L'art-thérapie au secours de la communication.

Diagnostic d'une médiation manquée

Rescuing Communication through Art Therapy.

A Diagnosis of failed Mediation

Élise Vandeninden

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/479>

DOI : 10.4000/questionsdecommunication.479

ISSN : 2259-8901

Éditeur

Presses universitaires de Lorraine

Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2009

Pagination : 79-92

ISBN : 978-2-86480-989-0

ISSN : 1633-5961

Référence électronique

Élise Vandeninden, « L'art-thérapie au secours de la communication. », *Questions de communication* [En ligne], 15 | 2009, mis en ligne le 01 août 2011, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/479> ; DOI : 10.4000/questionsdecommunication.479

> DOSSIER

ÉLISE VANDENINDEN

Unité de recherche en médiation culturelle

Université de Liège

elise.vandeninden@ulg.ac.be

L'ART-THÉRAPIE AU SECOURS DE LA COMMUNICATION. DIAGNOSTIC D'UNE MÉDIATION MANQUÉE

Résumé. — L'utilisation de l'art en psychiatrie recouvre actuellement une multitude de pratiques dont les visions entrent souvent en conflit. Ces pratiques impliquent néanmoins une conception commune de l'art comme outil de communication. Une perspective selon laquelle la création se voit investie du rôle de « médiateur », capable de rétablir le contact entre, par exemple, le malade et le personnel soignant, ou entre l'aliéné mental, l'aliéné social qu'a fait de lui l'internement, et « l'extérieur ». Approcher l'art-thérapie à travers le prisme de la communication ne revient pas seulement à ouvrir un angle de recherche nouveau, mais conduit surtout à interroger ce dispositif dans ses fondements et donc à le mettre en question.

Mots clés. — Art-thérapie, psychiatrie, médiation, théorie des champs, interactionnisme symbolique.

Dans les milieux de soins psychiatriques, les pratiques artistiques utilisées à des fins thérapeutiques, regroupées généralement sous le nom d'« art-thérapie », suscitent un intérêt croissant. En témoignent l'émergence d'ateliers de ce type dans un grand nombre d'institutions spécialisées, ainsi que la quantité de formations diverses (y compris universitaires) mises en place pour répondre à la demande de professionnels soucieux d'acquérir des outils spécifiques. Parallèlement, ces pratiques « art-thérapeutiques » ont fait l'objet de plusieurs publications d'envergure, mais aussi de nombreuses expositions. Des revues et des musées leur sont aujourd'hui entièrement dédiés. Cependant, « l'art-thérapie » reste un objet aux contours assez flous.

Avant tout, c'est une appellation qui suscite de nombreuses controverses : certains récusent le terme « art » en revendiquant des aspirations bien plus modestes (on parle, par exemple, d'« ateliers d'expression »), d'autres se refusent à employer le mot « thérapie » en contestant l'objectif de guérison qu'il induit. Définir l'« art-thérapie » est aussi une tâche complexe en raison de la grande hétérogénéité des pratiques liées à la combinaison possible de plusieurs paramètres : la catégorie de public visé (psychiatrie adulte ou pédopsychiatrie, gériatrie, soins palliatifs, assuétudes, etc.), la technique artistique privilégiée (arts plastiques, arts de la scène, etc.) ou encore le caractère individuel ou collectif de la prise en charge. Les pratiques varient également en fonction de la formation de l'art-thérapeute (artiste professionnel ou psychologue par exemple) et des obédiences dont il se réclame (psychanalyse, systémique, psychothérapie institutionnelle, etc.). Au-delà de cette diversité, il faut investiguer ce qui rassemble ces multiples approches dans leurs fondements et qui s'exprime, selon nous, dans une conception commune de l'art comme outil de médiation, comme moyen d'entrer en relation. Dès lors, explorer ces convergences sera notre premier objectif. Après avoir construit un « modèle » articulant les divers processus de médiation repérés chez les théoriciens de l'art-thérapie, il s'agira, à l'instar de la sociologie pragmatique, d'éprouver cette médiation en « contexte » ; c'est-à-dire dans ses conditions concrètes d'exécution mais aussi en référence au « champ » dans lequel s'inscrivent les praticiens.

La communication en art-thérapie : approche grammaticale

Le processus art-thérapeutique engage différentes situations de communication qu'il convient, selon notre perspective, de répertorier :

C'est en analysant un corpus d'ouvrages généralistes¹ sur l'art-thérapie et en dépassant les divergences de points de vues à travers lesquelles se distinguent les spécialistes, que nous proposons de décrire les éléments composant l'acte de communication dans ce dispositif. Parce que l'accent doit être mis davantage sur la relation – le lien qui unit le destinataire au destinataire – que sur la transmission d'une information, nous parlerons désormais de « médiation » plutôt que de « communication » (Servais, 2000 : 40). À travers la description de ce processus à trois termes, il s'agit de se déplacer parmi les divers cas de figure repérés chez les théoriciens. Ils sont rassemblés schématiquement ci-dessous : d'abord, le destinataire ; ensuite le « tiers médiateur » et, dans les deux colonnes de droite, les différents destinataires qui orientent la médiation tantôt du côté du singulier, tantôt du collectif.

Figure 1 : Les théoriciens et l'art-thérapie.

¹ Nous qualifions d'ouvrages généralistes ceux qui ne s'attachent pas à un médiateur artistique en particulier. Le choix de ceux-ci s'est également opéré en fonction de leur caractère récent et de la renommée de leurs auteurs. Toutefois, le corpus sélectionné ne se prétend pas représentatif de la totalité des écrits sur l'art-thérapie. Ici, les ouvrages sélectionnés ont été retenus pour les positions contrastées qu'ils revendiquaient : M. Bareil Guerin (2003-2004), M. Barberis-Bianchi, M. Delage (2003-2004), A. Boyer-Labrousche (2000), J. Broustra (2007), J. Florence (1997), R. Forestier (1999), F. Granier, J.-P. Klein (2001), J. Rodriguez, J.-L. Sudres (2003-2004), G. Troll (1995).

Les différents processus de médiation

Que le patient soit identifié en la figure du destinataire semble une idée communément admise. Dans les descriptions des séances d'art-thérapie, tout se déroule comme si l'intention de communiquer lui était entièrement attribuée. Le rôle du médecin prescripteur en tant que « préémetteur » est donc passé sous silence, même si certains semblent regretter la perte de spontanéité dans l'institutionnalisation de ce qui, disent-ils, « par essence, devait être transgression, rébellion » (Sudres, 2003-2004 : 13).

Les destinataires, quant à eux, sont multiples et souvent au sein d'une identique vision. C'est d'abord à lui-même que le patient s'adresse en art-thérapie (ce qui renvoie au mythe, répandu dans ce milieu par l'art brut, du créateur comme seul destinataire de son œuvre). C'est alors tantôt la création qui, en s'introduisant comme tiers, permet au patient de mettre sa souffrance à distance – l'œuvre est une projection de lui, mais elle n'est pas lui (Klein, 2001 : 41) –, tantôt l'art-thérapeute qui fait office de médiateur entre réalité interne et externe du patient telle qu'il la projette dans ses réalisations. Mais, par la médiation de sa création, le destinataire s'adresse aussi aux « autres » en général : il faut distinguer ceux qui sont internes à l'institution et ceux qui lui sont externes (en référence aux deux coupures opérées par l'institution psychiatrique telles qu'elles ont été décrites par Robert Castel, *in* : Goffman, 1961). En interne, le destinataire privilégié du patient semble être le thérapeute : tous deux peuvent, grâce à la spécificité du médium artistique, entrer dans une relation « d'inconscient à inconscient » (Klein, 2001 : 51), ce qui facilite, pour certains, la relation transférentielle (Boyer-Labrousse, 2000 : 34). Les autres patients sont un destinataire plus rarement évoqué par les théoriciens², car leur prise en compte dans l'acte de communication suppose une vision systémique de l'art-thérapie, peu répandue en regard de la perspective psychanalytique, du moins dans le monde francophone. Néanmoins, la réalisation d'une œuvre en commun semble constituer une expérience privilégiée dans les relations de groupe et permet d'introduire un travail sur les « *patterns* interactionnels » (Barberis-Bianchi, Delage, 2003-2004). Pour quelques art-thérapeutes, la création de groupe est aussi l'occasion de rendre solidaires soignants et soignés autour d'un même projet, voire de les réunir au-delà de leur statut (Forestier, 1999 ; Bareil Guerin, 2003-2004).

² Dans notre corpus, seuls M. Barberis-Bianchi, M. Delage (2003-2004) et J. Rodriguez, G. Troll (1995) défendent cette perspective.

Au niveau de la coupure avec le monde extérieur opérée par l'institution psychiatrique, un des liens importants à renouer pour le patient est celui qui l'unit à sa famille. Par exemple, lors de l'exposition de ses peintures, la présence de cette dernière au vernissage peut être d'un secours certain sur le chemin de la valorisation narcissique (Bareil Guerin, 2003-2004). Notons aussi la mention faite, par l'un des auteurs systémiques, de l'utilisation de l'art-thérapie en thérapie familiale. Les diverses manifestations de type expositions ou représentations théâtrales ont aussi pour but l'ouverture vers un public extérieur plus large. Même si ces pratiques ont leur lot d'opposants (un ouvrage s'ouvre sur le récit du suicide d'un patient après l'exposition de ses œuvres par un jeune psychiatre), certains art-thérapeutes les défendent en évoquant les bénéfices résultant de ces marques de reconnaissance.

Terminons la description de ce schéma par l'analyse de la médiation opérée par l'art-thérapeute lui-même, et non plus par la création telle que nous venons de l'observer. Outre le lien qu'il constitue (déjà évoqué ci-dessus) entre le patient et son œuvre considérée comme reflet de lui-même, l'art-thérapeute, en interne, peut faire office de médiateur entre le patient et l'ensemble de l'équipe médicale, car « sa position spécifique à cheval sur les statuts [...] lui assure une position intermédiaire dans les équipes où il travaille » (Rodriguez, Troll, 1999 : 133). En externe, l'art-thérapeute, tel un « passeur de l'art » (Granier, 2003-2004 : 224), voudrait engager les patients créateurs dans le champ artistique : « L'artiste qui s'est affirmé comme marginal supérieur montre en quelque sorte la voie à ceux qui croient que la marginalité est une condamnation » (Klein, 2001 : 92).

Des spécialistes en conflit

À ces différents processus de médiation correspondent des vertus thérapeutiques qu'il convient d'examiner rapidement. C'est sur ce point surtout que se marquent les différences entre les théoriciens. Sans entrer dans les débats et nuances relatifs aux multiples obédiences, nous proposons de regrouper ces bienfaits en deux catégories : ceux qui sont de l'ordre de « l'expression » et qui agissent en interne ; ceux relevant du « lien social » et de la mise en contact avec le monde extérieur. On se situe alors tantôt dans le registre de « la communication intersubjective [qui] est le lieu dans lequel se posent des questions d'identité et dans lequel s'instaurent des relations de filiation ; [tantôt dans] la communication "médiatée" [qui] est le lieu dans lequel se posent des questions de culture et dans lequel s'instaurent des relations d'appartenance » (Lamizet, 1995 : 137).

Jusqu'au récent développement des ateliers d'art-thérapie dans les institutions de soins psychiatriques, les œuvres des patients étaient plutôt considérées par les médecins comme des expressions, des symptômes de leur maladie. Aujourd'hui, on perçoit dans la création quelque chose de différent que cette « réalité déjà connue » (Florence, 1997 : 108) : on considère que « l'œuvre ouvre à du sens, non encore constitué, qui pourra se développer à l'infini » (*ibid.*). L'expression artistique est donc devenue facteur de nouveauté, vecteur privilégié d'un possible développement personnel. Mais comment procède-t-elle et quelle est sa spécificité ? Incontestablement, c'est le caractère non verbal de l'art qui fascine les thérapeutes : tous vantent les mérites de cet autre langage qui permet d'exprimer des choses plus « profondes », plus « vraies », plus « authentiques », disent-ils, que le langage parlé, inhérent aux autres psychothérapies – c'est la magie de la métaphore qui révèle l'indicible, l'avantage du « détour » (Klein, 2001) qui contourne les résistances du sujet. Que l'art soit un travestissement, un masque, qui me « révèle ce que je ne savais pas que j'étais » (*ibid.* : 96) ou, plus simplement, un « mode d'expression unique d'un individu unique » (Boyer Labrousse, 2000 : 2), la quête est semblable pour tous : celle de la construction d'une identité, de la révélation du moi. Mais, pour certains art-thérapeutes, l'expression n'est qu'une étape – certes capitale – vers la verbalisation de ce qui a émergé (ils soulignent, dans un objectif thérapeutique, l'importance d'accorder un temps de parole à la suite de l'atelier) ; pour d'autres, moins nombreux, c'est l'art en soi qui guérit : « La succession des productions dans cette thérapie créatrice de formes permet au sujet de s'édifier sa propre mythologie intime, sa propre cosmogonie lui permettant peu à peu de naître à lui-même, comme héros mythique de sa propre destinée » (Klein, 2001 : 166).

La question de la guérison est aussi liée à la « reprise du lien social » (Broustra, 2007 : 14), à l'intégration des malades dans la société. La pratique d'une activité artistique peut faire naître chez des patients un amour de l'art qui les conduira à fréquenter les musées, les salles de cinéma... Mais le véritable enjeu des ateliers pour certains art-thérapeutes est bien plus spécifique et trouve son origine dans l'adresse vers l'extérieur, car la création est aussi ouverture à l'autre, expression d'un besoin de communiquer. C'est pour mettre en contact les malades avec le monde « extérieur » que les œuvres sont offertes au spectateur – « moment crucial de relation à un corps social et de reconnaissance » (Florence, 1997 : 18) –, dans le but de permettre, entre autres objectifs, « une meilleure compréhension de la maladie mentale de la part du public » (Boyer Labrousse, 2000 : 15). Souvent alors, l'expression est commune, le travail a été réalisé en groupe solidaire autour d'un thème choisi. Mais ces pratiques ont leurs lots d'opposants s'insurgeant contre la publicité de ces données qu'ils jugent trop intimes, et refusant d'évaluer les productions

des patients en fonction de critères esthétiques qu'ils considèrent comme « risque de censurer l'expression vive » (Broustra, 2007 : 40), « en contradiction avec la thérapie et avec la création véritable »³ (*ibid.* : 63). Ce qui renvoie à une conception de la communication dans laquelle le patient est à la fois destinataire et destinataire.

À travers cette présentation de l'art-thérapie en termes de communication, nous avons tenté une approche « grammaticale » (Boltanski, 2004 : 16) de ce dispositif en cherchant à établir un « modèle » qui organise les différentes positions les unes par rapport aux autres. Cependant, « une telle approche, qui prend par rapport à l'objet une position d'extériorité ou, si l'on veut, qui a un caractère objectiviste, ne suppose pas de s'interroger sur les phénomènes, c'est-à-dire sur la façon dont les personnes font l'épreuve du monde lorsqu'elles entrent en relation avec les faits dont le modèle offre une représentation organisée » (*ibid.*). C'est ce qu'il s'agit d'aborder à présent.

L'art-thérapie en contexte : approche pragmatique

« La deuxième approche que nous avons cherché à développer consiste précisément à repartir de l'expérience qui est celle des personnes, de façon à décrire la manière dont elles éprouvent [...] la rencontre avec les composantes et les déterminations de l'action qui ont été intégrées au modèle » (*ibid.* : 17). Pour évaluer cela, il s'est agi de croiser, d'une part, une enquête réalisée auprès des art-thérapeutes sur base d'un guide d'entretien établi à partir des caractéristiques du modèle ; d'autre part, un terrain d'observation participante afin d'étudier la communication en contexte.

L'enquête auprès des praticiens : mise à jour d'une autre figure de l'art-thérapie

Dès les débuts de l'enquête, la réflexivité des acteurs sur leur pratique a immédiatement retenu notre attention. La perspective de la sociologie pragmatique s'est dès lors imposée dans l'objectif de rendre compte de ces données. Entre novembre 2007 et août 2008, nous avons réalisé en Belgique francophone vingt-neuf entretiens avec des art-thérapeutes⁴.

³ Ils pourront néanmoins pratiquer les deux en distinguant, au sein de leur institution, les ateliers qui relèvent purement de la thérapie de ceux dont les productions seront destinées au public.

⁴ Les vingt-neuf entretiens réalisés correspondent à 72,5 % des praticiens recensés au stade actuel de nos recherches dans les régions Wallonie et Bruxelles.

L'expérience de ces professionnels a révélé de multiples caractéristiques spécifiques mais ce sont uniquement celles qui s'inscrivent en tension avec les composantes du modèle qui seront présentées ici.

C'est d'abord le décalage des praticiens par rapport à la théorie sur l'art-thérapie qu'il faut souligner : les références aux discours des spécialistes, voire la connaissance d'auteurs de référence, sont rares ; sur les vingt-neuf praticiens interrogés à ce sujet, à peine huit ont mentionné leur connaissance d'un seul ouvrage théorique et une personne – un psychiatre – nous a entretenu de ses lectures. Les références qui ressortent de l'enquête sont en réalité essentiellement des références artistiques (Vincent Van Gogh et Antonin Artaud sont cités à profusion), même si des concepts psychanalytiques sont invoqués çà et là par certains. Le fait que peu de praticiens osent se déclarer « art-thérapeute » semble également symptomatique de ce décalage : ne saisissant pas toujours ce que cette expression recouvre précisément, certains l'estiment inadéquate ou illégitime (à notre demande d'entretien, on nous répond par exemple « je suis simplement professeur de dessin »). À l'origine de ce décalage, se situe la tension qui inscrit l'art-thérapie entre deux champs : celui de l'art et celui de la science qui, comme Pierre Bourdieu (1992, 2001) l'a montré, sont radicalement opposés. En ce qui concerne les droits d'entrée par exemple : le monde de l'art est caractérisé par une ouverture, un droit d'entrée « flou » (c'est ce qui le rend « si attrayant et si accueillant pour tous ceux qui possèdent toutes les propriétés des dominants *moins une* » (Bourdieu, 1992 : 372), alors que le champ scientifique se définit par sa fermeture puisque « chaque chercheur tend à n'avoir d'autres récepteurs que les chercheurs les plus aptes à le comprendre mais aussi à le critiquer, voire à le réfuter et à le démentir » (Bourdieu, 2001 : 136).

Ensuite – et c'est là que se mesure toute l'importance de l'enquête – la question de la guérison, voire la question des vertus de l'art-thérapie en général est remise en cause dans l'action. Alors que les discours des théoriciens sont centrés autour des divers bienfaits thérapeutiques de l'art-thérapie et qu'ils s'opposent farouchement les uns aux autres sur ces points, les acteurs, comme le souligne Luc Boltanski dans son introduction à l'ouvrage de Mohamed Nachi (2006 : 12-13), « préfèrent souvent fermer les yeux [sur ces contradictions] parce qu'ils sont engagés dans l'action avec comme impératif de ne pas briser le cours de l'action ou encore, pourrait-on dire (en paraphrasant Marx), de ne pas poser des questions auxquelles ils n'ont pas de réponse ». En effet, à la question, qui nous semblait convenue, des liens entre l'art et le processus thérapeutique, la perplexité est palpable : maintes fois les mots manquent et des psychiatres même éludent la question (« il faudrait écrire un livre là-dessus », médecin, directeur d'un centre de jour, le 04/07/08).

Mais ce qui singularise la pratique c'est surtout l'apparition, avec un certain type d'acteurs, d'une autre figure de l'art-thérapie : celle qui se revendique

d'objectifs purement esthétiques. Une minorité de praticiens mettent l'accent sur l'art en considérant le patient comme un « véritable » artiste (perspective qu'une art-thérapeute nous a résumée en citant le plasticien Joseph Beuys : « Aujourd'hui, tout le monde est artiste », animatrice d'atelier en centre d'expression et de créativité, le 28/08/08). Plus question de parler de « guérison ». C'est sur la valeur esthétique de la production qu'il faut mettre l'accent : « Le but est de faire quelque chose qui soit beau, dont on est content » et, peu importe qu'il y ait ou non exposition. Que fait-on alors en atelier ? « On dialogue, on communique et on se cherche : c'est tout ce que font les artistes », ajoute une autre art-thérapeute (professeur de dessin en école pour enfants hospitalisés, le 27/02/08). Plutôt que d'un atelier thérapeutique, il est donc question ici d'un « cours », semblable à ceux dispensés en académie, centré autour de l'acquisition d'une technique et dont l'enseignant attend, avec exigence, un résultat.

Mais qui sont les praticiens à l'initiative de cette autre figure de l'art-thérapie ? Même si la formation est un critère pertinent – dans notre échantillon, elle est représentée selon les proportions suivantes : la majorité des sondés (soit 63 %) ont reçu une formation de type médical ou para-médical (psychiatre, psychologue, logopède, kinésithérapeute, infirmier, etc.), alors que seuls 37 % des art-thérapeutes interrogés ont effectué un cursus artistique – il ne doit pas être retenu comme le seul déterminant car, par exemple, plus de la moitié des artistes professionnels possèdent un diplôme de formation complémentaire en psychologie voire en « art-thérapie ». Parce que nombreuses sont ces personnes à « double casquette » (il y a aussi, dans le milieu médical, des professionnels ayant suivi un enseignement artistique), il faut interroger d'autres critères afin de déterminer leur appartenance à un champ plutôt qu'un autre. Ce sont les déclarations des praticiens qui indiquent souvent le mieux les données qu'il faut retenir comme significatives : telle l'intégration ou non de l'art-thérapeute à l'équipe médicale (ils sont très nombreux à participer aux réunions d'équipe à propos des patients), ou en ce qui concerne le champ artistique, la reconnaissance de leur pratique par leurs pairs. De cette enquête sur l'appartenance, il ne ressort donc qu'un très mince pourcentage d'art-thérapeutes exclusivement « artistes » : 17 %. C'est avec eux que se développe cette autre figure, marginale, de l'art-thérapie. Avant d'en explorer les particularités *via* l'analyse de notre terrain ethnographique, décryptons les enjeux de la médiation par l'art-thérapie dans le champ médical.

La médiation médicale

Nous proposons donc de distinguer deux façons radicalement différentes de pratiquer l'art-thérapie : une, largement dominante, qui l'inscrit dans le champ médical ; l'autre, plus marginale, prend source dans le champ

artistique. Le problème que pose l'inscription de la médiation par l'art-thérapie dans le champ médical est que, malgré la qualité de son travail, l'art-thérapeute place le patient dans une situation paradoxale et ce, de par le contexte dans lequel il exerce. On doit à Jean Florence (1997 : 68) d'avoir souligné cette contradiction qui consiste à encourager le patient à s'exprimer librement (ce qui, en soi, est déjà une injonction paradoxale ; « soi spontané » est un exemple typique de « double contrainte »), alors qu'il sera jugé sur ses productions voire sur son consentement ou non à participer – si ce n'est pas par l'art-thérapeute lui-même, ce sera par l'équipe médicale à laquelle ce dernier est souvent tenu de faire rapport. Ainsi de nombreux dessins sont-ils susceptibles d'être intégrés au dossier du malade. Le poids de l'institution psychiatrique sur l'interprétation des moindres faits et gestes des patients par le langage « englobant » du corps médical dont la guérison est référence ultime, origine et fin, a été montré par Erving Goffman (1961 : 17) : « Toutes les pratiques, même les plus insignifiantes en apparence, peuvent être réinterprétées en fonction de ces critères : la manière de fumer une cigarette ou de disposer son couvert peut avoir autant de valeur diagnostique qu'une tentative de meurtre ou de suicide ». C'est pourquoi il nous semble que l'art-thérapie « médicale », qui se veut médiation, risque d'aboutir en définitive à la création d'une véritable pathologie de la communication : celle qui place le patient dans ce que, à la suite de Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin et Don D. Jackson (1967 : 195-196) ont appelé une « double contrainte ». Dans le cadre d'une relation soignant-soigné où le patient est irréversiblement en position de subordonné – « d'un seul côté se trouve monopolisé le savoir, le pouvoir et la liberté, de l'autre, l'ignorance, la dépossession de soi, la dépendance » (Goffman, 1961 : 14) –, « une injonction est faite à laquelle on doit obéir, mais à laquelle il faut désobéir pour obéir [...]. L'individu qui, dans cette relation, occupe une position « basse » ne peut sortir du cadre, et résoudre ainsi le paradoxe en le critiquant c'est-à-dire en métacommuniquant à son sujet (cela reviendrait à une « insubordination »). Un individu pris dans une telle situation se trouve dans une position intenable » (Watzlawick, Helmick Beavin, Jackson, 1967 : 195-196).

Ce qu'il faut interroger aussi dans la médiation médicale, c'est l'utilisation de l'art comme un « médiateur », un « tiers ». Entendue au sens de « quelque chose d'objectif qui n'est pas eux-mêmes » (Quéré, 1982 : 32) et qui permet aux sujets de préserver intimité et altérité dans leurs relations, la dimension tierce de l'art nous semble, dans ce contexte médical, entièrement évacuée du dispositif art-thérapeutique : la création est, au contraire, facteur de pression supplémentaire pour des patients sans cesse contraints de « s'exprimer » et de « s'intégrer ». En interne, les productions sont reçues comme des « expressions » directes du moi : on rêve d'une communication transparente, sans distance, où le patient

livrerait de façon involontaire⁵ sa vérité intérieure, son être « authentique » dépourvu de masque social. En externe, le « lien social » est loin d'être renoué puisque l'hypothétique reconnaissance du public ne peut qu'être porteuse des stigmates de cette médiation manquée : les créateurs « art-thérapie » ne sont pas considérés par ceux-là mêmes qui les produisent en tant qu'« artistes comme les autres » : circuit d'exposition à part, prix dérisoires, etc. Ils restent à jamais reclus, *outsiders* (y compris) de l'art.

La médiation artistique

Venons-en à la spécificité de la médiation artistique, figure marginale de l'art-thérapie, qui nous est apparue lors de nos entretiens avec les praticiens. Dans l'objectif d'étudier cette médiation artistique en contexte, nous avons mené une enquête de terrain en observation participante lors de cours de dessins dispensés à des adolescents hospitalisés dans le service psychiatrique d'un hôpital général bruxellois. Nous y avons entrevu une médiation alternative due non à l'utilisation du médium artistique, mais au statut particulier de l'art-thérapeute qui, loin du champ médical, met en avant ses compétences d'artiste. Cette autre utilisation de l'art en psychiatrie implique la mise en œuvre d'un contexte bien particulier dont témoignent les multiples paramètres observés lors de notre enquête : des ateliers qui se déroulent dans des locaux distincts de ceux des soins, un art-thérapeute indépendant de l'équipe médicale tant sur le plan de la rémunération financière que de l'éthique, des participants appelés « élèves » plutôt que « patients » et l'exigence d'un résultat esthétique .

Le véritable pouvoir de l'artiste en milieu psychiatrique est qu'il introduit un autre langage dans l'institution, une autre référence que celle – médicale – de la guérison : « Je ne veux pas qu'ils viennent à mon cours comme on vient en thérapie occupationnelle. Je veux une dynamique, je veux qu'ils se disent « on attend quelque chose de moi, quelque chose d'autre qu'un bête petit dessin ». Je suis moi-même un artiste et dans mon travail personnel, je cherche à obtenir un résultat qui me plaît ; j'attends d'eux la même implication dans leur travail, je souhaite qu'ils réfléchissent, qu'ils prennent ça au sérieux » (professeur de dessin en école pour enfants hospitalisés, le 27/02/08). C'est dans ce contexte purement « artistique » que s'opère un véritable saut, décrit par Félix Guattari (2003 : 11) : celui qui « remplac[e] les rapports administratifs rationnels de sujet à objet par des rapports existentiels de personne à personne ». Alors, le « fou »

⁵ L'art semble échapper au contrôle de la raison – il est du côté du corps, des pulsions, des émotions ; mais aussi aux codes communs du langage – il est « mode d'expression unique d'un individu unique » (Boyer-Labrousche, 2000 : 2).

retrouve son apparence humaine⁶, il n'est plus perçu uniquement en tant que malade, objet accompagné de sa « fiche-témoin » ; il a en face de lui un autre homme, un artiste, et non un médecin ou un membre du personnel qui lui est délégué expressément par la société pour lui signifier « qu'il n'y est plus » (*ibid.* : 36). Parce que l'artiste ne semble pas se considérer comme étant si différent du malade⁷, des rapports plus égalitaires que ceux unissant soignant et soigné naissent de leur rencontre. L'écart qui sépare le monde médical du champ artistique se mesure donc surtout ici : les gens de la science évoluant en effet dans une distinction salutaire entre le normal et le pathologique, alors que l'un et l'autre semblent s'éclairer mutuellement pour les artistes – la déviance étant, selon Howard Becker (1963 : 110), « plus qu'une attitude, une valeur essentielle à la profession ».

Quand l'art-thérapeute médical ne fait que reconduire, si ce n'est redoubler, le rôle de malade attribué par les médecins aux participants des ateliers, l'art-thérapeute artiste propose un autre rôle à jouer. De cette façon, il révèle le processus de construction de l'identité du malade comme « déviant » par rapport aux normes définies par les psychiatres. Ainsi utiliser l'art « pour l'art » en psychiatrie revient-il à se situer dans la critique « interactionniste » de la maladie mentale ; perspective selon laquelle « l'attaque contre une hiérarchie commence par une attaque portant sur les définitions, les étiquettes et les représentations conventionnelles de l'identité des personnes et des choses » (Becker, 1963 : 229) : « La déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne mais plutôt une conséquence de l'application, par les autres, de normes et de sanctions à un "transgresseur" » (*ibid.* : 33).

Conclusion

Aborder l'art-thérapie en tant que processus de communication conduit à une remise en cause de ses fondements. Tel était notre point de départ. En effet, la perspective communicationnelle nous a conduite à prendre en compte le « contexte » dans lequel s'effectue la médiation : plus que du cadre où les ateliers se déroulent, il a d'abord été question du « champ » dans lequel s'inscrivent les pratiques. Prise en tension entre l'art et la science, l'art-thérapie se divise en deux directions antagoniques : l'une,

⁶ Si, comme le souligne E. Goffman (1961 : 129), cette apparence humaine rendue au malade semble si difficile à tenir pour le personnel soignant, c'est qu'elle représente un danger : celui de compatir.

⁷ Une art-thérapeute artiste nous affirme, par exemple, « qu'une personne sur trois est concernée par des problèmes de maladie mentale aujourd'hui » (directrice d'un centre de jour, le 20/03/08).

médicale, qui place le patient dans une situation paradoxale et évacue la dimension tierce de l'art au profit d'objectifs thérapeutiques ; l'autre qui, avec des visées purement esthétiques, se porte au-delà en instituant, dans l'hôpital psychiatrique, la possibilité d'instaurer d'autres rapports qui interrogent le rôle de « patient ». Observer la communication en « contexte », c'est-à-dire dans ses conditions concrètes d'exécution, a surtout mis en évidence l'importance de détacher ateliers – comme art-thérapeutes – du champ médical, car c'est dans ces conditions seulement que prend sens la médiation.

Références

- Barberis-Bianchi M., Delage M., 2003-2004, « L'art-thérapie comme attitude en psychiatrie adulte » pp. 103-117, in : Moron P., Roux G., Sudres J.-L., eds, *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, Paris, Masson.
- Bareil Guerin M., 2003-2004, « Carrefour des expressions », pp. 118-131, in : Moron P., Roux G., Sudres J.-L., eds, *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, Paris, Masson.
- Becker H., 1963, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, trad. de l'américain par J.-P. Briand et J.-M. Chapoulie, Paris, Métailié, 1985.
- Boltanski L., 2004, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard.
- Bourdieu P., 1992, *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Paris, Éd. Le Seuil.
- 2001, *Science de la science et réflexivité*, Paris, Éd. Raisons d'agir.
- Boyer-Labrousche A., 2000, *Manuel d'art-thérapie*, Paris, Dunod.
- Broustra J., 2007, *Abécédaire de l'expression : psychiatrie et activité créatrice : l'atelier intérieur*, Raimonville, Éd. Erès.
- Florence J., 1997, *Art et thérapie, liaison dangereuse ?*, Bruxelles, Faculté universitaire Saint-Louis.
- Forestier R., 1999, *Tout savoir sur l'art thérapie*, Lausanne, Favre.
- Goffman E., 1961, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, trad. de l'américain par L. et Cl. Lainé, Paris, Éd. de Minuit, 1968.
- Granier F., 2003-2004, « Evolutions et dialectiques en art-thérapie », pp. 219-228, in : Moron P., Roux G., Sudres J.-L., dirs, *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, Paris, Masson.
- Guattari F., 2003, *Psychanalyse et transversalité*, Paris, Éd. La Découverte.
- Klein J.-P., 2001, *L'art-thérapie*, Paris, Presses universitaires de France.
- Lamizet B., 1995, « Médiation, culture et société », pp. 129-186, in : Benoit D., dir., *Introduction aux sciences de l'information et de la communication*, Paris, Éd. d'Organisation.

- Nachi M., 2006, *Introduction à la sociologie pragmatique*, Paris, A. Colin.
- Quéré L., 1982, *Des miroirs équivoques. Aux origines de la communication moderne*, Paris, Aubier Montaigne.
- Rodriguez J., Troll G., 1995, *L'art-thérapie. Pratiques, techniques et concepts. Manuel alphabétique*, Paris, Éd. Ellébore.
- Servais Chr., 2000, *Généalogie de la figure : médiation esthétique et destination*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Sudres J.-L., 2003-2004, « Créativité, expression et art-thérapie : trajectoires... », pp. 1-24, in : Moron P., Roux G., Sudres J.-L., dirs, *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, Paris, Masson.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson Don D., 1967, *Une logique de la communication*, trad. de l'américain par J. Morche, Paris, Éd. Le Seuil, 1972.