œuvre artistique, puisque confrontée au regard de l'autre (je ne suis pas le même que la semaine précédente), le fameux « traitement mondain » [8] dont nous avons précédemment expliqué l'importance dans l'opération artistique.

Temps d'échauffement

Un temps d'échauffement paraît nécessaire, pour éviter de soumettre le corps à de brusques changements (claquage, déchirement musculaire, etc.), puis pour permettre la mise en mouvement du corps ; autrement dit, pour permettre au groupe et à la personne au sein du groupe, d'enclencher un élan corporel [5]. Ce temps d'échauffement permet d'enchaîner sur un exercice musical réfléchi, sans avoir de coupure.

Temps des exercices

Les exercices musicaux proposés sont choisis et adaptés en fonction du groupe. Ils ne doivent pénaliser aucune personne au sein du groupe. Le groupe étant relativement hétérogène, tant au niveau des pathologies que des personnalités, le choix doit être pertinent (réadapté si nécessaire) et les consignes claires (reformulées si nécessaire). Les exercices peuvent porter sur la voix, le rythme, avec ou sans instruments, l'intensité sonore, etc. La relation au sein du groupe est toujours privilégiée. Ainsi, des exercices de question/réponse avec regards, de vagues sonores avec passation d'un instrument permettent d'entretenir la cohésion du groupe. Les consignes et les exercices proposés ont pour but de faciliter la musique. Ainsi, il arrive parfois que les consignes soient laissées de côté implicitement en laissant la musique prendre le dessus. Les exercices doivent plutôt être considérés comme des temps d'exploration de l'instrument ou de son propre corps, afin d'être à l'écoute de soi et de l'autre. Cet espace permet à la personne de s'exprimer et d'être en relation avec l'autre, afin de créer un temps musical singulier. La créativité de chacun amenant la création, entendue comme production artistique unique, dans une tonalité spécifique.

Temps d'enregistrement

Le temps d'enregistrement met en jeu plusieurs aspects qu'il est important d'analyser. La mise en situation d'enregistrement permet aux personnes d'être dans une position de création particulière, puisque ancrée sur un support concret, réel. La musique étant généralement considérée comme un art éphémère, cette fixation permet un rapport à la musique différent. Cette trace sonore ainsi enregistrée permet à la séance suivante de partir d'un travail déjà accompli. De plus, cela permet aux personnes de passer du statut de musicien à celui d'auditeur et ainsi d'inclure la création musicale dans le champ des œuvres d'art [1]. Le

temps d'enregistrement se termine par un temps de parole où chaque personne est invitée à dire ce qu'il a ressenti sur le plan émotionnel.

Rituel de fin

Le rituel de fin s'élabore encore une fois avec le bol tibétain. Cette fois-ci, la personne fait le voyage dans le sens inverse. Son écoute est dans un premier temps dirigée sur son corps, puis dans un deuxième temps sur l'intérieur de la pièce pour, dans un troisième temps, arriver sur l'extérieur. Ce rituel de fin sert de sas de décompression et permet de quitter progressivement l'imaginaire pour revenir à la réalité.

b- Le début et la fin de la séance constituent des rites de passage

Le fait d'appuyer sur le début et la fin de la séance montre que la séance a potentiellement un effet thérapeutique et que cet effet thérapeutique doit avoir des répercussions sur l'individu et sur son entourage. L'individu est donc préparé à un changement. Arnold Van Gennep,³³ qui fut l'un des précurseurs dans l'étude de ce phénomène des « rites de passage » ou « rites initiatiques », distinguait trois phases dans la réalisation de ces derniers : la phase de séparation, celle de la marge ou liminalité et enfin celle de l'agrégation. A l'instar d'Arnold Van Gennep, nous pouvons repérer ces trois phases dans les rites de passage de l'atelier musique. La phase de la séparation est opérante dans la mesure où le groupe devient une entité à part entière et où il n'est plus question de porter attention à ce qui est extérieur à ce groupe. La phase de la marge se matérialise par l'atelier en lui même, qui constitue un espace-temps différent des autres et auquel seules quelques personnes sont conviées. Enfin la phase de l'agrégation se fait lorsque les personnes doivent retourner à leur quotidien, au sortir de l'atelier. Bien qu'un atelier ne constitue pas à proprement parler un véritable rite de passage, puisqu'il n'a pas pour vocation la transformation des statuts sociaux, il n'en reste pas moins qu'il insinue un changement potentiel dans le statut social de l'individu. Le but étant qu'au bout d'un certain nombre de séances, la personne malade se considère avant tout comme personne et non plus comme malade.

c- L'écoute différée permet d'inscrire la production musicale dans le champ des œuvres d'art

³³ VAN GENNEP, A. (1909). *Les rites de passage*. Paris : Picard (1992 pour la présente édition).

Si nous reprenons le déroulement de l'opération artistique, nous constatons que toutes les productions artistiques n'intègrent pas le champ des œuvres d'art et ce pour une raison qui est celle du social. Pour qu'une production artistique soit considérée comme une œuvre d'art, il faut que cette dernière passe à travers le filtre du « traitement mondain » (qui correspond à la dernière étape ⁸ sur le schéma de l'opération artistique - cf figure 3 p. 83). Ce traitement mondain, en quoi consiste-t-il ? Tout simplement en la présentation à l'autre de sa production artistique. En effet, pour qu'une production intègre le champ des œuvres d'art, il faut qu'elle soit connue afin qu'elle puisse s'établir comme œuvre à laquelle nous pourrions nous référer par la suite. Cette notion est très importante en ce qui concerne l'art-thérapie. En effet, nous ne sommes pas des « producteurs-artistiques-thérapeutes », mais bel et bien des art-thérapeutes. Par l'enregistrement de la production artistique et surtout par l'écoute différée qui s'ensuit, la production sonore musicale passe de la simple production artistique à l'œuvre d'art (toute modestie gardée). Le patient (musicien de la production) devient alors auditeur. Il passe d'une position active à une position passive qui s'apparente en l'occurrence à celle du contemplateur. C'est donc par cette écoute différée, que la production musicale peut devenir œuvre musicale à partir de laquelle, si nous reprenons une fois de plus la théorie de l'art opératoire, une autre production pourra prendre forme. (Il s'agit de la flèche initiale qui représente la culture et notamment la somme des œuvres d'art existantes → ^I).

3- L'individu évolue au sein du groupe

a- La ritualisation permet un suivi individuel pertinent

Nous l'avons vu précédemment, la ritualisation de l'atelier musique permet de réduire les angoisses de certaines personnes, notamment par la dimension « contenant » générée par le cadre. José Bleger³⁴ décrit le cadre institutionnel comme ce qui permet de contenir, de rassembler le patient (pensons ici aux angoisses de morcellement, à l'œuvre dans la psychose). René Kaës³⁵ décrit deux aspects de la fonction contenant : d'une part, « *le contenant* » est ce qui va être le réceptacle des projections des angoisses des patients et, d'autre part, « *le conteneur* » qui va permettre la transformation de ces représentations « *toxiques* » en quelque chose de possible pour les soignants. Ce qui soigne n'est pas tant de décharger par la parole, ni de voir les fantasmes dévoilés et rendus conscients. Ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, douloureuse, trouve un espace

³⁴ BLEGER, J. (1967). *Symbiose et ambiguïté*. Paris : PUF (1985 pour la présente édition).

³⁵ KAËS, R. (1994). *Les voies de la Psyché. Hommage à Didier Anzieu*. Paris : Dunod.

dans lequel elle puisse être reçue et contenue. L'art-thérapeute doit ainsi avoir une ligne de conduite, une sorte de canevas du déroulement de l'atelier. Ce canevas, cette grille de lecture de l'atelier, vont être intéressants à plusieurs titres. En premier lieu, au contraire d'induire une certaine monotonie de l'atelier, cette constance va permettre d'introduire des éléments nouveaux et de tester leur pertinence. En deuxième lieu, cette constance doit permettre à l'art-thérapeute d'être plus disponible, puisque son « *énergie psychique* »³⁶ n'est pas accaparée par le déroulement de l'atelier. Enfin en troisième lieu, cette économie psychique doit permettre à l'art-thérapeute d'être plus attentif dans ses items d'observation, autrement dit, dans les changements individuels ou groupaux. Ces trois points doivent faciliter la rédaction de la fiche d'observation et la rendre plus appropriée, plus juste, plus subtile.

b- L'hétérogénéité des patients oriente la création musicale

L'originalité d'un accompagnement groupal est de faire se rencontrer des personnalités différentes. Associez à ces personnalités différentes des psychopathologies différentes qui impliquent donc des symptômes psychiatriques différents et vous avez un atelier d'art-thérapie à dominante musicale similaire à celui auquel il m'a été donné de participer. Cette particularité, en plus de rendre l'atelier très difficile à mettre en place et à animer, le rend beaucoup plus vivant et beaucoup plus riche, artistiquement et cliniquement parlant. Notre choix a été de laisser place à la rencontre de l'autre, dans sa singularité, c'est-à-dire avec ses qualités et ses défauts. Les symptomatologies différentes peuvent être appréhendées tout simplement en termes de qualités et de défauts. La société est constituée d'êtres humains, tous aussi différents les uns que les autres, aussi il nous semblait bon de conserver cette particularité au sein de cette microsociété que représente, par exemple, ce groupe d'art-thérapie à dominante musicale.

c- Les patients évoluent en même temps que les œuvres musicales

Il est surprenant, même s'il s'agit du but escompté, de constater que lorsque les œuvres musicales évoluent, cette évolution se répercute sur les patients et réciproquement. Il est bien évident que c'est cette évolution qui est visée à travers le déroulement des séances. Le but n'est pas de rester statique mais au contraire de créer du mouvement, de permettre

³⁶ Concept introduit pour la première fois en 1874 par Ernst Von Brucke, puis repris par Sigmund Freud puis Carl Gustav Jung dans le domaine de la psychologie dynamique. Nous l'employons ici dans une vision plus cognitive où « l'énergie psychique » s'accorde avec une vision économique du fonctionnement psychique. Toute utilisation du psychisme a un coût énergétique qui empêche de traiter simultanément plusieurs informations.

l'interrogation personnelle, autrement dit de changer les choses. Si les personnes bénéficient d'une aide en art-thérapie, c'est qu'elles sont en souffrance, cela est maintenant chose acquise, du moins nous l'espérons. Or si elles souffrent et qu'elles participent à un atelier de ce genre, c'est qu'elles souhaitent ne plus souffrir, c'est-à-dire qu'elles souhaitent un changement, bénéfique bien évidemment. Ce changement, c'est par le processus de création artistique qu'il va être amorcé et notamment, si nous reprenons la théorie de l'art opératoire, par la mise en mouvement, la poussée motrice [5] nécessaire à la réalisation d'une production artistique [7] qui deviendra œuvre d'art [1]. Et c'est par la reproduction de ce mouvement dans une boucle de renforcement,* que va naître un changement, bénéfique si l'art-thérapeute a su utiliser des moyens adaptés. Le risque est à l'inverse de créer une boucle d'inhibition* à l'intérieur de laquelle le patient aura beaucoup de mal à trouver un espace d'expression ainsi que la motivation nécessaires à un quelconque changement.

C- La prise en charge individuelle exploite différents arts

1- L'art permet d'exprimer sa souffrance

a- Elisabeth est en quête de son identité

Elisabeth est enseignante à la retraite. C'est une femme effacée, à la posture courbée, mais toujours souriante et généralement habillée en survêtement et baskets. J'apprends qu'Elisabeth souffre de troubles psychiques importants, puisqu'elle a oublié tout un pan de son histoire de vie. Elle tente, notamment grâce aux différentes prises en charge psychologiques, de remettre en ordre son histoire, douloureuse, qui lui revient désormais par bribes lorsqu'elle ne s'y attend pas. Elle fait l'expérience d'un retour du refoulé,* c'est-à-dire de la reviviscence des émotions trop douloureuses pour être tolérées par l'inconscient dans lequel elles avaient été refoulées. Elle est nouvelle arrivante dans l'atelier d'art-thérapie et commence donc tout juste à prendre ses marques, tout comme moi. Avant d'oser franchir le seuil des différents ateliers, je passe environ deux séances à vagabonder dans l'espace collectif afin de me familiariser avec le lieu et les personnes. Mon attention ne se porte pas précisément sur Elisabeth. Lorsqu'enfin je décide de franchir le seuil de l'atelier modelage, j'y découvre Elisabeth en plein « effort créatif ». L'atelier modelage est un de ceux qu'Elisabeth trouve en effet « très éprouvant ». En effet, le matériau peut être travaillé à l'infini, avec ou sans détails. Je remarque que les modelages d'Elisabeth représentent très souvent des personnages humains, entiers ou simplement le buste. Elle a déjà réalisé une série de personnages lorsque j'arrive à l'atelier. La technique de modelage semble sûre mais à parfaire. Une fois mes marques prises, je décide alors de modeler moi aussi, afin d'établir une

relation de travail plus proche et de me dégager du statut de simple observateur. En « faisant avec », par le biais de l'observation participante,* et n'étant pas moi-même familiarisée avec la technique du modelage, Elisabeth me donne quelques conseils afin de façonner plus facilement mon œuvre. Elle se positionne dans un premier temps comme enseignante, positionnement qu'elle connaît très bien, puis dans un deuxième temps, le mode relationnel se tourne vers l'échange, soit de techniques, soit d'appréciations esthétiques de l'œuvre. A chaque séance de modelage, Elisabeth ne sait pas ce qu'elle veut, peut ou doit faire. L'objet de chaque séance est de partir de l'œuvre précédente et de la faire évoluer. Elisabeth étant partie sur une figure humaine, la plupart de ses œuvres sont des êtres humains.

Les premiers personnages d'Elisabeth ont un faciès singulier, ne permettant pas de déterminer avec certitude si ces derniers sont masculins ou féminins. Elle réalise des personnages avec des traits plutôt masculins, le crâne rasé, avec la mâchoire en avant, mais présentant des attributs féminins tels qu'une poitrine proéminente. Elle qualifie ces personnages d'« *australopithèques* ». Durant la plupart des séances, malgré nos objections, Elisabeth a tendance à se dévaloriser à de nombreuses reprises en critiquant les mauvaises proportions de ses personnages. « *Il a une grosse tête* ». « *Ses mollets sont beaucoup trop gros* ». La stratégie thérapeutique adoptée est alors de faire sortir Elisabeth de cette vision erronée de ces œuvres (objectif thérapeutique intermédiaire) par le moyen de la technicité. Au fil des séances, Elisabeth arrive à assimiler le fait que pour modeler un personnage debout il faut le modeler debout et non couché pour le relever. Au début des séances, les personnages debout étaient d'abord modelés « à plat », couchés, pour être relevés. Se posait alors le problème de la gravité entraînant les personnages à s'affaisser sur eux-mêmes. Nous constatons alors une évolution très significative des modelages. Sur la forme, les personnages deviennent plus détaillés, plus imposants, quittant une posture courbée pour se relever et devenir d'autres personnages. Ses personnages se féminisent, par l'ajout de cheveux longs, du port d'un nourrisson, etc. Ce qui se joue sur la posture des personnages d'Elisabeth peut être mis en parallèle avec son évolution personnelle physique et posturale. Elle qui était courbée dans l'atelier et en dehors, adopte une posture redressée, plus haute, plus assurée. Il s'agissait là de notre objectif thérapeutique principal, qui a pu être mené à bien grâce la gratification sensorielle liée au plaisir esthétique provoqué par une œuvre bien faite, dont Elisabeth pouvait se montrer fière et qu'elle pouvait dès lors trouver belle. Ces belles œuvres émanant d'une belle personne.

D'autres faisceaux d'items d'observations peuvent être pris en considération. Le fait qu'au début de l'accompagnement, Elisabeth cachait toujours son sac à main, alors qu'elle le pose et

le laisse à la vue de tous actuellement. Elle amène également des photos de ses enfants, dont elle parlait assez peu au tout début et dont, maintenant, elle parle volontiers et librement. Ses relations familiales semblent s'apaiser sur le mode de l'acceptation, toujours dans cette quête de son identité perdue. L'objectif d'Elisabeth est de réaliser une œuvre finale en intégrant toutes ses œuvres dans une seule, afin que son cheminement personnel, son évolution, puisse être mis en forme avec ses œuvres réalisées à l'atelier. Cette œuvre constituée d'autres œuvres sera le reflet de ce qu'elle veut qu'on voit d'elle en tant que personne. N'oublions pas que le mot personne vient de *persona*, le masque, et qu'un masque permet de montrer des choses mais d'en dissimuler certaines.

b- L'accompagnement d'Elisabeth se déroule en plusieurs temps

Le travail proposé à Elisabeth est à mettre en parallèle avec ses entretiens avec sa psychiatre. Il s'agit d'exprimer, à travers une mise en mots, les flashes qui lui reviennent. La contrainte est de ne pas rentrer dans de la description, tout en précisant les choses. Elisabeth doit respecter un style propre, choisi par elle, et qui consiste en une sorte de tutoiement permettant une mise à distance de son histoire afin de mieux s'en décoller petit à petit. Les idées « brutes » sont notées chez elle. Le cadre art-thérapeutique est un cadre de remise en forme, nécessitant des exigences littéraires et artistiques. Il ne s'agit pas de laisser aller des mots sur une page de papier. Elisabeth se doit d'avoir une intention artistique, chose qu'elle assimile assez rapidement. Son projet art-thérapeutique consiste donc à réécrire son histoire afin de s'en dégager à travers un style original, poétique, vague, permettant au lecteur de comprendre l'histoire familiale d'Elisabeth et sa souffrance. Sa souffrance est entendue par elle et par autrui. Il s'agit en quelque sorte d'une mémoire écrite. Son projet est de passer à l'outil informatique pour la relecture et la mise en page, puis de brûler ses brouillons une fois que ses travaux d'écriture seront terminés.

Le travail de l'art-thérapeute est ici d'accompagner Elisabeth dans une démarche artistique littéraire et personnelle. L'art-thérapeute se doit d'avoir des exigences et de se questionner, non pas sur le fond et le parcours de vie d'Elisabeth (ce qui serait particulièrement mal venu), mais sur la forme, le style littéraire et sur la trame de l'histoire, afin d'éviter les répétitions, les incohérences temporelles, les traits des « personnages », etc. La stratégie thérapeutique adoptée consiste alors à favoriser l'imaginaire, par le biais de l'écriture (moyen), afin de pouvoir se dégager de son histoire de vie qui l'a fait souffrir (objectif thérapeutique principal). A mon arrivée à l'atelier, Elisabeth est déjà suivie depuis environ deux mois. La stratégie thérapeutique est en tâtonnement et Elisabeth commence à peine à trouver son style. Je

m'intéresse naturellement à son travail et me propose de lire ses écrits. « *Moi aussi j'ai été étudiante* ». A ma première lecture, je crois comprendre des choses sans en être sûr, mais se dégage de ces écrits une impression de malaise, d'étouffement. Le style est soigné, bien écrit, laissant peu de place aux fautes d'orthographe et de grammaire. Lors des différentes séances d'écriture, je parle peu, privilégiant l'écoute et la relance. Je me positionne en face d'Elisabeth afin qu'elle sache qu'elle a un interlocuteur face à elle, prêt à accueillir sa parole à tout moment. Le silence est de bon aloi et permet à Elisabeth de se concentrer sur son travail. Ce n'est pas un silence vide de sens, mais un « silence plein ». Un silence de réflexion orienté si nécessaire vers l'écoute. Jamais durant une séance Elisabeth ne se laisse aller à ne rien faire. Même si au cours de certaines séances, l'envie de parler est plus forte ou que l'écriture est trop difficile, elle arrive toujours à ménager un petit temps d'écriture pour ne pas repartir « les mains vides ». Elle sait qu'elle est là pour avancer et n'accepte pas de non-production de sa part. Durant ce temps d'écriture, elle évoque toujours ses anciens élèves et se rappelle de situations cocasses qu'elle vivait à l'époque. « *On se souvient surtout des bons et des mauvais élèves. Plus des mauvais d'ailleurs...* », dit-elle avec malice. Au fil des séances, s'instaure une relation de confiance et elle qui était si réservée parle peu à peu de sa famille et surtout de deux de ses fils qu'elle voit régulièrement puis apporte même, vers la fin de mon stage, des photos de ces derniers.

Lors des séances d'écriture, nous nous installons dans la salle modelage, car elle est assez étroite et lumineuse. Elisabeth s'installe toujours dos à la porte et laisse la porte ouverte. Quelques personnes rentrent dans la salle, généralement sans parler, pour nettoyer des tasses ou des verres. A chaque séance, Elisabeth arrive généralement avec des écrits « lâchés » le matin même ou la veille sur une feuille de papier. Figurent sur cette feuille des souvenirs qui ont ressurgi et qu'elle ne peut garder en elle, d'une part car ils la font souffrir et d'autre part, car elle a peur de ne pas s'en souvenir. Elle note donc ces souvenirs de façon non contrôlée. Cela se remarque par la forme de l'écriture, assez désorganisée et d'un point de vue graphique, saccadée. « *Il faut que j'écrive* ». Ces écrits sont souvent dans la suite du travail entrepris lors des séances précédentes, mais pas toujours, Elisabeth arrivant parfois avec un texte assez court et fini. Le style reste cependant identique.

c- La souffrance d'Elisabeth a besoin d'être entendue

L'atelier peinture est pour Elisabeth celui qu'elle trouve le plus difficile. Lors de la phase de « pré-évaluation », c'est-à-dire d'établissement de l'état de base, elle élabore un premier jet en peignant un personnage. L'art-thérapeute lui propose alors la consigne de

« l'horizon », de « l'au-devant » pour essayer de donner vie à ce personnage et ainsi de la matière à cette première peinture. Elisabeth peint alors un paysage. Ce dernier se révèle cohérent au niveau des couleurs, mais Elisabeth trouve que les perspectives et les proportions des éléments ne sont pas justes. Nous remarquons qu'Elisabeth axe systématiquement ses remarques sur la technicité qu'elle juge toujours insuffisante et qui l'empêche alors d'apprécier ses œuvres à leur juste valeur. Le blanc intervient souvent pour masquer les zones considérées comme indésirables. Environ une demi-douzaine de séances se déroulent de la façon suivante : Elisabeth peint un élément dans le paysage ou change les proportions puis l'efface, d'abord un village, puis le chemin pour y accéder, la forêt, etc. Elisabeth décide enfin d'y intégrer un personnage, qu'elle accompagne d'un petit chien dont elle dit qu'on « *dirait une chèvre* ». Elisabeth intellectualise et interprète beaucoup sa façon de faire et rattache toujours la forme de son œuvre à un fond particulier, toujours en lien avec son parcours de vie. L'atelier peinture se révèle donc intéressant à plusieurs titres. D'une part, la peinture l'oblige à se projeter dans le futur, puisqu'une œuvre peut et doit être retravaillée, et d'autre part, l'œuvre peut être modifiée en fonction de ce qu'elle imagine, tant dans sa peinture que dans sa vie. Sa peinture peut être en constante évolution. Elle achève sa toile à la 12^{ème} séance car elle veut « *passer à autre chose* ». Elle décide alors de peindre un personnage qui lui permettrait de s'identifier. Elle choisit d'illustrer saint Michel terrassant le dragon et lâche dans un rire contenu assez sarcastique « *c'est ma mère le dragon* ». Cependant, elle se trouve dans l'impossibilité de s'imaginer l'archange saint Michel et bloque sur cette « non-représentation ». Nous décidons alors avec Brigitte Rozpeczny-Granet de réajuster la stratégie thérapeutique en lui trouvant des illustrations de cet archange. Je recherche plusieurs illustrations de différentes époques sur différents supports (sculpture, dessin, gravure, enluminure, peinture) dans différentes postures et avec des attributs différents, qui devraient pouvoir lui permettre (moyen) d'explorer sa créativité (objectif intermédiaire). Elle pose son dévolu sur l'œuvre de Raffaello Santi et décide de dessiner sur brouillon un archange qui adopte la même posture en changeant la main droite de l'archange, tenant une épée au dessus de sa tête dans l'œuvre originale, en l'abaissant et en tranchant la tête du dragon. Après avoir peint un fond à la gouache noir, bleu, blanc et jaune, l'archange ne trouve pas sa place dans cette œuvre. « *C'est trop tôt* ». Un œuf vient se poser au centre de ce fond aux couleurs opposées. « *C'est moi* ». Nous voyons par ce réajustement de la stratégie thérapeutique qu'Elisabeth peut s'approprier son œuvre et faire preuve de créativité en se dégageant complètement des supports concrets que nous lui avons proposé.

2- L'art-thérapeute ne doit pas laisser s'installer la souffrance

a- Elisabeth met en place des mécanismes de défense

Durant tout le suivi art-thérapeutique, malgré une implication relationnelle sympathique et franche, Elisabeth a mis en place des mécanismes de défense, que nous avons tenté de transcrire, à travers les différentes illustrations cliniques. En psychologie, les mécanismes de défense se définissent comme des processus inconscients qui tentent de préserver l'intégrité psychique de la personne. En d'autres termes, ces mécanismes de défense sont des mécanismes psychiques qui tentent de préserver le Moi et de le protéger aussi des exigences pulsionnelles du Ça*. Mais ce dont le Moi se protège en priorité, c'est de l'angoisse. Par exemple, une représentation inconsciente va être incompatible avec les exigences du Surmoi.* Cette représentation inconsciente du Ça apporte du plaisir mais provoque aussi du déplaisir. Le Moi, pour se défendre contre cette représentation, va utiliser divers procédés que l'on réunit sous le terme de « *mécanismes de défense du Moi* ». ³⁷

Ce qui est le plus prononcé chez Elisabeth est l'intellectualisation.* Ce mécanisme de défense consiste à généraliser et à avoir recours à l'abstraction, face à une situation dans laquelle la personne pourrait se reconnaître. Ce mécanisme de défense contient la pathologie mentale latente d'Elisabeth. Elle le dit d'ailleurs elle-même de façon très juste en disant « *c'est mon intelligence qui m'a sauvé* ». Un autre mécanisme de défense que nous avons repéré au fil des séances est l'humour.* Elisabeth ironise beaucoup sa situation et devient parfois sarcastique envers ses propres réactions et pensées. Au demeurant, Elisabeth a un sens de l'humour souvent adapté à la situation, qui ne peut dans ce cas être compris comme un mécanisme de défense. Nous avons également repéré le mécanisme de défense de rationalisation*, qui va de pair avec l'intellectualisation, et qui consiste à justifier de façon logique ses émotions, jugements, etc. Le refoulement* est également à l'œuvre chez Elisabeth, et ce qui a justement conduit Elisabeth à une hospitalisation a été le « *retour du refoulé* », ³⁸ c'est-à-dire le retour soudain à la conscience des événements traumatisants qu'elle avait vécu durant son enfance. Enfin, nous avons repéré d'autres aspects défensifs, mais qui ne peuvent rentrer dans cette catégorie des mécanismes de défense, car ils sont en partie conscientisés par Elisabeth, sans doute grâce au mécanisme de défense d'intellectualisation qui est quant à lui, toujours à

³⁷ Pour des définitions plus précises de ces mécanismes de défense, nous invitons le lecteur à se reporter à l'ouvrage de IONESCU, S., JACQUET, M.M., LHOTE, C. (2005). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.

³⁸ FREUD, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF (2005 pour la présente édition).

l'œuvre. Il s'agit de la tendance à s'identifier à des personnages, comme ce fût le cas avec l'archange Michel terrassant le dragon.

b- La stratégie thérapeutique adoptée implique des détours

Les mécanismes de défense ont été définis comme les mécanismes psychiques inconscients qui empêchent la structure psychique de décompenser* en préservant l'intégrité psychique du Moi. Il est primordial alors pour l'art-thérapeute de connaître les tenants et les aboutissants de ces mécanismes pour ne pas les prendre pour des cibles thérapeutiques en les confondant avec des sites d'actions, qui se définissent, rappelons-le, comme des mécanismes défaillants. Cette connaissance lui permet de ne pas commettre d'erreur d'appréciation et de mettre en place une stratégie thérapeutique qui risquerait de mettre à mal la personne, en « bougeant » de façon maladroite ce qui permet à la personne de rester « saine », ou plus simplement intègre psychiquement, debout.

Dans le cas d'Elisabeth, nous avons vu que sa tendance à intellectualiser et à interpréter ses œuvres en fonction de son histoire de vie, rendait difficile le lâcher-prise, pourtant nécessaire à une remise en forme ultérieure par un travail artistique encadré. Il a donc été indispensable d'orienter la stratégie thérapeutique dans ce sens du lâcher-prise, en gardant tout de même un espace de sécurité lorsque cela était nécessaire. En peinture, où la tendance à s'identifier aux personnages était trop importante, le travail consistait à tenter de se dégager d'un modèle préétabli (en, l'occurrence l'œuvre de Raffaello Santi). Notre objectif thérapeutique intermédiaire sur ce support spécifique qu'est la peinture était de faire travailler Elisabeth sur la forme de son œuvre, plus que sur le fond qu'elle maîtrisait. Nous avons pour ce faire mis en œuvre des moyens visant à multiplier les supports présentés en émettant une exigence (cette fois-ci artistique) pour brusquer Elisabeth afin qu'elle ne reste pas simplement dans l'imitation (*mimesis*). Elle a pu ainsi, et c'est le constat que nous pouvons faire de la stratégie thérapeutique adoptée, se dégager d'une représentation existante pour créer la sienne ; cette dernière s'inspirant de celles qu'elle avait vues, mais en somme comme tout artiste (la fameuse flèche précédant l'œuvre d'art →¹ dans la théorie de l'art opératoire, c'est-à-dire l'héritage culturel).

En modelage, Elisabeth, par l'utilisation de ce matériau régressif qu'est la terre, a pu se laisser aller à ne pas « contrôler » les intentions de ses productions artistiques. Il s'agissait d'un travail autour de la forme qui a commencé à prendre du sens (fond) au fil des séances. C'est par l'émergence d'un style particulier, favorisé par la maîtrise de techniques de modelage (moyen de la stratégie art-thérapeutique) dans différentes productions artistiques qu'Elisabeth

a pris conscience d'une problématique personnelle et a su faire des liens avec son histoire de vie afin de pouvoir, et cela était notre objectif thérapeutique principal, s'en dégager, afin de pouvoir retrouver le goût de vivre.

c- Elisabeth poursuit un cheminement symbolique

Dans le suivi art-thérapeutique, le modelage a pris une place prépondérante dans la stratégie thérapeutique. Avec le travail d'écriture, ces deux disciplines ont permis à Elisabeth de se réapproprier son histoire par une construction symbolique qu'elle-même mettait en avant comme telle. Pour Elisabeth, il ne s'agissait pas de faire pour faire et le fond était souvent privilégié à la forme. Or, le fond n'existe pas sans forme et l'art-thérapie a permis à Elisabeth de prendre en considération cette forme et de se confronter ainsi à son idéal esthétique. Les émotions qu'Elisabeth avait besoin d'exprimer ne pouvaient pas s'exprimer de n'importe quelle manière. Si tel avait été le cas, nous aurions été sur le plan de la psychopathologie et de la simple expression de la souffrance et donc du symptôme. Or, notre objectif thérapeutique n'est jamais de faire s'exprimer le symptôme comme cela peut-être le cas dans certaines prises en charge psychothérapeutiques à médiation artistique, mais de faire s'exprimer la personne. La difficulté lors de l'établissement de notre stratégie thérapeutique était de toujours privilégier l'expression d'Elisabeth et non de son symptôme qui tend parfois à s'emparer d'elle. La limite est extrêmement difficile à cerner et seule une connaissance d'Elisabeth et de la symptomatologie que celle-ci est susceptible de présenter nous permet d'adapter au mieux notre stratégie, car il est bien évident que malgré toutes les précautions que nous pouvons prendre, le symptôme peut parfois prendre le pas et conditionner la production artistique. C'était le risque dans l'accompagnement art-thérapeutique d'Elisabeth et c'est par le biais de l'imaginaire que nous avons réussi à ne pas créer une boucle d'inhibition, autrement dit, à ne pas enfermer Elisabeth dans la pure expression de sa souffrance. Le travail sur l'imaginaire et sur le symbolique, a permis à Elisabeth d'explorer une facette de sa personnalité qu'elle pensait perdue à jamais, recluse dans les méandres de son esprit mis à mal par son histoire de vie.

3- L'art-thérapeute travaille avec « la partie saine du patient »

a- L'art-thérapeute doit être présent à l'autre

Comme nous avons tenté de le faire apparaître tout au long de ce mémoire, le travail de l'art-thérapeute ne se limite pas en une série de soins techniques à apporter, comme nombre de politiques institutionnelles voudraient pourtant nous le faire croire. Les personnes

ne sont pas des objets. Il ne peut pas y avoir de travail opérant sans qu'il y ait d'interaction réciproque entre ces deux personnes que sont le patient et son thérapeute. Si le travail relationnel n'est pas continu, dans le sens où l'art-thérapeute n'est pas toujours disponible au sein d'un espace collectif de soins, l'art-thérapeute se doit d'être présent à l'autre. Cette présence doit permettre de circonscrire un cadre bienveillant et sécurisant pour le patient, ce que l'on appelle en psychologie un « cadre contenant », nécessaire quand nous travaillons dans le domaine de la santé mentale. En effet, la nature des angoisses liées à certaines pathologies mentales oblige cette nécessité d'un cadre bien délimité. Nous faisons ici allusion aux angoisses de morcellement prégnantes dans les psychoses, c'est-à-dire cette impression d'éclatement ressentie par les personnes atteintes par ces maladies, que ce cadre justement « contenant », permet de contenir et d'apaiser.

b- L'art-thérapeute travaille avec la personne et non avec la maladie

S'il est nécessaire de tenir compte de la psychopathologie du patient accueilli au sein de l'atelier d'art-thérapie, afin d'éviter de mettre celui-ci en difficulté inutilement, il faut garder à l'esprit que l'art-thérapeute ne travaille pas avec la pathologie, mais bel et bien avec la personne. Ceci oriente très fortement notre méthode de travail dans la mesure où l'art-thérapeute ne va pas tenter de « corriger » les difficultés, comme nombre de nouvelles « thérapies » se vantent de pouvoir le faire, mais au contraire de faire un pas de côté pour essayer de valoriser, de « *renarcissiser* » pour reprendre un terme psychologique détourné en partie de son sens originel,³⁹ la personne dans ce qu'elle est capable de faire. Le but de l'art-thérapeute est de trouver une stratégie permettant à la personne de s'appuyer sur ses capacités et de travailler ses potentialités. N'oublions pas que l'art-thérapie exploite le « potentiel artistique », c'est-à-dire un infini de possibilités, au service de la personne. La connaissance de la psychopathologie de la personne et des symptômes psychiatriques associés à cette dernière doit donc permettre, dans cette optique, de différencier ce qui relève de la personnalité de ce qui relève de la symptomatologie. Cette distinction va permettre à l'art-thérapeute de connaître la personne et surtout de lui permettre d'être considérée en tant que telle, et non plus comme malade, voire pire, un objet d'étude statistiquement évaluable.

c- L'art-thérapeute travaille d'égal à égal avec son patient

³⁹ FREUD, S. (1914). « Pour introduire le narcissisme ». *La vie sexuelle*. Paris : PUF (1972 pour la présente édition).

Le fait de ne pas prendre en considération seulement la personne sous son versant psychopathologique implique nécessairement un positionnement éthique de la part de l'art-thérapeute. Ce positionnement éthique s'éloigne quelque peu des autres disciplines de la santé mentale. Si nous prenons l'exemple de la psychothérapie, le rapport entre le thérapeute et son patient doit toujours être dissymétrique. Dans le cas spécifique de la psychothérapie analytique, cela se traduit par le fait que le patient tient pour acquis que son thérapeute connaît quelque chose sur lui que lui ne connaît pas. Il suppose un savoir chez son thérapeute que lui n'a pas. Or, et c'est là que se trouve la particularité de cette discipline, le thérapeute ne sait rien à propos de celui qui vient le consulter. Son patient lui suppose un savoir qu'il n'a pas car en réalité, le seul à savoir les raisons de sa souffrance est le patient lui-même. Il s'agit là d'une explication succincte de ce que les psychanalystes nomment « sujet supposé savoir » (thérapeute) et « sujet sachant » (patient). En ce qui concerne l'art-thérapie, nous ne pouvons nier ce phénomène qui existe également puisque les patients nous supposent nécessairement un savoir théorique et/ou technique. Or, l'art-thérapeute n'a pas de passe droit vis-à-vis du savoir et il ne jouit pas de cette position qu'on peut lui prêter. Il se doit d'être abordable, de ne pas cacher ses erreurs potentielles, ses difficultés, afin de permettre à son patient de retrouver cette part d'humanité qu'on tente souvent de lui enlever en le qualifiant de « malade ». Ainsi, si nous entendons souvent parler du principe « d'empathie » pour le travail psychothérapeutique, nous pouvons parler du principe de « sympathie », qui, si nous revenons à l'origine du terme, prend sa source dans la physique et plus particulièrement dans le concept de la résonance. Ce principe, appliqué à la musique, correspond par exemple au fait que lorsqu'une corde vibre, une autre vibre en même temps que celle-ci, par sympathie. La relation entre l'art-thérapeute et son patient fonctionne sur ce même principe de résonance, sauf qu'ici, c'est la sensibilité humaine qui cherche à s'accorder avec une autre sensibilité humaine.

III- L'art-thérapie semble pertinente au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire

A- L'art-thérapeute fait des choix thérapeutiques

1- L'art-thérapeute doit s'adapter au lieu de soin

a- Le bilan auto-évaluatif paraît inadapté au sein d'un espace collectif

Durant mon stage, je n'ai pas pu et pas voulu me servir de la fiche d'évaluation, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, dans ce type de structure où les patients font des passages sans durée précise, cet outil paraît trop contraignant et inadapté lors de prises en charge groupales. Deuxièmement, la rédaction de la fiche est relativement longue et il est très difficile de retenir une personne qui a décidé de rentrer chez elle ou dans une autre structure. Passée la séance d'art-thérapie, l'envie est de revenir la semaine prochaine sans avoir à remplir de papiers. J'ai donc pris le parti de questionner directement les personnes sur leurs œuvres, sur la manière dont elle étaient faites, si techniquement, ils les trouvaient bien faites, s'ils les trouvaient belles, s'ils avaient passé un bon moment et le cas échéant s'ils avaient envie de revenir la séance d'après. Il est extrêmement difficile de prévoir à l'avance les items d'observations et les critères d'observation et d'évaluation étant donné la complexité et l'imprévisibilité du fonctionnement humain. J'ai cependant essayé, au cours des séances, de prêter attention à la personne dans sa globalité, notant sur un cahier au fil des séances ce qui relevait du verbal comme du non verbal, essayant de trouver une « cohérence ». Une sorte de carnet de bord, de mémoire écrite du travail effectué. Bien qu'il soit plus aisé de quantifier des items d'observation, je me suis attaché à la qualité de ces derniers. Nous pourrions alors nous poser la question de l'intérêt d'une fiche d'observation censée être « objective », la quantité paraissant plus objective que la qualité, beaucoup plus subjective. Rappelons-nous que nous ne pouvons nous dégager de notre subjectivité, mais seulement matérialiser notre subjectivité sur des supports objectifs. J'ai ainsi privilégié la qualité de la relation et des items d'observations plutôt que la quantité, bien que celle-ci puisse s'avérer dans certains cas un indicateur important. Le travail a été un travail de comparaison inter-juge, autrement dit, de discussion avec l'art-thérapeute présente durant les séances de travail ou avec les autres stagiaires afin de vérifier si les comportements ou propos observés et entendus étaient identiques et nos hypothèses de travail approchantes.

b- L'art-thérapie peut être contre-indiquée

Nous parlerons dans le prochain paragraphe de la question du contrat thérapeutique, mais avant d'aborder cette question, nous nous devons d'insister sur l'indication de la prise en charge en art-thérapie et bien entendu son corollaire qui est la contre-indication. Nous partons du postulat selon lequel toute personne en souffrance désireuse d'améliorer sa qualité de vie et ayant un attrait pour l'art peut bénéficier d'un accompagnement en art-thérapie. Or, tout comme un traitement pharmaceutique peut-être contre-indiqué par un médecin, l'art-thérapie peut l'être également. Certes, l'art-thérapie n'est

pas une thérapie « agressive » comme peut l'être la pharmacothérapie, mais elle n'est pas anodine non plus. Une prise en charge en art-thérapie a pour objectif de stimuler des mécanismes atrophiés, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux. Or, dans notre domaine qu'est la santé mentale, certains mécanismes peuvent être atrophiés ; ces atrophies étant des défenses que le sujet a trouvées pour se protéger, se préserver psychiquement. C'est ce que nous avons abordé précédemment à travers les mécanismes de défense. Le Moi fragilisé met des mécanismes de défense en place, c'est-à-dire des moyens de préserver son psychisme et son intégrité, autrement dit, de permettre à l'individu de ne pas devenir fou. Il est bien évident que si l'art-thérapeute se proposait d'ébranler ces mécanismes d'apparence défaillante (sites d'actions) mais qui sont en réalité des mécanismes de défense, la prise en charge prendrait une direction non souhaitée et dangereuse pour la personne. Il est donc nécessaire d'avoir une bonne connaissance des différentes psychopathologies et de travailler en relation avec les différents professionnels de santé et ne pas vouloir à tout prix, sous prétexte qu'un patient s'intéresse à l'art, l'intégrer à un atelier d'art-thérapie, à moins que cet ébranlement des mécanismes de défense soit une stratégie adoptée par l'équipe de soins, ce qui peut être envisageable, toujours dans le respect de l'intégrité de la personne soignée, conformément à la loi et au code de déontologie adopté.

c- Un contrat entre le patient et le thérapeute doit être établi

Le projet thérapeutique n'est pas spécifique à l'art-thérapie. Chaque métier ayant pour objectif un mieux-être de la personne se doit d'établir un projet de soins, un projet thérapeutique. Ce projet thérapeutique doit s'établir en fonction des exigences de l'institution, du projet thérapeutique de l'équipe médicale et paramédicale ainsi que des objectifs à atteindre. Ainsi, le projet thérapeutique, dans le cas de l'art-thérapie, se définira par un état de base caractérisant la personne avant sa prise en charge, un objectif à atteindre, en utilisant une stratégie thérapeutique spécifique à l'aide de moyens pertinents permettant de cibler des objectifs intermédiaires. Mais parler de projet thérapeutique, stratégie thérapeutique, prise en charge thérapeutique me semble insuffisant dans le cas d'un accompagnement art-thérapeutique. La notion de « contrat » thérapeutique paraît étonnamment absente du vocabulaire de l'art-thérapie. Le dictionnaire Robert définit le contrat comme une « *convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'engagent envers d'autres personnes à faire ou à ne pas faire quelque chose* »⁴⁰ (Le Petit Robert, p. 529). En laissant de côté l'aspect

⁴⁰ ROBERT, P. (2011). *Le Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Robert.

juridique, un contrat confère à une personne des droits mais aussi des devoirs qui valent pour les deux partis. Trop souvent, certains patients attendent du thérapeute un soin en adoptant une passivité pathologique, en ne se positionnant qu'en fonction d'un statut, celui de malade, au détriment de leur essence profonde d'être humain. Ce contrat thérapeutique permet au patient d'être acteur de son soin en tendant vers une autonomie, car être autonome, ce n'est pas faire ce que l'on veut, où l'on veut et quand on veut. Être autonome, c'est faire des choix en respectant les choix des autres et en assumant les répercussions de ces choix.

2- L'évaluation est nécessaire en art-thérapie

a- L'évaluation concerne la production artistique

Afin de juger la pertinence d'un accompagnement thérapeutique quel qu'il soit, et en ce qui nous concerne en art-thérapie, il est nécessaire de pouvoir évaluer les bénéfices ou au contraire les désavantages de cette prise en charge, au fil des séances. L'évaluation porte sur différents aspects. Le premier que nous souhaitons traiter ici est relatif à la production artistique. En effet, la production artistique étant la partie visible du travail art-thérapeutique (mais pas l'essentielle si nous nous référons à la théorie de l'art opératoire et de son utilisation par l'art-thérapeute), il est légitime de vouloir évaluer, par la production artistique, la pertinence du suivi thérapeutique. Or cette évaluation, qui est en droit de la faire ? L'art-thérapeute, le médecin, l'entourage du patient ou le patient lui-même ?

Vous l'avez compris, cette évaluation ne peut être qu'une auto-évaluation pour plusieurs raisons. La première est que personne à part l'artiste ne peut interpréter son œuvre. Plusieurs critiques d'art ou historiens de l'art s'y sont cassés les dents et continuent encore. La deuxième est qu'une œuvre d'art ne s'évalue pas.

b- L'évaluation concerne le patient

Le second aspect de l'évaluation concerne le patient. En effet, si un accompagnement en art-thérapie est indiquée pour tel patient, c'est pour faire en sorte que celui-ci aille mieux, et qui plus est, que ce mieux être puisse être constaté, évalué. Cette évaluation du patient passe par une évolution de la symptomatologie psychique en ce qui concerne la santé mentale. Cette évolution n'est pas forcément spectaculaire puisque certains patients ont déjà un lourd passé psychiatrique et sont devenus des patients « chroniques », c'est-à-dire des patients installés dans leur psychopathologie. Il semble donc difficile, voire contre-indiqué dans certains cas, comme nous l'avons vu précédemment, de faire bouger cette symptomatologie. Mais nous pouvons observer au fil des séances de légères différences dans

les attitudes, les façons de s'exprimer, de s'habiller, de se présenter, etc. Mais il se peut que ces changements ne soient opérants que lors des ateliers d'art-thérapie, dans une sorte de « transfert* positif » pour emprunter une fois de plus à la psychologie une de ses terminologies, c'est-à-dire dans une volonté inconsciente pour le patient de plaire au thérapeute. Or, il est évident que les changements que nous recherchons en tant qu'art-thérapeute doivent pouvoir s'observer et devenir opérants dans le quotidien. Le travail de l'art-thérapeute est avant tout de faire que le mieux-être du patient en séance se répercute sur un mieux-être dans la vie de tous les jours. De même que personne n'est mieux placé que l'artiste pour évaluer sa production artistique, personne n'est mieux placé qu'une personne atteinte d'une maladie pour évaluer une évolution dans sa symptomatologie.

c- L'évaluation concerne l'art-thérapeute

Nous avons vu l'évaluation de la production artistique, celle du patient et il nous reste donc à réfléchir sur celle de l'art-thérapeute qui constitue la fin du triptyque de l'accompagnement art-thérapeutique. Or, ce troisième volet est bien souvent laissé de côté. En effet, s'il va de soi d'évaluer la production artistique et le patient, il est moins évident d'évaluer son propre travail, puisque nous considérons que seuls les résultats comptent et donc que l'évaluation du patient suffit à celle du thérapeute. L'art-thérapeute ne doit pas déroger à cette règle de l'évaluation puisque cette évaluation est le moteur du travail art-thérapeutique. C'est cette évaluation qui va permettre à l'art-thérapeute de ne pas rester figé dans des protocoles thérapeutiques préétablis et surtout lui permettre de se remettre en question perpétuellement. L'art-thérapeute doit toujours être habité par le doute, toujours se poser des questions sur la pertinence d'une prise en charge, de sa stratégie thérapeutique, c'est-à-dire de ses objectifs (ces derniers sont-ils justifiés, atteignables ?) et des moyens mis en œuvre pour y arriver (sont-ils adaptés ?), et toujours s'interroger sur sa position éthique.

3- L'art-thérapeute est confronté à des difficultés

a- La relation patient/thérapeute doit rester strictement professionnelle

Il est parfois possible, et c'est d'ailleurs souvent le cas, que des liens relationnels forts se nouent entre le patient et son thérapeute. Cela semble tout à fait normal, dans la mesure où l'art-thérapeute fait partie, toute proportion gardée, de la vie du patient et réciproquement. Il est donc légitime et tout à fait admissible d'avoir des liens de sympathie, comme nous l'avons défini précédemment. Cependant, ce lien relationnel ne doit pas s'étendre au-delà d'un cadre bien défini qu'est celui de l'atelier d'art-thérapie. Une relation

professionnelle doit rester strictement professionnelle et d'autant plus lorsque nous sommes dans le milieu de la santé mentale. Certains patients aux pathologies lourdes s'identifient à leur thérapeute et le risque est de voir ces derniers faire irruption dans la vie privée du thérapeute. Or, il est bien évident que « thérapeute » est un statut professionnel et non pas une caractéristique de la personne. L'art-thérapeute a besoin de se préserver, lui et ses proches, en gardant un cadre très strict concernant ses relations hors institution. L'un des nombreux effets pervers de la pathologie mentale et de la psychiatrie, et surtout de sa consonance auprès de la société, est la désocialisation des patients. Certains patients en mal de relations sociales tentent de se créer un réseau social « soignant », plus rassurant d'une part et plus accessible d'autre part.

b- L'art-thérapeute n'est pas psychothérapeute

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, l'art-thérapie est différente de la psychothérapie à médiation artistique. Dans cette optique, l'art-thérapeute est bien sûr lui aussi différent du psychothérapeute. La difficulté de l'art-thérapeute réside dans le milieu même où celui-ci exerce son métier d'art-thérapeute. Dans la santé mentale, le vocabulaire est essentiellement un vocabulaire « psy » et les exigences sont souvent de la même nature, nombre de professionnels de santé n'étant pas toujours au clair avec la particularité de la profession. Entre parenthèses, c'est à nous art-thérapeutes qu'il convient de clarifier toutes les zones d'ombres du métier que nous exerçons. Mais nous ne pouvons nier cette réalité de terrain qui fait que beaucoup de professionnels de santé voient l'art-thérapie comme un moyen d'accéder à l'inconscient de l'individu. Les productions artistiques et les interprétations souvent hasardeuses qui en ont été faites semblent fasciner. Et l'art-thérapeute, ayant accès à la compréhension du processus de création artistique serait capable d'interpréter les œuvres de ses patients. Non ! S'il est bien un point sur lequel il est pour ma part impossible de transiger, c'est celui-ci. L'art-thérapeute ne joue pas au psychologue qui eux-aussi se laissent bien souvent piéger au jeu de l'interprétation hasardeuse. Si certains tests normalisés (Test de l'arbre, test de la maison, etc.) continuent d'être utilisés, parfois à vocation diagnostique, l'art-thérapeute n'a pas à rentrer dans ce jeu, mais justement à le fuir. Les productions artistiques appartiennent à leur créateur. Elles ne peuvent être présentées qu'avec leur accord libre et éclairé. Elles ne sont en aucune manière des éléments à joindre au dossier médical et ne doivent sous aucun prétexte servir à conforter une hypothèse diagnostique, quelle qu'elle soit. Une œuvre ne peut et ne doit pas être détachée de son contexte, et encore moins de celui ou celle qui l'a réalisée. Croire que l'on peut interpréter

une œuvre ou plus encore que l'on peut avoir accès à l'inconscient par ce biais seul est une illusion ou pour être plus sarcastique un fantasme. L'artiste n'est pas son œuvre. Il ne se résume pas qu'à cela. Il est un être humain avant tout. Tandis que le psychothérapeute travaille sur l'expression du symptôme, l'art-thérapeute travaille sur l'expression de la personne. Cette façon de différencier l'art-thérapie de la psychothérapie à médiation artistique n'est évidemment admissible que sous réserve de ne pas assimiler la personne à son symptôme.

c- L'art-thérapeute est un être humain

Nous avons tenté de définir la profession d'art-thérapeute en essayant de mettre de côté la personne art-thérapeute. Or, il est bien évident que l'art-thérapeute personne et l'art-thérapeute professionnel sont indissociables. S'il est vrai que les relations entre patient et art-thérapeute doivent rester strictement professionnelles, il n'en reste pas moins que l'art-thérapeute peut éprouver de la sympathie envers son patient et réciproquement. Et je crois que cette sympathie peut même devenir un moteur de la thérapie. Une fois de plus, n'oublions pas que l'art-thérapie est une science humaine au sens noble du terme et qu'elle ne doit pas laisser de côté cette dimension humaine qui la caractérise. Ainsi, les échanges ne doivent pas être hostiles à la convivialité, mais au contraire en être garants.

Par analogie au principe de sympathie, il peut donc arriver que l'art-thérapeute rentre plus facilement en résonance avec un patient plutôt qu'avec un autre, sans réellement en connaître la raison. Nous pouvons nous obstiner à tenter d'analyser ce qui se joue dans la relation au niveau transférentiel et contre-transférentiel, sans que cela ne nous apporte une quelconque réponse. Il faut savoir accepter la non-réponse, qui doit laisser place au vécu relationnel. Cela peut bien évidemment devenir plus problématique si le vécu relationnel est appréhendé sur un autre mode que celui de la convivialité. Le versant thérapeutique, c'est-à-dire le mieux-être du patient, doit rester au centre de la prise en charge. Ainsi, si la relation devait détériorer l'état de santé psychique du patient, l'art-thérapeute ne saurait qu'en être vigilant. Un travail de supervision auprès d'un professionnel de santé formé à ce genre de travail (psychologue) et extérieur à la dynamique institutionnelle peut pallier à cette difficulté. Ce travail peut, dans certaines situations, servir de garde-fou quant à une éventuelle dérive relationnelle, inévitable lorsque nous abordons la question des relations humaines.

B- Les personnes évoluent au cours du suivi art-thérapeutique

1- Les personnes évoluent dans leurs productions artistiques

a- La forme des œuvres évolue au fil des séances

Comme nous l'avons constaté lors des prises en charge que nous avons eu l'opportunité de mettre en place, l'évolution des personnes se révèle dans leurs productions artistiques. La première évolution que nous constatons et que nous allons traiter dans ce paragraphe concerne la forme des œuvres produites. Cette évolution est due à plusieurs facteurs. Le premier d'entre eux concerne la technique. En effet, la mise en place d'un suivi régulier et l'appui de l'art-thérapeute au fil des séances permet au patient de recevoir un certain nombre de conseils techniques. En musique par exemple, l'art-thérapeute montre différentes techniques pour aborder et savoir se servir de l'instrument. Libre-choix est laissé ensuite au patient de s'élaborer sa propre technique à partir d'une base d'utilisation « normale » de l'instrument. Une guitare s'utilise « normalement » en pinçant les cordes mais rien n'empêche de s'en servir comme d'une percussion. Le deuxième facteur de cette évolution est à mettre en lien avec la confiance en soi. En effet, à force de travail et de facilité technique que le patient peut éprouver, avec l'effet contenant d'un petit groupe thérapeutique, le patient va prendre de l'assurance et se permettre des choses. Il va s'autoriser à essayer, chose qu'il ne se serait peut-être pas permis avant d'avoir acquis cette aisance technique. En prenant encore une fois l'exemple de la musique, combiner le chant et le jeu à la guitare demande une facilité technique dans ces deux domaines. Une fois cette facilité technique acquise, la personne peut se sentir plus à l'aise et oser l'interprétation d'une chanson. Ce concept est transposable dans tous les domaines artistiques.

b- Le fond des œuvres évolue au fil des séances

Si nous pouvons constater une évolution de la forme des productions artistiques, nous pouvons également repérer une évolution du fond. Par « fond », nous entendons le thème traité. En effet, lors des premières séances d'art-thérapie, nous observons souvent une prédominance de thèmes légers, des natures mortes, des paysages, autrement dit des œuvres qui se rapportent à la *mimesis*, c'est-à-dire au concret, à l'imitation de la nature ou du monde environnant. Peu à peu, les thèmes deviennent plus personnels et les personnes se permettent d'explorer l'art abstrait ou d'introduire des notes plus personnelles (*poiesis*). Nous observons ce phénomène par la façon qu'ont certains patients de raconter leurs œuvres. Comme nous l'avons dit et répété précédemment, l'art-thérapeute n'interprète pas les œuvres de ses patients, mais il reste attentif à ce qui est dit autour de ces œuvres. Une œuvre qui évoque un épisode de la vie du patient et qui est interprété comme tel par le patient, doit être regardée comme telle. On ne peut et on ne doit pas voir autre chose que ce que le patient voit

dans son œuvre. D'ailleurs, en psychothérapie à médiation artistique, procéder de la sorte n'aurait d'ailleurs pas plus de sens, puisque cela reviendrait à se projeter soi-même dans l'œuvre de son patient, c'est-à-dire explorer ses propres angoisses et ses propres fantasmes dans une production qui n'est pas à soi. Si le contemplateur procède de la sorte, le risque est moindre car ce dernier ne répond de personne si ce n'est de lui, contrairement à l'art-thérapeute qui doit répondre du mieux-être de son patient.

Il est nécessaire de ne pas nier la parole du patient, mais au contraire de l'accueillir le plus sereinement possible. Il faut que cette interprétation trouve un réceptacle qui est matérialisé par l'art-thérapeute lui-même. Certains art-thérapeutes peuvent être effrayés par cette interprétation du patient vis-à-vis de sa propre production, se sentant moins légitime par exemple qu'un psychologue et ne sachant pas réellement quoi faire de cette parole. Je pense qu'il faut prendre acte de cette interprétation, c'est-à-dire du contexte dans lequel elle est formulée, à qui elle est adressée, et en rendre compte lors des synthèses pluridisciplinaires afin de faire émerger une hypothèse clinique cohérente, et pour l'art-thérapeute, une stratégie thérapeutique adaptée.

c- Le rapport fond/forme prend sens au fil des séances

Une œuvre d'art est constituée de deux dimensions différentes qui sont celles que nous venons de voir, à savoir le fond et la forme. L'idéal esthétique de la personne se situe au croisement de ces deux dimensions. (*cf annexes p. 84 - Figure 5 : Rapport fond/forme : l'idéal esthétique*)

L'artiste qui produit une œuvre d'art cherche toujours un équilibre entre le fond, c'est-à-dire ce qu'il a envie de traiter, et la forme, c'est-à-dire la façon dont il va traiter le fond. Chaque œuvre d'art et chaque artiste sont ainsi uniques par définition, puisque tout un chacun a un idéal esthétique différent. Certains privilégient la forme plutôt que le fond et d'autres au contraire privilégient le fond plutôt que la forme, mais ces deux aspects de l'œuvre d'art cohabitent nécessairement. Il n'y a pas de fond sans forme, sinon cela ne reste que pure pensée (et là encore, nous pourrions opposer le fait que la pensée est ou a déjà une forme particulière) et bien sûr il n'y a pas de forme sans fond, à part dans la nature (là encore, les théologiens pourraient nous opposer que le monde a été façonné d'une manière précise et qu'il y a donc bien un fond à toute forme).

Au fil des séances, des changements s'opèrent. Ceux-ci prennent en compte la part d'expérimentation des différentes techniques et touchent donc la forme de l'œuvre (support utilisé, outils utilisés, etc.). Mais une fois que le patient, la personne, l'artiste, aura trouvé une

technique adéquate, c'est le fond qui va être privilégié, jusqu'à ce qu'un équilibre entre le fond et la forme soit trouvé, qui correspondra le mieux à l'idéal esthétique de la personne, c'est-à-dire son style. Il est important pour un artiste de trouver son style, c'est-à-dire une manière singulière d'appréhender les choses et de les exprimer à travers l'art sous une forme particulière. C'est à partir de ce style que l'artiste va pouvoir s'épanouir et qu'il va pouvoir trouver un sens à la vie. Si nous reprenons la *figure 5* (page 84), nous constatons que la flèche de l'idéal esthétique tend toujours vers la droite et toujours vers le haut. Dans notre culture occidentale, nous savons que la gauche représente le passé et la droite le futur et le haut la progression. L'idéal esthétique tend donc à évoluer sans cesse et à tirer l'individu vers le haut, vers un idéal esthétique toujours différent et toujours plus exigeant. C'est cet idéal esthétique qui va être le processeur de l'art-thérapie.

2- Les personnes évoluent dans leur quotidien

a- Les personnes ressentent des changements physiques

Comme nous l'avons déjà fait remarquer à plusieurs reprises, les progrès de la personne n'ont de sens que si ces derniers peuvent s'étendre à la vie quotidienne. Si les progrès et/ou les changements ne se cantonnent qu'aux ateliers d'art-thérapie, c'est qu'il est nécessaire de s'interroger sur la pertinence de la stratégie thérapeutique et sur la relation patient/thérapeute, et notamment sur le transfert à l'œuvre dans la relation. Bien souvent, l'une des premières apparitions d'un idéal esthétique en évolution se situe banalement dans l'habillement. Je pense que c'est justement dans la banalité que sont à rechercher les petits changements. Le maquillage pour les femmes, alors qu'elles ne se maquillaient pas jusque là, l'attention portée aux habits, au style, etc. Tous ces changements sont les premiers signes d'une évolution. Dans le cas d'Elisabeth dont nous avons tenté d'exposer brièvement et avec toute la réserve et le respect qui lui est dû, nous avons pu remarquer des traces de cette évolution. Elle qui venait à l'atelier habillée en survêtement, couverte des pieds à la tête s'est un jour elle-même surprise à lui préférer une tenue plus aérée, à porter des nus pieds au lieu des baskets, etc. Lorsque je dis qu'elle s'est elle-même surprise, ce n'est absolument pas pour la rhétorique, mais bel et bien une réalité puisqu'elle a réalisé, d'après ses dires, le matin au moment de s'habiller qu'elle avait pris ses nus pieds au lieu de ses baskets, sans raison apparente. Nous pouvons émettre l'hypothèse que c'est son idéal esthétique en pleine mutation ou plus exactement évolution, puisque celui-ci existait par ailleurs, qui a fait qu'Elisabeth s'est retrouvée plus à l'aise dans un style nouveau. Dit de manière plus théorique, la forme (survêtement) ne correspondait plus au fond (engouement) et nécessitait

d'être rééquilibré (tenue plus adaptée à son état d'esprit). C'est cet équilibre (re)trouvé qui a, entre autres, permis à Elisabeth d'avancer dans la thérapie. De même, cette réappropriation de son corps s'est ressentie dans la modification de la posture d'Elisabeth. Elle qui était courbée en avant et qui ne levait les yeux que pour parler à quelqu'un, s'est une fois de plus surprise à se redresser et à regarder non plus les personnes, mais tout simplement le monde environnant.

b- Les personnes ressentent des changements psychiques

Outre les changements physiques parfois spectaculaires que nous observons au fil des séances d'art-thérapie, ceux qui restent les plus importants dans notre domaine qu'est la santé mentale, sont les changements psychiques. Par changements psychiques, nous ne voulons pas dire comportementaux, mais des changements profonds de la personne, notamment dans sa manière d'appréhender le monde. Entendons-nous bien, l'objectif de l'art-thérapeute n'est pas de transformer la personne pour la faire devenir étrangère à elle-même, mais il s'agit au contraire de permettre à la personne de s'exprimer pleinement, de retrouver sa part de personnalité qu'elle avait égarée à cause d'événements de vie douloureux. Autrement dit, le but de l'art-thérapeute est que la personne se reconnaisse en tant que personne, ni plus ni moins. Ces changements psychiques sont plus difficiles à cerner car ces derniers ne sont pas directement observables. Ceux-ci s'appréhendent par la discussion et parfois, à travers certaines manières de faire. Dans les discussions, les indices d'un changement psychique sont présents lorsque nous entendons des phrases du type « *ça fait longtemps que je n'avais pas pris de plaisir comme ça* » ou « *ça ne m'est pas arrivé depuis un moment* ». Ce genre de phrases entendues à plusieurs reprises prouve bien que les personnes retrouvent quelque chose qu'elles avaient perdu. Dans cette acception, le travail de l'art-thérapeute s'apparenterait à celui d'un guide, ou plus exactement d'un éclaireur qui borde les zones dangereuses pour permettre à la personne de cheminer sereinement.

c- Les personnes ressentent des changements sociaux

La principale conséquence de ces changements physiques et psychiques, et celle qui est en principe activement recherchée par l'art-thérapeute, est un changement social pour la personne. Nous avons insisté précédemment sur le fait que la pathologie mentale et les effets secondaires de certains traitements pharmacologiques avaient pour conséquence malheureuse de conduire la personne vers l'exclusion sociale, la peur de la folie véhiculée dans la société n'améliorant en rien à ce phénomène d'exclusion.

La conséquence positive d'un accompagnement art-thérapeutique est le retour pour la personne dans le champ du social. Par « champ du social », nous entendons « dans la société non psychiatisée », car nous observons souvent un phénomène de regroupement entre les personnes hospitalisées en service psychiatrique. Ce phénomène n'incite en rien l'ouverture sociale vers l'extérieur et ne favorise pas un changement dans les mentalités vis-à-vis de la psychiatrie et des personnes psychiatisées. Les changements physiques et psychiques ressentis incitent les personnes à s'ouvrir au monde et à retrouver une place dans la société. Avec la prise de traitement, la réinsertion sociale est le point le plus difficile à traiter pour les équipes de soins dans le domaine de la psychiatrie. Contenir la pathologie mentale n'est pas une chose aisée, mais faire sortir une personne atteinte de cette même pathologie mentale est encore bien pire. Or, le but ultime d'une quelconque prise en charge est le retour vers l'autonomie, c'est-à-dire une « réintégration parfaite » dans la société. *« Oui, j'ai eu des événements de vie douloureux, oui j'ai une manière d'appréhender les difficultés bien particulière mais en somme comme tout un chacun. Je suis un être humain avant tout »*. Ce discours serait un discours utopique d'une personne ayant été hospitalisée en psychiatrie.

3- L'art-thérapeute a un devoir de restitution envers son patient

a- Le bilan permet à l'art-thérapeute d'évaluer la pertinence de la stratégie thérapeutique mise en place

L'évaluation, dont nous avons vu la nécessité précédemment, notamment en ce qui concerne la stratégie thérapeutique mise en place, doit être réalisée continuellement, et doit être marquée par un bilan régulier, qui ne s'inscrit pas dans les séances d'art-thérapie. Ce bilan régulier est nécessaire afin d'évaluer la pertinence de la stratégie thérapeutique, mais plus encore car il répond au devoir de restitution que l'art-thérapeute et plus généralement tout professionnel de santé a envers son patient. En effet, s'il est utile pour l'art-thérapeute de comprendre le cheminement des séances d'art-thérapie, cela l'est plus encore pour le patient qui doit prendre une part active dans le soin. Bien évidemment, l'art-thérapeute doit soigner lui aussi le fond et surtout la forme de ce qu'il va restituer au patient, car s'il est nécessaire d'effectuer un retour sur sa pratique avec le patient, cela ne doit pas être fait n'importe comment. Cette restitution n'a pour seul objectif que de permettre au patient de comprendre ce qui a été mis en place, les progrès que l'art-thérapeute et l'équipe de soins ont pu constater, mais également, le cas échéant, de pointer les difficultés toujours présentes et qui restent à travailler. Une fois de plus, nous insistons sur le fait que les difficultés pointées par l'art-thérapeute ne doivent nullement porter sur le côté pathologique, mais bel et bien artistique

(c'est en cela que la forme de la restitution doit être pensée...). Ce bilan ne doit pas freiner le patient dans son élan artistique, mais au contraire être un appui supplémentaire à son implication dans le soin.

b- L'accompagnement en art-thérapie a un début et une fin

Le titre de ce paragraphe paraît aller de soi mais dans le milieu de la psychiatrie adulte, cette perspective semble difficilement réalisable. Les patients accueillis à l'atelier d'art-thérapie présentent des pathologies dites « lourdes » et présentent pour certains un passé jalonné d'institutions psychiatriques. Ces personnes ont été pour ainsi dire psychiatisées et chronicisées, c'est-à-dire que leur pathologie a pris le dessus dans leur vie quotidienne et que tout l'environnement social de la personne s'est construit autour de cela. Il semble donc extrêmement difficile pour ces personnes d'appréhender une fin de prise en charge, quelle qu'elle soit, puisque leur vie quasiment toute entière est une prise en charge. Cette vision semble assez mortifère mais elle est au contraire une réalité de terrain constatée sur laquelle il est nécessaire de ne pas fermer les yeux d'une part, et de s'interroger d'autre part. Si l'institution a pour vocation de soigner la personne, c'est dans un seul et unique but : que ce dernier puisse réintégrer la vie sociale « normale », c'est-à-dire hors institution. Or, des enjeux économiques se greffent à cette vision utopique du soin. Actuellement, et il s'agit là d'une position de critique et non pas critique, la santé mentale doit avoir pour autre objectif, non plus le soin, mais également la rentabilité. Cette rentabilité peut être obtenue de différentes manières. La première consisterait à rendre fou plus de personnes afin d'avoir un « apport régulier » de patients. Pour cela, les médias s'en chargent... La deuxième et celle que nous constatons plus sérieusement (et malheureusement), est celle consistant à « fidéliser le client ». Cette « méthode » se met en place insidieusement par plusieurs mesures toutes plus ridicules les unes que les autres. Pour commencer, le temps de prise en charge qui ne doit pas excéder une certaine limite, qui une fois franchie, fait que l'institution ne gagne plus assez d'argent. Cette constatation amène parfois à des situations qui pourraient être qualifiées de burlesques, si elles n'étaient pas dramatiques, et qui consistent à renvoyer chez eux des patients non stabilisés, c'est-à-dire susceptibles de passer à l'acte ou en jargon plus psychiatrique, de décompenser. Une décompensation qui entraînera une nouvelle prise en charge et donc un nouvel apport financier. La qualification et la quantification des soins vont aussi dans ce sens de la rentabilité des institutions publiques hospitalières. L'accompagnement, la « prise en charge », doit maintenant n'être qu'une série de soins quantifiés, pouvant entrer dans des statistiques qui permettront d'attribuer des budgets

supplémentaires aux institutions présentant un intérêt en termes d'investissements financiers. Une fois de plus, il me semble, et c'est la position éthique voire politique que je défends, que ces enjeux financiers n'ont rien à faire dans le domaine de la santé, et plus encore de la santé mentale. Une relation d'aide avec un être humain ne ressemble à aucune autre, et cela par définition. Si chaque être humain est unique, l'accompagnement de l'être humain malade l'est tout autant. Ainsi, il est nécessaire de ménager un temps singulier pour chaque patient pris en charge et de prendre en compte ce temps qui, une fois respecté, permet à la personne de devenir autonome, c'est-à-dire non dépendante à l'institution de « soins » psychiatriques.

c- L'art-thérapeute doit penser au devenir de son patient

L'art-thérapeute, par la place particulière qu'il occupe au sein de l'équipe de soins pluridisciplinaires, a la nécessité de s'inscrire dans un réseau. Ce réseau de travail doit être composé d'un carnet d'adresses de différentes institutions et de différents professionnels aptes à répondre à un changement de demande de la part de son patient. Comme nous l'avons vu, le suivi art-thérapeutique n'a pas vocation, d'un point de vue éthique, à s'éterniser, mais au contraire à ce que la personne malade puisse se réintégrer de la manière la plus rapide possible à la vie sociale. Mais cette réintégration doit se faire de façon progressive, afin de ne pas déstabiliser inutilement la personne et de faire s'écrouler l'édifice fragile que nous nous serions efforcés de construire ensemble. Au sortir de l'institution psychiatrique, la personne ayant perdu son statut de personne malade au profit de celui de personne (tout simplement), doit pouvoir s'appuyer en cas de besoin sur un réseau de soins et/ou artistique. N'oublions pas que l'art-thérapeute possède la double casquette d'artiste et de thérapeute et que certaines personnes peuvent ressentir la nécessité d'être soutenues de façon psychique mais également dans un projet artistique. La condition *sine qua non* à la réussite d'une réintégration dans la vie sociale, et cela est valable dans d'autres domaines que celui de la santé mentale, est la mise en place d'un réseau à l'extérieur de la vie institutionnelle, prêt à accueillir et soutenir les personnes désinstitutionnalisées. L'art-thérapeute garde bien entendu la porte de son atelier ouverte à toute personne que la société n'aurait pas réussi à accueillir, car c'est malheureusement dans ce sens là que la mécanique sociétale fonctionne.

C- L'art-thérapie est une porte ouverte

1- L'art-thérapie est une porte ouverte aux dérives

a- L'art-thérapeute reçoit une formation théorique spécifique

Comme nous venons de tenter de le démontrer au fil de ce mémoire, l'art-thérapie n'est nullement une pratique ésotérique consistant à soigner les pathologies comme par magie, en faisant de la peinture ou en jouant de la musique. L'art-thérapie est une discipline à part entière et l'art-thérapeute doit donc recevoir une formation spécifique. Cette formation doit être à la fois théorique et pratique et doit porter à la fois sur l'art et sur le soin. La prise en charge de patients souffrant de pathologies, quelles qu'elles soient, doit être réfléchie et comporter des modalités spécifiques. L'action d'une personne, professionnelle de santé, auprès de ces personnes en souffrance a nécessairement des répercussions. Si l'accompagnement art-thérapeutique n'est pas toujours efficace, nous attendons au moins de celui-ci qu'il ne soit pas néfaste et qu'il ne détériore d'aucune manière l'état de santé du patient. Or, toute personne bien intentionnée n'est pas toujours clairvoyante avec cette conception pourtant évidente du soin. Il faut être conscient qu'une prise en charge quelle qu'elle soit comporte des risques et être donc préparé au mieux pour anticiper les répercussions négatives éventuelles de notre intervention auprès du patient. Une formation rigoureuse, tant d'un point de vue pratique que théorique est donc obligatoire pour toute personne souhaitant porter la qualification d'art-thérapeute.

b- L'art-thérapeute expérimente la pratique de l'art-thérapie

Comme nous venons de le dire, l'art-thérapeute, en plus de recevoir une formation théorique spécifique, doit nécessairement recevoir une formation pratique. Cette formation pratique, permet à l'apprenti art-thérapeute de confronter ses acquis théoriques à la réalité de terrain, et de saisir l'intérêt de sa formation théorique. Nous observons toujours au premier abord un décalage énorme entre la théorie et la pratique et nous sommes souvent déroutés par ce décalage, ne comprenant pas réellement comment un tel décalage va pouvoir se combler. Mais ce que nous ne comprenons que plus tard, c'est que justement ce décalage ne doit pas être comblé. Chaque être humain est unique et donc chaque relation thérapeutique est nécessairement unique. La théorie a pour principe d'être générale. Elle ne peut pas se permettre d'être individuelle. La confrontation avec la pratique nous apprend pourtant qu'une théorie doit être posée pour chaque patient et que la théorie générale ne correspondra jamais tout à fait à la personne que nous aurons en face de nous. Bien plus qu'une approche théorique, l'art-thérapie est donc avant tout empirique et s'acquière par la pratique. La théorie a l'avantage indéniable de nous apporter un langage commun que nous nous devons d'adapter à chaque cas. Il y a bien évidemment des points communs dans certaines prises en charge et des spécificités liées à la population accueillie. Cependant, la formation théorique ayant pour

vocation de couvrir tous les types de pathologies et de domaines artistiques, c'est à l'art-thérapeute d'adapter la théorie aux spécificités du domaine dans lequel il entend exercer.

c- L'art-thérapeute est compétent dans des domaines spécifiques

L'école de Tours a pour particularité de ne pas proposer de formation spécialisée (en musique, en théâtre ou en arts plastiques par exemple) dans la formation de deux ans en art-thérapie (hors stages de spécialisations proposés régulièrement par l'AFRATAPEM). Or, les personnes qui reçoivent cette formation viennent tous d'horizons différents et possèdent donc tous des compétences différentes dans des domaines artistiques différents (puisque c'est de cela dont il est question ici). Même s'il est vrai qu'au sortir du diplôme universitaire de Tours, nous sommes art-thérapeutes, nous précisons notre dominante artistique, c'est-à-dire ce qui caractérise notre champ de compétence. L'honnêteté de l'art-thérapeute est d'informer son patient potentiel sur ses compétences artistiques, en étant bien conscient qu'il se peut que lors de certaines séances, des phénomènes associés peuvent apparaître, c'est-à-dire des domaines artistiques différents non prévus auxquels l'art-thérapeute doit s'adapter de façon professionnelle. Aucun art-thérapeute ne possède aucune spécialisation. Cela signifierait que l'art-thérapeute qui n'a pas de dominante est compétent dans tous les domaines artistiques, ce qui paraît peu plausible. L'art-thérapeute doit être honnête avec ce qu'il est capable d'apporter à la personne d'un point de vue artistique. Dans le même registre, les art-thérapeutes ont tous reçu une formation universitaire préalable dans des domaines différents, que ce soit l'art, la philosophie, la psychologie, la biologie, etc. Il importe donc à l'art-thérapeute non spécialisé dans un domaine du soin de se former, de se documenter sur le champ de la santé qui l'intéresse. Travailler dans un service de psychiatrie ne nécessite pas les mêmes apports théoriques, les mêmes connaissances que travailler dans un service de rééducation fonctionnelle ou encore en oncologie. L'art-thérapeute doit acquérir un langage propre au domaine dans lequel il entend exercer, tant d'un point de vue artistique que thérapeutique et c'est là faire preuve de compétence et plus encore d'honnêteté que de reconnaître qu'il y a des domaines dans lequel l'art-thérapeute n'est pas compétent.

2- L'art-thérapie est une porte ouverte à l'écoute

a- L'atelier d'art-thérapie doit être un lieu d'accueil

Lieu de rencontre entre le monde artistique et le monde psychiatrique, l'atelier d'art-thérapie doit avant tout être un lieu d'accueil. L'accueil et le départ sont de moins en moins valorisés et de moins en moins pensés dans les institutions psychiatriques. La prise en

charge doit être une suite de soins délivrés à la personne, avec éventuellement un « bonjour » et un « au revoir » avant et après ces soins. Ceux qui considèrent le soin psychique de la sorte n'ont sans doute pas réellement cerné la particularité du soin en général, qui nécessite une part très importante de relationnel, et du soin psychiatrique en particulier, qui est basé essentiellement sur cette dimension relationnelle. L'étymologie du mot accueil est triple : il s'agit de « cueillir », de « choisir » et de « rassembler ». Souvent, l'accueil se fait sur le pas de porte, sur le seuil qui est une frontière. Il s'agit au fond, comme au temps du traitement moral de Philippe Pinel, de cueillir des personnes, des symptômes, des signes, bref de classer puis d'orienter, donc de choisir ceux qui iront dans telle ou telle structure, c'est-à-dire ceux qu'on exclura en les incluant, ceux qu'on rassemblera en « groupes homogènes ». Cueillir, choisir, rassembler. Nous retrouvons là l'étymologie du mot accueil.⁴¹

L'atelier d'art-thérapie doit se centrer sur le rassemblement, sur la rencontre de l'autre dans sa singularité. Ce lieu d'accueil doit être un lieu d'échanges qui doit rassembler plutôt que diviser. Chacun vient avec ce qu'il est et est accueilli comme il est, dans une ambiance si possible conviviale. Pourquoi rendre un lieu de soins aseptisé, alors qu'il peut être un lieu communautaire à part entière où des personnes malades et des personnes non malades se rencontrent ? L'accueil permet de cueillir le moment présent, de choisir une manière d'être au contact de l'autre et de rassembler. Voici l'étymologie du mot accueil que nous devons retrouver.

b- L'art-thérapeute doit accepter la « non-production »

Au temps où la prise en charge dans les établissements de santé mentale doit être rentable et où le travail effectué doit pouvoir être quantifié, il me semble que l'art-thérapeute doit adopter une posture bien spécifique. Nombre d'institutions insistent sur le fait qu'elles sont ouvertes aux « thérapies nouvelles », dont l'art-thérapie fait partie. Mais bien souvent, ces thérapies nouvelles constituent la vitrine des institutions de soins. L'art-thérapeute doit donc profiter lorsqu'il le peut de cette position privilégiée au sein de l'institution pour préserver des espaces et des temps non institutionnalisés. Des espaces et des temps qui doivent échapper au contrôle exercé par les institutions. En cela, ces espaces et ces temps seraient au-delà ou en deçà des dispositifs et des techniques de pouvoir, dans l'angle mort du « *panoptique* » (Foucault, p. 233), pour reprendre à Michel Foucault sa vision de

⁴¹ Concernant l'accueil en milieu de soins, nous invitons le lecteur à se référer à l'article de DIGONNET, E., LEYRELOUP, A.-M., FRIARD, D. et RAJABLAT, M. (1998). *Faire en soi une place à l'autre*. Intervention de SERPSY aux deuxièmes rencontres d'Angers « Autisme et psychose à travers les âges ». <http://www.serpsy.org/accueillir/seuil.html>

l'institution.⁴² Ainsi, alors que tout pousse l'art-thérapeute à faire produire ses patients, je pense au contraire que celui-ci ne doit pas brusquer ce temps de production, mais doit au contraire permettre au patient de prendre le temps nécessaire à son implication dans le processus de création artistique. Si un patient ne produit pas tout de suite une œuvre, ce n'est pas grave. Si un patient ne produit pas d'œuvre, cela ne veut pas nécessairement dire que la prise en charge en art-thérapie est contre-indiquée. Cela peut vouloir tout simplement dire que la personne n'a pas les mêmes attentes que celles parfois imposées par l'institution. Si ses attentes sont du côté de l'implication émotionnelle et relationnelle, doit-on, sous prétexte de non-production, mettre une barrière supplémentaire dans son parcours de vie ? N'oublions pas que si l'art-thérapeute travaille avec l'art, il travaille surtout avec et pour l'être humain.

c- L'art-thérapeute doit apprivoiser le temps

La mise en place d'une stratégie thérapeutique et surtout l'instauration d'un climat de confiance nécessite un temps que nous ne pouvons pas anticiper ou réduire. Ce temps est unique pour chaque personne. Vouloir aller, permettez-moi l'expression que je trouve appropriée, « plus vite que la musique », n'est pas possible dans le domaine de la santé mentale, sous peine de répercussions, n'ayons pas peur des mots, désastreuses. Comme le souligne si justement Philippe Chavaroche, le rapport au temps, chez certains patients aux pathologies mentales dites « lourdes », est très « compliqué » (excusez cet euphémisme social...). Vouloir obtenir des résultats coûte que coûte sans prendre en compte cette dimension temporelle à respecter, c'est oublier, ou ignorer, le « fonctionnement » de la pathologie mentale en général, et de la psychose en particulier. Pour investir les soins et la relation à l'autre, le patient a besoin de continuité, bref, d'un temps linéaire et continu, d'une vie quotidienne qui, par définition, ne s'arrête pas. *« Ils vivent, pour la plupart, dans une grande précarité et le quotidien, dans la reproduction inexorable de ses cycles, en particulier l'alternance du jour et de la nuit, oppose à ces angoisses de ne plus continuer à vivre dans l'instant, un temps qui va venir, et puis un autre temps et puis encore un autre... N'est-ce pas ce que certains viennent vérifier en permanence auprès de nous en nous demandant inlassablement si tel événement attendu va se produire [...] ? »*⁴³ (P. Chavaroche, p. 62).

⁴² Voir à ce sujet le chapitre III (p. 228 - 264) intitulé « Le panoptisme » où Michel Foucault reprend l'idée du *panopticon* de Bentham. FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard (2009 pour la présente édition).

⁴³ In DELION, P. (2004). *Chronicité et Quotidienneté avec les adultes lourdement handicapés*, extrait de « La chronicité en psychiatrie aujourd'hui ». Ramonville Saint-Agne : ERES.

Cette citation est d'une étonnante vérité ! Cela me rappelle en effet le cas de Julien, qui regarde sa montre en continu et demande lorsque l'atelier va commencer et qui rappelle à l'ordre celles et ceux qui ne respectent pas l'heure de l'atelier, thérapeute compris (lorsqu'un événement exceptionnel avait rendu impossible le début de l'atelier à l'heure pile). L'art-thérapeute doit respecter le temps social, c'est-à-dire commencer ses séances à l'heure, mais doit également respecter le temps de « mise en route » plus ou moins long selon les personnes et bien sûr le temps de la reconstruction psychique dans laquelle l'art-thérapeute apporte son aide, et qui n'est malheureusement (ou heureusement) pas prédéfini et encore moins évaluable.

3- L'art-thérapie est une porte ouverte sur la vie

a- La fin de l'accompagnement doit être marquée par un rite de passage

Comme nous l'avons évoqué lorsque nous parlions de l'atelier d'art-thérapie comme un lieu d'accueil, l'entrée ainsi que la sortie institutionnelle sont banalisées, et ne font pas l'objet d'une réflexion commune, comme cela devrait être le cas. Nous voyons dans ces espaces, matérialisés concrètement par les seuils (seuils de porte, grilles, etc.), l'occasion de symboliser un changement. Ce changement marquant la fin de l'accompagnement thérapeutique doit symboliser un changement de statut. Les rites de passage, étudiés par le précurseur Arnold Van Gennep,⁴⁴ ont pour but d'opérer un changement de statut. Ces rites ont notamment lieu durant l'adolescence, passage du monde de l'enfance vers celui des adultes, pour signifier un changement de statut au sein de la société. Par analogie, et c'est ici ce que nous proposons comme piste de travail éventuelle dans les institutions de soins psychiatriques, un rite de passage permettrait de passer symboliquement du statut d'individu malade, exclu de la société, à celui d'individu « sain », membre de la société.

Un exemple concret de rite de passage a été réalisé à l'atelier d'art-thérapie du CH Esquirol, sur l'initiative de Brigitte Rozpeczny-Granet : la création d'une fresque sur les murs de l'atelier. L'individu soumis aux rites de passage doit réaliser toute une série d'épreuves qui doivent préparer son passage et le rite à proprement parler. Dans l'exemple de la fresque, cette série d'épreuves a été la mise en place du projet sur papier, les commandes de matériel nécessaire à la réalisation, la préparation du mur à peindre, etc. Cette série d'épreuves a permis la peinture de la fresque, rite de passage à proprement parler. Cette peinture murale a la particularité de s'inscrire concrètement, c'est-à-dire de laisser une trace altérable dans le

⁴⁴ VAN GENNEP, A. (1909). *Les rites de passage*. Paris : Picard (1992 pour la présente édition).

temps, dans la réalité. Cette trace concrète est extrêmement importante car elle permet à la personne d'inscrire son histoire de vie dans une suite d'événements. « *J'ai vécu des difficultés qui m'ont fait passer par l'institution psychiatrique et l'atelier d'art-thérapie, preuve en est la trace que j'ai laissé sur le mur* ». Cette trace signifie à la fois le passage dans un espace et un temps bien circonscrit, mais signifie également que ce passage a été l'occasion d'une remise en question, d'une avancée, et qu'il a permis de retrouver un sens à la vie. Derrière un acte il y a du sens, c'est l'un des grands apports de la psychanalyse (notamment les actes manqués), mais le sens possède plusieurs significations. Le sens signifie quelque chose, veut dire quelque chose, mais le sens oriente. Le rite de passage permet donc de signifier quelque chose et de faire des choix en prenant une direction de vie.

b- L'art-thérapeute doit être disponible en cas de rechute

L'exemple idéal, mais malheureusement rare, serait que le rite de passage marquant la fin de l'accompagnement thérapeutique soit une fin définitive, ce qui signifierait que la personne est devenue entièrement autonome et n'aurait plus besoin d'aucun soutien d'aucune sorte. La réalité de terrain est souvent différente, sans doute conditionnée par l'évolution actuelle de la société et la politique concernant la place réservée aux êtres humains différents, vision pas si éloignée que ça de la place qui leur était réservée à l'époque du Grand Renfermement.⁴⁵ Les directeurs d'institutions ne sont toutefois plus nommés à vie et n'ont pas, comme cela était prévu par le décret royal de Louis XIV en 1656, « *tout pouvoir d'autorité, de direction, d'administration, commerce, police, juridiction, correction et châtement* »⁴⁶ sur leurs patients. Mais si les méthodes ont changé, les intentions sont restées les mêmes. Les objectifs de l'Hôpital Général de Paris pour lequel était rédigé ce décret n'avaient rien de médicaux. Il s'agissait en réalité d'un instrument du pouvoir pour contrôler les mendiants, les malades mentaux et les invalides qui hantaient à l'époque les rues de Paris. C'est une réalité cruelle mais malheureusement toujours d'actualité. Les personnes atteintes de maladies mentales sont bien souvent désocialisées, comme nous l'avons déjà évoqué à de nombreuses reprises, en raison de la non-acceptation par la société de la différence de l'autre. L'institution psychiatrique semble encore être aujourd'hui l'ultime recours pour les individus, et croyez que je suis navré de devoir le formuler de la sorte, indésirables. Ainsi, la société n'étant pas toujours prête à accueillir un nouveau membre, les différents professionnels de

⁴⁵ FOUCAULT, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard (1976 pour la présente édition).

⁴⁶ Décret de fondation à Paris de l'Hôpital Général.

santé, incluant l'art-thérapeute, doivent s'attendre à voir ressurgir d'anciens patients « guéris », mais malheureusement (alors que nous devrions nous en enchanter) pas de leur différence.

c- L'art-thérapie s'arrête lorsque l'être humain redevient libre de faire des choix

Dans la première partie de ce mémoire nous définissons la liberté comme la capacité à faire des choix. Cette incapacité à faire des choix, dans le cadre des barrières physiologiques, psychologiques et sociales, rendait l'être humain aliéné à sa pathologie. C'est dans ce cadre précis de souffrance et d'entrave à l'autonomie qu'une aide art-thérapeutique prenait du sens. Le processus de création artistique et la stratégie thérapeutique mise en place par l'art-thérapeute doit amener la personne en souffrance à effectuer des choix esthétiques, puisque celle-ci est aux prises avec un idéal esthétique retrouvé, c'est-à-dire un équilibre entre le fond et la forme de l'œuvre artistique. Le but de l'art-thérapeute, comme nous l'avons déjà dit, n'est pas d'éradiquer la pathologie mentale, si tant est que cela puisse être possible, mais de faire en sorte que la personne, malgré sa pathologie, puisse être autonome dans sa vie quotidienne. C'est par extrapolation à la vie quotidienne que l'accompagnement art-thérapeutique prend son sens, lorsque les choix esthétiques deviennent des choix de vie.

S'il ne devait y avoir qu'un seul objectif thérapeutique, ce serait celui-là : que la personne retrouve sa totale autonomie et puisse se réintégrer dans la société. L'art-thérapie n'est pas une thérapie sans fin, comme cela est parfois le cas de certaines thérapies, mais atteint ses limites lorsque la personne (re)devient apte à faire des choix, libres et éclairés, et qu'elle retrouve alors sa pleine autonomie, physique, psychique et sociale, synonyme, afin de boucler la boucle, de bonne santé.

Conclusion

Nous avons essayé tout au long de ce mémoire de définir quelle était la mission que se fixait l'art-thérapeute afin de définir son champ de compétence. Pour définir cette mission, il nous a été nécessaire de distinguer l'art-thérapeute des autres intervenants avec qui celui-ci peut-être amalgamé. Ainsi, nous avons été amenés à faire la distinction avec la psychothérapie à médiation artistique ainsi qu'avec l'artiste en milieu de soins. En art-thérapie, ce n'est pas la personne qui est au service de l'art, mais l'art qui est au service de la personne. L'art-thérapeute utilise l'art comme moyen d'expression privilégié.

Toutefois, bien que présentée dans ce mémoire sous une forme attractive et pouvant laisser croire que l'art-thérapie est une thérapie miracle, il nous semble nécessaire de clairement énoncer les choses de la sorte : l'art-thérapie ne guérit pas. Il ne s'agit pas d'un soin tel qu'un soin médical. L'art-thérapeute ne traite pas la pathologie d'une personne, mais travaille, comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, avec « *la partie saine du patient* », en ce sens qu'il tente de redonner au patient son statut de personne (qui aime, choisit, décide et se projette). Ainsi, l'art-thérapie s'adresse à la personne dans sa globalité. Cela comprend la sphère physique, neurologique, cognitive, psychomotrice, émotionnelle et relationnelle de la personne.

L'art-thérapeute possède un savoir-faire technique portant sur le champ de l'art, comme sur celui du soin. Il a suivi une formation d'art-thérapie lui permettant d'avoir à sa disposition une palette d'outils théoriques, dont il est à même de comprendre les tenants et les aboutissants, et de les adapter en fonction de la population avec laquelle il travaille.

Ainsi, nous avons déjà évoqué le fait que nous n'avons pas utilisé certains outils évaluatifs, notamment le BAT* spécifique à l'école de Tours, dans sa forme écrite pouvant donner lieu à un dépouillement statistique, destiné à une visualisation rapide et tangible de l'évolution pour tous les membres de l'équipe. Bien que l'évaluation fasse partie de n'importe quel projet de soins, elle ne peut se formaliser de la même manière en fonction de la population rencontrée. Nous avons soulevé l'idée qu'il était compliqué pour certains patients chronicisés par l'institution psychiatrique (plus que par leur pathologie mentale) de s'inscrire dans un travail basé sur la rédaction d'une fiche auto-évaluative. Mais il s'agit bien là d'une argumentation valable par rapport à un groupe particulier, dans un domaine spécifique, ainsi que sur une durée limitée précisée. Cela aurait bien entendu pu être pensé différemment, en fonction du

contexte et des objectifs thérapeutiques, qui impliquent des moyens adaptés, y compris évaluatifs, afin de permettre la réalisation de ces objectifs.

Il est bien entendu que chaque art-thérapeute a un mode de fonctionnement relationnel particulier, dépendant de sa personnalité. Il est un être humain travaillant avec un autre être humain. La dimension relationnelle est donc au premier plan dans le travail art-thérapeutique. L'art-thérapie n'est pas une science mais elle tend à objectiver au maximum la subjectivité des séances afin de pouvoir évaluer le bien-fondé même de ces séances d'art-thérapie. La question serait alors de savoir si l'art-thérapie sans résultat « thérapeutique » serait de l'art-thérapie. Ce questionnement peut notamment être abordé à propos de patients atteints de troubles sévères ou de handicaps mentaux lourds. L'atelier d'art-thérapie peut-il seulement être un lieu de plaisir ou peut-on envisager que celui-ci puisse « simplement » être un lieu repère pour certains patients dans l'impossibilité d'accéder à une certaine forme d'autonomie ? Et le simple fait de se rendre à l'atelier d'art-thérapie n'est-il déjà pas une forme de réinsertion dans le social en affirmant un choix, celui de se rendre à l'atelier d'art-thérapie ?

Afin de conclure ce travail, j'aimerais m'appuyer sur un article de Françoise Molénat, hommage à Jean-Luc Graber,⁴⁷ qui insiste sur l'évolution actuelle du soin, notamment en psychiatrie. Nous assistons, avec l'idée de rendement qui s'associe de plus en plus au milieu du soin psychiatrique, à une « psychologisation » de la rencontre avec le patient. L'idée véhiculée actuellement dans le soin n'est pas celle de l'établissement d'un lien relationnel. Les soins doivent être quantifiés, évaluables et si possible concis, afin d'être rentables. Dans cette perspective du soin, la dimension humaine semble laissée de côté. Il faut soigner. Chaque intervenant est pris dans cette nouvelle dynamique du soin qui semble pourtant antinomique avec le soin psychiatrique, où le rapport au temps, lié à certaines pathologies et à l'enfermement, est différent. Le soin psychiatrique n'est pas une affaire de quelques jours, mais parfois de toute une vie. Il ne s'agit pas d'enlever quelque chose à la personne, comme cela est le cas lors d'une opération chirurgicale, mais il faut que la personne apprenne à vivre avec cette chose qui la fait souffrir. Le soin est privilégié au détriment du « lien humain » que chaque intervenant peut avoir avec un patient. J'emprunte à Brigitte Rozpeczny-Granet les mots dont une patiente lui a fait part : « *à l'hôpital, on m'a soigné mais on n'a pas pris soin*

⁴⁷ MOLENAT, F. (2004). *Au croisement des espaces transitionnels*, in GRABER, J-L. *L'enfant, la parole et le soin*. Paris : Erès.

de moi ». Ce que j'ai essayé tant bien que mal de faire transparaître à travers ce mémoire, c'est que chacun a un rôle à jouer dans la relation thérapeutique avec le patient. Se retrancher derrière un savoir psy peut être moins angoissant pour un professionnel de santé, mais peut aboutir à un « délaissement » de la subjectivité. Si un savoir psy est posé, par exemple sous forme d'un diagnostic, envisagé comme figé et irréductible, cela peut inciter l'individu à ne pas réfléchir et à ne pas subjectiver ses conduites.

Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire est porteur de soins psychiques. En effet, à la fin d'une prise en charge, personne n'est capable de dire si c'est le travail psychothérapeutique qui a été plus important que le travail scolaire, art-thérapeutique ou rééducatif. Tout d'abord, cela n'aurait aucun sens et reviendrait à réduire la dimension psychique de l'individu à une somme d'éléments sans corrélation entre eux. Or, il est bien évident que la sphère cognitive est liée à la sphère émotionnelle, qui sont elles mêmes liées à la sphère sociale, et ainsi de suite. Ensuite, en tant que clinicien,* on ne sait pas. Le sujet supposé savoir* a ceci de particulier qu'il ne sait en définitive rien. C'est ce qui à mon sens, fait tout l'intérêt de l'humain en général et de sa dimension psychique en particulier. L'être humain n'est pas une entité figée, déterminée et donc prévisible. Le travail de tout professionnel de santé est un travail hypothétique sur le fonctionnement psychique de l'individu, mais il est avant tout un travail relationnel. Cette dimension relationnelle est en train de disparaître sous couvert de soigner rapidement. Mais dans cette société où tout va toujours de plus en plus vite, n'est-il pas nécessaire de prendre le temps ? Le temps de la parole et le temps de l'écoute ne peuvent pas et ne doivent pas aller dans le sens de cette évolution sociétale et qui, dans le domaine de la psychiatrie, serait une involution. L'art-thérapeute a bien sûr une part de responsabilité dans cette affaire, car c'est à lui, tout autant qu'un autre, de faire respecter la dimension psychique de l'individu dans les institutions de soins.

L'art-thérapie doit permettre d'apporter un regard nouveau sur la personne et non plus sur la pathologie qui caractérise cette personne, comme la mouvance actuelle du soin tend à le faire. Elle doit permettre à l'être humain d'être et de rester au centre des préoccupations institutionnelles.

Bibliographie

- ARENDT, H. (1958). *The Human Condition*. Chicago : University of Chicago Press.
- BESANÇON, G. (1993). *Manuel de psychopathologie*. Paris : Dunod.
- BLEGER, J. (1967). *Symbiose et ambiguïté*. Paris : PUF (1985 pour la présente édition).
- BRISSON, L. (1999). *Platon. Le Banquet*. Paris : Flammarion.
- CHAMBRY, E. (1982). *Platon. La République. Tome VII, 2^{ème} partie. Livres VIII-X*. Paris : Les belles lettres.
- Code de déontologie art-thérapeutique, validé par le conseil d'administration de l'AFRATAPEM le 14 mai 2007.
- CONCHE, M. (2003). *Épicure. Lettres et Maximes*. 7^{ème} édition « Epiméthée ». Paris : PUF.
- DELION, P. (2004). *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui*. Ramonville Saint-Agne : ERES.
- DIGONNET, E., LEYRELOUP, A.-M., FRIARD, D. et RAJABLAT, M. (1998). *Faire en soi une place à l'autre*. Intervention de SERPSY aux deuxièmes rencontres d'Angers « Autisme et psychose à travers les âges ». <http://www.serpsy.org/accueillir/seuil.html>
- DSM-IV TR (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction française par GUELFY, J. et al. Paris : Masson.
- DUBUFFET, J. (1967). *Prospectus et tous écrits suivants*. Paris : Gallimard (1995 pour la présente édition).
- FORESTIER, R. (2000). *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^{ème} édition augmentée. Lausanne : Favre.
- FORESTIER, R. (2007). *L'évaluation en art-thérapie. Pratiques internationales*. Paris : Elsevier Masson.
- FOUCAULT, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard (1976 pour la présente édition).
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard (2009 pour la présente édition).
- FREUD, S. (1894-1924). *Névrose, psychose et perversion*. Traduction française par LAPLANCHE, J. Paris : PUF (2010 pour la présente édition).

- FREUD, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF (2005 pour la présente édition).
- FREUD, S. (1913). *Totem et Tabou*. Paris : Payot (2004 pour la présente édition).
- FREUD, S. (1914). « Pour introduire le narcissisme ». *La vie sexuelle*. Paris : PUF (1972 pour la présente édition).
- FREUD, S. (1923). *Le moi et le ça*. Paris : Payot (2010 pour la présente édition).
- HUSSERL, E. (1907). *L'idée de la phénoménologie*. Paris : PUF (1992 pour la présente édition).
- IONESCU, S., JACQUET, M.M., LHOTE, C. (2005). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.
- KAËS, R. (1994). *Les voies de la Psyché. Hommage à Didier Anzieu*. Paris : Dunod.
- KLEIN, J-P. & VIARMÉ, E. (1997). « Sensorialité et Culture : la vue et l'ouïe dans leurs sens multiples ». *Art et thérapie 60/61*. Paris : Art thèmes.
- MAUSS, M. (1947). *Manuel d'ethnographie*. Paris : Payot (1971 pour la présente édition).
- GRABER, J-L. (2004). *L'enfant, la parole et le soin*. Paris : Erès.
- MOREL, P.-M. (2009). *Épicure. Lettre à Ménécée*. Paris : GF Flammarion.
- Organisation Mondiale de la Santé (1992). *CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic*. Paris : Masson.
- PELLEGRIN, P. (1990). *Aristote. Les politiques*. Paris : GF Flammarion.
- Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé. New York, 19-22 juin 1946. Signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats (Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- ROBERT, P. (2011). *Le Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Robert.
- SARTRE, J.-P. (1943). *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris : Gallimard.
- SILBERMANN, A. (1968). *Les principes de la sociologie de la musique*. Genève : Droz.
- SPINOZA, B. (1677). *Ethique*. Paris : Gallimard (1994 pour la présente édition).
- THIBAUT, F. (2007). *Données génétiques de la schizophrénie*, *Psychiatrie*, 37-285-A-16. Paris : Elsevier Masson SAS.

- VAN GENNEP, A. (1909). *Les rites de passage*. Paris : Picard (1992 pour la présente édition).
- WEINGARTEN, G., *Pearls Before Breakfast*, The Washington Post, 8 avril 2007.

Annexes

I- Récapitulatif des figures

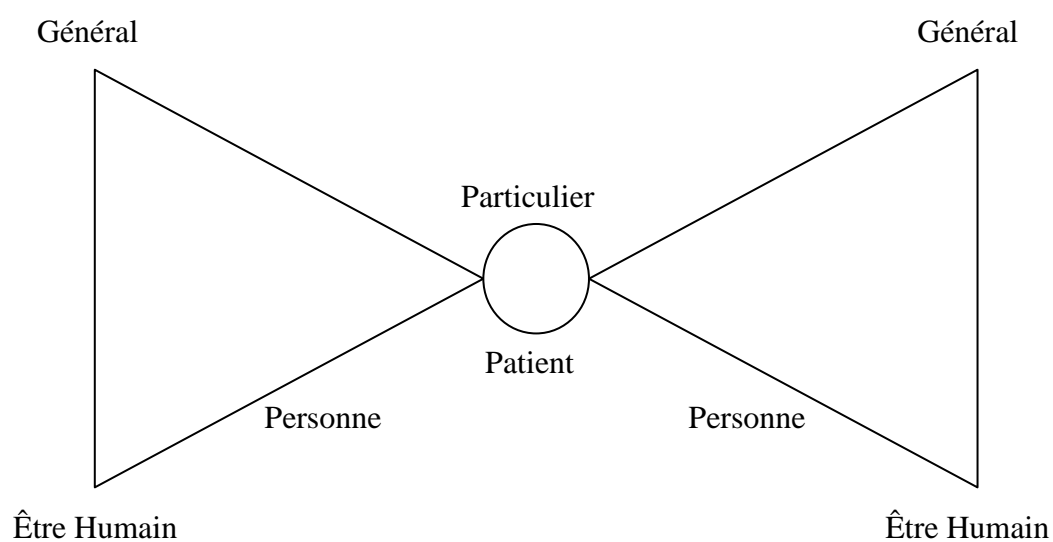


Figure 1 : forme générale du mémoire

	Névrose	Psychose	Perversion	Etat-Limite ou Borderline
Définition	Affection psychiatrique qui se caractérise par des troubles du comportement dont le malade est conscient mais qu'il ne peut dominer.	Maladie mentale qui se caractérise par une altération profonde de la personnalité et des fonctions intellectuelles, sans que le malade ait conscience de son état.	Organisation psychique qui utilise un mode relationnel permettant d'assouvir ses pulsions par l'action au dépend de l'autre, sans pour autant ressentir de culpabilité.	Trouble de la personnalité qui s'exprime par des humeurs changeantes, des relations humaines délicates, un manque de confiance en soi et des comportements auto-agressifs.
Types	Obsessionnelle, hystérique, traumatique, phobique, d'angoisse.	Aiguë (bouffée délirante, mélancolie, psychose maniaco-dépressive, etc.) ou chronique (schizophrénie, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, etc.).	Perversions sexuelles (paraphilies), perversion narcissique.	
Caractéristiques	Angoisse de castration. Troubles de l'activité et de l'émotivité.	Angoisse de mort, angoisse de morcellement.	Manipulation, déni de l'altérité.	Angoisse de perte d'objet. Sentiment de vide, dévalorisation, automutilation, conduites à risque, intolérance à la frustration, fragilité narcissique, etc.
Mécanismes de défense	Refoulement, déplacement, identification, condensation, sublimation, intellectualisation, formation réactionnelle, formation substitutive, etc.	Déni, clivage, identification projective, projection, etc.	Déni, clivage, identification projective, etc.	Clivage, déni, idéalisation, identification, projection, etc.
Symptomatologie	Angoisses, phobies spécifiques, obsessions, fatigue, amnésies totales ou partielles, difficultés de concentration, agressivité, etc.	Hallucinations, dissociation de la personnalité, discours désorganisé, idées délirantes, etc.	Comportement anti-social, conduites sexuelles déviantes (sadisme, masochisme, exhibitionnisme, voyeurisme, etc.)	Instabilité des relations interpersonnelles, Impulsivité marquée, conduites auto-agressives, colères irrationnelles, etc.
Traitements médicamenteux	Anxiolytiques (benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques) Hypnotiques (barbituriques, benzodiazépines).	Antipsychotiques ou neuroleptiques atypiques, Normothymiques ou thymorégulateurs.		Antidépresseurs, neuroleptiques, stabilisateurs d'humeur (anxiolytiques généralement proscrit)

Figure 2 : tableau récapitulatif des troubles mentaux

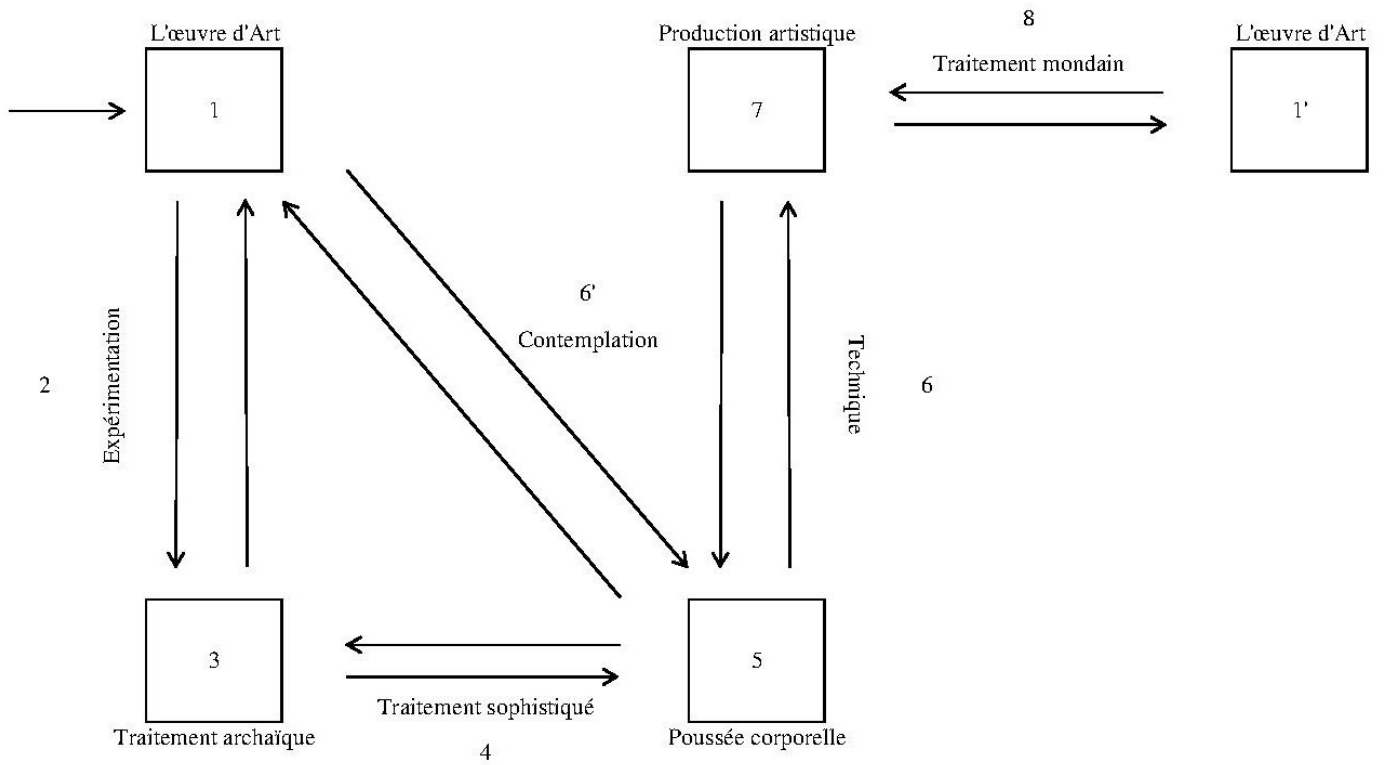


Figure 3 : schéma de l'opération artistique

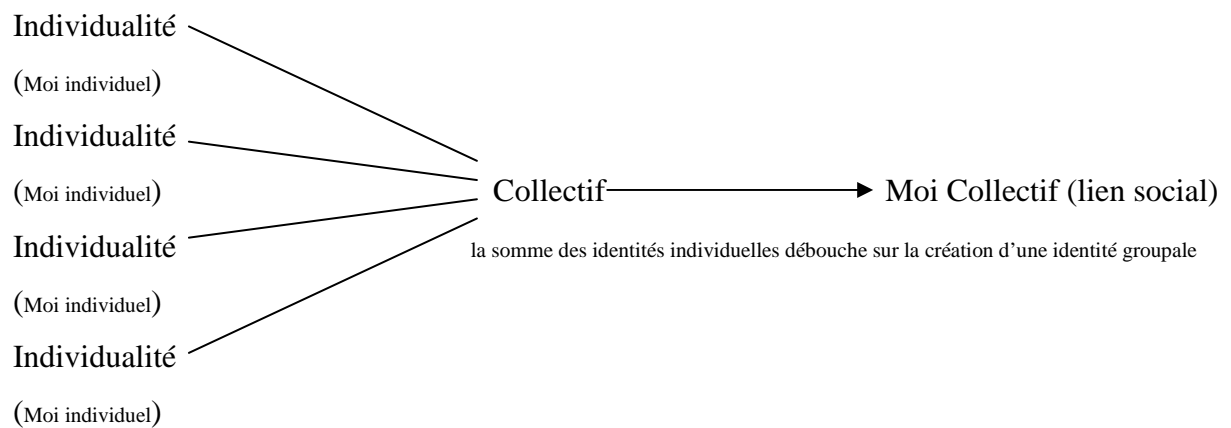


Figure 4 : Conception de l'atelier musique

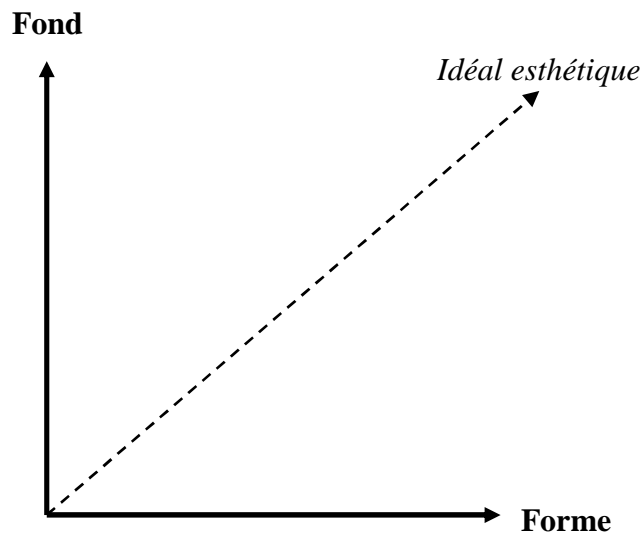


Figure 5 : Rapport fond/forme : l'idéal esthétique

II- Code de déontologie art-thérapeutique

AFRATAPEM

Loi 1901, créée en 1976

Code de déontologie validé à Saint-Cyr sur Loire le 14 mai 2007 par le Conseil d'Administration de l'AFRATAPEM.

TITRE I - Devoirs généraux de l'art-thérapeute

Article 1 : L'Art-thérapeute au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa profession dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

Article 2 : L'Art-thérapeute doit en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de l'Art-thérapie.

Article 3 : Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose aux art-thérapeutes dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de l'art-thérapeute dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce que l'art-thérapeute a vu, entendu ou compris.

Article 4 : L'art-thérapeute doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son art-thérapeute. L'art-thérapeute doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Article 5 : L'art-thérapeute ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers le patient.

Article 6 : L'art-thérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; l'art-thérapeute doit soit participer à des activités à caractère scientifique agréées par une autorité scientifique reconnue soit participer aux actions de la formation continue de l'AFRATAPEM pour un minimum annuel de vingt-deux heures, soit participer à toute autre activité à caractère scientifique orientée vers l'Art-thérapie agréée par l'AFRATAPEM.

Article 7 : Lorsque l'art-thérapeute participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, l'art-thérapeute ne doit faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public.

Article 8 : L'art-thérapeute doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte et propos de nature à déconsidérer celle-ci.

Article 9 : L'art-thérapeute est sous l'autorité médicale ou par défaut sous l'autorité institutionnelle de l'établissement accueillant le patient. Dans le cas de clientèle libre, l'art-thérapeute fera le nécessaire pour se mettre sous l'autorité médicale.

Article 10 : L'art-thérapeute pourra transmettre des synthèses et des bilans thérapeutiques à l'autorité médicale compétente. L'art-thérapeute doit en informer le patient et expliquer, si nécessaire, le contenu des documents transmis. Si le patient est un mineur ou un patient protégé, l'art-thérapeute a les mêmes devoirs envers son représentant légal.

TITRE II - Devoirs envers les patients

Article 11 : Dès lors que l'art-thérapeute a accepté de répondre à une demande, l'art-thérapeute s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Article 12: L'art-thérapeute doit à la personne qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur les soins. Si le patient est un mineur ou un patient protégé, l'art-thérapeute a les mêmes devoirs envers son représentant légal.

Article 13: L'art-thérapeute doit proposer un soin adapté à l'état physique ou psychique du patient et ne présentant pas un caractère manifeste de dangerosité. Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Article 14: Lorsque l'art-thérapeute discerne qu'un patient est victime de sévices ou de privations, tous les moyens adéquats doivent être mis en œuvre pour le protéger, en faisant preuve de prudence et de circonspection. Sauf circonstances particulières, une alerte peut être envisagée auprès des autorités médicales, administratives ou judiciaires soumises au secret professionnel.

L'art-thérapeute ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.

Article 15: Hors le cas où l'art-thérapeute manquerait à ses devoirs d'humanité, l'art-thérapeute a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. Si l'art-thérapeute se dégage de sa mission, il doit en avertir le patient ou son représentant légal, l'informer si besoin est, pour sa recherche d'un thérapeute qualifié et il transmet un bilan au thérapeute désigné.

Article 16: Les honoraires ou le salaire de l'art-thérapeute sont déterminés avec tact et mesure, en considérant ce qui se pratique par et pour les professions paramédicales, en tenant compte des soins dispensés ou de circonstances particulières.

En clientèle libre, l'art-thérapeute doit préciser en début de prise en charge thérapeutique et sans ambiguïté les conditions financières du soin.

Article 17: Les productions réalisées par un patient lors des séances en atelier d'Art-thérapie relèvent du secret professionnel. Toutes traces de ces productions et de ces œuvres sont la propriété du patient. Cependant l'utilisation de ces productions ou traces est autorisée uniquement à des fins scientifiques et d'enseignement, et ce, de façon totalement anonyme.

Toute autre utilisation devra avoir le consentement libre, éclairé et écrit du patient ou de son représentant légal.

Article 18 : Si l'art-thérapeute est agréé par la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes, il devra en informer le patient ou son représentant légal ainsi que les autorités dont il dépend.

La seule présentation du code de déontologie art-thérapeutique n'assure pas l'agrément à la guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes.

TITRE III - Rapports avec les médecins, entre les confrères paramédicaux et les étudiants en art-thérapie

Article 19: Les art-thérapeutes doivent entretenir des rapports de bonne fraternité avec les professionnels de la santé.

Article 20 : Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit.

Article 21 : L'art-thérapeute doit respecter l'indépendance et les orientations professionnelles des autres professions médicales et paramédicales et le libre choix du patient.

Article 22 : L'exercice de l'art-thérapie est personnel : chaque art-thérapeute est responsable de ses décisions et de ses actes dans le respect des indications médicales.

Article 23: L'art-thérapeute doit une aide sincère et désintéressée aux étudiants en art-thérapie.

TITRE IV - Clauses particulières

Article 24 : Des membres d'honneur peuvent être acceptés dans la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes selon son règlement.

Article 25: Les membres d'honneur sont proposés par deux parrains membres de la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes. Ils sont élus par le Conseil d'Administration et le Comité d'Éthique de l'AFRATAPEM.

Article 26 : Le membre d'honneur ne peut pas revendiquer le titre d'art-thérapeute agréé par la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes avec la seule élection à la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes.

Article 27 : Peut être membre d'honneur toute personne, qui a œuvré scientifiquement, techniquement, ou moralement au développement de l'Art-thérapie.

Article 28 : Toute personne inscrite à la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes ne respectant pas ce code ou suite à des plaintes reçues et validées par le comité d'éthique perdrait leur agrément à la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes temporairement ou définitivement.

Article 29 : Le comité d'éthique signifiera expressément à l'intéressé la perte de son agrément par la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes.

Article 30 : Le comité d'éthique établira un règlement intérieur de nature à régler son activité.

III- Extraits de la production écrite d'Elisabeth

Ici figurent trois extraits, écrits dans un ordre chronologique, de la production d'Elisabeth.

« Tu t'es tellement tue que tu t'es tuée ! Tu as tué le peu de vie qui tentait encore parfois de poindre en toi.

On t'a écrasée et tu t'es écrasée : chute brutale, capitulation, soumission totale.

Figée sur place, les deux pieds dans la fange, tu as subi les dents serrées la colère rentrée et ils se sont délectés, charognards qu'ils étaient tous, déguisés derrière leur apparente et superbe magnanimité.

Ils se sont bien essuyé les pieds sur la serpillère que pour eux tu étais, ils ont bien lavé leurs mains sales dans l'eau pure de tes larmes qui par flots souvent jaillissaient.

Mais la colère grondait, la guerre couvait, la lave bouillonnait...

Et tes éruptions totalement incontrôlées au lieu de t'amener vers l'issue tant attendue, leur ont permis de te boucler chaque fois un peu plus, un peu plus fort, un peu plus longtemps.

Pour folle chaque fois ils te faisaient passer, et muette chaque fois tu redevenais.

Ainsi tu fonctionnais inexorablement.

A présent tu le sais, quand un épisode trop douloureux se calmait, chaque fois tu le compactais, tu chiffonnais le brouillon de cette tranche de vie qui venait de s'écouler et que tu jugeais forcément ratée, qui plus est, bien méritée car pensais-tu, de ta propre responsabilité !

Au fin fond de ta mémoire endolorie tu le rejetais croyant pouvoir faire plus que l'oublier, l'éradiquer, pour être vraiment sûre d'être encore et encore capable de re-vivre après, malgré la trop dure réalité de ce qui s'était passé.

Tu y enfouissais ta honte car nul doute pour toi, tu étais la honte incarnée.

Pauvre de toi, tu ne savais pas que c'était la leur qu'ils te faisaient porter pour s'en débarrasser.

Comme tu aurais voulu disparaître dans un trou à rat et ne plus bouger, la honte collée à toi !

Pour ne plus décevoir, pour ne plus être traquée, pour ne plus jamais risquer de te tromper et de retomber dans les ténèbres qui partout te guettaient, pour ne plus connaître la peur et les dangers qui partout te cernaient.

Pauvre petit animal traqué !

Traqué par la meute d'humains sans conscience et sans cœur de ce cloaque dans lequel on t'avait fait croire que tu étais bien née.

Cloaque fourmillant de charognards qui avaient déjà prévu pour leur tranquillité de t'enterrer vivante avant que tu aies pu réussir à respirer et à souffler.

Chaque fois que tu croyais avoir trouvé une petite clé pour t'échapper un peu, ils t'écrasaient un peu plus fort, un peu plus profond sous leurs bottes implacables.

T'obligeant inexorablement à rendre les armes, et d'épuisement, à rentrer dans leurs rangs, la tête baissée, le dos courbé, la mémoire saucissonnée. »

« Je suis longtemps restée figée à regarder les dégâts, les vestiges du passé, enfin, ceux qui me restaient, les départs de ceux que j'aimais, ou plutôt que je croyais aimer...

Car j'ai pris conscience jour après jour, au fil des nombreuses et douloureuses remontées de mémoires, que ces souvenirs étaient restaurés, embellis, enjolivés, lissés, faussés, truqués...

Que ces fantômes étaient maquillés, travestis, héroïsés et même enterrés avant l'heure.

Que les faits et leur chronologie étaient galvaudés, tronqués, pervertis... voire zappés.

Ma mémoire s'était jouée du temps, des lieux, des faits, des personnages et des événements, et les avait revisités, colorisés, harmonisés pour que je puisse les supporter et continuer à exister en pointillés, entre parenthèses, dans l'oubli, sur la pointe des pieds...

Elisabeth pas née, pas vue, pas connue, pas là...

Elisabeth nue, Elisabeth vide, Elisabeth tue...

Elisabeth sauvage, transie, terrorisée, traquée...

J'avais patiemment tissé ma résilience au fond de ma tête, sournoisement, patiemment, mais sûrement jusqu'à ne plus savoir qui j'étais, et même ce que j'étais, tant j'étais enfermée dans mes innombrables peaux, carapaces et murailles de protection.

Je constate aujourd'hui mais sans amertume, sans regret et sans effroi, que je suis encore ce dont j'ai pris conscience, que je ne suis encore que ça.

Je ne sais encore vers où me tourner, où regarder, où aller. »

« Je n'ai jamais su ni griffer, ni mordre, ni agresser, ni me défendre, je n'ai su que crier, me débattre et ruer, ce qui n'a jamais impressionné ni empêché de me faire craquer, boucler par tous ces humains sans cœur qui sont toujours arrivés à leur fin en se frottant les mains.

Ce que je sais faire le mieux, c'est accepter, me sacrifier, me culpabiliser, me punir et me torturer.

Ça aussi je voudrais que ce soit bien terminé, définitivement terminé pour pouvoir passer à autre chose, peut-être à la vie tout simplement, mais là aussi, pas de mode d'emploi... je ne sais pas...

Impression d'être assise à regarder à l'horizon le spectacle de ma vie, de sa tragédie à travers un objectif nouveau, des yeux qui ne se trompent pas, qui ne me trompent pas car après tout ce temps enfin, c'est la vérité de ma chienne de vie qu'ils voient. »

Index des auteurs

- ARENDT, Hannah (15)
- ARISTOTE (8, 15, 22)
- BESANÇON, Guy (18)
- BLEGER, José (43)
- BOAS, Franz (8)
- BORONALI, Joachim-Raphaël (21)
- BRISSON, Luc (22)
- CHAMBRY, Emile (22)
- CHAVAROCHE, Philippe (71)
- CONCHE, Marcel (19)
- COURBET, Gustave (20)
- D'AQUIN, saint Thomas (15)
- DALÍ, Salvador (20)
- DELION, Pierre (71)
- DE VINCI, Léonard (21)
- DIGONNET, Emmanuel (70)
- DUBUFFET, Jean (12)
- EPICURE (19)
- FORESTIER, Richard (12, 16, 25, 26, 29)
- FOUCAULT, Michel (70, 71, 73)
- FREUD, Sigmund (7, 8, 17, 20, 39, 44, 50, 53, 71)
- GRABER, Jean-Luc (76)
- HUSSERL, Edmund (8)
- IONESCU, Serban (50)
- JUNG, Carl Gustav (44)
- KAËS, René (43)
- KLEIN, Jean-Pierre (24)
- LEROUX, Georges (12)
- MAUSS, Marcel (21)
- MICHEL-ANGE (21)
- MINKOWSKA, Françoise (24)

- MOLENAT, Françoise (76)
- MOREL, Pierre-Marie (19)
- MORGENTHAUER, Walter (24)
- PACHECO, Francisco (21)
- PELLEGRIN, Pierre (15)
- PICASSO, Pablo (20)
- PINEL, Philippe (70)
- PLATON (8, 12, 22)
- SANTI, Raffaello (49, 51)
- SARTRE, Jean-Paul (19)
- SILBERMANN, Alphonse (35)
- SPINOZA (19)
- TARDIEU, Auguste Ambroise (24)
- VAN GENNEP, Arnold (42, 72)
- VON BRUCKE, Ernst (44)
- WEINGARTEN, Gene (29)

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE - TOURS
&
AFRATAPEM**

**Association Française de Recherche & Applications des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine**

Soutenu en 2011

Par **MÉALIER Florent**

Titre : Une expérience d'atelier d'Art-thérapie auprès de personnes adultes souffrant de troubles mentaux

Résumé : Ce travail de recherche empirique aborde l'apport bénéfique de l'accompagnement art-thérapeutique auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques divers (névroses, psychoses, troubles alimentaires, etc.) qui les handicapent dans leur autonomie quotidienne, qu'elle soit physique, psychique ou sociale. A travers les exemples d'une pratique groupale d'art-thérapie à dominante musicale ainsi qu'un accompagnement individuel utilisant plusieurs disciplines artistiques (peinture, modelage, écriture), sont abordées les problématiques inhérentes au soin relationnel et la spécificité de la discipline art-thérapeutique.

Mots clefs : Art-thérapie - Psychiatrie - Adulte - Musique – Rituel

Title : An experiment of workshop of art-therapy with grown-up persons suffering from mental disorders

Summary : This empirical research work approaches the beneficial contribution of the accompaniment art-therapeutics with persons affected by diverse psychiatric disorders (neuroses, psychoses, eating disorders, etc.) which handicap them in the daily autonomy, which it is physical, psychic or social. Through the examples of a group practice of art-therapy with musical dominant as well as an individual accompaniment using several artistic disciplines (painting, modelling, writing), are approached problems inherent to the relational care and the specificity of the discipline art-therapeutics.

Keywords : Art-therapy - Psychiatry - Adult - Music - Rite