

Les usages du politique et leurs enjeux dans les pratiques artistiques et expressions esthétiques / Varia

« La création artistique comme vecteur d'émancipation sociale pour les malades mentaux »

Elise VANDENINDEN

Résumé

L'utilisation de l'art à des fins d'émancipation sociale s'inscrit au coeur des pratiques art-thérapeutiques telles que nous les avons étudiées dans notre thèse de doctorat. C'est plus précisément à travers l'exposition des oeuvres des malades mentaux que se dessinent les projets de réinsertion sociale par la pratique artistique : en exposant les créations, en faisant découvrir les oeuvres des patients au grand public, les art-thérapeutes espèrent amenuiser le fossé qui sépare l'hôpital psychiatrique du monde « normal ». Est-ce que l'expression artistique permet de percevoir autrement la maladie ? Est-ce que l'exposition de ses créations offre au patient la possibilité d'être perçu comme artiste ? Le monde de l'art réputé ouvert à la marginalité serait-il une voie possible pour sa réinsertion ? Ce sont ces interrogations qu'il va s'agir de discuter à la lumière de notre enquête auprès des art-thérapeutes belges.

Abstract

The use of art as a means of social emancipation lies within the framework of art-therapeutic practices such as studied in our doctoral thesis. It is precisely by exhibiting the works of mentally ill that social rehabilitation projects are emerging through art practice: by exhibiting his creations will the patient quit his state of mentally ill and take on the role of an artist? Will he go through a complete social role reversing thanks to his artistic achievement and its subsequent overture to marginality? These are the issues in the light of our research we will be discussing amongst Belgian Art Therapists.

L'utilisation de l'art à des fins d'émancipation sociale s'inscrit au coeur des pratiques art-thérapeutiques telles que nous les avons étudiées dans notre thèse de doctorat ⁽¹⁾. C'est plus précisément à travers l'exposition des oeuvres des malades mentaux que se dessinent les projets de réinsertion sociale par la pratique artistique : en exposant les créations, en faisant découvrir les oeuvres des patients au grand public, les art-thérapeutes espèrent amenuiser le fossé qui sépare l'hôpital psychiatrique du monde « normal ». Est-ce que l'expression artistique permet de percevoir autrement la maladie ? Est-ce que l'exposition de ses créations offre au patient la possibilité d'être perçu comme artiste ? Le monde de l'art réputé ouvert à la marginalité serait-il une voie possible pour sa réinsertion ? Ce sont ces interrogations qu'il va s'agir de discuter à la lumière de notre enquête auprès d'art-thérapeutes belges.

L'objet et la méthode

Avant d'examiner les différentes façons dont l'art-thérapie est mobilisée à des fins de réinsertion sociale, il faut dire un mot des difficultés rencontrées dans l'étude de cet objet et de la méthodologie adoptée pour l'étudier.

« L'art-thérapie » est un objet difficile à définir : même si l'appellation est aujourd'hui reconnue par le

grand public - son essor est situé dans les années 1980 ? elle recouvre néanmoins un composite de pratiques très distinctes qui varient en fonction de paramètres multiples : la catégorie de public visé (psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, gériatrie, assuétudes, etc.), la technique artistique privilégiée (arts plastiques, arts de la scène, etc.), le caractère de la prise en charge (individuel ou collectif), la formation de l'art-thérapeute (artiste ou psychologue par exemple), ou encore les obédiences dont il se réclame (psychanalyse, systémique, psychothérapie institutionnelle, etc.). Face à cette hétérogénéité regroupée sous le nom « d'art-thérapie » et les controverses que cette appellation fait surgir au sein de la discipline, nous en avons élaboré notre propre définition, minimale et pragmatique, en considérant comme relevant de l'« art-thérapie », toute pratique qui utilise de façon « active »⁽²⁾ l'art (toutes disciplines artistiques confondues) dans le champ de la santé mentale, en milieu psychiatrique⁽³⁾.

La littérature consacrée à l'art-thérapie est abondante et constitue le terrain de nombreuses controverses qui portent tant sur l'appellation d'« art-thérapie », que sur la formation de l'art-thérapeute, l'interprétation des productions des patients ou encore, pour ce qui nous intéresse dans le cadre de cet article, la question de la publicité des œuvres. Nous nous sommes attachée ailleurs (Vandeninden, 2012) à fournir une analyse détaillée de cet état de l'art. De l'examen des cent trente-six ouvrages recensés en langue française, il est ressorti le portrait d'une discipline dominée par le monde médical. Différents facteurs expliquent cette hégémonie : appartenance de la grande majorité⁽⁴⁾ des auteurs au monde médical (ou paramédical) ? seuls 2 % des auteurs de la littérature consacrée à l'art-thérapie sont des artistes « purs », qui ne se réclament pas d'une formation complémentaire dans le domaine paramédical ou qui ne se sont pas associés, pour leur publication, à un membre du corps médical ; textes de référence (considérés par les auteurs de l'art-thérapie comme fondateurs de la discipline) relevant du domaine de la psychiatrie et plus précisément encore de la psychanalyse (dans les ouvrages sont régulièrement mentionnés les travaux de Sigmund Freud, Jacques Lacan, Carl Gustav Jung, Donald Winnicott, Mélanie Klein, Didier Anzieu, Gisela Pankow ou encore Jean Oury) ; variations dans les spécialités de l'art-thérapie davantage axées sur les disciplines artistiques (arts plastiques, arts de la scène, etc.) que sur les obédiences psychothérapeutiques, ce qui tend à prouver le caractère indiscuté et indiscutable du paradigme psychanalytique en regard d'autres obédiences tels les courants systémiques, comportementalistes ou encore « gestaltistes »⁽⁵⁾.

Dans les écrits consacrés à l'art-thérapie, la psychiatrie se conjugue donc avec l'obédience psychanalytique. Cette combinaison de deux champs représente la dominante de l'art-thérapie dont elle détient le monopole de la définition légitime c'est-à-dire que c'est à elle qu'il revient de définir ce qu'« est » ou n'« est pas » l'art-thérapie. Nous l'avons dit, il n'existe pas d'accord sur « une » définition de l'art-thérapie ; il y a, en revanche, un consensus implicite sur ce qui n'en relève pas. La discipline semble *in fine* se définir par exclusions successives de différents champs qui lui sont proches tels que l'ergothérapie, la psychiatrie de l'enfant, l'art-thérapie étrangère et principalement anglo-saxonne qui se revendique d'autres obédiences que la psychanalytique (principalement systémique selon J. Rodriguez et G. Troll, 2001 ; 1995) et enfin et surtout, le champ de l'art en général avec, en particulier, les courants art-brutiste et surréaliste.

Or les praticiens que nous avons rencontrés, ceux qui « font » l'art-thérapie, animent les ateliers, ne sont pas des psychiatres psychanalystes⁽⁶⁾ : ils sont le plus souvent (58 %) membre du corps paramédical (psychologues, ergothérapeutes, infirmiers psychiatriques, éducateurs spécialisés etc.) ou sont encore artistes (engagés sous la dénomination d'« animateurs d'atelier » ou de « professeur » de dessin ou d'écriture) (21 %). Rares (8 %)⁽⁷⁾ sont ceux qui se réclament du titre d'« art-thérapeute » qui, tant en France qu'en Belgique, ne fait pas l'objet d'une reconnaissance spécifique au sein des institutions. Ces professionnels s'intéressent peu à la littérature consacrée à l'art-thérapie (seuls 13 % réfèrent leur expérience aux ouvrages de la discipline), n'ont guère de formation commune et ne semblent pas éprouver le sentiment d'une identité professionnelle partagée (peu de collaborations interprofessionnelles). Ce qui, dans les faits, rassemble ces différents animateurs d'ateliers aux statuts fort divers, c'est la domination médicale à laquelle ils sont confrontés par le contexte professionnel dans lequel ils exercent.

Dans 80 % des cas⁽⁸⁾, l'organisation des pratiques artistiques en milieu psychiatrique est en effet soumise à l'autorité médicale puisque c'est l'I.N.A.M.I (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) qui finance les différentes institutions commanditaires : les hôpitaux généraux ou psychiatriques (47 %) mais aussi les différents « centres » de prise en charge (centre de jour, de réadaptation fonctionnel, *activiteit centrum* etc.) (33 %). 80 % des art-thérapeutes sont donc forcés de se soumettre à la hiérarchie prescriptive, ce qui signifie que dans la majorité des cas, c'est le médecin qui « prescrit » l'atelier au patient, envoie son « client » à l'art-thérapeute. Outre de fixer les conditions d'admission et de participation, l'institution régit aussi le mode de prise en charge (résidentiel ou ambulatoire), le public cible (majoritairement adulte : 78 %), ses pathologies (65 % des praticiens prennent en charge des diagnostics psychiatriques multiples, les pathologies plus spécifiques représentent 25 % de la prise en charge et sont

la plupart du temps liées à la spécificité de la prise en charge institutionnelle) mais aussi les conditions matérielles du déroulement des ateliers (fréquence, nombre de participants, local et disciplines artistiques utilisées).

Pour tirer parti des controverses et des tensions qui animent le champ de l'art-thérapie, nous avons privilégié l'approche de la sociologie pragmatique telle que son programme a été défini par Luc Boltanski (2009). Ainsi, nous nous sommes inspirées dans un premier temps de la démarche initiée dans *La Condition foetale* (2004) où il s'agissait, à partir d'une analyse d'un corpus de textes de dégager ce que Luc Boltanski appelle une « grammaire » de la discipline dans laquelle sont modélisées les contraintes qui pèsent sur les acteurs. L'objectif étant, dans un second temps, de confronter cette « grammaire » à l'« expérience » des personnes afin de voir comment s'éprouvent, se vivent, les tensions. Il s'agit alors de

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. Mais au lieu de mettre l'accent sur la distance entre les enseignements apportés par la démarche grammaticale et par l'approche depuis l'expérience, comme c'est souvent le cas dans les démarches de types structurales, nous avons au contraire cherché à montrer comment ces deux approches pouvaient converger ou encore comment il était possible de retrouver depuis l'expérience mais décrite dans un autre langage, les composantes dont la démarche grammaticale a montré la pertinence. (Boltanski, 2004, p. 17)

Dans cette perspective, nous avons rencontré soixante ⁽⁹⁾ art-thérapeutes belges et conçu un guide d'entretien en fonction des sujets de controverses et des tensions dégagés à l'analyse de la littérature. Nous cherchions, par ces questions, à susciter la discussion, à rendre possibles des allers retours entre les propos des « auteurs » et ceux des « acteurs ».

Une discipline polarisée

Par ce biais, nous avons été amenées à distinguer deux tendances parmi l'ensemble des pratiques art-thérapeutiques qui correspondent aux deux rapports possibles que les praticiens peuvent adopter en regard de l'imposition de la norme médicale tant au niveau des processus de légitimation de la discipline (écrits) que dans l'organisation concrète des pratiques. Ces deux positions sont celles identifiées par Luc Boltanski (2009) face à ce qu'il appelle le « pouvoir (sémantique) de l'institution » : une position de confirmation ? un « cela va de soi » - des définitions et valeurs de l'institution dont l'enjeu est « (...) d'écarter l'incertitude en confirmant que ce qui est "est" au sens d' "est vraiment", en quelque sorte dans l'absolu (...) » ; une attitude « critique » qui « (...) prend appui sur un facteur d'incertitude pour faire surgir une inquiétude en contestant la réalité de ce qui se donne pour étant (...) » (p. 99).

C'est alors que se révèle la dimension politique des usages de l'art en psychiatrie : les praticiens dont la logique relève de la « confirmation » vont attribuer à leur pratique une finalité, qui est celle imposée par le contexte médical : la guérison. Celle-ci, même si elle est relativisée par quelques enquêtés ? que signifie « guérir » dans le domaine de la santé mentale ? ? reste la référence ultime à partir de laquelle les acteurs vont se forger leurs interprétations des différentes situations : le sens donné aux actions est unanimement dirigé vers le « mieux-être » du patient.

Mais la position qui a été révélée par notre travail d'enquête ? et que l'on a trouvée absente de la littérature - c'est la position « critique » au travers de laquelle il va s'agir d'attribuer une autre finalité aux pratiques. Y serait-il question, dans une perspective « esthétique », de juger de la « beauté » des créations ? Effectivement, pour certains, l'objectif est de faire quelque chose de « beau », du moins, quelque chose de « fini », « dont on soit content » (Professeur de dessin, École Robert Dubois, Bruxelles, 27/02/2008). Mais cette finalité esthétique n'implique pas nécessairement une perspective « artistique » : elle est en effet parfois reprise par la vision médicale, par exemple lorsque l'on évoque les bénéfices « re-narcissisants » des expositions du travail des patients. Erving Goffman, dans *Asiles*, avait démontré combien le point de vue psychiatrique est « englobant », de quelle façon il récupère, au travers de la pratique de l'interprétation, les moindres faits et gestes du patient qui est placé dans l'impossibilité de sortir du rôle qui lui est attribué :

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 (1968 : p. 17).

Ce qui nous a semblé caractériser au mieux cette autre finalité, c'est précisément que l'atelier artistique en psychiatrie représente, selon les dires d'une animatrice « (...) un espace de non-évaluation » (Éducatrice spécialisée Clinique Saint-Jean, Unité pédopsychiatrique Domino, Bruxelles et au CODE, Bruxelles). Plus précisément, il s'agit d'un espace de non-évaluation « de soi comme patient » où, même si l'oeuvre est jugée, elle n'est pas mise en rapport avec la personnalité, le sujet, sa pathologie. C'est ce qui apparaît aussi dans les propos de cette autre animatrice :

Je travaille dans l'image comme signe : j'analyse comment elle marche et dans cette analyse, il y a une mise à distance. On ne parle pas de la maladie sauf si, vraiment, ça a un sens pour eux. Je leur parle de leurs images comme images construites, je fais référence à d'autres artistes (« ça me fait penser à ça »), ce qui les intègre dans autre chose, dans une suite. (Animatrice d'atelier, Club André Baillon, Liège, 11/03/2008).

Les professionnels qui entretiennent un rapport plus « critique » face aux normes imposées par le contexte institutionnel se comptent donc bien parmi ceux qui confèrent une finalité « esthétique » à leurs ateliers : ce sont des animateurs exigeants par rapport aux productions artistiques des patients :

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 une 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, École Robert Dubois, Bruxelles, le 27/02/08).

Mais ce qui fait la spécificité de leur travail, c'est que dans ce contexte purement « artistique » s'opère un véritable saut, décrit par Félix Guattari : celui qui « (...) remplace les rapports administratifs rationnels de sujet à objet par des rapports existentiels de personne à personne » (2003 : p. 11). Alors, le « fou » retrouve son apparence humaine ⁽¹⁰⁾, 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.* : p. 36).

Tandis que 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 « critique » propose, lui, 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, leur travail relève de 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, p. 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.*, p. 33).

Mais avant d'examiner plus en détails les implications de ces deux polarités sur la question de l'exposition des oeuvres des patients et de leurs possibles vertus émancipatrices, nous voudrions préciser une dernière chose : il ne faudrait pas faire correspondre de façon trop rapide et caricaturale au pôle médical des acteurs de formations associées, et vice-versa. Il serait en effet erroné d'affirmer par exemple que tous les psychologues travaillent dans la logique médicale tandis que seuls les artistes poursuivent de réels buts esthétiques et critiques. Il nous est donc apparu nécessaire de croiser ces deux pôles, correspondant aux deux finalités, aux deux types d'« orientations » (Kuty, 1998) poursuivis par les art-thérapeutes, avec une autre variable : celle du statut des praticiens, souvent corrélatif à leur formation (par exemple pour les ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, infirmiers psychiatriques, etc. : l'obtention du diplôme sanctionne l'obtention du statut). Avec ce croisement de deux types de variables, qu'Olgierd Kuty nomme « mixte stratégique-identitaire », on prend alors en compte d'un côté, l'« orientation » des actions, leur « projet » lié à l'action en cours, tandis que de l'autre on part d'une identité professionnelle définie à l'avance, qui prédétermine un « style d'interaction » (*Idem*, p. 299) antérieurement aux actions. Pour les statuts, nous distinguerons à nouveau deux groupes : ceux qui sont membres du corps médical ou paramédical et une autre catégorie, plus floue, à dominante culturelle et dont les formations sont la plupart du temps artistiques. Nous nous retrouvons alors avec un tableau ⁽¹¹⁾ à quatre cases distinguant quatre tendances au sein de l'art-thérapie :

Statuts /orientations	<i>Projet thérapeutique</i>	Pro
<i>Fonction médicale, paramédicale, médicosociale</i>	L'art comme outil d'expression au service de la psychothérapie	Des
<i>Fonction artistique</i>	L'art guérisseur en soi	L'a

À la lumière de ces polarités, il faut à présent discuter la question de la publicité des oeuvres des patients afin d'identifier les différents types de rapports entre art et émancipation sociale qui se jouent dans les pratiques art-thérapeutiques.

L'exposition des oeuvres des patients

Les bénéfiques de l'exposition des oeuvres des patients dont nous allons parler ici ne sont pas ceux identifiés par les patients-artistes exposant leurs oeuvres (ils n'ont pas été interrogés dans le cadre de notre enquête et lors de notre terrain ethnographique, aucune exposition n'a pu être réalisée) mais ceux des animateurs d'atelier, ceux qui mettent en forme et initient ces pratiques artistiques dont nous avons vu qu'elles sont largement contraintes par le médical, pour l'animateur mais aussi pour le patient : ce dernier est forcé ⁽¹²⁾, par la prescription médicale, de participer aux ateliers.

Selon les dispositifs mis en place et les infrastructures disponibles, plusieurs choix sont proposés aux patients quant au devenir de leurs oeuvres : ils peuvent créer sans exposer (les conserver de façon personnelle, les détruire ou les laisser en dépôt au sein de l'institution qui les conservera ou non après leur sortie), exposer leurs oeuvres au sein de l'hôpital ou encore les diffuser hors de l'institution via le réseau de galeries d'art *outsider* mais aussi dans des expositions ou galeries « grand public ».

En analysant les données recueillies par notre enquête, nous allons tenter de d'abord cerner l'effectivité de ces différentes pratiques d'exposition. En général, les pratiques d'exposition ou de représentations publiques (lorsqu'il s'agit de disciplines telles que le théâtre, la musique, etc.) sont bien représentées au sein de notre enquête puisque un peu plus de la moitié des personnes enquêtées déclarent les mettre en place. Mais, à y regarder de plus près, les oeuvres ne sortent pas souvent de l'hôpital, voire même des murs de l'atelier : dans 40 % des cas, on organise des expositions dans les couloirs ou le réfectoire de l'hôpital et un accrochage permanent est organisé au sein de l'atelier. Parfois le réseau s'élargit (19 %) : des échanges sont organisés entre différents hôpitaux, différents centres et certains possèdent même leur propre galerie (galerie de l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (A.I.G.S.) à Herstal par exemple). Mais il faut se demander alors quel est le « public » présent aux expositions : d'après les informations recueillies, il s'agit essentiellement du personnel médical, de membres d'autres institutions psychiatriques et de la famille du patient. Pour ce qui est du contact avec le « grand public », seulement 5 % des praticiens revendiquent l'appartenance au réseau de galeries *outsider* tandis que 21 % déclarent avant tout rechercher un contact avec des institutions « extérieures » (centres culturels, maisons communales, galeries diverses, théâtre en ville, etc.) (15 % des enquêtés n'ayant pas précisé les lieux d'exposition ou de représentation).

Dans un tel contexte, voyons à présent comment se déclinent les polarités précédemment dégagées :

Créer pour se soigner

Les praticiens orientant leur travail vers un projet thérapeutique prennent très au sérieux la question de l'exposition des oeuvres des patients. Ce qui fait l'objet des discussions, des querelles, dans cette première perspective, c'est la question du « faut-il ou non exposer les oeuvres des patients ? ». En effet, la méfiance à l'égard de l'exposition des productions des patients est grande. Les art-thérapeutes médicaux débattent, autour de cette question, la dialectique du public et du privé en partant du postulat que les productions des patients font état d'un contexte psychologique particulier, émotif, intime ; raison pour laquelle il est dangereux de les exposer... du moins, sans avertissement préalable du patient ! C'est sur le récit du suicide d'un patient consécutif à l'exposition de ses oeuvres que s'ouvre l'ouvrage de Jean Florence :

Un jeune stagiaire psychiatre découvre, dans un service hospitalier, les difficultés d'entrer en contact avec un adolescent considéré comme schizophrène dont on lui confie l'accompagnement psychiatrique. Ouvert aux idées analytiques et quelque peu au courant, par des séminaires, de pratiques d'une Gisela Pankow et, par intérêt personnel, des recherches de Morgenthaler et de Prinzhorn sur les productions plastiques des malades mentaux, il propose à son patient de dessiner. Ce jeune qui ne peut parler accepte cette invitation et apporte ses réalisations lors de visites régulières. Il les présente mais ne veut rien dire... à la déception de son thérapeute qui cherche quelque ouverture à la parole. Les séances se suivent. Vient un jour où le service psychiatrique, à l'occasion d'une festivité d'anniversaire, décide d'ouvrir ses portes aux visiteurs intéressés par son style de travail. Le jeune psychiatre trouve aussitôt à prendre part à cette présentation des réalisations thérapeutiques en concevant l'idée d'encadrer les meilleurs dessins du jeune psychotique et de les exposer dans un couloir de l'étage psychiatrique. Le jour venu, visiteurs et patients peuvent regarder ces oeuvres et certains n'épargnent pas les commentaires sur la génialité de la folie, sur le côté sidérant de ces dessins si révélateurs de la structure psychotique, etc., etc. L'adolescent vient à passer et reconnaît, affichés sur le mur, ses quelques dessins : atterré, il s'arrête, pâlit puis, d'un coup, sans un mot, il se précipite dans le couloir et se jette par une fenêtre. Quelle issue pouvait-il trouver à ce viol du regard, à cette glose admirative sur son cas, à ce rapt d'une part de lui-même qui lui demeurait à lui-même interdite, opaque, indicible ? (1997 : pp. 15-16).

Cependant, de nombreux auteurs et acteurs s'accordent - sans en nier les risques - sur les avantages d'une exposition (ou représentation publique lorsqu'il s'agit de pièces de théâtre etc.) des travaux réalisés en atelier. Ce moment est en effet perçu comme un moment de reconnaissance, d'ouverture, à un destinataire plus large que le psychothérapeute et/ou équipe soignante : « l'extérieur » en général, la famille, les amis, en particulier. En rendant publiques ses créations, le patient donne à voir à la société ses potentialités et non plus ses limitations. Il rend compte de sa vision du monde, met l'accent sur sa subjectivité. L'appartenance du patient au champ artistique est rendue possible par son faible droit d'entrée (« la "profession" d'artiste est en effet une des moins codifiées qui soient ; une des moins capables aussi de définir (et de nourrir) complètement ceux qui s'en réclament (...) » (Bourdieu, 1992, p. 371), mais aussi par son intérêt pour la marginalité tel qu'Howard Becker par exemple l'a décrit dans *Outsider* (une « valeur » de la profession). Cela est également apparu lors de nos entretiens :

Ce dont je suis sûr, c'est qu'il y a un avantage au contact du monde artistique qui est la tolérance (...). C'est un monde où on peut être différent, où il existe une certaine tolérance (...). (Médecin psychiatre, Centre psychiatrique Saint Alexius, Bruxelles, 29/02/2008).

Pour que les bénéfices de cette nouvelle reconnaissance soient sans danger pour les patients, les art-thérapeutes déploient toute une série de recommandations que tout praticien « devrait » suivre rigoureusement. Il s'agit, en réalité, d'étendre le principe de confidentialité de la psychothérapie aux productions artistiques réalisées en atelier. Cette controverse, qui touche à des questions d'éthique et de déontologie professionnelle, s'attache surtout à la dénonciation de dérives passées dont il faut aujourd'hui se démarquer. Lorsque certains font simplement signer, en aval, des formulaires d'autorisation, d'autres élaborent en amont de véritables « contrats thérapeutiques » qui stipulent, en sus des conditions matérielles de déroulement des ateliers, le devenir des oeuvres. Ainsi, si exposition il y a, le patient en est averti dès l'amorce du processus de création.

L'art pour échapper aux étiquettes

Pour les tenants de l'orientation critique, la question de l'exposition est également débattue mais fait l'objet d'un nouveau questionnement : il n'est plus question de se demander ici si l'on peut ou non exposer les oeuvres des patients. Ce qui se discute plutôt ce sont les modalités d'expositions. Ainsi, des praticiens nourissants pourtant de fortes ambitions esthétiques pour les réalisations de leurs participants avouent être « mitigés » sur la publicité des oeuvres :

Je me méfie surtout des expositions qui présentent explicitement les artistes comme issus du monde psychiatrique. Pour moi, le risque c'est de cataloguer les patients (...) Cela revient à les placer dans des petits compartiments de façon à ce que les personnes extérieures puissent venir leur jeter des cacahuètes (13) (Assistant social, Clinique Saint Joseph, Pittem).

Ou encore :

Je ne pense pas que diffuser quelque chose avec l'étiquette d'art-thérapie soit intéressant... Ce qui est intéressant, c'est l'art, sans coller d'étiquette. (Statut non précisé, Clinique La Ramée, Uccle).

Deux causes possibles ont été identifiées dans ce mouvement d'opposition. La première porte sur la réception engendrée par les modalités d'exposition, la présentation des auteurs des oeuvres. Ce que rejettent les praticiens, c'est que le patient y est présenté en tant que tel et non sous un autre rôle, auquel il devrait pouvoir prétendre lorsqu'il expose ses productions : celui d'artiste. Dans ces conditions, selon certains, les ambitions d'émancipation sociale par l'art se condamnent d'emblée à l'échec : ces pratiques, plutôt que de donner accès à un autre type de rôle, ne font que redoubler, dans des regards extérieurs - lorsque le public est élargi, ce qui est rarement le cas, nous l'avons montré -, le rôle de « malade » qui est imposé par l'institution.

La seconde forme d'opposition porte sur la « récupération » des pratiques artistiques au profit de l'institution. Une praticienne avait dénoncé ces pratiques lors de notre enquête en expliquant que souvent, lors des expositions, « (...) l'institution en profite pour se dorer le blason (...) ». Ce n'est donc pas tant les bénéfices des expositions réinterprétés en fonction des objectifs thérapeutiques (par exemple, lorsque l'on dit que cela sert à « renarcissiser » le patient) qui sont critiqués que le fait que l'institution, instrumentalise ces productions - que la plupart du temps elle dénigre - comme « faire-valoir » auprès du public extérieur. C'est ainsi que Erving Goffman évoquait dans *Asiles* la place de ce que l'on appelait déjà « l'art-thérapie » dans les hôpitaux psychiatriques :

Il arrive souvent que la direction de l'hôpital crée, avec de gros moyens, un service psychiatrique spécialisé, groupe de psychothérapie, de psychodrame ou d'art-thérapie ; puis peu à peu l'intérêt se porte ailleurs et le spécialiste en place découvre que, progressivement, sa spécialité s'est transformée en une sorte de travail des relations publiques sa thérapie ne recevant de marque de soutien que lorsque des visiteurs sont reçus à l'institution et que l'administration se met en tête de montrer à quel point l'équipement est moderne et complet (1968, p. 140).

En dehors de l'exposition des oeuvres des patients, d'autres pratiques peuvent néanmoins être considérées comme relevant, potentiellement, d'un projet de réinsertion sociale par l'art : par exemple, le fait d'aller visiter des expositions ou de voir des spectacles, avec le groupe, dans le cadre de l'atelier. Ces pratiques favorisent, autrement, un accès des patients à la culture mais elles ne sont clairement pas les pratiques dominantes de l'art-thérapie (il s'agit plutôt d'y inciter le patient à produire lui-même) et semblent la plupart du temps inexistantes, en raison des contraintes institutionnelles. Les praticiens espèrent plutôt fournir aux patients l'impulsion qui leur permettrait, après l'hospitalisation, de se rendre par eux-mêmes dans ces lieux (par exemple, s'inscrire en cours du soir dans une académie).

Conclusion

En observant les différentes orientations (Kuty, 1998) ? thérapeutique vs esthétique - des art-thérapeutes et leurs retombées sur les usages des créations artistiques des patients, nous avons tenté de dégager les pistes des pratiques susceptibles de favoriser une émancipation sociale des patients au travers de la création artistique.

Nous avons montré que le principe d'exposition des oeuvres des malades, mis en avant par de nombreux auteurs et acteurs de l'art-thérapie, ne garantit nullement la réinsertion sociale des patients qui, par leur présence sur le marché de l'art, prétendraient au statut d'artiste. Pour que le patient soit perçu comme un artiste par le grand public, nous avons montré qu'il conviendrait avant tout que les « faiseurs » d'art-thérapie considèrent les productions telles des oeuvres artistiques et non uniquement des outils thérapeutiques. Ceux qui parmi les art-thérapeutes souhaitent poursuivre cet objectif de réinsertion sociale par les pratiques d'exposition, se doivent donc d'inscrire au point de départ de toute action la perception du malade comme un artiste. « Créer le créateur » ⁽¹⁴⁾, tel serait l'horizon d'une émancipation via l'exposition.

Bibliographie :

BARBERIS-BIANCHI M., DELAGE M., « L'art-thérapie comme attitude en psychiatrie adulte » in MORON P., ROUX G., SUDRES J.-L. (dir.), *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, Paris : Masson, 2003, pp. 103-117.

BECKER H. S., *Outsiders, Étude de sociologie de la déviance*, Paris : Métailié, 1985,1963.

BOLTANSKI L., *La condition foetale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris : Gallimard,2004.

BOLTANSKI L., *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris : Gallimard, 2009.

BOURDIEU P., *Les règles de l'art, Genèse et structure du champ littéraire*, Paris : Seuil, 1992.

FLORENCE J., *Art et thérapie, liaison dangereuse*, Bruxelles : Faculté universitaire Saint-Louis, 1997.

GOFFMAN E., *Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris : Minuit, 1968.

GUATTARI F., *Psychanalyse et transversalité*, Paris : La Découverte, 2003

HAMEL J., LABRECHE J. (dir.), *Découvrir l'art-thérapie. Des mots sur les maux, des couleurs sur les douleurs*. Paris : Larousse, 2010.

KUTY O., *La négociation des valeurs. Introduction à la sociologie*, Bruxelles : De Boeck, 1998.

LESNIEWSKA H.K., *Alzheimer. Thérapie comportementale et art-thérapie en institution*, Paris : L'Harmattan, 2003.

MORENO J.-L., *Psychothérapie de groupe et psychodrame. Introduction théorique à la socio-analyse*, Paris : PUF, 1987.

RODRIGUEZ J., TROLL G., *L'art-thérapie. Pratiques, techniques et concepts. Manuel alphabétique*, Paris : Ellébore, 2001.

VANDENINDEN E., *Approcher la médiation par ses usages professionnels. Le cas de l'art-thérapie*, Thèse de doctorat, Université de Liège, 2012.

VANDENINDEN E. , « Devenir art-thérapeute » in *SociologieS ?en ligne?*,2014.

Notes :

1. Thèse réalisée au sein du Département d'Information et Communication (Université de Liège) mais qui mobilise largement les méthodes sociologiques (enquête par entretiens qualitatifs) et ethnographique (terrain d'observation).

2. On exclut donc ici les pratiques uniquement relatives aux bénéfices thérapeutiques de la réception d'oeuvres. Seront par ailleurs prises en considération, les pratiques qui articulent une combinaison de la production et de la réception, comme c'est souvent le cas en musicothérapie.

3. « L'art-thérapie » se pratique aujourd'hui dans de nombreux domaines de soin. On lui trouve des applications en oncologie par exemple ou avec des personnes cérébrolésées.

4. Les psychiatres sont apparus comme les auteurs dominants de l'art-thérapie : à eux seuls, ils totalisent 32 % de la littérature. Plus largement encore, c'est sous leur autorité que se place la majorité des publications : 85% des auteurs revendiquent en effet l'appartenance au domaine « médical » (infirmiers psychiatriques, psychothérapeutes, etc.).

5. L'obédience systémique est peu représentée dans les ouvrages. Seuls J. Rodriguez et G.Troll (2001, 1995) s'en revendiquent explicitement. Dans les articles d'ouvrages collectifs, on a trouvé celui de Barberis-Bianchi M., Delage M. « L'art-thérapie comme attitude en psychiatrie adulte » (in Moron P., Roux G., Sudres J.-L. (dir.)

(2003) : pp. 103-117) qui s'étonne de sa faible représentation : « il est singulier que dans les principaux travaux consacrés à l'art-thérapie, il existe si peu de référence dans ce domaine. Il s'agit pourtant selon nous d'une

référence majeure (...). Le travail de l'art-thérapeute ne se limite pas à un travail d'interprétation (...) mais

s'intéresse aux patterns interactionnels, aux mécanismes de communication et d'échange entre les individus ». (p. 108). Les approches « gestaltistes » ou « humanistes » sont citées par Hamel et Labreche (2010) mais sans plus de développement. À l'encontre du paradigme psychanalytique, on trouve aussi l'école du psychodrame morénien qui se présente comme voie alternative à la psychanalyse (Moreno J.-L., (1987), *Psychothérapie de groupe et psychodrame. Introduction à la socio-analyse*). Un ouvrage de notre corpus enfin, se revendique de l'approche comportementaliste : Lesniewska H.K., (2003), *Alzheimer. Thérapie comportementale et art-thérapie en institution*).

6. Nous n'en avons rencontrés que deux, ce qui représente 3% des enquêtés.

7. 7% de statuts non précisés par les enquêtés, 3% de statuts « divers » (coordinateur d'activité, directrice

d'a.s.b.l. (association sans but lucratif)).

8. Pour les 20% restant, le financement provient d'autres fonds tels des fonds privés (pour 3 ateliers, ce sont les droits d'inscription des participants qui rémunèrent l'art-thérapeute et assurent le financement des ateliers) ou d'autres formes de subsides publics (cinq institutions constituées en a.s.b.l., deux institutions CEC (centre d'expression et de créativité, financés par le ministère de la culture), une école à l'hôpital et un planning familial).

9. Les données présentées ici sont issues d'une enquête (entretiens qualitatifs (18) et questionnaires envoyés par mails et/ou courriers (42)) réalisée en 2009 auprès de 60 art-thérapeutes belges représentant 58 institutions distinctes. L'état des lieux dressé par cette enquête se veut exhaustif sur l'année 2009 puisque d'une part, toutes les institutions de santé mentale en Belgique ont été contactées, d'autre part, il a été demandé à chaque enquêté de préciser ses contacts dans le milieu.

10. Si, comme le souligne E. Goffman (1968, p. 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.

11. Pour une explication plus détaillée de ce tableau voir Vandeninden E. (2014), *Devenir art-thérapeute*.

12. C'est le caractère contraint de l'expression artistique des patients en art-thérapie qui distingue selon nous radicalement ces pratiques de celles issues de l'art brut.

13. Traduit du néerlandais par nos soins.

14. Paradoxe fondateur de l'Art Brut mis au jour par Pierre Bourdieu (1992 : pp. 404-405).

Pour citer ce document:

Elise VANDENINDEN , « La création artistique comme vecteur d'émancipation sociale pour les malades mentaux », *Cultures-Kairós* [En ligne], Les usages du politique et leurs enjeux dans les pratiques artistiques et expressions esthétiques, Varia, Mis à jour le 10/10/2013

URL: <http://revues.mshparisnord.org/cultureskairos/index.php?id=670>

Cet article est mis à disposition sous sous [contrat Creative Commons](#)