UNIVERSITE DE LILLE 2 DROIT ET SANTE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

# Pratique artistique et pathologie mentale : d'une relation fusionnelle à travers le temps jusqu'aux psychothérapies à médiation artistique

Présentée et soutenue publiquement le 05/07/2019 à 16h
Au Pôle Formation
**Par Alexia NOKIN**

_____

**JURY**

**Président :**
**Monsieur le Professeur THOMAS Pierre**
**Assesseurs :**
**Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier**
**Monsieur le Professeur JARDRI Renaud**
**Madame le Docteur DUBOIS Anne-Marie**
**Monsieur le Docteur LAURENT Aurélien**

**Directeur de Thèse :**
**Monsieur le Docteur LAURENT Aurélien**

# Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ..... 4

CHAPITRE 1 : Analyse du lien entre art et psychopathologie : deux espaces distincts entremêlés de pensées et de réflexions communes ..... 9

1.1. Réflexions autour de la pensée créative ..... 9

1.1.1. Les concepts de création et de créativité ..... 9

1.1.2. Imagination, invention et innovation : quelques distinctions ..... 10

1.1.3. Approche de la créativité en termes de personnalité de l'artiste ..... 12

1.1.4. La flexibilité psychique, notion de pensée divergente ..... 13

1.2. Psychopathologie et créativité : étude de ce lien à travers l'histoire ..... 14

1.2.1. Historicité de ce lien supposé ..... 14

1.2.2. Stigmatisation de cet « art psychopathologique et singulier » ..... 23

1.2.3. Le sombre paradoxe de Dubuffet ..... 28

1.3. Les artistes surréalistes et leur rapport à la maladie psychique ..... 31

1.3.1. Surréalisme et « l'art des fous » ..... 31

1.3.2. Surréalisme et psychanalyse ..... 34

CHAPITRE 2 : Les psychothérapies à médiation artistique à travers l'outil psychanalytique : du processus de création au processus de transformation psychique ..... 44

2.1. La relation thérapeutique comme interrelation entre contenu et contenant ..... 44

2.1.1. La création artistique entre contrainte et liberté : le cadre du soin psychique ..... 44

2.1.2. Quel langage pour une approche de l'intime ? ..... 53

2.1.3. Réflexions autour du concept médiumnique ..... 57

2.1.4. Triangulation de la relation thérapeutique : modulation des enjeux transféro-contre-transférentiels ..... 61

2.1.5. L'objet produit comme objet fini ? ..... 64

2.1.6. Le maniement de l'outil psychanalytique dans les psychothérapies à médiation artistique ..... 67

2.2. Les bases théoriques psychanalytiques utilisées dans les psychothérapies à médiation artistique ..... 70

2.2.1. Le processus de symbolisation ..... 70

2.2.2. Hans Prinzhorn et la théorie de la Gestaltung ..... 74

2.2.2.1. Présentation de H.Prinzhorn ..... 74

2.2.2.2. La théorie de la Gestaltung ..... 74

2.2.2.3. La Gestaltung et le lien entre art et psychopathologie de type schizophrénique ..... 78

2.2.2.4. L'apport théorique de la Gesatltung aux psychothérapies à médiation artistique ..... 78

2.2.3. Le jeu et la théorie de la transitionnalité de Winnicott ..... 79

2.2.4. Le mouvement intime de création : le processus créateur ..... 82

2.2.4.1. Le saisissement créateur : ..... 84

2.2.4.2. Prise de conscience de représentants psychiques inconscients ..... 85

2.2.4.3. Instituer un code et lui faire prendre corps ..... 85

2.2.4.4. La composition proprement dite de l'œuvre et la production de l'œuvre au dehors ..... 86

2.2.5. Le pouvoir sublimatoire ..... 87

2.2.6. Processus de transformation psychique ..... 89

CHAPITRE 3 : Étude statistique « Psychothérapie à médiation artistique, lien art et folie : analyse des représentations médicales en psychiatrie » ..... 91
3.1. Type d'étude ..... 92
3.2. Déroulement de l'étude ..... 92
3.2.1. Origine et nature des données nominatives recueillies ..... 92
3.2.2. Nombre de participants ..... 92
3.2.3. Gestion et mode de circulation des données ..... 92
3.2.4. Critères d'inclusion ..... 92
3.2.5. Critère de non-inclusion ..... 93
3.2.6. Critères d'exclusion ..... 93
3.2.7. Modalités de diffusion / investigation retenue ..... 93
3.2.8. Critères d'évaluation ..... 93
3.2.9. Évaluation des bénéfices et des risques liés à la recherche ..... 94
3.3. Outil d'enquête : un auto-questionnaire ..... 94
3.4. Méthode d'analyse statistique des données ..... 94
3.4.1. Objectifs de l'étude ..... 95
3.4.1.1. Objectif principal ..... 95
3.4.1.2. Objectifs secondaires ..... 96
3.5. Résultats ..... 96
3.5.1. Taux de réponse ..... 96
3.5.2. Caractéristiques socio-démographiques des médecins ..... 98
3.5.3. Les représentations médicales concernant le lien entre l'art et la pathologie mentale ..... 102
3.5.4. Les représentations médicales relatives aux psychothérapies à médiation artistique ..... 103
3.5.4.1. Intérêt personnel ..... 103
3.5.4.2. Principes fondamentaux ..... 105
3.5.4.3. L'indication médicale d'ateliers ..... 109
3.5.5. Demande de sensibilisation aux psychothérapies à médiation artistique ..... 111
3.6. Discussion ..... 112
3.6.1. Taux de réponse et profils des médecins ..... 112
3.6.2. Les représentations médicales concernant le lien entre l'art et la pathologie mentale ..... 113
3.6.3. Les représentations médicales relatives aux psychothérapies à médiation artistique ..... 114
3.6.3.1. Intérêt personnel ..... 114
3.6.3.2. Principes fondamentaux ..... 115
3.6.3.3. L'indication médicale d'ateliers ..... 116
3.7. Limites de l'étude ..... 118
3.7.1. Taille de l'échantillon et représentativité ..... 118
3.7.2. Limites liées au questionnaire ..... 118
3.7.3. Relativisation des résultats ..... 119

3.8. Les perspectives ..... 120
3.8.1. Statut règlementaire de l'art thérapeute : ..... 120
3.8.2. La demande de formation et de sensibilisation ..... 121
3.9. Conclusion ..... 123

CHAPITRE 4 : Vignette clinique concernant le cas de Mme C ..... 125
4.1. Présentation générale du dispositif ..... 125
4.2. Les premières rencontres ..... 125
4.3. Au fil des séances ..... 126
4.4. La problématique de l'aboutissement ..... 128
4.5. Entre le fonctionnement et le cheminement psychique de Mme C ..... 129

Conclusion ..... 131

## INTRODUCTION

L'art existe vraisemblablement depuis que l'Homme existe, comme en témoignent les œuvres d'Hommes préhistoriques réalisées dans les cavernes à l'aide de pigments. L'art pariétal, empreint de spiritualité, représentait des animaux, des mythes, des histoires de vie. Par ces peintures, les artistes préhistoriques tentaient de représenter la condition humaine, le Monde et leurs croyances en des puissances surnaturelles. Parmi les productions réalisées, on retrouve une grande majorité consacrée à la faune comme les chevaux et les bisons. Les animaux sont dessinés avec précision. Ils ont donc appris à esquisser leurs contours, leurs formes, comme s'ils apprenaient un langage. Cette notion de « mise en forme » n'est pas sans rappeler la théorie de la « Gestaltung » d'Hans Prinzhorn (1), qui la décrit comme un ensemble de pulsions archaïques (organisation, imitation, décoration). Nous y reviendrons plus en détail dans ce travail.

On peut alors émettre l'hypothèse selon laquelle les hommes du passé étaient à la recherche de communication. Ces artistes préhistoriques s'exprimaient à travers la pratique artistique. Au-delà d'être un art, on peut se demander s'il ne s'agissait donc pas d'un langage codifié, d'une volonté de communiquer et de transmettre quelque chose aux générations futures bien avant l'apparition de l'écriture.

La pratique artistique relève donc de quelque chose d'ancestral, d'authentique et de fondamental, comme un besoin naturel humain.

*Art rupestre composé de mains négatives, grottes de Bornéo*

*Source : Site internet officiel de « Futura », portail internet de décryptage des avancées scientifiques*

Selon le Dr Philippe Mons « La création ex-nihilo n'existe pas ». Avec l'Homme apparaît la culture. Celle-ci est donc présente dans le célèbre triptyque : les enfants, les primitifs…et les malades psychiatriques. En tout Homme vit une culture et donc un accès à la création artistique. L'objet d'étude de la première partie de ce travail concerne tout d'abord un ensemble de réflexions au sujet de la création et de la créativité. Dans une approche spécifique de l'artiste, nous pourrons élaborer des questionnements en termes de personnalité et de pensée créative propre.

Ensuite, nous étudierons le lien entre l'art et la pathologie mentale. De tout temps, il n'a cessé de questionner les écrivains, les philosophes et plus récemment la sphère médicale psychiatrique. Depuis très longtemps, cette association demeure constante dans les représentations sociales, soulevant à la fois les passions, les convictions et les conflits.

Nous présenterons une brève historicité de ce lien en discutant les différentes étapes à travers lesquelles il a pu évoluer jusqu'au jour d'aujourd'hui.

Depuis les années 1920, les représentations sociétales sont telles que le dérèglement psychique constitue une condition indispensable à la création artistique(2). Nous verrons donc ensuite comment les productions des patients vont être marginalisées, explorées, analysées et finalement stigmatisées.

Nous étudierons l'influence des artistes surréalistes concernant les productions asilaires. Ces artistes dits « d'avant-garde », contemporains, ont beaucoup porté leurs réflexions sur l'univers de la « folie ». Nous verrons comment l'essence même de la création au sein des anciens asiles psychiatriques a pu mobiliser ces artistes, en quête de nouvelles sources d'inspiration.

Si l'art relève de l'expression d'une partie de soi-même, qu'en est-il de la relation à l'Autre ? L'art pariétal a possiblement pu être lié à un besoin de communication, notamment avec les forces supérieures. Qu'en est-il du rôle de l'Autre dans la production artistique ? Et qu'en est-il dans le cadre des psychothérapies à médiation artistique ? L'accent est porté sur la volonté du patient d'accéder à un langage (et plus précisément un métalangage), dans un but de communication avec le psychothérapeute et, plus encore, avec lui-même. Tout comme nos ancêtres préhistoriques, nous sommes en quête de l'indicible, traduit par des esquisses, des formes, des signes. La relation entre le patient et l'Autre est fondée sur l'acceptation de l'inconnu, de l'incertitude. Ce déséquilibre crée la qualité et la singularité de la rencontre. Dans cette dynamique, nous aborderons la relation psychothérapeutique par une stratégie du détour, dans une interrelation entre contenu et contenant.

Jean Oury (3) parle de « site » pour définir cet espace de jeu, de risque et de « surgissement ». Il s'agit d'un lieu ouvert dès lors que l'accès à l'Autre est possible. Ceci par « intégration du vide ». Il utilise le terme « d'enforme » pour signifier cet espace de « pré-représentation »(3) lié à la Gestaltung. A la différence de l'œuvre d'art à proprement parler, les productions de patients lors des ateliers ne convoquent pas l'existence d'un public. En effet, qu'il s'agisse d'un

système « ouvert » ou « fermé », la pratique artistique est utilisée à des fins thérapeutiques, dans une relation transféro-contre-transférentielle du soin psychique.

Nous reviendrons sur la notion du devenir de l'œuvre, sur l'enjeu de l'objet fini ainsi que sur l'utilisation d'un médium et la mise en place du cadre en psychothérapies à médiation artistique. De par une temporalité particulière, celle du média, nous assistons à la construction d'un « processus ». L'accès à la symbolisation, à la sublimation ou encore à la transitionnalité de Winnicott (4), rend possible la transformation psychique à travers le processus créateur.

Les psychothérapies à médiation artistique se définissent comme étant des « techniques psychothérapeutiques qui utilisent les pratiques artistiques comme principal moyen de communication et d'expression »(5). En pratique, ces psychothérapies renvoient à une multitude de référentiels théoriques, parfois même très discutables. On assiste actuellement à la mise en place de différents ateliers utilisant la médiation artistique dans plusieurs champs du soin. Nous nous trouvons actuellement dans un « flou artistique », une confusion lorsqu'il s'agit de définir ce qu'est réellement une psychothérapie à médiation artistique. Les différentes institutions proposent de plus en plus des activités « créatives » menées par des artistes ou des professionnels exerçant hors du champ du soin. Or, les ateliers « d'art-thérapie » se doivent d'être menés par des art-thérapeutes certifiés. Nous nous attacherons donc à apporter des éclaircissements épistémologiques au sujet de ces psychothérapies, notamment au travers de l'outil psychanalytique.

La troisième partie de ce travail interroge les croyances médicales en psychiatrie sur le potentiel thérapeutique, préventif voire diagnostique de la création artistique sur la pathologie mentale. Un des objectifs de cette étude statistique est donc de réaliser un état des lieux concernant les représentations du lien entre l'art et la pathologie mentale.

Par ailleurs, le personnel médical tient un rôle primordial dans la mise en place des ateliers puisqu'il en pose très souvent l'indication. En raison de l'hétérogénéité des pratiques et de l'importance de l'indication médicale, il paraît intéressant de questionner les médecins sur les fondements épistémologiques et théoriques des psychothérapies à médiation artistique. Comment sont-elles perçues dans la communauté médicale ? Dans ce sens, un des objectifs de l'étude est d'interroger les représentations médicales relatives aux psychothérapies à médiation artistique. Nous étudierons également les connaissances concernant l'indication médicale et la mise en œuvre des ateliers ainsi que l'intérêt des médecins pour ces psychothérapies.

Afin d'illustrer une ébauche d'élaboration du processus psychique à l'œuvre en atelier, nous finirons ce travail par une vignette clinique, celle de Mme C.

# CHAPITRE 1 : ANALYSE DU LIEN ENTRE ART ET PSYCHOPATHOLOGIE : DEUX ESPACES DISTINCTS ENTREMELES DE PENSEES ET DE REFLEXIONS COMMUNES

## 1.1. Réflexions autour de la pensée créative

### 1.1.1. Les concepts de création et de créativité

Pour commencer, il nous faut distinguer le concept de création et celui de créativité.

Le Petit Robert (1977) note que l'adjectif « créatif » a été repris vers 1960 d'après l'anglais « creative ». Cet adjectif apparaît dans l'édition de 1972 avec une citation sur les « tendances créatives de l'enfant »(6).

Il faut attendre 1980 avec le « Dictionnaire de psychologie » de Norbert Sillamy qui consacre quelques pages aux tests de créativité artistique mais aussi scientifique. Il donne comme définition « une disposition à créer qui existe à l'état potentiel chez tous les individus et à tous les âges, étroitement dépendante du milieu socioculturel »(7).

Pour le Grand Larousse Universel de 1994, la créativité est la faculté d'invention et d'imagination. Dans le Littré on ne retrouve pas de définition de la créativité.

Cependant, d'après celui-ci (Littré 2004), « créer : tirer quelque chose du néant » et d'après le Grand Larousse Universel, « créer c'est faire que quelque chose, un être existe, et ce, à partir de rien, spécialement en parlant de Dieu »(8).

La créativité est liée à la capacité d'imagination, d'invention et est souvent associée au domaine artistique. Or, elle joue un rôle dans de multiples domaines tels que la science. Pour les Grecs, la créativité désignait le fait d'apporter de la nouvelle vie dans la vie.

Elle représente donc la faculté d'un individu à découvrir une solution originale à un problème.

Winnicott parle d'un « mode de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue »(4). Pour lui, cela permet l'approche de la réalité extérieure. Winnicott émet l'idée selon laquelle la créativité ne peut pas être complètement détruite. La pulsion créative serait indispensable à l'artiste créant une œuvre d'art, mais elle est également présente en chacun de nous. En art-thérapie, le thérapeute offre la possibilité au patient de restaurer sa créativité.

Cette créativité peut être définie selon plusieurs facteurs : cognitifs, conatifs, affectifs et environnementaux. Nous y reviendrons plus tard.

L'acte de création signifie l'action de produire quelque chose qui n'existait pas, d'organiser, de « donner naissance à », ce qui relève de la conception, de l'élaboration, de l'intention, un créateur est l'auteur de choses nouvelles.

Pour faire le parallèle entre l'art et la science ou la médecine, A.Evers souligne que « les sciences et les arts sont chacun créateurs »(9). Ils s'attachent tous deux à « transcender les idées reçues, les tabous »(9). Leur objectif est d'apporter de nouvelles idées et de faire progresser la société afin d'améliorer la qualité de vie des sujets.

### 1.1.2. Imagination, invention et innovation : quelques distinctions

Comme nous le disions précédemment, pour le Grand Larousse Universel de 1994, la créativité est la faculté d'invention et d'imagination. Il peut exister quelques confusions concernant les termes de créativité, d'imagination, d'invention et d'innovation.

Anzieu définit la créativité comme « un ensemble de prédisposition du caractère et de l'esprit qui peuvent se cultiver et que l'on trouve sinon chez tous »(10) et la création comme « une invention »(10).

L'imagination est la capacité de se représenter des images, notamment ce qui est impalpable ou abstrait. « L'imagination peut être considérée comme les prémices de la créativité » (11) .

D.Laustriat cite les termes du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL) pour définir l'imagination comme une « capacité d'évoquer les images d'objets déjà perçus, de se représenter le passé sous une forme analogue à la sensation »(12)(13). Il est intéressant de distinguer l'imagination (re)productrice et l'imagination créatrice.

Pour G. Jean, l'imagination (re)productrice est la capacité de reproduire en soi-même et à l'extérieur les images intégrées dans la mémoire.

L'imagination créatrice ramène à la faculté de « former, de créer des images d'objets non perçus ou d'objets irréels, de faire des combinaisons nouvelles d'images, de créer, d'inventer des images, des formes ou des figures nouvelles »(12). Celle-ci est liée aux contenus acquis et par les résonances émotives correspondantes, conscientes ou non. Dans l'air des songes, G. Bachelard précise : « On veut toujours que l'imagination soit la faculté de former des images. Or elle est plutôt la faculté de déformer les images fournies par la perception, elle est surtout la faculté de nous libérer des images premières, de changer les images… » (14) .

L'invention, selon le CNRTL désigne la « faculté d'imaginer quelque chose de nouveau, d'avoir des idées originales et intéressantes »(15). La créativité associe des éléments de nouveauté et d'adaptation à l'environnement. L'invention, elle, se rapporte uniquement à la nouveauté.

Brabandère (16) aborde la notion de réalité du monde et celle de la perception de celui-ci. D'une part, l'innovation serait le processus permettant de changer la réalité et, d'autre part, la créativité un moyen utilisé pour transformer la perception des choses. L'innovation concerne alors plus les objets et la créativité les sujets.

Il existe également des théories et des explications neurobiologiques concernant la créativité mais elles ne seront pas développées dans ce travail.

### 1.1.3. Approche de la créativité en termes de personnalité de l'artiste

Existe-t-il des traits de personnalité ou de fonctionnement spécifique de l'artiste ?

Il serait en effet possible que certains traits de personnalité puissent avoir une influence significative sur la créativité. Des auteurs se sont intéressés à cela, notamment Feist, Sternberg, Lubart, Barron, Harrington…

Ces traits en lien avec la créativité scientifique et artistique seraient l'ouverture aux expériences, à la fantaisie et à l'imagination.

Les artistes sont alors décrits comme étant plus ouverts, plus curieux, mais aussi plus impulsifs et moins consciencieux, osant la provocation car plus rebelles.

Nathalie Rogers définit la personne créative comme plus « ouverte aux options » (17). L'artiste serait souvent quelqu'un d'anticonformiste, « allant à l'encontre les normes sociales »(18) selon Feist, pour repousser les limites en interrogeant les règles. A l'inverse, le conformiste se retrouve enfermé et rigide dans sa pensée. Ce serait cet individualisme, cet anticonformisme qui leur permettrait une « indépendance de jugement » (19) .

On retrouve aussi l'attrait pour la nouveauté impliquant la prise de risque, la persévérance et la tolérance à l'ambiguïté.

La persévérance est liée à l'acceptation du changement et à la notion de pensée divergente puisqu'elle révèle la possibilité de trouver des solutions alternatives.

Les artistes seraient donc plus facilement à même de produire du changement, de se questionner et de « générer des productions nouvelles et adaptées » (11) . Par cette pensée « non conventionnelle », cette ouverture d'esprit, les artistes explorent de nouveaux horizons.

Cette plasticité mentale nous conduit à développer la notion de pensée divergente.

### 1.1.4. La flexibilité psychique, notion de pensée divergente

Le processus créatif dépend de la pensée divergente dans la multiplicité des réponses originales élaborées par le sujet. Puis, de l'attitude convergente des idées découle la production finale.
Botella et Lubart nous apportent quelques éléments de réflexion. Ce fonctionnement peut être mis en lien avec ce que l'on nomme la « flexibilité psychique »(11) ou bien avec la notion de « pensée divergente »(11), que nous allons détailler.

La flexibilité psychique se définit comme étant le fait de pouvoir dégager de multiples possibilités en partant d'une seule et même idée. Selon Lévy et Langer, « adhérer à une idée sans envisager les autres possibilités inhibe la créativité » (20) . Dans ce sens, les personnes créatives attestent de cette capacité à « appréhender un seul objet, une seule idée, sous des angles différents, la sensibilité au changement ainsi que la capacité à se dégager d'une idée initiale pour explorer de nouvelles pistes » (21) .
Ceci introduit la notion de pensée divergente, advenant de manière spontanée et aléatoire, engendrant de nombreuses idées et notamment des idées inattendues.
La pensée convergente, elle, suit des étapes logiques pour aboutir à une solution unique, une solution dite « correcte ». C'est un processus mental qui permet d'organiser les idées en s'inscrivant dans une certaine linéarité. Elle permet de sélectionner les idées appropriées au contexte et à les structurer de façon cohérente.
Quand le processus de pensée divergente est terminé, les idées se structurent en utilisant la pensée convergente. Ainsi, le processus créatif se compose à la fois de la pensée divergente et de la pensée convergente, entre exploration et intégration afin d'obtenir une idée originale.
La pensée créative permet, grâce à une certaine mobilité et souplesse de l'esprit, d'accéder à de nouveaux comportements en dépassant les idées préconçues.

La capacité d'adaptation aux changements implique donc une certaine flexibilité mentale et favorise la créativité. C'est-à-dire que l'accès à la pensée divergente implique une plus grande productivité idéationnelle.

Pour Einstein, l'imagination a plus importance que la connaissance puisque cette dernière a des limites. L'imagination, elle, permet la progression et l'évolution.

Selon Natalie Rogers, « la créativité menace ceux qui exigent la conformité » (17). Elle y associe la thématique de l'individuation personnelle contre les attentes des « dictateurs » qui freineraient le processus créatif et la libre expression de ses émotions. Elle prône ici la spontanéité naturelle de chacun, la possibilité de penser par soi-même et l'imagination qui est présente en chacun de nous.

Pour André Green, « la créativité est un fait sans lequel il n'y a pas de vie psychique mais seulement une survie, pas d'existence mais une habitude qui s'entretient de ses automatismes, indifférents à la vie comme à la mort » (22) .

## 1.2. Psychopathologie et créativité : étude de ce lien à travers l'histoire

### 1.2.1. Historicité de ce lien supposé

Nous disions précédemment que, de tout temps, le lien entre l'art et la pathologie mentale n'a cessé de questionner.

Comme le mentionne A. Brun (23), le recours aux médiations artistiques est, même s'il semble être novateur, très ancien. En effet, on peut citer l'influence thérapeutique de la pratique

musicale dans la Bible par exemple. Il est écrit que les serviteurs du roi Saul lui proposèrent de soigner ses terreurs et ses angoisses, en écoutant David le joueur de cithare(5).

Chemama B. Steinert (24) rejoint cette idée en témoignant des bienfaits, parfois cathartiques, de l'expression artistique sur l'apaisement des tensions internes. « Toutes les expressions artistiques favorisent l'abréaction émotionnelle ».

Le Dr Anne-Marie Dubois, dans une interview enregistrée en 2015 (France Culture)(2), situe le contexte historique de chacune des réflexions concernant ce lien entre l'art et la folie. En effet, ce lien est abordé de manière différente tout au long de l'Histoire.

A l'époque antique, elle précise que les artistes étaient surtout considérés comme des artisans et la production finale importait plus que leurs récits de vie. Dès l'Antiquité en Grèce, Aristote (25) considère que la créativité et la folie sont liées. « Il n'y a pas de génie sans un grain de folie » (26) . Le philosophe s'interroge : « Pourquoi tous les hommes exceptionnels du passé, en philosophie, en politique, en poésie ou dans les arts, étaient-ils manifestement mélancoliques ? » (27) .

Concernant cet ouvrage, le Dr Anne-Marie Dubois note une certaine justesse avec laquelle Aristote parle de la mélancolie puisqu'il semble différencier la « folie transitoire »(25)(2) potentialisant l'activité créatrice, de la « pathologie constitutionnelle »(25)(2), inhibant cette activité créatrice. Il est donc important de remarquer qu'à son époque Aristote montrait déjà une certaine prudence concernant le lien entre les états mentaux pathologiques et la potentialité créative(2).

Au Moyen Age, l'artiste retrouve sa simple place d'artisan puis, à partir de la Renaissance, on cite plus facilement les bienfaits de l'art(2).

Le Dr Anne-Marie Dubois cite le peintre, architecte et écrivain toscan Giorgio Vasari. Son recueil bibliographique « Les vies des meilleurs peintres, sculpteurs et architectes » (28) est considéré comme une des publications fondatrices de l'histoire de l'art. A cette période de l'histoire, on s'intéresse donc à nouveau à la vie des artistes mais sans aborder la pathologie mentale sous un angle scientifique et médical. Il ne fait pas de lien direct entre folie et génie, il va s'attache simplement à décrire leur histoire de vie(2).

Les réflexions d'Érasme « L'Éloge de la folie » (29) sont particulièrement importantes dans le contexte historique de la Renaissance. Ce théologien, philosophe et humaniste apportait déjà quelques éléments concernant la folie. Il l'aborde sous un angle différent et propose alors une vision plus positive et porteuse d'espoir. « Eloge de la folie »(29) est une satire humoristique, plutôt burlesque dans laquelle il y fait parler, avec emphase, la déesse de la folie. Il emprunte donc le masque de la folie « la Moria », pour exprimer ses idées. « Ah si les mortels s'abstenaient un bon coup de tout commerce avec la sagesse et cohabitaient sans interruption avec moi ! Il n'y aurait plus de vieillesse du tout et ils savoureraient le bonheur d'une éternelle jeunesse ! »(29).

Au XVIIe et XVIIIe siècle, les médecins commencent à se servir des médiations artistiques dans le soin. Chartier ajoute que « si les thérapeutiques anciennes des maladies mentales ne manquaient pas d'inclure l'utilisation de l'art, c'était de manière passive » (30).
L'époque romantique est particulièrement importante dans l'évolution de ce lien entre créativité et maladie psychique de par la valorisation de celle-ci. A cette époque, les croyances étaient telles que la maladie psychique était indispensable à l'émergence du génie créateur(2).

Au XXe siècle, les psychiatres de toute l'Europe se sont intéressés à cet « art des fous »(31)(32).

Au début du siècle, on retrouve une réelle passion pour l'esthétique avec un certain respect des artistes. Comme le souligne A. Evers (9) , depuis 1950 l'intérêt pour la pratique artistique dans le soin et pour l'art-thérapie connaît un essor considérable et éveille la curiosité de nombreux psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes et psychiatres. A partir des années 1970, commencent à émerger des travaux d'ordre psychopathologique.

Nous allons exposer quelques repères historiques concernant l'intérêt du monde psychiatrique pour l'art, les productions de malades mentaux et leurs liens éventuels.

Aux alentours de 1784, le Dr Benjamin Rush commençait déjà à s'intéresser aux œuvres de patients au sein du Pennsylvania Hospital. On considère qu'il fut le premier à collectionner les productions de ses patients. Seulement quelques-unes d'entre elles ont été retrouvées. Il travaillait par ailleurs sur l'humanisation des soins et fut le prédécesseur du célèbre Philippe Pinel. Avec Jean-Baptiste Pussin en 1793, ce dernier révolutionna le soin en psychiatrie par l'introduction du traitement moral, d'abord à Bicêtre puis à la Salpêtrière en 1795. Cette attitude humaniste et porteuse d'espoir fut « une étape essentielle vers la reconnaissance des vertus thérapeutiques de l'art » (5) . Il introduit des ateliers, certes occupationnels, mais dans une volonté de changement. Il peut donc être considéré comme le pionnier dans l'instauration de la pratique artistique dans les hôpitaux.

*Pinel délivrant les aliénés de leurs chaînes*

*Source : Site internet officiel du journal « La Croix »*

En 1838, la Crichton Institution ouvre ses portes en Ecosse, à Dumfries. Elle y accueille le Dr Browne, psychiatre, qui mit en place des pratiques basées sur le traitement médical et surtout moral des patients. Le Dr Browne développe le théâtre, la musique et même l'édition d'un journal « The New Moon ».

L'intérêt pour la créativité au sein des asiles psychiatriques ne fait que s'accroître, si bien qu'Ambroise Tardieu, en 1872, publia la première reproduction d'un dessin de fou dans un traité de médecine légale « Étude médico-légale sur la folie » (33). Ceci inspira le Dr Max Simon, qui se servit alors des productions de malades comme documents cliniques. Il publia « L'imagination dans la folie : étude de dessins, plans, descriptions et costumes des aliénés » en 1876 (34).

Parallèlement, en 1877 le Douanier Rousseau peint sa première peinture et le facteur Cheval commence à construire son Palais idéal à Hauterives.

*Palais idéal de Ferdinand Cheval, « du Facteur Cheval »*

*Source : site internet officiel du Palais idéal du Facteur Cheval, Monument historique.*

Par la suite, Le Dr Cesare Lombroso créa le premier musée de la folie qui était en réalité une sorte de cabinet de curiosité. Psychiatre et criminologue, il publia en 1882 « Génie et folie » et fît l'hypothèse d'un lien entre le « fou », le saint et le génie en assombrissant l'image de la psychiatrie. Les « fous » étant alors assimilés à des erreurs, des « dégénérés ». Il étudia par ailleurs le peintre belge Antoine Wiertz.

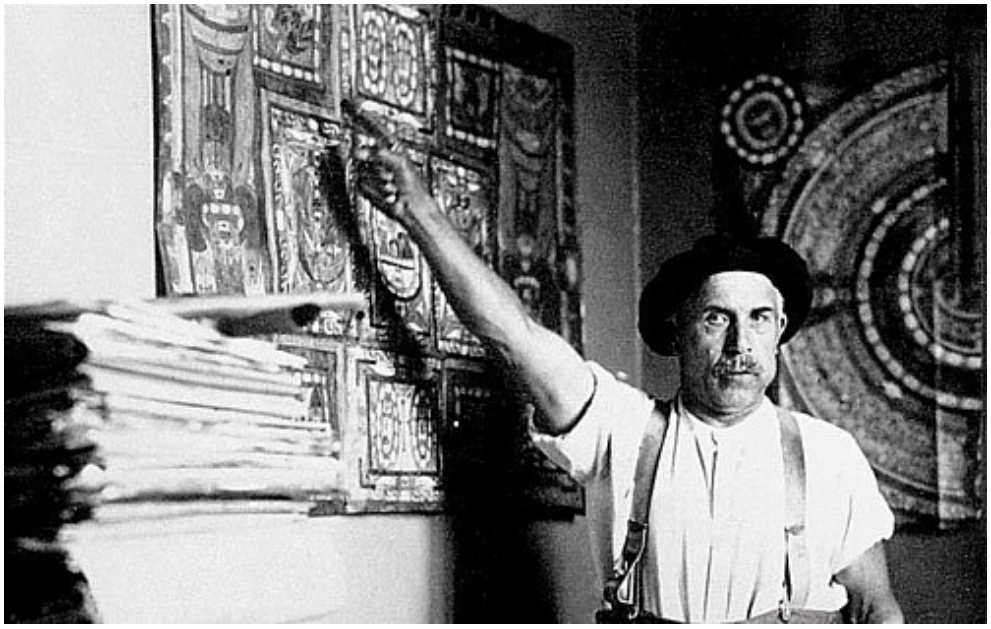
En 1900 a lieu la première exposition publique d'art psychopathologique à Londres, au Bethlem Royal Hospital. Le Dr Auguste Marie (1865-1934), ancien élève de Charcot et psychiatre à l'hôpital psychiatrique de Villejuif est nommé à Sainte-Anne en 1920 où il termine sa carrière en 1929. Il reprit l'idée de l'exposition de 1900 pour en organiser une en 1905, à Paris.

Le Dr Meunier alias Marcel Réja, à la fois psychiatre et homme de lettres, a pu étudier le peintre et graveur belge : James Ensor. Il a publié en 1907 un ouvrage s'intitulant « l'Art malade :

dessins de fous »(35), contenant des reproductions d'œuvres collectionnées par différents médecins. Ce fut l'un des premiers à privilégier la valeur esthétique des productions asilaires et ainsi reconnaître de l'Homme derrière le malade. Il s'opposa au clivage entre l'art « normal » et l'art « pathologique » en mettant davantage l'accent sur la différence entre l'artiste et « l'homme normal artistiquement stérile » (36).

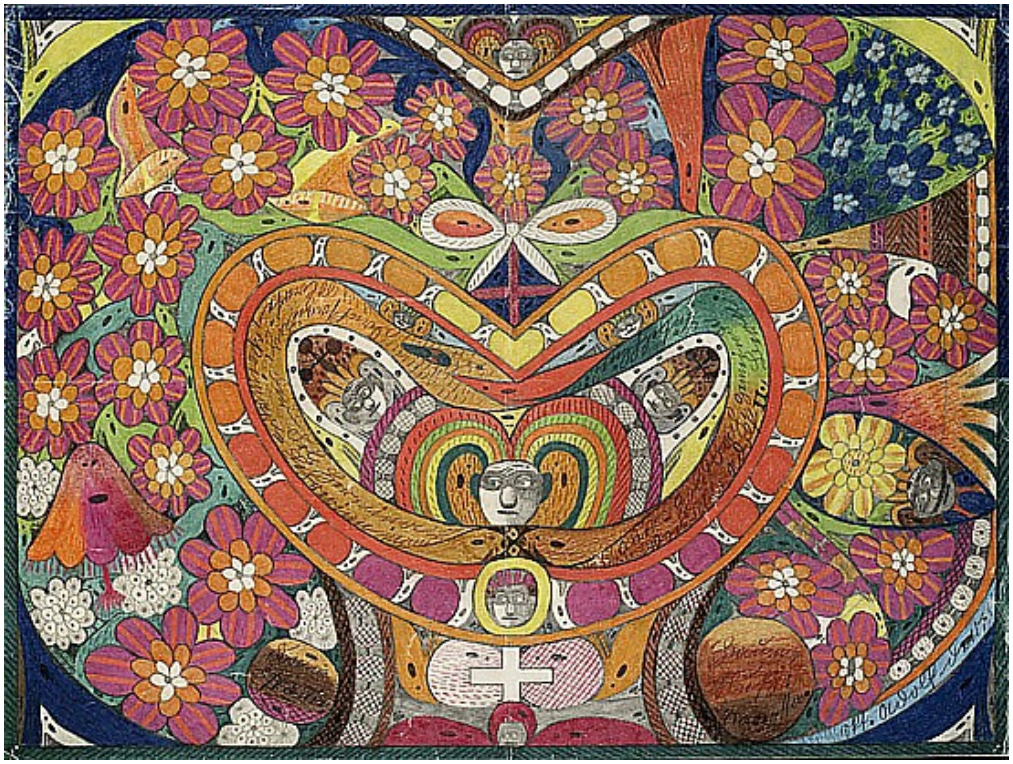
En 1910, Max Ernst souhaita réaliser un ouvrage sur les œuvres plastiques des malades mentaux. Le projet ne portera pas ses fruits puisqu'il est au fait du désir de Prinzhorn d'écrire à ce sujet. André Breton, lui, fait la connaissance de la « folie » en tant qu'étudiant en médecine au centre neuropsychiatrique de Saint Dizier. Il y rencontre Paul Eluard et ils écrivent ensemble « L'Immaculée conception ». Ils mettent en scène cinq délires dans l'objectif de démontrer que la folie est présente chez chacun, même en l'absence d'une maladie mentale. Pour Paul Eluard, la qualité artistique des discours d'aliénés est présente, « juste avant d'être confronté à la réalité de la folie » (37).

Plus tard, Dr Walter Morgenthaler, psychiatre suisse à l'asile de Waldau, travailla sur la transformation des asiles en établissements de soins utilisant les méthodes psychanalytiques. Selon lui, si les enfants parviennent à l'écriture à l'aide du dessin, les peintures des malades psychiatriques adultes opèrent par régression. Il encourage ses patients à dessiner et à écrire. En 1921, il consacre un ouvrage à son patient Adolf Wölfli « un aliéné artiste » (38). Cet ouvrage donne une place centrale à l'Homme et sa pathologie ainsi qu'à son style artistique.



*Adolf Wölfli, dans les années 1920*

*Source : Site internet officiel de la Galerie Christian Berst, Art Brut, Paris*



*Œuvre, sans titre, Adolf Wölfli*

*Source : Site internet de la Coopérative du Zèbre, association.*

Le Dr Hans Prinzhorn travaille comme assistant de Wilmanns à la clinique d'Heidelberg en 1919. La même année, le mouvement Dada et Max Ernst exposent leurs œuvres aux côtés de celles de malades mentaux, lors de l'exposition « tendances nouvelles » à Cologne.
Prinzhorn écrit en 1922 un ouvrage qui passionna les artistes et la médecine européenne du début du XXe siècle : « Expression de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'asile »(1). Nous y reviendrons plus tard dans ce travail.

La méthode paranoïaque-critique de Dalí voit le jour en 1930. Nous y reviendrons également. En 1936 a lieu l'exposition internationale du surréalisme à Londres, avec une présentation d'œuvres de « fous ».

Le Dr Lucien Bonnafé (37) en 1943 est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban en Lozère. Il anime également la Société du Gévaudan. En 1942, il accueille dans cet hôpital Paul Éluard. C'est à Saint-Alban qu'Auguste Forestier, une des figures de l'Art Brut, est interné depuis 1914. Après la guerre, Lucien Bonnafé (39) dénonça la mort des 40 000 malades mentaux, victimes de l'extermination sous l'Occupation parmi lesquels Séraphine de Senlis et Sylvain Fusco.

Au XXe siècle, deux évènements marquants sont à citer : ceux des expositions de 1946 et 1950 à l'hôpital Sainte Anne à Paris. Ce sont des œuvres de patients atteints d'une pathologie mentale, réalisée spontanément ou sous l'impulsion de leurs psychiatres. Cette exposition de 1950 constitue l'origine de la création de la Collection Sainte Anne, devenue « Musée de France en 2016.(5)

On assiste alors à l'influence des concepts psychanalytiques, du surréalisme et de l'intérêt porté aux productions des malades psychiatriques dans ce lien entre art et folie.
Nous reviendrons plus en détail au cours de ce travail.

La croyance en ce lien a continué d'être alimentée par les publications, biographies, articles de presse qui vont ainsi raconter la vie de célébrités et dresser le tableau clinique de certains grands personnages artistiques. Musset est étiqueté comme « dipsomane » atteint, comme beaucoup d'autres, de « psychose dégénérative épileptoïde » (Odinot)(40). Baudelaire, selon Lombroso (1903) serait un « criminel né » et Chateaubriand, selon Tardieu (1900), une espèce « d'épuisé précoce »(41). La liste est bien sûr non exhaustive (Balzac, Saint-Simon, Rousseau…). On assiste à une « pathologisation » excessive de toute expression créatrice, ce qui porterait à croire que la production artistique serait un signe avant-coureur de la folie.
Ainsi, cette association demeure constante dans les représentations sociales. De ce fait, la création artistique serait une manifestation signant l'existence d'une pathologie mentale, et l'acte de création pourrait soulager, voire prévenir le trouble. En réalité, le lien entre l'art et la pathologie mentale est tout autre.

### 1.2.2. Stigmatisation de cet « art psychopathologique et singulier »

Dès le début du XXe siècle, commencent à voir le jour des corrélations entre les œuvres de malades mentaux et d'artistes contemporains. Les expositions d'art psychopathologique ont eu lieu essentiellement entre 1935 et 1990. Ce sont des expositions le plus souvent réservées au milieu psychiatrique et dans lesquelles les œuvres sont reliées directement avec les pathologies qu'elles mettent soi-disant en évidence. On ne s'attarde pas sur la valeur esthétique ou artistique

mais sur des signes plastiques qui seraient spécifiques ou caractéristiques de telle ou telle maladie mentale. La schizophrénie apparaît comme étant la pathologie la plus marginalisée.
Les malades psychiatriques utilisant l'expression plastique tendent à être exclus et stigmatisés, « des dégénérés à tendances nettement pathologiques » pour reprendre les termes de Ruckstuhl, cité par le Dr Philippe Mons (36).
Comme le souligne le Dr Anne-Marie Dubois, ce comportement à l'égard des patients engendre une réactualisation de l'isolement dont ils souffrent depuis bien longtemps. Ils se trouvent alors privés d'accès à l'histoire de l'art contemporain et aux émotions. Ils sont à nouveau « enfermés » dans leur pathologie mentale et ainsi classés dans « un sous-groupe », une catégorie d'art singulière.

« Les patients sont comme nous, ils ont trouvé un système pour rendre leur maladie supportable pour eux, et pour les autres », nous confie le Dr Philippe Mons.

Ceci n'est pas sans rappeler la notion de taxinomie et la volonté d'expliquer la personnalité ou les troubles psychiques selon les traits du visage et l'apparence physique. Cette notion de « physiognomonie » a été explicitée par Johann Kaspar Lavater en 1778. De cette idée découlent des théories selon lesquelles les productions graphiques seraient de réels documents cliniques pour expliquer la maladie mentale. Le docteur Philippe Mons (36) illustre cela par l'étude de Roques de Fussac (1905) et sa conviction selon laquelle certaines œuvres permettraient un accès au processus mental pathologique :
« Qu'un persécuté dessine un paysage, c'est là une tentative artistique qui aboutit plus ou moins bien selon le talent dont il dispose et qui, pour nous, n'a en somme que peu d'intérêt. Mais que le même persécuté dessine une hallucination visuelle qu'il vient d'avoir, ce dessin constitue un document clinique de première importance »(36).

Les psychiatres utilisent ainsi leurs œuvres comme voie d'accès au fonctionnement pathologique et n'y voient donc pas toute la sensibilité qui s'en émane.

L'exposition « d'art dégénéré »(42) de 1937 en est malheureusement l'illustration la plus scandaleuse que l'Histoire ait connu.

*Ouverture de l'exposition « Entartete Kunst », en 1937*

*Source : Site internet « bundeszentrale für politische Bildung » (Bpb)*

Une des premières manifestations à avoir associé les œuvres des artistes avant-gardistes et les productions de malades psychiatriques est cette exposition « d'art dégénéré » (« Entartete Kunst ») du 19 juillet 1937. Elle a eu lieu sur l'initiative de Joseph Goebbels, ministre de la Propagande du IIIe Reich et inaugurée par Adolf Zieger, président de la Reichskammer der Bildenden Kunste de Munich. En 1927 naît la Société Nationale Socialiste pour la Culture allemande pour arrêter la "corruption de l'art" et faire croire au public qu'il existe un lien entre

les « races » et les productions artistiques. À partir de 1933, les termes de « juifs », de « Dégénérés » et de « Bolcheviques » sont utilisés pour désigner l'art moderne et la folie.

Les œuvres d'artistes novateurs comme Kirchner, Nolde, Kokoschka, Chagall, Kandinsky et bien d'autres revendiquent l'existence de langages esthétiques nouveaux. On remarque l'inspiration puisée dans les arts primitifs africains ou le cubisme. Ces œuvres et celles de malades mentaux recueillis par le Dr Prinzhorn à l'asile de Heidelberg sont alors utilisées pour convaincre le public de la supériorité de l'art officiel de l'époque, vision traditionnelle de l'art, et de la morbidité de l'art « judéo-bolchévique ».

Hitler définit ce que doit être l'art : « Il n'est pas de la mission de l'art de se vautrer dans la crasse pour l'amour de la crasse, de peindre l'être humain que dans un état de putréfaction, de dessiner des crétins comme symboles de la maternité, ou de présenter des idiots déformés en tant que représentant de la force virile » (42). Dès son accès au pouvoir en 1933, il s'attaqua aux recherches picturales des années 1920 par les artistes expressionnistes allemands, appartenant aussi bien au courant Die Brucke, der Blaue Reiter qu'au mouvement Dada.

Pour créer cette sombre exposition, environ 16000 œuvres d'avant-garde ont été déplacées des musées nationaux allemands. On comptabilise environ trois millions de visiteurs durant quatre années en Allemagne et en Autriche.

Les œuvres exposées sont alors comme « étouffées » et rendues illisibles pour susciter une aversion chez le public. Par exemple, l'énormité des sommes d'acquisitions est annotée dans le contexte économique difficile des années 1920 (42). C'est le diagnostic de l'auteur qui est mentionné au lieu de son nom ou de son parcours contrairement aux expositions d'artistes dits « officiels ». Les nazis mettent en scène leur combat pour éliminer la « souillure de l'étranger »(42) afin de mettre en lumière la « pureté de l'âme allemande ». En parallèle, ils mirent en place l'exposition de l'art officiel à la Maison de l'Art allemand, pendant l'exposition

de Entartete Kunst. Le sculpteur Arno Breker y participa. Évidemment, la disposition claire, classique et rythmée valorise les corps athlétiques des guerriers allemands.

Ce phénomène eut des conséquences désastreuses comme par exemple le suicide du peintre expressionniste Ernst Ludwig Kirchner lorsqu'il a appris que ses œuvres avaient été saisies et ainsi humiliées. Il avait donné près de 1 000 tableaux aux musées allemands.

*Bildnis des Dichters Leonhard Franck*

*Ernst Ludwig Kirchner*

*Huile sur toile, 60 x 70 cm*

*Source : Site internet officiel de « Christie's », société de vente aux enchères anglaise*

Fort heureusement, toutes les expositions dites « d'art psychopathologique » n'avaient pas de telles intentions. Parmi ces autres expositions, nous pouvons citer celle de 1946 « Œuvres exécutées par les malades mentaux » qui a été vraisemblablement créée pour répondre à

l'exposition allemande sur l'Art Dégénéré. Inaugurée par le Dr Ferdière, elle comportait près de deux cents œuvres de différentes collections institutionnelles et privées.

Puis, une exposition a été organisée par des psychiatres à Paris dans le cadre du premier congrès mondial de psychiatrie à l'hôpital Sainte-Anne en 1950 (5). Il s'agit de « l'Exposition internationale d'Art psychopathologique ». Dix-sept pays avaient envoyé environ 1500 productions faites par des patients. Cette collection, hospitalière et institutionnelle, fut le point de départ de la Collection Sainte-Anne à Paris et s'appelle depuis 2016 « Musée de France ». Les œuvres ont été réalisées spontanément par les patients, parfois sous l'encouragement de leurs psychiatres mais aussi réalisées lors des tout premiers ateliers d'art thérapie au Brésil (Dr Osorio César de Sao Paolo et le Dr Mario Yan de Rio de Janero), en Angleterre, aux États-Unis (Margaret de Naumburg), au Canada(43). Cela s'est développé un peu plus tard en France. Robert Volmat qui a publié en 1950 « L'art psychopathologique », introduit les débuts de l'art thérapie en citant les travaux de psychiatres intervenus à ce congrès, malgré les risques d'une stigmatisation encore présente à cette époque (5) .

### 1.2.3. Le sombre paradoxe de Dubuffet

Jean Dubuffet, devenu artiste après une carrière dans le commerce du vin, a collectionné dès 1940 les productions de tous ceux qu'ils considéraient comme étant en marge, sans aucun bagage culturel. Il se dresse contre ce qu'il appelle « l'asphyxiante culture » (44). « Une chanson que braille une fille en nettoyant l'escalier me bouleverse plus qu'une savante cantate. J'aime le « peu », l'embryonnaire, le mal façonné, l'imparfait, le mêlé. J'aime mieux les diamants bruts, dans leur gangue. Et avec les crapauds ! » (44). Il a pu voyager dans les hôpitaux psychiatriques suisses et d'Europe durant l'été 1945 et a alors fait la rencontre d'Aloïse Corbaz.

A l'hôpital de Saint-Alban, Ferdière l'accueille et lui conseille de rencontrer le Dr Bonafé qui soigne alors Auguste Forestier. Tosquelles refuse de recevoir le peintre, se dressant contre ses idées : « Lorsque je suis arrivé à Saint-Alban en 1940, Auguste Forestier avait déjà inventé l'Art Brut » (37).

*François Tosquelles sur un toit de l'hôpital de Saint-Alban, portant un bateau d'Auguste Forestier*

*Source : Site internet officiel de « l'Aracine », association de créateurs et amateurs d'art, collection d'Art Brut (visibles au LaM, au Château-Guérin Neuilly-sur-Marne et à Lausanne)*

Il est important de se mettre en garde sur la marginalisation paradoxale qu'a pu créer Dubuffet. Les malades psychiatriques n'ont-ils, par définition, nécessairement pas de bagage culturel ? Et n'ont-ils réellement pas le souhait d'exposer ni le désir de contacter le regard de l'Autre ?
Le Dr Philippe Mons nous éclaire au sujet des intentions « sectaires »(36) de Dubuffet. En effet, il décrit un personnage plein de contradictions quant à ses projets revendiquant l'authenticité des malades tout en les « utilisant » sans leur consentement pour « étayer ses propres démarches picturales dans le grand soleil de la culture officielle » (36).
Il n'empêche que son travail a permis de conserver une multitude d'œuvres, qui aurait certainement disparu sans ses démarches.

Qu'en est-il du concept d'Art Brut aujourd'hui ?
Dubuffet créa la Compagnie de l'Art Brut, composée d'André Breton, Jean Paulhan, Charles Ratton, Henri-Pierre Roché et Michel Tapiéavec le peintre Slavo Kopac comme conservateur de la Collection de l'Art Brut. Les membres de cette compagnie avaient pour objectif d'aider Dubuffet dans sa démarche, lui seul ayant le pouvoir de qualifier telle ou telle œuvre d'Art Brut. Cette Collection est actuellement visible à Lausanne.
La « Collection des refusés » est une seconde collection constituée des productions qui n'ont pas été incluses dans la première. Une troisième collection crée après la mort de Dubuffet, la « Neuve Invention », rassemble actuellement les œuvres d'artistes considérés comme suffisamment libres de tout marquage culturel. Ceci laisse apparaître un espoir pour ces productions car sélectionnées sans le regard de Dubuffet, elles sont alors libérées de « l'orthodoxie de l'appellation » (36). En effet, le concept d'Art Brut est rattaché à la personne de Dubuffet puisqu'il a lui-même choisi les œuvres. Au jour d'aujourd'hui, les productions incluses dans cette dénomination ne devraient plus être citées comme œuvres d'Art Brut mais enfin aspirer à une liberté nouvelle. Malheureusement, le terme d'Art Brut, devenu courant et

encore très à la mode, continue d'enfermer ces œuvres, comme on enfermait les malades au sein des asiles psychiatriques…

## 1.3. Les artistes surréalistes et leur rapport à la maladie psychique

### 1.3.1. Surréalisme et « l'art des fous »

Comme nous l'avons vu précédemment, au début du XXe siècle, les productions des malades mentaux commencèrent à attirer l'œil d'artistes reconnus et de galeristes.

Breton, fondateur du surréalisme depuis les années 1920, le définit comme étant un « automatisme psychique par lequel on se propose d'exprimer, soit verbalement, soit par écrit, soit de toute autre manière, le fonctionnement réel de la pensée. Dictée de la pensée, en dehors de toute préoccupation esthétique ou morale » (45).

Breton était très proche du Dr Ferdière qui fut le psychiatre d'Artaud. Il collectionna des tableaux, des sculptures primitives, des œuvres d'art brut, et autres « objets de curiosité ».

Il réfutait les constructions logiques de l'esprit pour privilégier la libération de la pensée et de la création.

Les surréalistes s'intéressèrent à l'ouvrage de Hans Prinzhorn dont nous ferons la description plus tard dans ce travail. Cet ouvrage fît naître un grand intérêt dans les milieux médicaux mais aussi dans la sphère artistique d'avant-garde.

Fasciné par ces créateurs, Klee visite la collection de Prinzhorn avant la parution du livre et fait connaissance avec les productions d'Adolf Wölfli, par exemple.

Les dadaistes puis les surréalistes avec Max Ernst et André Breton ont pu étudier cet « art singulier », et donc marginalisé. Max Ernst, dix ans avant la parution du livre de Prinzhorn visita la collection d'un asile proche de son université, à la recherche d'un éventuel génie.

Ce fut pour eux une source d'inspiration et de renouveau. Comme si la pathologie psychiatrique était dotée d'une sorte de puissance pouvant stimuler la créativité de ceux qui s'en imprègnent. La pathologie mentale fascine alors les artistes surréalistes.

D'ailleurs, Antonin Artaud fût le secrétaire du mouvement surréaliste. Il s'agit d'un homme psychotique écrivain et cinéaste qui, malgré la volonté de Breton, semblait s'attacher à trouver des définitions claires et un sens aux mots. Les surréalistes, eux, recherchaient l'indicible et le doute. Suite à d'importants désaccords, Breton finit par éjecter Artaud du mouvement.

*Antonin Artaud*

*Autoportrait réalisé lors de son hospitalisation à Ivry en décembre 1948*

*Mine graphite sur papier, 64 x 50 cm*

*Source : Site internet officiel Centre Pompidou, Paris*

Le processus artistique, selon eux, serait animé par le pouvoir de l'inconscient. Ils élaborent alors des méthodes de « création libres » comme par exemple l'écriture automatique d'André Breton et de Philippe Soupault (46). Les plasticiens, eux, s'essayent à l'acte créateur accidentel. De son côté, Max Ersnt explore l'automatisme par le collage et le frottage afin de laisser l'inconscient s'exprimer. Il créa une exposition dans laquelle ses œuvres étaient mélangées aux œuvres de patients.

Le lien entre la pathologie mentale et la création artistique était alors vu comme quelque chose de positif avec la question de l'inspiration puisée dans le fait de côtoyer la maladie psychique. Les malades y trouvaient alors une certaine reconnaissance(2).

S'ensuivent alors d'autres expériences comme la transe, le sommeil hypnotique ou la consommation de drogues afin de se libérer des contraintes et enrichir leurs facultés créatrices.

Le spiritisme influença la création de l'art médiumnique, entre la deuxième moitié du XIXe siècle et la seconde guerre mondiale. Cet art témoigne de la communication avec les esprits et des forces supérieures. Nous explorerons cette notion de spiritisme, d'art médiumnique, de manière plus détaillée dans la suite de ce travail.

Les surréalistes recherchent alors le bouleversement de la réalité. L'imitation des pathologies mentales en tentant de désorganiser la pensée, en accédant au relâchement de l'association des idées et aux digressions loufoques est leur objectif. Ils finissent cependant par réaliser que cela n'est qu'utopie. Breton avoue lui-même que seule la folie « garantit l'authenticité totale » (45). De plus, l'état aigu de désorganisation psychique rend impossible l'acte créateur.

Les surréalistes sont à la recherche de l'irrationnel, de l'improbable et vouent un culte à la « divine folie ». Éluard dans son étude « Le génie sans miroir »(47) (p786) : « les fous sont enfermés dans de pompeuses cellules et nos mains délicates leur infligent de savantes tortures.

Ne croyez pas cependant qu'ils y succombent. Le pays qu'ils ont découvert est si beau que rien ne saurait en détourner leur esprit. Qu'on le sache bien, c'est nous qu'on enferme quand on clôt la porte des asiles : la prison est autour d'eux, la liberté à l'intérieur »(47).

### 1.3.2. Surréalisme et psychanalyse

Le cercle artistique s'est souvent intéressé à la psychanalyse. Inversement, les psychanalystes ont aussi pu trouver l'inspiration dans l'art qu'ils voyaient alors comme une voie d'expression de l'inconscient.

Le surréalisme trouve sa source dans la structure psychique schizophrénique de par la perte de lien entre les éléments « projetés dans l'espace onirique, sans référence, sans aucune raison ni but précis » comme l'explique Bela Mitricova Middelbos (48).

Commençons par le cas de Salvador Dalí (1904-1989). Artiste peintre emblématique du surréalisme, il était également sculpteur, scénariste, écrivain et photographe.

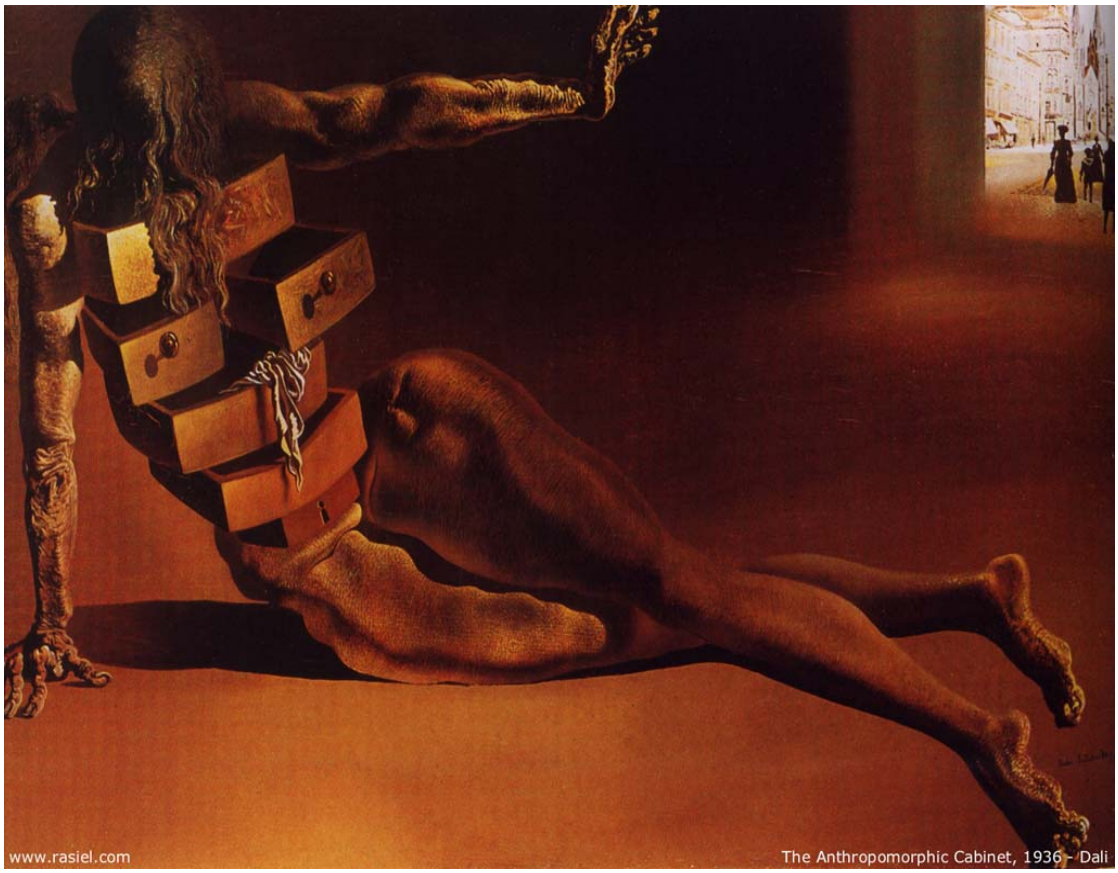
Il fut précédé d'un frère, déjà prénommé Salvador, décédé en 1903, à savoir 9 mois avant sa naissance. A 5 ans, ses parents l'auraient emmené sur la tombe de son petit frère et lui auraient dit qu'il en était la réincarnation.

Dalí aurait affirmé : « Je naquis double. Mon frère, premier essai de moi-même. »(49) Ses œuvres à double-image et ses représentations de l'œuf sont particulièrement célèbres.

« Le surréalisme, comme les rêves, nous libère des conventions. Ce que Freud a expliqué avec des mots, le surréaliste le raconte avec des tableaux » nous confie-t-il lors d'un entretien dans New York Times de 1934.

Tout comme Érasme et son ouvrage « l'Eloge de la folie » (29), Dalí s'attache à valoriser la folie, sans en être réellement atteint.

Son admiration pour Freud l'amena à représenter l'inconscient en image. Ces tableaux sont par exemple le « Cabinet anthropomorphique », « girafe en feu » ou la « Vénus de Milo aux tiroirs ». Il disait à propos des sujets de ses tableaux qu'ils sont « des espèces d'allégories destinées à illustrer une certaine complaisance à sentir les innombrables odeurs narcissiques émanant de chacun de nos tiroirs », il parle de « plusieurs tiroirs secrets que seule la psychanalyse est capable d'ouvrir » (50). En effet, dans « le cabinet anthropomorphique » le thorax représenté est composé de tiroirs ouverts, représentation symbolique de la mémoire.




*« Cabinet anthropomorphique », Salvador Dalí, années 1970*

*Source : Site internet officiel de la « Gala-Salvador Dalí Foundation »*

*« Girafe en feu », Salvador Dalí, 1937*

*Source : Site internet officiel « Lankaart Galerie »*

Dalí s'intéressait donc beaucoup à la psychanalyse et à ses processus d'interprétations. Il avait donc lu plusieurs ouvrages de Freud. Il rencontra Jacques Lacan en 1933 et en 1938 Dalí obtient un rendez-vous avec S. Freud, par l'intermédiaire de Stefan Zweig. Il apporta son tableau « Métamorphose de Narcisse », obtenu entièrement à l'aide de sa méthode paranoïa-critique.

Il s'agit d'une « méthode spontanée de connaissance irrationnelle, basée sur l'association interprétative-critique des phénomènes délirants » (51).

André Breton devait avouer lui-même qu'avec cette « méthode », Dalí avait doté « le surréalisme d'un instrument de tout premier ordre » (45).

Pour comprendre le cheminement de Dalí, il nous faut citer son intérêt pour le psychanalyste Dromard. Celui-ci était également sculpteur, tourneur sur bois, photographe de champignons depuis 1980 et formateur dans le domaine des relations humaines. Il décrit le processus de

création comme étant une « interprétation critique d'images obsédantes qui surgissent à la conscience quand celle-ci passe à un état crépusculaire » (52). Il l'associe au mentisme, trouble de la pensée caractérisé par un défilement rapide et incontrôlé de pensées ou d'images ne permettant pas à l'attention de se fixer. Dalí décrit le processus créateur comme un « dépassement du mentisme, une projection littérale de l'obsession, voire du délire interprétatif de l'artiste » (50). Le délire constitue alors un mécanisme intrinsèque d'interprétation de l'inconscient, à la différence des rêves qui vont être interprétés dans un second temps.

Selon cette méthode, l'artiste va tenter de contrôler ses obsessions et ses hallucinations en utilisant sa propre paranoïa. Dans ce sens, il s'agit d'un oxymore, « il donne libre cours à sa folie mais c'est une folie contrôlée », selon le Dr Philippe Mons.

Comme le souligne le Dr Anne-Marie Dubois, il dépasse les phénomènes automatiques (dessin ou écriture) pour décrire en chacun une faculté paranoïaque. Celle-ci servirait à « révéler sa surréalité c'est-à-dire la capacité à être surréaliste » (53), ceci dans un objectif artistique et créatif. Elle ajoute « le mécanisme paranoïaque dalinien constitue un procédé artistique original propre à insérer l'onirisme dans la réalité. »(53)

Concernant cette méthode « paranoïaque-critique » de Salvador Dalí, il nous faut, bien évidemment, expliciter le cas de « l'Angélus » de Millet.

*« La Métamorphose de Narcisse » Salvador Dalí, 1937*

*Source : Site internet officiel « Lankaart Galerie »*

*Jean-François Millet, « L'Angélus », entre 1857-1859*

*Huile sur toile, 55,5 x 66 cm*

*Musée d'Orsay, Paris*

*Source : Site internet officiel du Musée d'Orsay*

L'Angélus est une prière (« prière de l'ange ») pour décrire le moment de l'Annonciation (la naissance du futur de l'enfant Jésus). Prière qu'il faut réciter à 18h.

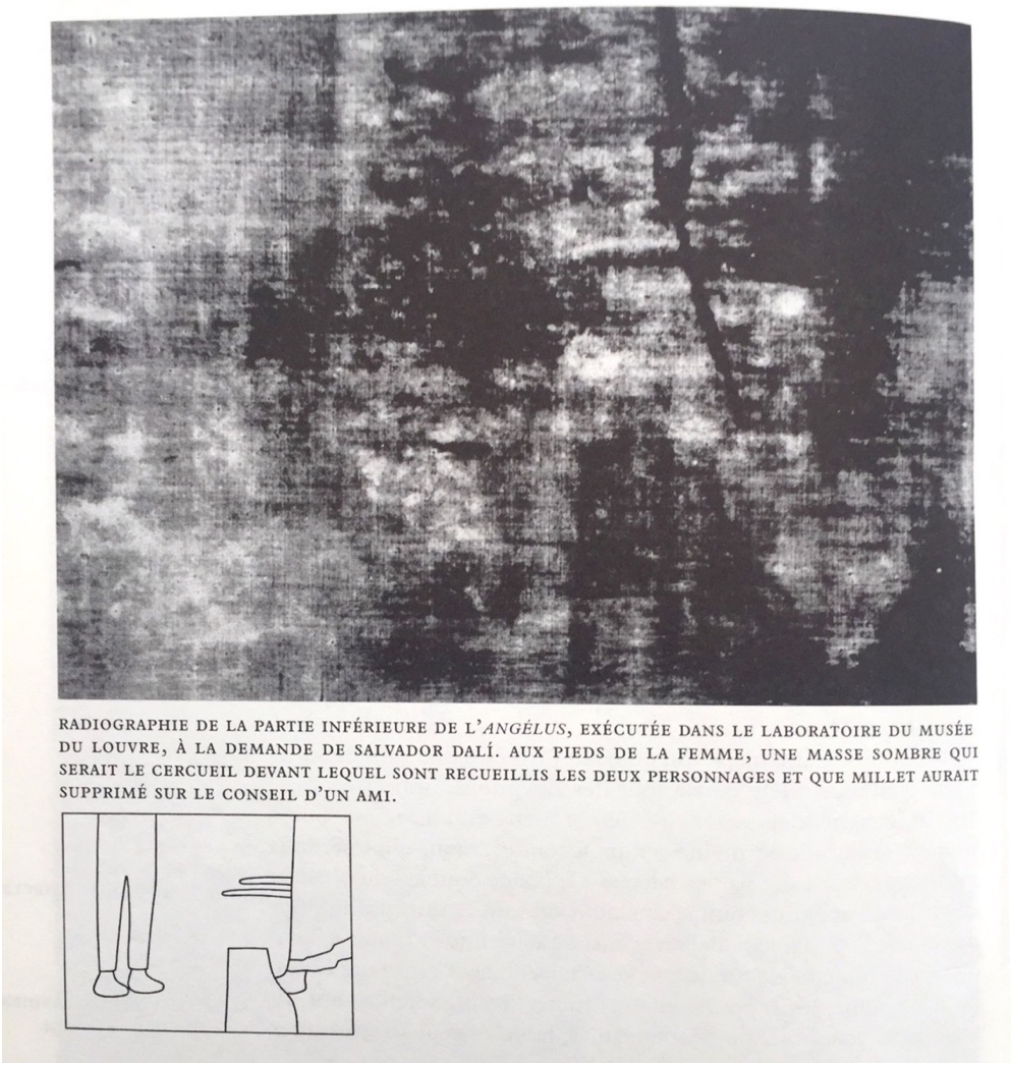
Histoire du tableau

Jean-François Millet (1814-1875) était un peintre pastelliste, graveur et dessinateur qui a peint cette toile pour représenter ce moment biblique, suite à une commande d'un artiste américain, Thomas Gold Appleton.
L'histoire de ce tableau se révéla assez curieuse puisque Salvador Dalí nous explique que « Millet avait bien peint, entre les deux paysans pieusement recueillis, un cercueil renfermant leur fils mort, à droite près des pieds de la mère »(54).

Dans son ouvrage, « Le mythe tragique de l'Angélus de Millet »(54), Dalí nous confie qu'en 1932 « se présente subitement à son esprit sans aucun souvenir proche ni association consciente permettant une explication immédiate, l'image de « L'Angélus » de Millet »(54). Il parle de «l'insistance exclusiviste »(54) avec laquelle elle agit sur lui, lui causant un « grand bouleversement »(54). Cette toile devint pour lui « la plus troublante, la plus énigmatique, la plus dense, la plus riche en pensées inconscientes qui ait jamais été »(54). Il évoque cette image comme « chargée d'une émotion lyrique ou affective très vive et absolument incompréhensible »(54).

Il porte à notre connaissance le fait que Millet, sur les conseils d'un ami, aurait décidé de supprimer ce cercueil du tableau de par « l'effet trop mélodramatique »(54). Dalí explique comment « Millet se serait laissé convaincre et aurait enseveli le fils mort sous une couche de peinture représentant de la terre »(54).

Toute l'attention et la fascination de Dali était alors portées vers ce « malaise inexplicable »(54) entre les deux paysans, mis en relation par l'élément central disparu de la toile. Après examen aux rayons X dans les laboratoires du Musée du Louvre, « une masse sombre apparue sur la plaque à l'endroit précis que j'avais indiqué, masse de forme géométrique, une espèce de parallélépipède dont la perspective aboutirait à la ligne d'horizon de l'Angélus »(54).



RADIOGRAPHIE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE L'*ANGÉLUS*, EXÉCUTÉE DANS LE LABORATOIRE DU MUSÉE DU LOUVRE, À LA DEMANDE DE SALVADOR DALÍ. AUX PIEDS DE LA FEMME, UNE MASSE SOMBRE QUI SERAIT LE CERCUEIL DEVANT LEQUEL SONT RECUEILLIS LES DEUX PERSONNAGES ET QUE MILLET AURAIT SUPPRIMÉ SUR LE CONSEIL D'UN AMI.

*Radiographie de la partie inférieure de l'Angélus exécutée à la demande de Salvador Dalí*

*Source : Ouvrage « Le mythe tragique de l'Angélus de Millet », Salvador Dalí*

Fonctionnement de la méthode paranoïaque critique de Dalí :

Dalí y voyait donc plus qu'une simple prière dans les champs. Le tableau représente alors pour lui un support d'exploration de ses obsessions. Il décrit la femme comme une prédatrice et l'associe à la « mante religieuse »(54) dévorant le mâle après la copulation. L'homme, selon Dalí, cacherait une « érection sous le chapeau »(54). Celle-ci aurait été vraisemblablement symbolisée par la brouette (qu'il place au-dessus de la tête de l'homme dans son tableau « L'atavisme du crépuscule »). Selon sa propre sphère pulsionnelle, il mélange l'érotisme à la paranoïa et introduit dans ses œuvres les mêmes personnages.

*Salvador Dalí, « L'atavisme du crépuscule » 1934*

*Huile sur bois*

*Source : Site internet officiel de la fondation Gala-Salvador Dalí*

© Salvador Dalí, Fundació Gala-Salvador Dalí, Figueres, 2007

*Salvador Dalí, « L'Angélus architectonique de Millet », 1933*

*Huile sur toile, 73 x 61 cm, Musée National Reina Sofia Madrid*

*Source : Site internet officiel de la fondation Gala-Salvador Dalí*

© Salvador Dalí, Fundació Gala-Salvador Dalí, Figueres, 2007 USA: © Salvador Dalí Museum Inc., St. Petersburg, FL, 2007

*Salvador Dalí, « Réminiscence archéologique de l'Angélus de Millet », 1935*

*Huile sur panneau, 32 x 39 cm, Salvador Dalí Museum Saint Petersburg États-Unis*

*Source : Site internet officiel de la fondation Gala-Salvador Dalí*

Salvador Dalí interpréta donc cette toile selon sa propre symbolique et mit en évidence ce qu'il appelle « le drame délirant »(54). L'utilisation de l'association paranoïaque-critique permet à Dalí de donner un sens irrationnel au tableau, de par un enchaînements d'éléments délirants. Une « irrationalité concrète de la même épaisseur persuasive, connaissable et communicable, celle du monde extérieur de la réalité phénoménale »(54). Ceci par analogie avec l'hallucination du paranoïaque.

Pour lui « cette répétition stéréotypée et devenue symbolique de l'agression sexuelle ancestrale »(54) associée à la violence de la femme envers l'homme en face, immobile. Cet homme qui, comme nous l'avons dit, aurait honte de sa virilité.

Les associations personnelles, irrationnelles et obsessionnelles de Dalí créent un réseau de significations enfouies :

« Faire surgir le drame insoupçonnable, caché sous les apparences hypocrites du Monde, dans le simulacre obsessif, énigmatique et menaçant de soi-disant prière crépusculaire et désertique qui s'appelle officiellement encore : « L'Angélus de Millet » »(54).

# CHAPITRE 2 : LES PSYCHOTHERAPIES A MEDIATION ARTISTIQUE A TRAVERS L'OUTIL PSYCHANALYTIQUE : DU PROCESSUS DE CREATION AU PROCESSUS DE TRANSFORMATION PSYCHIQUE

## 2.1. La relation thérapeutique comme interrelation entre contenu et contenant

### 2.1.1. La création artistique entre contrainte et liberté : le cadre du soin psychique

Pour commencer, la notion de cadre en art-thérapie diffère de celle du dispositif. En effet, le dispositif constitue l'ensemble des outils utilisés et donc toutes les contraintes matérielles que le thérapeute doit connaître et sur lesquels il va s'appuyer pour mettre en place son atelier.
Le cadre, lui, est de l'ordre de l'implicite et de la contenance psychique. Il permet au dispositif de se mettre en place et constitue ce que l'on peut appeler le contenant. Dans l'espace de l'atelier cohabitent alors le contenant psychique (cadre) et le contenant physique (dispositif).
Pour saisir l'importance du cadre en psychothérapie à médiation artistique, il s'agit de distinguer la pratique des arts à visée psychothérapeutique et la pratique artistique personnelle, en dehors des séances.
La pratique artistique personnelle ne fait pas appel à un cadre psychothérapeutique. Le processus opérant lors des ateliers d'art thérapie et la production qui se réalise n'ont de sens qu'au sein de cet atelier.

Les réflexions suivantes concernant les notions de cadre, de contrainte et de liberté dans la création artistique et dans le soin psychique sont le fruit de précieux échanges avec le Dr Mons, que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de ce long cheminement.

La liberté totale et fondamentale de créer est-t-elle compromise par l'utilisation de la pratique artistique dans un cadre précis, celui d'un cadre psychothérapeutique ?

Cette totale autonomie créative est-elle si libératrice ?

Serait-ce la liberté qui suscite l'imagination ou bien la contrainte ?

L'écrivain Régine Detambel définit la contrainte comme étant quelque chose d'obligatoire mais de librement consenti.

L'idée selon laquelle le moteur principal de la création est la liberté constitue une conception très répandue. En effet, certains environnements limitants ne semblent pas propices à la création. A contrario, sans contraintes, la création serait plus accessible.

La question de la contrainte à la fois dans la pratique des arts hors du champ du soin et dans la pratique des psychothérapies à médiation artistique mérite d'être approfondie.

En effet, la contrainte peut être définie comme étant une obligation réduisant la liberté d'action.

Ces obstacles externes limitent-t-ils réellement l'ouverture d'esprit ?

La créativité peut être mise en lien avec une liberté face aux contraintes psychiques inhérentes à celui qui crée mais aussi avec une contrainte externe au sujet l'obligeant à s'en libérer.

Pour apporter du soin psychique, on introduit de la contrainte.

Pour créer, on introduit de la contrainte.

Où se situe la liberté ?

La contrainte permet-elle au soin d'exister au sein des ateliers ?

La contrainte permet-elle à la liberté d'opérer ?

La contrainte permet-elle à la création d'advenir ?

De quelles contraintes parle-t-on ?

Des contraintes économiques, écologiques, historiques, sociologiques ont toujours poussé l'être humain à améliorer sa situation. Cependant, le terme de « contrainte », toute comme celui de « travail » sont confrontés à une connotation négative. Le travail se caractérise, selon le Larousse, par « l'ensemble des opérations que l'on doit accomplir pour élaborer quelque chose ». Il est possible d'y voir une connotation péjorative, de « labeur », de « pénibilité », « d'obligation ».

Dans la création artistique personnelle, il s'agit d'un travail plastique, d'un cheminement créatif personnel qui s'offre aux autres dans sa dimension de communication d'idées, de perceptions et de convictions. Il s'agit bien d'un travail. Un travail dans le but de maîtrise de la matière, de la technique, de production de quelque chose.

Dans les psychothérapies à médiation artistique, il s'agit d'un travail de transformation plastique dans un but de transformation psychique au sein de la relation thérapeutique. Le produit de la création est un moyen d'accéder à la métaphorisation de conflits intrapsychiques, par une suite d'étapes, de processus plus ou moins conscients. Nous verrons de quelle manière ces notions de travail et de contrainte peuvent être bénéfiques.

Dans ce cadre-là, on retrouve des contraintes matérielles, spatiales, temporelles, verbales, naturelles et de résultats. Dans le soin, on décrit ce besoin « d'avancer », « de progresser », de « ne pas reculer ». On assiste à la disparition progressive de la possibilité d'évoluer lentement, au gré des processus psychiques. Le patient peut s'impatienter. Le thérapeute aussi. Lequel s'impatiente en premier ?

La notion de résultat est actuellement omniprésente dans le champ du soin contrairement à celle du temps accordé aux processus psychiques. Celle-ci implique une certaine durée, confiance, et la notion d'apprivoisement de l'Autre, du thérapeute. La verbalisation de ses problématiques ne permet pas forcément au patient de les surmonter. Le chemin est long.

*« Ce n'est pas le chemin qui est difficile mais le difficile qui est le chemin »*(55)

Kierkegaard (1813-1855)

Dans la création artistique personnelle hors du champ du soin, on retrouve également ce besoin de résultat, cette satisfaction esthétique avec la notion de performance. L'artiste insatisfait. Le fait de saisir le moment présent, de se le représenter et de le représenter à l'Autre implique une demande de résultat venant de soi mais aussi d'autrui.

Pour une utilisation précise des termes dans les psychothérapies à médiation artistique, nous allons parler de « contraintes » plutôt que de « consignes ». La distinction est primordiale puisque nous nous situons dans une démarche psychothérapeutique et donc en dehors de tout apprentissage scolaire de telle ou telle technique. Le terme de « consigne » renvoie en effet à l'éducatif, à un aspect directif qui se doit d'être respecté pour ne pas être qualifié « d'erreur ». Dans les ateliers de psychothérapies à médiation artistique, les consignes fermées, de type « recette » sont proscrites puisqu'elles ne permettent pas au processus créatif et à la singularité d'émerger. Le terme « contrainte » évoque plus un « outil », une amorce au processus créatif puisqu'elle en représente un tremplin. Il s'agit de pouvoir amorcer le processus de création, si le patient le nécessite. La souplesse de l'amorce est importante, dans le respect de cette liberté. Nous reviendrons sur ce qui caractérise cette amorce. Les contraintes sont en fait un outil pour créer, inventer et innover dans un cadre donné.

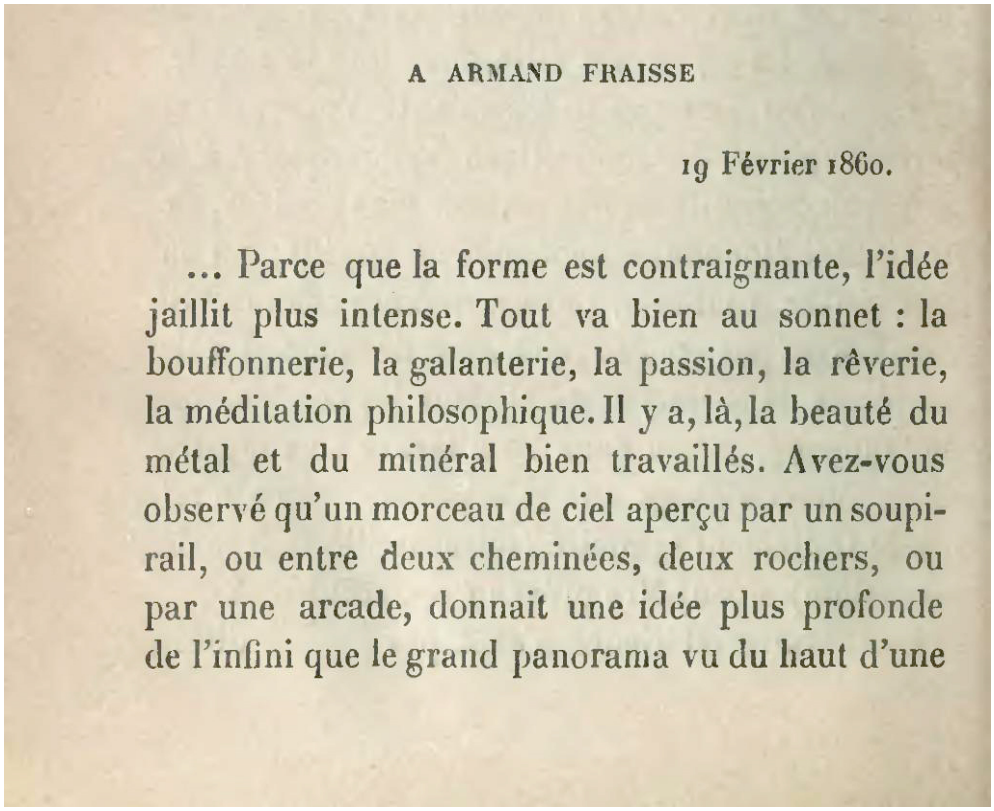
Concernant les contraintes de temps et de lieu dans les psychothérapies à médiation artistique : ce sont des séances avec des horaires fixés et fixes avec un rythme hebdomadaire, mensuel… Cependant, la temporalité de la prise en charge s'étale sur du court/moyen/long terme, et se définit en codécision entre le patient et le psychothérapeute. La contrainte de lieu en

psychothérapie est un atelier, un espace matériel réel et symbolique. La fixité du rythme est-elle synonyme de perte de liberté ?
Le cadre est-il forcément rigide ?

Dans la pratique artistique hors du champ du soin psychique, n'existe-t-il aucune contrainte ? « Pour avoir envie d'ouvrir des fenêtres, il faut que la porte soit fermée », comme une amie et artiste a pu très justement me confier un jour. La pulsion de transgression paraît omniprésente et caractériser le mouvement créateur. La théorie de la Gestaltung(1) que nous détaillerons plus tard dans ce travail nous fait réfléchir sur la pulsion originelle de création. Dans l'art en dehors d'une approche soignante, nous sommes également confrontés à des contraintes externes telles que le coût, le matériel disponible, les lois de la physique… Il existe également des contraintes internes. Pour Winnicott, il s'agit d'une faille interne donnant vie à la créativité allant même jusqu'à de la survie pour certains(4). La pratique des arts en dehors du champ du soin n'est pas dénuée de contraintes auxquelles le créateur doit faire face, et c'est tant mieux !

Dans la pratique artistique, où se situe le curseur du « paramètre contrainte » dans la liberté ? La véritable liberté proviendrait de la possibilité de franchir des entraves, d'éviter d'emprunter la voie évidente et de recourir à la solution facile. Contourner les contraintes permettrait de penser hors de notre mode de pensée habituel. Cela rejoint le concept de flexibilité psychique élaboré précédemment dans ce travail. Les propos de Charles Baudelaire, concernant des sonnets dans une « Lettre à Armand Fraisse »(56) datant du 18-19 février 1860, vont dans ce sens :

« Parce que la forme est contraignante, l'idée jaillit plus intense ! » (56)



A ARMAND FRAISSE

19 Février 1860.

... Parce que la forme est contraignante, l'idée jaillit plus intense. Tout va bien au sonnet : la bouffonnerie, la galanterie, la passion, la rêverie, la méditation philosophique. Il y a, là, la beauté du métal et du minéral bien travaillés. Avez-vous observé qu'un morceau de ciel aperçu par un soupirail, ou entre deux cheminées, deux rochers, ou par une arcade, donnait une idée plus profonde de l'infini que le grand panorama vu du haut d'une

*Page tirée de la « Lettre à Fraisse », Charles Baudelaire, le 19 Février 1860*

*Texte partiel*

*Source : Wikisource, bibliothèque numérique dynamique*

Le courant appelé « contrainte artistique volontaire » ou « contrainte libératoire » utilise la contrainte comme outil créatif, comme exercice de style à l'origine du processus créatif. A titre d'illustration de la méthode du lipogramme, l'exemple le plus célèbre est celui de l'ouvrage « La disparition »(57) de Georges Perec. Il s'agit d'un roman de plus de 300 pages n'ayant pas recours à la lettre « e ». Ces contraintes sont à la base de la littérature « oulipienne » et cet « OuLiPo »(58) nuance la fermeté inhérente à la notion de contrainte (concept de clinamen).

Cependant, les entraves à la liberté se caractérisent par une approche trop dirigée, qui aurait un impact négatif sur la créativité et l'esprit d'invention. Les productions s'en trouveraient

stéréotypées. Il s'agit de lutter contre le formatage scolaire et éducatif qui compromet l'esprit transgressif (59). En effet, l'acceptation de la transgression paraît être une condition sine qua non de la créativité. Il s'agit d'échapper aux interdictions du Surmoi pour dépasser une règle imposée. De plus, si ces contraintes empêchent l'épanouissement personnel, elles peuvent s'avérer très limitantes.

Par ailleurs, si le champ des possibles est trop vaste, le considérer dans son intégralité est difficile. On retrouve alors le phénomène de la page blanche avec un nombre illimité de points de départ. L'amorce se trouve ainsi compromise et le créateur est comme paralysé. Une liberté créatrice sans bornes n'est pas toujours souhaitable puisqu'elle freine la créativité.

« Dans les ténèbres, l'imagination travaille plus activement qu'en pleine lumière. »
Emmanuel Kant (60).

Il s'agirait alors de moduler l'utilisation des contraintes afin de laisser le processus créateur opérer. Si elles sont le fruit d'une réflexion éclairée, les contraintes peuvent être constitutives d'une démarche psychothérapeutique.

La présence de l'art-thérapeute introduit la notion de soins. Il se trouve alors le garant de la sécurité interne du patient, de sa contenance.

C'est en cela que la pratique artistique personnelle diffère de celle se déroulant dans un cadre psychothérapeutique. Le cadre est élaboré en fonction de la demande initiale du patient. C'est celle-ci qui guidera la démarche, évaluée par le prescripteur des soins. La question de l'attente, de la demande du patient est primordiale. Elle représente le point de départ de tout engagement dans le travail. Il nous faut alors vérifier si l'on se trouve dans une demande de soins ou une demande purement artistique de création.

Les ateliers d'art-thérapie sont des lieux de soin psychique et les contraintes venant encadrer le processus comportent les mêmes enjeux que les séances de psychothérapie verbale. L'introduction de contraintes ne nuirait alors en rien à la spontanéité du mouvement de création artistique, au sein d'une relation transféro-contre-transférentielle.

Les contraintes ne caractérisent pas les limites de la créativité, mais en sont plutôt le fondement. Tous ces éléments constituent la base d'une réflexion concernant la liberté de l'activité artistique comme accès à l'intime, à ce Monde interne infini dans le cadre de la relation psychothérapeutique.

Comme le souligne René Kaës « Le cadre est une présence permanente sans laquelle le Moi ne peut se constituer et se développer »(61). Pour lui, il s'agit d'un « non-processus », « une série d'invariants » (61) délimitée par des bornes. Par ce caractère permanent, le changement devient possible. Il ajoute « une des caractéristiques du cadre est qu'il est muet, nous n'en avons pas de perception consciente tant qu'il ne fait pas défaut. C'est dans la rupture ou la menace qu'il apparaît. » (61)

En psychothérapie à médiation artistique, cette notion de sécurité est justifiée par le « Setting » de Winnicott (4). Il se définit comme étant « la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif »(4). Le cadre permet au patient d'avoir ce sentiment d'exister et de se différencier, obtenir un « Moi mature ». L'accueil du patient (organisation de l'atelier, confort, aménagement de la pièce, cadre matériel…) crée une certaine symbiose rappelant relation fusionnelle entre l'enfant et la mère. Le cadre est un « rempart, le plus puissant, le plus durable et en même temps le moins apparent » (61) selon M et W Baranger.

Le patient en sécurité dans l'atelier, accède au « lâcher prise », à l'impromptu et à l'inattendu. Il est accompagné pour mieux se distancier ensuite. Par ce cadre, nous allons donc favoriser l'émergence du processus de création et l'autonomisation du patient.

José Bleger parle de « situation psychanalytique »(61) pour parler de l'ensemble des phénomènes inclus dans la relation thérapeutique entre l'analyste et le patient. Selon lui, cette situation comprend des phénomènes qui constituent un processus et un cadre, c'est-à-dire un non-processus car il est fait de constantes. C'est à l'intérieur de celui-ci qu'advient le processus lui-même. Bleger fait le rapprochement avec l'existence d'une méta communication. Au-delà de la science il y aurait une méta-science et au-delà du langage un métalangage… Il dit que si le « méta » varie, le contenu varie à son tour. Ainsi, le cadre est constant et représente un méta-comportement car il est un « facteur déterminant dans les phénomènes qui régissent les processus du comportement »(61).

Le cadre est donc l'implicite dont dépend l'explicite et évite la dissémination d'objets internes dans un espace sans frontière. Il permet de lier ces objets en un ensemble cohérent et de délimiter le monde perceptif du monde imaginaire, interne, tout en les mettant en relation.

Comme il le souligne, « Le cadre reçoit des parties archaïques et régressives du patient et il les transforme, élabore symboliquement les états psychiques pour permettre une défusion »(61).

Daniel Marcelli parle de marcorythmes (constance) et de microrythmes (variables). « L'objectif de toute thérapie d'enfant est de l'aider à retrouver ce double plaisir contradictoire d'aimer ce qui se répète tout en espérant que cela change »(62).

Les macrorythmes correspondent aux rituels (du repas, du coucher…) et évoquent la régularité, les habitudes, la stabilité, ce qui est prévisible, programmé, immuable, attendu, répétitif, cristallisé, prédéfini… Une certaine permanence de ces paramètres est importante pour garantir

la sécurité interne du patient. Par ailleurs, l'intolérance quasi totale au changement, dans l'autisme par exemple, en est pathologique.

Les microrythmes peuvent advenir si les macrorythmes sont respectés(62).

Les microrythmes, « les chatouilles de l'âme » (62), sont définis par « la surprise. Le fait de pouvoir vivre des variations, accepter la nouveauté, des imprévus dans l'espace et dans le temps est possible s'il y a une certaine stabilité sous-jacente. Dans le cas contraire, la surprise est alors intolérable.

En pratique, le cadre en psychothérapie à médiation artistique peut être renforcé par le cadre institutionnel si celle-ci est pratiquée en institution psychiatrique. Il est du ressort de l'art thérapeute de trouver des stratégies afin de conserver le cadre malgré les contraintes institutionnelles. L'espace de l'atelier peut parfois être utilisé pour tout autre chose comme une pièce de vie ou une salle à manger. La confusion s'immisce alors dans l'atelier. Il est important de pouvoir resituer sa configuration, repréciser son contexte et ses limites afin d'en faire un espace dédié.

### 2.1.2. Quel langage pour une approche de l'intime ?

La question du langage verbal lors des séances est quelque chose qui m'a beaucoup questionnée. Lorsqu'il n'y a pas de langage verbal, n'y a-t-il pas de langage pour autant ? Nous pouvons faire l'hypothèse de l'existence de plusieurs niveaux de langage et parmi eux se trouvent le parler technique et le langage métaphorique.

Dans quel cadre la parole est-elle acceptable, souhaitable ou bien évitée ? Quels sont les enjeux de la « non parole » au sein de l'atelier ?

Pour commencer, l'introduction d'une médiation thérapeutique non verbale peut apparaître paradoxale si l'on se place dans le référentiel psychanalytique tel qu'il a été conçu par Freud, c'est-à-dire fondé sur le verbal. Dans ce contexte, Anne Brun souligne « l'impossibilité de travailler exclusivement à partir du registre verbal ayant motivé l'utilisation des médiations artistiques au sein de la thérapie analytique des enfants et des psychotiques »(23).

Martine Colignon (63) mentionne le fait que l'art thérapeute fonctionne comme un témoin de ce qui évolue en atelier pour le patient. En effet, il encourage la mentalisation au même titre qu'un psychothérapeute « classique » mais en utilisant par exemple le type de format choisi, les couleurs…

L'expression des émotions et des ressentis internes se produit dans toute psychothérapie mais, dans ce cadre, la verbalisation du récit de vie n'est pas au centre du processus de pensée. La mise en mouvement des affects et des émotions n'est pas encouragée par la parole mais par la possibilité de se relier à son monde intime par l'impact des outils ou de la technique utilisée. Dans ce sens, l'absence de parole permet au patient de s'immerger « dans sa bulle ». La solitude propice à la création est une solitude « habitée » et a quelque chose à voir « avec le renoncement » selon les termes de Bernard Chouvier (64). Pour lui, « un auteur accepte de renoncer à être dans le monde, en fonction de son degré d'investissement dans le processus créateur »(64). Il parle du « désinvestissement de soi »(64) dans la réalité externe pour pouvoir s'investir pleinement. Cette absence de parole est donc pensée pour permettre au patient de se connecter à son monde interne et ainsi favoriser l'émergence du processus de création et donc du processus de transformation psychique. D'ailleurs, en pratique, on remarque pour certains patients ce besoin de s'isoler, de choisir une table à l'écart, de se positionner dos aux autres. A l'abri des distractions, il peut alors être seul au sein d'un groupe.

Dans ce cadre-là, il nous faut évidemment citer Winnicott et la « capacité d'être seul »(65). Ce dernier met en lien le cheminement vers la maturité affective et le fait de ne plus ressentir la

solitude comme un élément destructeur mais plutôt comme un « moment de plénitude du Moi, là où la créativité peut se déployer », pour reprendre les dires de C.Audibert (65). En effet, Winnicott parle des « agonies primitives » pour parler de ces angoisses massives et archaïques de morcellement déclenchées par une incapacité d'être seul.

Celle-ci est obtenue lorsque l'enfant accède au sentiment d'exister avec un sentiment d'unité, de singularité et d'omnipotence.

Pour expliquer sa théorie(65), il parle du « self », le noyau de l'être. Un enfant n'ayant pas acquis cette capacité d'être seul reste dans une immaturité affective et dans un état de dépendance face à son environnement qu'il subit et qui l'oblige à se défendre. Il n'existe donc pas réellement puisque cette « continuité d'existence » est défaillante.

Le risque est de développer un « faux self » comme moyen de défense contre l'intrusion et la révélation de son « vrai self » qui correspondrait à son anéantissement.

Pour faire le lien avec les psychothérapies à médiation artistique, le patient va redécouvrir sa vie psychique personnelle en présence du psychothérapeute. Winnicott utilise le terme de « noyau de solitude »(65). Il s'agit de préserver cette partie intime, « ce self caché ». Dans un atelier d'art-thérapie, le silence et le « bruit de l'atelier » permet au patient de mettre à l'écart la cacophonie et le chaos pour laisser la place à une certaine harmonie, un rythme apaisant.

C.Audibert parle d'un « élément rythmique structurant »(65).

Le chantonnement peut aussi advenir de manière spontanée et être partagé par le groupe si bien que lors des ateliers auxquels j'ai pu assister en milieu carcéral, les patientes disaient ne plus ressentir l'ambiance carcérale pesante, « on ne se sent pas en prison ici, on a quitté la prison » disaient-t-elles.

La médiation est assez puissante pour détourner l'attention des problématiques, on parle alors de métalangage. Les choses émergent par un autre biais et non frontalement. Le métalangage se caractérise par un double sens, comme une métaphore de ce qu'il se produit. L'art-thérapeute

va alors proposer de discrètes interventions en tenant compte des défenses psychiques du patient.

Lors des bilans, le patient peut y déposer des moments de son histoire de vie, faire des liens et s'exprimer sur la question du transfert dans le groupe. Il ne s'agit pas d'un travail de psychothérapie verbale mais plutôt de marquer un temps d'arrêt dans le processus en cours afin que le patient et le thérapeute puissent ensemble prendre du recul sur le travail effectué. Le but peut être de recréer une historicité pour rétablir une continuité. Dans ce cadre, la parole est utilisée pour des objectifs précis et pensés dans le travail psychothérapeutique.

Dans les ateliers de réhabilitation psychosociale, la place de la parole est tout autre puisque les enjeux ne sont pas les mêmes. Il ne s'agit pas de réels ateliers d'art-thérapie. Le travail de transformation psychique n'est pas synonyme de réhabilitation psychosociale. Par ailleurs, l'intérêt de cette resocialisation n'en est pas moins important. Cependant, nous nous situons dans deux cadres bien distincts.

En art-thérapie, la parole a un but de « langage métaphorique »(5) selon le Dr Anne-Marie Dubois. L'objectif n'est pas de dispenser un cours avec comme but l'apprentissage d'une technique mais de pouvoir sécuriser le patient afin qu'il se sente « à l'aise » dans le domaine artistique. Il ne s'agit ni d'une simple instrumentalisation ni d'une volonté de maîtrise ou de domination d'une technique. La technique peut être malmenée par le patient qui l'expérimente selon ses désirs. C.Monchanin nous dit que c'est un « usage sensible »(43). L'art-thérapeute est le garant de la sécurité du patient durant cette expérimentation. Il l'accompagne dans ses questionnements, peut lui apporter des éléments afin de lever les moments de doutes ou d'angoisse. Pour cela, l'art-thérapeute doit maîtriser le maniement du médium proposé.

### 2.1.3. Réflexions autour du concept médiumnique

Tout d'abord, il est judicieux de signifier la particularité du terme de « médium ». En art-thérapie, nous utilisons un média, un médium. Celui-ci, contrairement à « l'immédiat », propose la mise en place d'un intermédiaire.

Par ailleurs, il est tout aussi courant d'utiliser le terme de « médium » dont la symbolique est ici intéressante puisqu'elle relie la sphère psychiatrique et celle du spiritisme par abolition de « la vigilance, l'inflation des fonctions intellectuelles supérieures qui est requise afin de favoriser l'émergence des mécanismes automatiques »(36). Comme nous le disions précédemment, l'art médiumnique influencé par la vague du spiritisme apparaît entre la deuxième moitié du XIXe siècle et la seconde guerre mondiale. Il témoigne d'un phénomène presque aussi ancien que l'art pariétal et évoque une pratique artistique guidée, commandée voire contrôlée de manière physique par une force supérieure. Ce qui caractérise cet art médiumnique est l'accès au Monde de l'inconscient, au travers d'un esprit, d'un automatisme psychique.

Le Dr Philippe Mons, fait le lien entre spiritisme et automatisme mental et cite Roques de Fussac : « la main se meut comme guidée par une intervention étrangère et les formes se dessinent sur le papier sans que la volonté du sujet intervienne »(36). D'une part, pour la sphère médicale l'automatisme mental témoigne de la pathologie psychiatrique et, d'autre part, représente la communication avec les esprits pour les spirites.

Ces œuvres, assimilées à des objets magiques, revendiquent une certaine spontanéité et une étrangeté liée à des gestuelles involontaires avec une nette diminution de la conscience. On retrouve une assurance du geste exécuté de manière rapide, sans qu'il existe de préparation préliminaire.

André Breton, commence à s'intéresser à l'esthétique et au caractère automatique, surréaliste, prodigieux et surnaturel de ces œuvres mystérieuses. Cela renvoie à son ouvrage intitulé « Les champs magnétiques »(46) qu'il écrit avec Philippe Soupault en 1920.

Le bassin minier du Nord de la France abrita plusieurs peintres médium célèbres comme Augustin Lesage, Fleury Jospeh Crepin, Victor Simon…

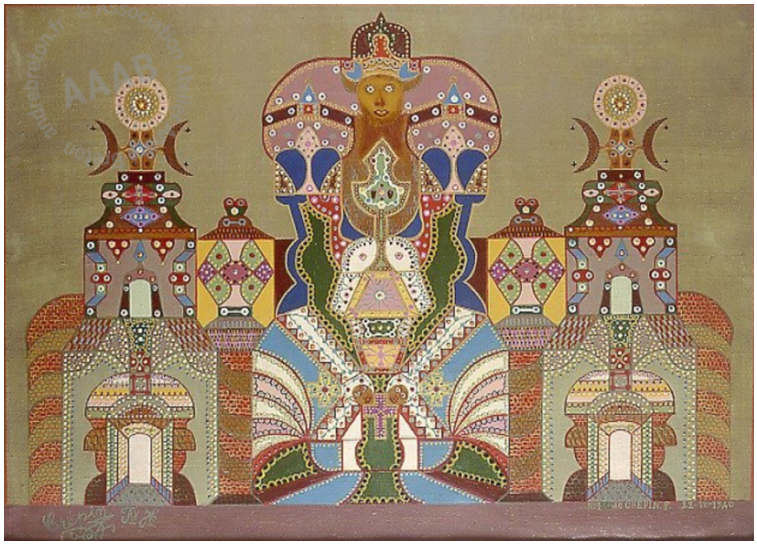
Victor Simon réalisa en 1933 plus de 70 m2 de toiles suite à l'injonction des esprits. Ceux-ci ordonnèrent en 1939 à Fleury Jospeh Crepin de réaliser 300 toiles afin de faire cesser la guerre.

Augustin Lesage, né en 1876 à Saint-Pierre-Lez-Auchel dans le Pas-de-Calais, est issu d'une famille de mineurs. Après avoir entendu une voix lui prédire un avenir de peintre, il fut désigné comme l'artiste médiumnique par excellence et peintre officiel du mouvement spirite. Les artistes surréalistes dont André Breton, puis Dubuffet s'intéressèrent tout particulièrement à Augustin Lesage, devenu à ce jour un des chefs de file de l'art brut. Ses œuvres font actuellement partie de la Collection de l'Art Brut à Lausanne.

*Augustin Lesage, 1950*

*Sans titre, huile sur toile 146x94,5 cm*

*Source : Site internet officiel de la « Galerie Christian Berst », Paris*



*Fleury Joseph Crépin, Huile sur toile de 1940*

*51 x 69 cm, ancienne collection d'André Breton*

*Source : Site internet officiel de la Galerie « J-P Ritsch-Fisch », Strasbourg*

Nous devons à Freud, quelques notions essentielles concernant les mécanismes psychiques à l'œuvre dans le fait « d'extérioriser » des « pensées hostiles »(66) sur une surface de projection. En effet, Freud remarque la tendance naturelle de la psyché à se représenter les processus internes, difficiles à élaborer tels quels, en « débordant » sur le média. Elle va se servir de ce mouvement de projection pour « éponger le processus intrapsychique en souffrance » (67) comme le mentionne Thomas Rabeyron.

Chemama B.Steinert parle « d'objet de substitution à l'obscure emprise »(24). Pour elle, une « négociation » se joue entre la psyché du patient et la « solution plastique » afin de parvenir à une élaboration identitaire, une transformation psychique. Dans cette dynamique, elle ajoute que « si la relation avec l'art-thérapeute comporte évidemment ses propres aspects transférentiels, l'essentiel du travail va s'inscrire sur le vide initial du support plastique propre à faire surgir le fantasme primordial ».

Bernard Chouvier nous apporte également des éléments de réflexion à ce sujet. Pour lui, le propre de l'expression identitaire est le fait d'avoir accès à un « mécanisme de transformation interne »(68) grâce à la médiation. Celle-ci permet au patient de se montrer à l'Autre, de mettre au dehors par projection des parties enfouies au plus profond de lui-même. Ce processus témoigne d'une activité de sublimation, que nous aborderons plus tard dans ce travail.

Le support matériel externe et la subjectivité du patient sont mis en relation grâce à un espace transitionnel permettant un mouvement de transformation psychique. Il existe, selon T.Rabeyron, une « interrelation réciproque et subtile »(67).

En d'autres termes, la psyché est à la recherche d'un contenant pour exprimer ses processus. Le travail avec une médiation rend possible ce mouvement de va et vient, de projection, entre l'expérience représentée sur cette surface sensible et la psyché du patient.

Concernant le choix du médium, René Roussillon souligne le fait que l'on ne « transfère pas n'importe quel contenu psychique sur n'importe quel objet » (68). En effet, chaque médium a ses spécificités techniques, son histoire, par rapport à ce qu'il peut permettre au patient. Tous les médiums ne vont pas mettre à disposition le même type de tactilité, de visualité, d'odeurs… Il faut que le médium soit en capacité d'offrir « une certaine coïncidence entre l'hallucination et la perception »(69).

René Roussillon reprend l'idée de « médium malléable »(69) de Marion Milner. Le concept (1991) est tel que le médium comporte cinq caractéristiques : l'indestructibilité, l'extrême subjectivité, l'infinie transformation, l'inconditionnelle disponibilité et une vie propre. Il est donc animé et vivant. Marion Milner explique comment le patient va être poussé à se servir du thérapeute et de son cadre de la même manière que l'artiste est poussé à utiliser son média artistique.

Selon le Dr Anne-Marie Dubois (5), nous allons accéder à une mobilisation psychique singulière en fonction de chaque médium. « Les émotions, l'imaginaire, le corps, la perception de l'espace, les cogitions… »(5) de chaque patient sont stimulés différemment. L'utilisation du médium se fait toujours au service de la croissance psychique du patient, afin de lui offrir le meilleur accompagnement psychothérapeutique possible.

#### 2.1.4. Triangulation de la relation thérapeutique : modulation des enjeux transféro-contre-transférentiels

Dans le cadre d'une psychothérapie, la notion d'empathie est fondamentale. Elle se place entre le patient et le thérapeute, dans le relationnel et l'intersubjectivité de leur rencontre. Il s'agit là d'un aller-retour entre deux personnes avec une possibilité d'accès à soi à travers l'autre, au-delà de la simple identification ou de la reconnaissance d'autrui.

Au même titre que les psychothérapies verbales, la compréhension et l'analyse des mouvements transféro-contre transférentiels est centrale dans les psychothérapies à médiation artistique. A cela une composante se rajoute : celle de l'objet créé.

Au travers de la production vont s'exercer un certain nombre d'affects, le transfert et le contre transfert. Le transfert du patient et le contre transfert du thérapeute vont s'appliquer entre eux mais aussi au travers de la production. Par une stratégie du détour, on évite une approche trop « frontale » des problématiques personnelles.

Le transfert, « Ubertragung », est défini par Laplanche et Pontalis comme étant « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi entre eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec sentiment d'actualité marqué. C'est le plus souvent le transfert dans la cure que les psychanalystes nomment transfert, sans autre qualificatif »(70).

Freud définit le transfert et le contre transfert comme étant des mouvements affectifs présents dans toute relation thérapeutique. Pour lui, « le transfert, aussi bien dans sa forme positive que négative, entre au service de la résistance ; mais entre les mains du médecin il devient le plus puissant des instruments thérapeutiques »(71).

En effet, l'art thérapie concerne l'analyse de cette relation. Ces mouvements affectifs sont importants à identifier car ils sont le point de départ de tout travail psychothérapeutique.

La manière dont le patient va investir le psychothérapeute au cours de l'atelier correspond à une réactualisation des désirs inconscients envers les premiers objets investis dans son histoire. Dans un atelier, l'art-thérapeute apporte de la contenance au patient, en rejouant le rôle de « la bonne mère »(72), pour reprendre les termes de Winnicott. La relation thérapeutique représente

finalement une scène de fantasmes, de souvenirs, d'évènements passés qui se réactualisent par projection et symbolisation sur l'art-thérapeute.

Le contre-transfert, « Gegenubertragung », est défini par Laplanche et Pontalis par un « ensemble de réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci »(70). Ils soulignent l'importance de réduire au maximum les manifestations contre-transférentielles par une analyse personnelle. Ainsi, pour Freud « aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne lui permettent »(71). C'est-à-dire qu'il est souhaitable d'avoir accès à son propre fonctionnement psychique et de travailler avec ses propres mécanismes contre-transférentiels afin de permettre à la situation analytique de se comporter comme une surface projective.

Comme l'explique René Rousillon, le clinicien « s'offre comme espace de projection et objet pour le transfert, pour « séduire » ce qui s'évacue » (69). Qu'il « s'offre » n'implique pas qu'il soit « utilisable » et « utilisé » à la manière d'un « waste disposal » (Winnicott(65)). Le risque est de mettre à mal l'identité du thérapeute et donc sa capacité d'empathie. L'art-thérapeute offre une certaine souplesse, une adaptabilité au patient mais il n'en est pas moins humain.

Par ailleurs, « l'utilisateur » peut craindre d'utiliser ainsi le clinicien comme « matière à symboliser »(69). De la même manière et comme l'explique Martine Colignon, la médiation artistique a également un rôle de protection pour le patient vis-à-vis d'un contact immédiat avec son monde interne. Utiliser un médium sert à « repousser ce qui pourrait être vécu comme persécuteur »(63). Elle met également en garde contre l'utilisation des termes de « transfert » et de « contre-transfert »(70) puisqu'elle invite à y inclure le médium. C'est-à-dire qu'il s'agit davantage d'une diffraction de l'interrelation justifiée par la présence d'un tiers. Ce n'est plus une relation duelle comme dans le transfert et le contre-transfert mais une diffraction introduite par la pratique artistique.

L'objet médiateur sera une surface protectrice de projection pour le patient s'il est capable d'accueillir, de moduler et de mettre en forme la matière première psychique qui s'y transfère. L'objet, ce « moyen d'expression interposé dans la relation entre le patient et son thérapeute »(24), a en effet un rôle de relais entre communication consciente et inconsciente et se situe à l'intersection entre réalité extérieure et intérieure.

Cette triangulation permet alors de « temporiser » les mouvements transféro-contre-transférentiels s'exerçant en atelier et de se positionner avec la bonne distance face au patient.

La notion de partage entre le patient et l'art-thérapeute alors fondamentale : ils partagent un univers commun, celui de la médiation. A travers cela, les difficultés s'actualisent et finissent par se transformer.

Pour être encore plus précis et poursuivre plus loin ces réflexions, nous pouvons dire que les relations transférentielles ne sont pas seulement triangulaires. En effet, elles s'appliquent entre le patient, le thérapeute, la production mais aussi à travers le processus de création en mouvement. En pratique, la sphère transféro-contre-transférentielle s'applique en majorité au travers du processus dynamique de création et non uniquement de l'œuvre produite.

### 2.1.5. L'objet produit comme objet fini ?

Tout d'abord, il est important de préciser que les productions réalisées lors des dispositifs thérapeutiques utilisant les médiations artistiques n'ont pas la vocation d'être autre chose que des outils d'expression et d'élaboration. Elles ne se situent pas dans un registre esthétique puisque les ateliers psychothérapeutiques ne représentent pas des lieux de création artistique. Dans ce sens, l'objet plastique constitue un objet de relation entre le patient et le thérapeute et la relation se construit par la médiation. Les productions ne sont pas censées être des œuvres

d'art. Ceci peut éventuellement induire certaines frustrations tant chez l'art-thérapeute que chez le patient.

Les psychothérapies à médiation artistique mettent l'accent sur l'objet créé mais surtout, sur la création artistique et son processus car l'objet créé reste indissociable du processus qui a conduit à le réaliser.

Une des différences majeures entre les ateliers d'art-thérapie et les ateliers d'art est le destin de l'objet créé. En art-thérapie, il s'agit d'un objet créé dans la plus grande intimité, protégé du regard d'autrui.

Par ailleurs, il nous faut aborder la question du devenir des productions réalisées dans le cadre d'ateliers d'ergothérapie et d'ateliers d'activités thérapeutiques utilisant la création artistique. Le devenir des productions n'est absolument pas le même en fonction du cadre utilisé.

Dans un contexte institutionnel, il peut exister une confusion des rôles et des termes compliquant la compréhension des différentes pratiques.

Selon le CNTRL, l'ergothérapie est « une technique thérapeutique utilisant des travaux manuels pour rééduquer ou réadapter les handicapés physiques ou les malades mentaux »(73).

Il s'agit de soins de rééducation sociale, physique et cognitive. La question de la finitude et de résultat est centrale puisque le travail a pour objectif l'apprentissage.

Nous nous situons alors dans quelque chose de plus artisanal, avec un produit à réaliser en suivant des étapes précises afin d'évaluer les capacités cognitives, sociales, physiques ainsi que le résultat fini.

Lors d'animation utilisant la création artistique, d'atelier à création artistique, une place importante est attribuée à l'esthétique. Or, en art-thérapie, l'esthétique n'est que secondaire à ce qui advient en atelier.

Par conséquent, quel regard porter sur le devenir de ces productions ? En ergothérapie, les productions ne sont pas forcément vouées à rester secrètes. Lors d'activités thérapeutiques et d'animation, les produits peuvent être exposées dans les services et montrées aux autres patients. Ceci ne compromet pas la dimension du soin dans laquelle les productions ont été réalisées. Cependant, en art thérapie, les productions n'ont de sens qu'au sein de l'atelier et de la relation qui se crée dans ce contexte. Pour faire le rapprochement avec les thérapies verbales, ce qui a pu se dire, cette trace psychique n'a de sens que dans le moment de la thérapie verbale. Dans les psychothérapies à médiation artistique, la création d'une production renvoie à la mise au dehors d'une partie de soi. Le patient va alors donner vie à sa production et la faire exister dans le monde externe. L'objet sera dépositaire de ces parties de lui-même mises au jour à travers lui, par externalisation.

Dans ce sens, on comprend toute la fragilité et la charge émotionnelle de ce qui est produit, au gré des mouvements psychiques. Cet « accouchement », ce détachement de soi est fondamental dans le processus psychothérapeutique. Il est à noter l'importance de pouvoir offrir un lieu de sécurité, de contenance, aux productions tout au long de la prise en charge.

Anzieu appuie cette idée selon laquelle l'achèvement de l'œuvre est un « instant délicat où la production prend son indépendance »(10). La dernière étape du processus créateur consisterait à déclarer l'œuvre et s'exposer aux jugements et aux critiques. Anzieu exprime la difficulté pour un artiste de se confronter à la finitude de son œuvre par « angoisse du vide, de la perte »(10). Dans le contexte des psychothérapies à médiation artistique, ces deux dernières étapes sont à prendre avec précaution car les productions n'ont pas vocation à être exposées et présentées au regard de l'autre. L'objectif n'est pas de faire exister la production au travers de l'altérité mais d'opérer un cheminement personnel. En effet, l'œuvre achevée reste encore

porteuse d'une charge émotionnelle et, dans une relation d'interdépendance, elle peut transformer par son existence même celui qui l'a créée.

### 2.1.6. Le maniement de l'outil psychanalytique dans les psychothérapies à médiation artistique

Il est important de mentionner la vigilance quant à l'interprétation des productions artistiques. Au début du XXe siècle, les liens entre l'œuvre d'art et la psychopathologie continuent de faire l'objet de beaucoup de recherche et de questionnements. Freud représente, malgré des erreurs sur lesquelles nous reviendrons, un pionnier en termes d'utilisation de la pratique artistique comme média thérapeutique.

Il a pu utiliser les œuvres d'art comme support à la compréhension du fonctionnement psychique, au sens psychanalytique du récit raconté, à la signification des textes.

Les théories psychanalytiques Freudiennes ont possiblement recherché un support de validation en dehors des cures individuelles. Par de la psychanalyse appliquée sur des œuvres littéraires, il va s'intéresser aux personnages des récits, à ce qui leur a été attribué et à leurs rêves. Freud s'appuya souvent sur la littérature dans l'élaboration de ses pensées. Il a pu exploiter un grand nombre d'œuvres littéraires dont « La Gradiva »(74), nouvelle écrite en 1903 par l'écrivain allemand Wilhelm Jensen. Carl Gustav Jung signala cette nouvelle à Sigmund Freud qui publia une analyse du récit « Le délire et le rêve dans la Gradiva de Jensen »(75). Il étudia vraisemblablement ce cas littéraire comme s'il s'agissait d'un cas psychiatrique. Il interpréta les rêves du héros, Harnold Norbert, archéologue.

*La Gradiva, « celle qui marche », bas-relief*

*Source : Site internet officiel du « Musei Vaticani », Musée du Vatican, Rome*

La psychanalyse de Freud va alors s'attacher à analyser le créateur à travers les personnages, à rechercher les moindres détails en les accompagnant de suppositions et d'associations personnelles, ne se méfiant guère du concept de contre-transfert qu'il n'élaborera que plus tard. Dans ce sens, nous comprenons la mise en garde concernant les projections du thérapeute.

Selon le Dr Anne-Marie Dubois, « Jensen a dû infirmer à plusieurs reprises les différentes hypothèses que Freud avançait pour expliquer cette rêverie qu'est le texte de l'écrivain »(53).

Freud aurait même avoué en 1921 à E.Jones, son collaborateur, « Il est souvent un terrain glissant dans nombre de nos applications de la psychanalyse à la biographie et à la littérature. C'est là le danger de notre méthode qui consiste à tirer des conclusions de traces infimes, à exploiter des signes négligeables » (75).

Freud étudia également le cas de Léonard De Vinci. Au début du mois d'avril 1910 Freud termine l'écriture de l'une des plus remarquables biographies psychanalytiques : « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci »(76). Il a pu écrire sur un souvenir qui lui aurait été rapporté par Léonard de Vinci « étant encore au berceau, un vautour vint à moi, m'ouvrit la bouche avec sa queue et plusieurs fois me frappa avec cette queue entre les lèvres » (76). Il parla alors de « fantasme hétérosexuel passif », et de relation érotique précoce avec sa mère qui se rencontre dans les multiples sourires énigmatiques notamment celui de la Joconde.

Winnicott émet une réserve sur la manière de procéder de Freud concernant l'approche de la créativité. « Les auteurs ont préféré porter leur choix sur une personnalité hors du commun »(4). Il cite l'exemple de Léonard de Vinci comme objet d'étude avec comme risque celui d'irriter certains artistes et les êtres créatifs en général.

L'investigation freudienne a, plus tard, démontré l'effet produit par la création d'une œuvre sur son destinataire. Celui-ci ajoute « l'artiste aspire d'abord à une autolibération et fait partager celle-ci par l'intermédiaire de son œuvre, aux autres hommes qui souffrent des mêmes désirs réfrénés »(66). Si l'œuvre crée son créateur, elle crée donc aussi son récepteur. Il s'agit là des prémices d'élaboration concernant les psychothérapies à médiation artistique et ce qu'elles engagent sur le plan du transfert et du contre transfert.

André Green (22) a démontré que l'interprétation de l'inconscient d'un texte n'était possible que parce que l'analyste devenait l'analysé du texte. La nature des émotions ressenties par l'art-thérapeute fait alors l'objet de questionnements et de décalage lors de la contemplation des productions de son patient.

L'art-thérapie, d'inspiration analytique, emprunte donc certaines théories à la psychanalyse.

Pour le Dr Anne-Marie Dubois, « ce sont surtout les associations, les remémorations et les affects suscités par le cadre thérapeutique qui sont les bases du travail »(53).

En pratique, comment moduler les aspects pulsionnels du thérapeute ? Ceci implique une certaine humilité et une prise de distance concernant ses envies, ses attentes, son propre style et les interprétations malvenues. Les envies et les besoins du patient sont respectés afin de conserver l'élan créateur naissant chez lui. Pour cela, il s'agit d'accepter le rôle d'accompagnateur et non pas d'acteur dans la production du patient.

Dans ce sens, une attention particulière est portée sur l'interprétation abusive et inappropriée des productions des patients. Il peut être très réducteur de résumer une production à un ou quelques mots. Le sens donné à l'objet produit, ce qu'il évoque chez le patient lui appartient. Les suppositions peuvent être envisagées mais avec discrétion à l'égard du patient. L'art-thérapeute ne peut alors ni se substituer au patient ni s'approprier son histoire de manière à en déduire des interprétations qui ne seront que le fruit de ses propres projections…

Comme le souligne le peintre et écrivain Léon Schwarz-Abrys, « l'interprétation médicale d'œuvre d'art est une incontestable stupidité qui ne fait que mettre en évidence l'inculture de ceux qui ont l'imprudence de s'y livrer »(53).

## 2.2. Les bases théoriques psychanalytiques utilisées dans les psychothérapies à médiation artistique

### 2.2.1. Le processus de symbolisation

Le terme de « symbole » (Sumbolon) » est issu du grec ancien « sumbolon » signifiant « mettre ensemble », « apporter son écot », « comparer »(8). En Grèce antique, on utilisait pour le signifier un fragment de poterie brisé en deux parties. Pour prouver une origine commune et

pour réactualiser le symbole, il était nécessaire que les deux morceaux puissent s'assembler à nouveau.

La symbolisation est la capacité à développer des représentations psychiques. La notion de « matière psychique première »(69) élaborée par Freud étaye nos réflexions. Il présume que l'expérience subjective a pu laisser des traces intérieures, symbolisées ou non. Cette trace interne s'appelle la matière première psychique. On peut décomposer le fonctionnement psychique en plusieurs temps. Tout d'abord, l'expérience s'enregistre, puis elle se signifie et se symbolise. Pour Freud, « l'agir est l'échec du langage » et le symptôme d'un manque d'élaboration, d'un manque d'intégration de l'expérience. L'acte et sa répétition permettent au symbolisme d'émerger. Selon René Roussillon, cette matière est « multisensorimotrice, mltipulsionnelle, multiperceptive »(68) et ne peut donc pas être intégrable dans l'immédiat. « Elle mêle le dedans et le dehors, le moi et l'objet et donc facteurs « objectifs » et « subjectifs », ceux de l'environnement et ceux du sujet »(23).

Qu'en est-il du traitement de cette matière psychique première énigmatique ? Pour comprendre la base du travail en psychothérapie à médiation artistique, il faut saisir le principe de « plaisir-déplaisir » élaboré par Freud. Chaque expérience en souffrance d'intégration est soumise à une « contrainte de répétition »(77). On retrouve notamment cela dans la clinique du psychotraumatisme. Par une compulsion de répétition causant du déplaisir et de la souffrance, le sujet tend à s'approprier le psychotraumatisme dans le but de le contrôler et finalement de générer un certain plaisir. Le plaisir ainsi créé est lié à l'apaisement par symbolisation de l'expérience traumatique. Le patient remodèle le réel pour dépasser le traumatisme. Pour expliquer ce phénomène, l'exemple le plus parlant est celui de la bobine de Freud(77). On note l'alternance entre absence et reviviscence de la mère.

On remarque également que les étapes de ce processus se font habituellement « fragment par fragment » ou « pièce par pièce »(77) pour reprendre les termes de Freud : le sujet projette

quelque chose de lui-même dans la médiation. A ce propos, Thomas Rabeyron nous invite à être « attentif à l'évolution temporelle des productions, celle-ci pouvant être conceptualisée comme une suite de jeux qui opère par reprise dans le jeu actuel du jeu précédent »(67).

En d'autres termes, le trauma se réactualise avec « une fidélité indésirable, elle ne se représente pas, elle se présente de nouveau subjectivement »(77).

En psychothérapie à médiation artistique, nous allons travailler la symbolisation d'évènements de vie négatifs, traumatiques, difficilement intégrables. L'objectif est de mettre au dehors ces éléments selon le principe de plaisir-déplaisir afin « d'externaliser » cette matière psychique première pour la travailler plus facilement. Dans ce contexte, Roussillon évoque une conception fondamentale du soin psychique et de la guérison en « rejouant symboliquement et en s'appropriant ainsi l'expérience subjective en souffrance dans la psyché »(23).

B. Chouvier(68) explique la symbolisation selon trois types d'actes : ceux qui concernent la substitution, ceux qui touchent la séparation et enfin ceux qui sont liés à la sublimation. Nous aborderons le concept de sublimation par la suite.

A propos des opérations de substitution, le recours aux métaphores permet de réaménager les représentations selon une certaine plasticité, par déplacement des images.

En ce qui concerne les actions consistant à séparer, détacher, couper, déchirer, elles servent à attaquer, rompre, briser l'objet pour ensuite « le réparer et le réunifier ». Il ajoute « la séparation est mise en sens dans les actes symboliques autour de l'objet médiateur et sera internalisée peu à peu comme structurante »(64).

Il évoque trois fonctions pour expliciter la dynamique de métabolisation : la fonction phorique (phorein) qui a pour objectif de recueillir et porter ce qui est transféré ; la fonction sémaphorique (semenphoein, le porte signe) dont le but est de signifier la matière psychique accueillie et enfin la fonction métaphorique conduisant à la rendre intégrable et lui donner un sens. Ces trois

notions ont été approfondies par le Dr Pierre Delion, qui définit la fonction phorique comme étant un concept concernant « tout ce qui de l'homme, le met ou le laisse dans un état de dépendance tel qu'il a un besoin incontournable de l'autre pour être porté par lui, soit physiquement (…) soit psychiquement »(78). Ce concept rejoint bien sûr celui de Winnicott de « holding »(4), qu'il a proposé de traduire par « fonction phorique »(4). Cette fonction se visualise aisément lorsqu'on imagine le déroulement des ateliers de psychothérapies à médiation artistique, la médiation constituant un embrayeur du processus associatif.

T.Rabeyron mentionne par ailleurs de récentes recherches en neurosciences cognitives qui mettent en évidence comment certains réseaux neuronaux entrent en résonance avec certaines propriétés du monde environnant(67). Ceci peut apporter des éléments de réflexion concernant les propriétés de la médiation faisant écho à certaines caractéristiques de la réalité psychique. Il parle d'une forme de « résonance » entre la psyché et la médiation permettant l'apparition de « boucles » de symbolisation entre la vie psychique interne et la matière. Tout comme la logique d'externalisation des problématiques psychiques, il existe un besoin de synchronisation de la psyché avec l'extérieur, le réel.

Entre le thérapeute et le patient se crée comme un double langage ayant pour but de faire apparaître une signification des « expériences archaïques non intégrées »(64).

D.Anzieu souligne la volonté du patient de communiquer sa croyance en la réalité de ce qu'il produit. Pour lui, ceci provient « d'une semblable vérité historique personnelle oubliée dont l'œuvre permet la réappropriation à l'auteur et qui provoque par un effet de résonance fantasmatique et affective un mouvement de réappropriation analogue chez le lecteur en ce qui concerne sa propre vérité historique oubliée »(10).

### 2.2.2. Hans Prinzhorn et la théorie de la Gestaltung

#### *2.2.2.1. Présentation de H.Prinzhorn*

H.Prinzhorn est né le 6 juin 1886 à Hemer en Westphalie (Allemagne). Il commença par étudier la philosophie et l'histoire de l'art, puis il entreprit une carrière de chanteur d'opéra avant de commencer des études de psychiatrie en 1913. Il travaille en 1919 à la clinique de Heidelberg et c'est dans cette clinique qu'il élabora une grande collection d'œuvres de patients, la Collection d'Heidelberg. Celle-ci est composée de près de 5000 œuvres d'environ 400 patients, provenant de multiples asiles d'Europe.

En 1922, il publie « Bildnerei der Geisteskranken » (1). Prinzhorn prônait son indépendance vis-à-vis de toute autorité et était célèbre pour sa vision anti-conformiste du Monde.

Il a pu échanger avec Freud et donner des conférences pour la Société Psychanalytique de Vienne (1921).

De 1931 à 1932, il souffre de dépression et devient presque totalement aphone. C'était un « médecin-artiste » sensibilisé à l'art puisqu'il pratiquait plusieurs instruments de musique, dessinait, peignait et sculptait. Le 14 juin 1933, à Munich, il décède d'une embolie pulmonaire.

#### *2.2.2.2. La théorie de la Gestaltung*

H.Prinzhorn conceptualise une psychologie de la mise en forme. Pour lui, cette « puissance subjective »(1) est exercée sans aucune contrainte et correspond au processus créatif de formation de l'image. Chaque individu aurait en lui ce puissant désir de production d'images, une « volonté de forme ».

Il accorde alors plus de valeur au processus qu'à l'image finale de l'objet formé. Il existerait alors une signification préalable à la production artistique.

« La signification est immanente à la forme » (79) précise Henri Maldiney. Il ajoute que «la forme n'est pas une structure préétablie »(79).

En effet, la forme comme Gestaltung, a pour origine cette « inexistence » intime qu'a également décrite Winnicott(4). C'est cet intime infigurable qui est mis en forme. Comme le souligne A. Brun « la production, quel que soit le type de médiation, n'exprime pas purement et simplement la psyché du patient, elle concourt plutôt à créer, à configurer le patient en lui donnant une forme à l'infigurable, à ce qui n'était ni représenté ni symbolisé »(23).

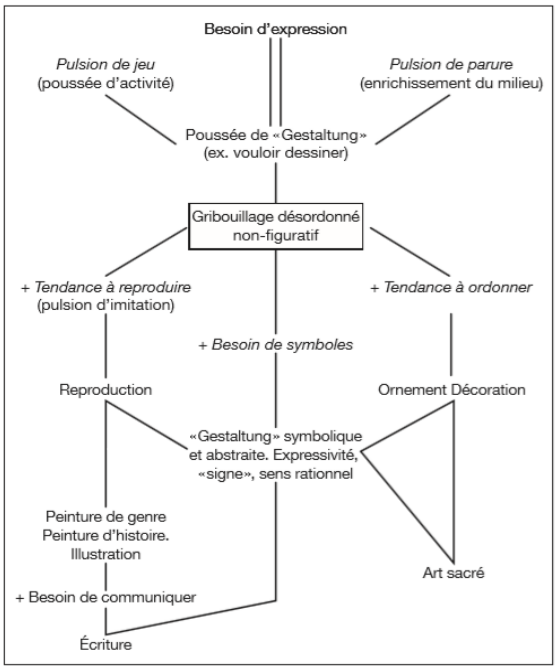
Dans son célèbre ouvrage « Expressions de la folie, dessins, peintures, sculptures d'asile »(1), Prinzhorn se concentre sur la Gestaltung plastique des malades mentaux. Il élabore une théorie mettant en jeu un ensemble de pulsions « vitalistes »(36). Philippe Mons parle d'un réel « cri d'optimisme »(36).

Marianne Kuhni détaille avec précision ce qu'est la pulsion de Gestaltung selon Hans Prinzhorn qui lui-même la décompose en cinq pulsions créatives élémentaires(80) :

1. « La pulsion de jeu ou poussée d'activité : n'importe quelle activité sans finalité, se suffisant à elle-même.
2. La pulsion de parure ou enrichissement du milieu : enrichissement du monde extérieur par l'ajout d'éléments visuels.
3. Rythme et règle ou tendance à ordonner : principe à disposition sérielle (rythme, symétrie, proportionnalité).
4. La pulsion d'imitation ou tendance à reproduire : diminue l'aspect ludique de l'activité.
5. Le besoin de symboles ou expressivité : une combinaison de formes qui crée le symbole ».

Prinzhorn définit les pulsions de « jeu, parure, et rythme/ règle » comme des « tendances psychiques primaires irréductibles »(80). Pour Prinzhorn, la Gestaltung exprimerait un organique biologique universel. Il note qu'une œuvre « trop fidèle à la réalité est une entrave à la symbolisation »(1).

Voici l'arbre généalogique de la Gestaltung et de ses pulsions, page probablement la plus connue de l'œuvre de Prinzhorn.




*Page 69, « Expressions de la folie : dessins, peintures, sculptures d'asile » de H.Prinzhorn(1)*

Le point de départ est le besoin d'expression et donc la poussée de Gestaltung. Dans un but de communication, on assiste à une hiérarchie des processus de création, du plus simple au plus complexe, du « griffonnage désordonné non-figuratif »(1) (induit par les pulsions de jeu et de parure) aux œuvres élaborées par les dix schizophrènes qu'il a étudiés, avec une tendance à reproduire (imitation) et une tendance à ordonner (ornement).

D’un point de vue étymologique, « Gestalten » signifie « mettre en forme » ou « donner une structure signifiante ». L’adjectif « plastique » vient de l’adjectif grec « plasticos », dérivé du verbe grec « plassein » qui signifie « façonner, modeler ». Dans son article(80), Marianne Kuhni explique comment l’expression par le langage a été précédée par l’expression corporelle. Cela suppose que le verbe se substitue à d’autres formes d’expression comme le chant, le dessin, la musique pour exprimer et communiquer sa pensée ainsi que ses émotions.

On peut alors supposer que ce langage « prélinguistique » est utilisé par l’Homme lorsqu’il n’est plus capable de communiquer au moyen du langage oral car il se trouve en rupture avec celui-ci. C’est le cas des patients schizophrènes qui s’expriment alors au travers des « puissantes sources phylogéniques et ontogéniques du langage »(1). J.Oury parle de la psychose comme étant un « trouble du dire »(3). Il utilise même le suffixe « a » pour obtenir le mot « adire »(3) signifiant l’égarement. Il cite Francis Ponge et la notion de « fabrique du pré » pour illustrer le processus donnant un rythme et une forme au vide.

H.Prinzhorn constate que plus la personne se dégrade et se cloisonne du monde environnant, plus la Gestaltung plastique devient puissante, comme tentative ultime de communiquer.

Il parle alors de « Gestaltung positive »(1), d’une puissance particulière qu’il voit comme une expression de la « partie saine » du schizophrène. H.Prinzhorn remarque l’esthétisme de ces œuvres et rejette l’idée selon laquelle la pathologie et la beauté plastique sont incompatibles.

Dans ce sens, on peut supposer que la force de Gestaltung s’amoindrit si le sujet se trouve en situation de pleine communication avec autrui. Pour lui, la civilisation compromet la pulsion de Gestaltung originelle si bien que durant l’enfance, elle s’amoindrirait avec la scolarité.

Nous pouvons alors faire le lien entre cette « introversion autistique » et la « capacité d’être seul » de Winnicott(65). Effectivement, la mise à distance du monde externe potentialiserait la pulsion de Gestaltung et le processus créateur. Le caractère productif et positif de cet isolement

serait tout de même à nuancer et à pondérer en fonction de la sévérité des symptômes négatifs de la schizophrénie…

#### *2.2.2.3. La Gestaltung et le lien entre art et psychopathologie de type schizophrénique*

Il expose quelques réflexions concernant le lien entre la psychopathologie et la production artistique. La maladie mentale ne serait pas à l'origine d'un talent particulier et ne conduirait pas à la pulsion de Gestaltung. Il souligne que « le pourcentage des malades qui dessinent est tout à fait similaire au pourcentage des non-malades qui dessinent »(1).

Il a pu étudier le processus schizophrénique en commentant la vie et les œuvres de dix créateurs schizophrènes. Il retrouve cette pulsion et note également une impression d'inquiétante étrangeté qui ne serait pas spécifique des œuvres de malades psychiatriques. « Pour la première fois, des œuvres de malades mentaux bénéficient d'une présentation digne d'elles »(36), pour reprendre les termes d'André Breton, cité par le Dr Philippe Mons. En effet, il retrouve certaines caractéristiques dans les dessins d'enfants, les œuvres des primitifs et des artistes modernes. La « Gestaltung schizophrénique »(3) ne permettrait pas d'identifier une œuvre de patient schizophrène parmi d'autres puisque aucune forme ne serait spécifique de la folie et que l'expression n'est plus celle d'un symptôme mais celle de la personnalité globale de l'artiste.

Les hallucinations n'étant que très rarement représentées, H.Prinzhorn se refusera toujours à définir des formes psychopathologiques.

#### *2.2.2.4. L'apport théorique de la Gesatltung aux psychothérapies à médiation artistique*

Le patient s'exprimerait par le biais de la médiation artistique et accèderait alors à la création d'un « infigurable ». Il n'existerait aucun sens établi d'avance, la signification d'une production

plastique ne préexistant pas à l'œuvre. Dans les psychothérapies à médiation artistique, la production n'a pas pour objectif d'exprimer purement et simplement la psyché du patient mais plutôt à mettre en forme ce qui n'était ni représenté, ni symbolisé, dans le cadre d'une relation transférentielle. On retrouve là toute l'importance accordée à la forme, dans sa dimension communicatrice et surtout d'accès à l'intime.

### 2.2.3. Le jeu et la théorie de la transitionnalité de Winnicott

D.W. Winnicott (1896-1971) a introduit une technique spécifique de l'usage du dessin en psychothérapie : le « Squiggle » (4). Celui-ci consiste à intégrer transfert et contre-transfert dans le processus-même. Selon les mouvements transitionnels l'enfant ajoute des éléments à l'esquisse initiale de Winnicott, et, réciproquement, la transformation par Winnicott de l'esquisse de l'enfant relève de son propre vécu contre-transférentiel.

Ce jeu est à situer dans le champ des phénomènes transitionnels car, comme le souligne René Roussillon, « le travail du clinicien est ici un travail de coassociativité, son associativité prend la chaîne associative du patient comme objet inducteur, il en fait quelque chose par son propre jeu associatif »(23).

Winnicott est le fondateur d'une toute nouvelle approche des processus de création avec la théorie de la transitionnalité. Les processus de création ne relèvent alors plus seulement d'une théorie fondée sur la pulsion, les fantasmes inconscients et les désirs refoulés du créateur, comme a pu théoriser Freud. En effet, comme le soulignent Virginie Jacob Alby et Christian Vedie (81), Freud n'utilisait pas l'art dans sa pratique clinique alors que la pratique artistique a visiblement joué un rôle majeur dans l'élaboration de sa théorie. Il s'est attaché à décrire les mouvements pulsionnels tant dans l'art que dans la psychopathologie.

Winnicott, lui, n'interprète pas l'œuvre dans l'objectif de faire émerger l'inconscient mais, comme l'explique Anne Brun, il la considère « comme une possible inscription des mouvements pulsionnels par l'élaboration d'une forme externe liée à un mode d'expression qui engage le corps »(23). Le fondement de la théorie de la transitionnalité est de visualiser la production du patient comme « un objet transitionnel, intermédiaire entre la psyché et la réalité perceptive » (4). Une importance est alors accordée à «la mise en forme ». Winnicott se présente donc comme un des fondateurs des pratiques actuelles de psychothérapies à médiation artistique car il a mis en relation la production artistique avec l'extériorisation des conflits intrapsychiques. Ceci est rendu possible grâce à l'expression par le corps, dans une dimension sensorielle.

La notion de jeu élaborée par Winnicott permet de mieux appréhender ce qui se produit au sein de cette « aire transitionnelle », entre réalité interne et réalité externe.

Le « play » et le « game » sont deux notions différentes. Le « game » est un jeu défini par des règles socialement admises et concerne les jeux sociaux avec la notion de gain et de perte. La réalité interne du sujet n'est aucunement engagée. C'est donc le « play » qui va intéresser Winnicott. Lorsqu' il y a du jeu, il y a de l'espace et donc du mouvement. Selon Daniel Sibony, « dire qu'il y a du jeu c'est en appeler à l'alternance, à l'oscillation infinie entre ce qui borde et se qui déborde, entre cadrage et recadrage sous le choc de l'évènement »(82). Le jeu se définit par plusieurs notions qui sont la gratuité, la liberté, le simulacre et le caractère improductif. Le résultat reste incertain et l'importance est accordée au processus psychique, au déroulement, au chemin parcouru. C'est en cela que nous faisons la différence entre les ateliers de psychothérapie à médiation artistique et les ateliers d'activités institutionnelles ayant une connotation plus « artisanale » avec comme objectif la création d'objet à visée esthétique, utilitaire ou d'insertion groupale.

Pour Winnicott ces phénomènes transitionnels sont à la base des capacités de penser, de fantasmer, de lutter contre des angoisses de séparation et finalement d'accepter la réalité externe. Les objets transitionnels sont les premières possessions « non moi »(65) du bébé, lui permettant de créer l'illusion de la présence de la mère, en l'actualisant. L'individuation remplace progressivement l'univers fusionnel.

L'aire transitionnelle et l'espace potentiel, entre réalité interne et externe, constituent l'aire de jeu et sont indispensables à la vitalité du sujet. Selon Winnicott, « Jouer est une thérapie en soi, une forme fondamentale de la vie »(4).

Bernard Chouvier (64) souligne que le jeu symbolise les mouvements de la relation transférentielle avec le thérapeute. Pour le patient, l'espace transitionnel favorise les mouvements de dépassement et d'autonomisation. L'objectif est de restaurer la capacité d'articuler des symboles d'union en dépassant l'expérience contraignante de la « division-séparation ou de l'union-fusion.»(77)

Le Docteur Anne-Marie Dubois insiste sur l'intérêt majeur de cet espace pour comprendre ce qu'est un dispositif de psychothérapie à médiation artistique. « C'est idéalement un espace défini et suffisamment rassurant dans lequel le patient va pouvoir nouer ou renouer avec sa créativité personnelle par l'expérimentation et l'engagement personnel dans une pratique artistique. »(5)

Pour René Kaës, la transitionnalité représente cette zone intermédiaire d'expérience et la création d'un passage entre deux états subjectifs. C'est la possibilité de rupture au sein de la continuité. On note une certaine « incertitude quant au rétablissement de la continuité, de la confiance et de l'intégrité de soi et de l'environnement. »(61)

Le rétablissement de la capacité à former des symboles, d'utiliser des objets transitionnels envisage un certain éprouvé du vide et de la rupture. C'est un espace concomitant de présence et d'absence.

Winnicott précise que « ce n'est pas l'objet en lui-même qui est transitionnel » (4).

Le patient est alors accompagné dans cette désillusion par une appréhension progressive du principe de réalité qui est proposé tout au long de la prise en charge. L'utilisation d'un médium permet de contrer l'immédiateté et de créer « l'aire transitionnelle »(4).

Une psychothérapie a pour objectif le changement psychique et l'accès à l'individuation du patient. L'art-thérapeute accepte ainsi de jouer le rôle de « la mère suffisamment bonne »(72) et de s'adapter activement aux besoins du patient pour permettre de progressivement accéder à une « défusion ». Cette aire transitionnelle permet un mouvement et l'émergence du jeu offre au patient la possibilité d'appréhender la réalité objective en aménageant le déplaisir en produisant du plaisir. L'internalisation des traumatismes par le jeu permet la symbolisation, la capacité à développer des représentations pour une élaboration psychique.

### 2.2.4. Le mouvement intime de création : le processus créateur

Le processus créateur apparaît comme étant « un intraduisible, un inexprimable » (81) selon Virginie Jacob Alby et Christian Vedie. Nous avons vu précédemment que le premier mouvement de communication de l'enfant n'est pas de verbaliser avec des mots, mais plutôt de buccaliser. « Tout commence par la traduction d'un réel intime ; un intime en mouvement, non encore formulé, mais qui se voilera du fait d'être traduit en mots »(81).

*« La création est de l'ordre de l'intime, du secret »* nous confie le Dr Philippe Mons.

De même, pour B.Chouvier (64), l'œuvre constitue une expression de soi-même. Ce mouvement qui était intérieur, passe à l'extérieur, dans le domaine de l'expression, de la réalisation physique et matérielle. C'est une forme extériorisée depuis la « couche » la plus profonde de l'individu. C'est un désir passionnel « d'expression intimiste » de ce qu'il a de plus personnel.

Anzieu parle également du « travail de torture »(10), comme un corps à corps d'une justesse et d'une intensité massive. « La création lui arrache des souffrances, des aveux, désarticule ses jointures » (10).

Ce qui s'éveille à l'intérieur du créateur est un sentiment profond et inexplicable. L'idée surgit par amoncellement et assemblage, tisse des liens jusque-là invisibles entre ces fragments et se détache de tout contrôle.

Le mouvement créatif va médier cette part « maudite », « intraduisible »(81).

Pour Anzieu, « créer n'est pas que se mettre au travail. C'est se laisser travailler dans sa pensée consciente, préconsciente, inconsciente, et aussi dans son corps, ou du moins dans son Moi corporel, ainsi qu'à leur jonction, à leur dissociation, à leur réunification toujours problématique »(10). Comme si la production avait sa propre vitalité et presque une existence indépendante.

La notion de temporalité est également importante car la soudaineté de l'émergence de la transformation du matériau contraste avec la temporalité des modifications intrapsychiques.

Il paraît important de revenir sur la démarche créatrice selon les cinq phases de Didier Anzieu(10) :

*2.2.4.1. Le saisissement créateur :*

Anzieu parle de « crise intérieure », « transe corporelle, angoisse blanche, extase quasi-hallucinatoire », « d'effraction de l'enveloppe psychique »(10). Il aborde le saisissement créateur par la régression, la dissociation, ce moment de nature psychotique qui est suivi, chez le créateur, par un « dédoublement vigilant et auto-observateur », ce dédoublement caractérisant le créateur et le distinguant du malade mental(10).

Il parle « d'excroissance se développant à la périphérie du psychisme et constituant une sorte de poche marsupiale où va s'accomplir la gestation de l'œuvre »(10). Ceci n'est pas sans rappeler les mots de Charles Juliet, écrivain et poète, qui parle de deux modes de processus créateur. Celui-ci pouvant « s'exercer lorsque la pensée est inerte mais aussi quand elle est en pleine frénésie »(83).

En ce qui concerne l'aspect hallucinatoire et délirant du « décollage » créateur, il s'agirait d'un moment psychotique non pathologique »(10). Charles Juliet parle d'apparition d'un « trouble, une mise sous tension, un état d'alerte ».(83)

Anzieu évoque comme phase préalable à tout processus créateur, ce besoin de se retirer des « sollicitations du monde », de solitude, de partir d'une certaine stabilité, protection, d'un « enveloppement », un « désinvestissement de la réalité »(10). Il insiste sur le fait que le saisissement n'advient qu'en présence de ce dessaisissement. Ceci convoque les propos d'Eugène Bleuler qui rapportait dès 1922 le besoin d'une « dose d'autisme, une coupure entre l'individu et le monde »(36). Le créateur se trouve donc complètement seul lors de cette phase et s'engage donc « dangereusement » seul dans ce processus dissociatif et régressif. Cela rejoint

la théorie de la Gestaltung de H.Prinzhorn (80) selon laquelle un retrait quasi autistique serait favorable à la libre expression de soi.

#### *2.2.4.2. Prise de conscience de représentants psychiques inconscients*

Pour Anzieu, c'est la partie du Moi dédoublée et restée « apte à l'observation »(10) lors de la première phase qui prend conscience des représentants psychiques inconscients et qui les déplace et les fixe dans le préconscient (4). Il définit un représentant psychique inconscient par « une représentation mentale refoulée d'une pulsion jugée dangereuse pour le Moi »(10). C'est dans ce préconscient qu'advient la symbolisation. En effet, lorsqu'ils sont encore inconscients ils sont « inertes, improductifs » et n'ont pas accès à la symbolisation. Pour Freud, il faut qu'il y ait refoulement, retour du refoulé puis liaison préconsciente pour que puisse se constituer un symbole. Finalement, le refoulement est levé par le processus de création de par l'activité de symbolisation opérant dans le préconscient.

#### *2.2.4.3. Instituer un code et lui faire prendre corps*

Cette troisième phase permet d'ériger ce représentant psychique, ce « noyau psychique d'origine archaïque ». Le créateur va choisir un matériau et façonner l'informe afin de donner un corps, un contour et une consistance.

René Roussillon souligne le fait que le passage par la sensorialité conduit la « psyché » à s'auto-représenter certains de ses processus(23). T.Rabeyron le rejoint en disant que la psyché est à la recherche « d'un contenant par le biais de la matérialité de l'objet afin de lui permettre de figurer ses propres processus »(67). Le contenu psychique en souffrance, cette « abstraction

inopérante »(10) ne cherche pas seulement et simplement à être logé dans l'environnement mais c'est une « interrelation réciproque et subtile » qui se joue entre le contenu et le contenant.

#### *2.2.4.4. La composition proprement dite de l'œuvre et la production de l'œuvre au dehors*

Ceci a été traité précédemment dans ce travail et concerne les deux dernières phases renvoyant à la composition de l'œuvre en détail et à sa production à l'extérieur. Cette dernière étape concerne le rapport du créateur à l'œuvre terminée et son rapport au public à venir.

Bien entendu, dans le cadre des psychothérapies à médiation artistique, les productions ne sont pas vouées à être exposées. Celles qui le sont proviennent d'un travail purement artistique, destinées à se confronter au regard de l'Autre, d'un public.

Le Dr Philippe Mons précise cet appel du public, « leur art interpellait quelqu'un, c'était presque suffisant ». Il ajoute, concernant la dynamique entre créateur et regard extérieur, « c'est un enrichissement réciproque, c'est 50/50 ».

Le processus créateur relève de l'imprévu, entre « intentionnalité et réalisation »(84), pour reprendre les termes de Marcel Duchamp. En effet, il parle de « coefficient d'art personnel »(84) qui représente la relation entre ce qui est inexprimé et ce qui a été projeté, ce qui a donc été exprimé sans intention. Il est difficile pour l'artiste « d'exprimer son intention »(84). Ce décalage relève du style de l'artiste qui passe alors par une succession de ressentis et de réactions subjectives conduisant à la réalisation.

### 2.2.5. Le pouvoir sublimatoire

Winnicott et ses travaux sur la créativité apporte des éléments de réflexion sur la notion de sublimation. L'activité de sublimation a principalement été décrite à travers l'activité artistique et l'exploration intellectuelle. La pulsion est dite sublimée quand elle est déviée vers un nouveau but « non sexuel » et quand elle « vise des objets socialement valorisés »(70). La sublimation est définie par Freud pour « rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle » (85).

Pour B. Chouvier il y a deux manières de comprendre la sublimation(86).

Il parle, d'un côté, de Winnicott évoquant un « orgasme du moi »(4). C'est-à-dire l'action d'expression de la pulsion à l'origine d'activité ludique impliquant du plaisir. « La pulsion agressive ou libidinale trouve dans ces conditions une résolution de type sublimatoire »(4).

De l'autre côté, l'acte sublimatoire apparaît dans les mouvements successifs du travail créateur qui configure l'objet de sorte que ce qui importe est le processus mis en œuvre et non l'objet « fini ». Dans la peinture ou le modelage, on opère par ajout, par retrait et à chaque étape, la finalité du processus apparaît. L'objet terminal se rapproche alors que l'aspect brut du matériau s'éloigne.

Alain Dervaux parle de la « causticité »(87) dans l'œuvre du peintre Goya. Très touché par le contexte politique et militaire de l'époque, Goya s'exprime au travers de 82 gravures de la série les « Désastres de la guerre ». Ces gravures ont été réalisées entre 1810 et 1815 et éditées en 1863. Elles illustrent les épisodes de la guerre entre partisans espagnols et les troupes françaises pendant l'invasion de l'Espagne par Napoléon en 1808.

Goya illustre les atrocités de la guerre avec des scènes de torture, de viols, de pillage, de corps morts tels qu'il a pu les voir, « yo lo vi », pour reprendre ses termes.

Il se peut que ce travail de gravure ait permis à Goya d'affronter cette réalité difficilement acceptable. On peut faire le rapprochement avec les « Caprices » et les « peintures noires », comme moyen de sublimation d'une réalité trop sombre.

*Goya, « Saturno devorando a un hijo », 1819-1823*

*Peinture murale transférée sur toile, 146 x 83 cm*

*Source : Site internet officiel du Musée du Prado, « Museo del Prado », Madrid*

### 2.2.6. Processus de transformation psychique

L'objectif de toute psychothérapie est de permettre au patient d'accéder à une transformation psychique. En art-thérapie le fait de réaliser une création, tout comme la verbalisation des émotions et évènements de vie en psychothérapie verbale, ne suffit pas à provoquer un travail de transformation psychique, Celui-ci advient par une série d'opérations telle que la transformation du médium et la mise en mouvement de la matière primaire psychique. Le patient s'exprime alors en mettant au dehors ses conflits inconscients à travers l'art. Ceci est en lien avec l'expression de la capacité de résilience des patients (88).

Selon M.Colignon, c'est à la matière d'être transformée pour produire des images plus ou moins apaisantes. Le but étant de se les « approprier pour les adapter, les apprivoiser ou alors les rejeter sans culpabilité » (63). C'est en adoptant ces images qu'il peut commencer à mettre les siennes en mouvement et à accepter de se confronter à un monde interne auquel il n'avait pas encore accès.

Le travail de mise en forme dans une production artistique permet d'intégrer une expérience vécue refoulée ou clivée. La matière psychique première résultant de cette expérience est transformée en représentation psychique par symbolisation.

Selon Roussillon, « la production symbolique permet une fonction auto appropriatrice et auto représentative nécessaire aux modifications auto-plastiques du travail d'intégration » (23).

« Le processus créatif est une force, une énergie vitale » nous dit Nathalie Rogers (17). Dans un environnement suffisamment contenant, empathique, dénué de tout jugement, procurant une totale sécurité, le processus créatif permet un processus de transformation psychique pour un « changement constructif »(17).

Elle évoque l'utilisation de l'expression artistique du patient à but psychothérapeutique comme un moyen « d'explorer leur côté ombre ». L'ombre étant (selon Zweig, 1991) « la part que nous avons réprimée dans nos vies »(17).

Pour elle, mettre en mouvement, « utiliser le son, la couleur, le jeu permet de devenir conscient de son ombre »(17), de le travailler à travers un médium. « La peur et le chagrin sont aussi souvent plus facilement exprimés dans la peinture ou le mouvement que par les mots »(17). Il y a donc étude de l'indicible au travers de la médiation artistique. Le processus de transformation est double : à l'intérieur même de l'individu avec des images mentales et à l'extérieur de lui avec le matériau utilisé puis créé.

*« La chose importante de la vie c'est sa découverte perpétuelle et continue et non pas un résultat acquis une fois pour toute. »* Dostoïevski, (89)

*Album « Gone », The Cure*

*- Pierre -*

# CHAPITRE 3 : ÉTUDE STATISTIQUE « PSYCHOTHERAPIE A MEDIATION ARTISTIQUE, LIEN ART ET FOLIE : ANALYSE DES REPRESENTATIONS MEDICALES EN PSYCHIATRIE »

## 3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, épidémiologique, transversale, descriptive et monocentrique.

## 3.2. Déroulement de l'étude

### 3.2.1. Origine et nature des données nominatives recueillies

Aucune donnée nominative n'est retenue. Les données sont recueillies de manière anonyme afin d'augmenter le taux de réponses. Les coordonnées des professionnels interrogés ont été obtenues par le biais de la Fédération de Recherche en Santé Mentale des Hauts de France (F2RSM).

### 3.2.2. Nombre de participants

Le nombre total de participants à cette étude est de 122.

### 3.2.3. Gestion et mode de circulation des données

Les données sont recueillies via la plateforme Google Form dans laquelle les données sont stockées.

### 3.2.4. Critères d'inclusion

Les professionnels inclus sont les internes de psychiatrie, les psychiatres et pédopsychiatres travaillant dans le secteur public ainsi qu'en libéral et cliniques privées.

Il s'agit de professionnels exerçant dans la région des Hauts de France.

### 3.2.5. Critère de non-inclusion

Le critère de non-inclusion est celui du refus de participer à l'étude.

### 3.2.6. Critères d'exclusion

Il n'existe pas de critère d'exclusion.

### 3.2.7. Modalités de diffusion / investigation retenue

L'envoi des auto-questionnaires est réalisé par courriel. Un lien internet permet d'accéder à la plateforme Google Form pour y répondre.

### 3.2.8. Critères d'évaluation

Objectif principal :

Afin d'évaluer les mythes et représentations relatives aux psychothérapies à médiation artistique, le degré d'accord avec les idées reçues seront cotées de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Une note de degré d'accord pourra donc être calculée pour chaque item.

Objectifs secondaires :

Afin d'évaluer les mythes et représentations relatives au lien entre l'art et la pathologie mentale, le degré d'accord avec les idées reçues seront cotées de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Une note de degré d'accord pourra donc être calculée pour chaque item. De plus, nous avons évalué la proportion de répondants intéressés par une sensibilisation / formation aux psychothérapies à médiation artistique.

#### 3.2.9. Évaluation des bénéfices et des risques liés à la recherche

Bénéfices :

Entamer une démarche de réflexion et éventuellement proposer une sensibilisation quant à la pratique des psychothérapies à médiation artistique.

Risques :

Aucun

## 3.3. Outil d'enquête : un auto-questionnaire

Renseigné en annexe.

## 3.4. Méthode d'analyse statistique des données

Une étude descriptive de l'échantillon sera réalisée dans un premier temps afin de le caractériser. Les variables quantitatives seront décrites via leur moyenne et écart-type en cas de distribution normale, sinon au moyen de la médiane et de l'intervalle interquartile. Les variables qualitatives seront décrites par la présentation des effectifs et pourcentages de chaque modalité.
Pour l'objectif principal, les distributions des notes d'accord aux représentations des psychothérapies à médiation artistique seront présentées via leur moyenne et leur écart-type en cas de distribution normale, sinon via la médiane et l'intervalle interquartile.
Pour les objectifs secondaires : l'effectif et la proportion de répondants intéressés par une sensibilisation / formation seront présentés et les distributions des notes d'accord aux représentations du lien entre l'art et la pathologie mentale seront présentées via leur moyenne et leur écart-type en cas de distribution normale, sinon via la médiane et l'intervalle interquartile.

L'analyse descriptive réalisée sur l'échantillon global a été stratifiée selon le fait de prescrire des psychothérapies à médiation artistique ou non. Les effectifs et les pourcentages ont été donnés pour les variables qualitatives, les moyennes et écart-types ou médianes et intervalles interquartiles ont été donnés pour les variables quantitatives. Un intervalle de confiance à 95% a également été calculé.

Afin de comparer les prescripteurs aux non-prescripteurs, des tests de Student ont été réalisés pour comparer les moyennes, et des tests de Chi-2 pour comparer des proportions. Un test dans la p-valeur était inférieure à 0,05 était considéré comme significatif.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel et R 3.5.1.

### 3.4.1. Objectifs de l'étude

Cette étude présente plusieurs objectifs : l'étude des représentations médicales concernant les psychothérapies à médiation artistique, l'étude des représentations médicales concernant le lien entre l'art et la pathologie mentale et l'estimation de la demande de sensibilisation aux psychothérapies à médiation artistique.

#### *3.4.1.1. Objectif principal*

Ces dernières années, on note un engouement concernant les psychothérapies à médiation artistique mais celles-ci renvoient à une multitude de référentiels théoriques, parfois même très discutables. On assiste actuellement à la mise en place de différents ateliers utilisant la médiation artistique dans plusieurs champs du soin (médical, éducatif, social…). Le personnel médical tient un rôle primordial dans la mise en place des ateliers puisqu'il en pose très souvent l'indication. En raison de cette hétérogénéité des pratiques et de l'importance du rôle joué par le psychiatre, il paraît important d'interroger les représentations médicales concernant les

principes fondamentaux des psychothérapies à médiation artistique et les connaissances des médecins concernant tout particulièrement l'indication aux ateliers. L'intérêt de la communauté médicale pour les psychothérapies à médiation artistique sera également étudié.
L'objectif principal est donc l'étude des représentations médicales relatives aux psychothérapies à médiation artistique.

#### *3.4.1.2. Objectifs secondaires*

Que cela concerne les écrivains, les philosophes et plus récemment la sphère médicale psychiatrique, le lien entre l'art et la pathologie mentale n'a cessé de questionner. Depuis très longtemps, cette association se retrouve dans les représentations sociales. Ainsi, il paraît important d'interroger les croyances médicales actuelles sur le potentiel thérapeutique, préventif voire diagnostic de la création artistique sur la pathologie mentale.
L'estimation de la demande de sensibilisation aux psychothérapies à médiation artistique est judicieuse dans le but de pouvoir apporter des connaissances les concernant.

Les objectifs secondaires sont donc la description des représentations concernant le lien entre l'art et la pathologie mentale et de la demande des médecins concernant d'éventuelles sessions de sensibilisation aux psychothérapies à médiation artistique

## 3.5. Résultats

### 3.5.1. Taux de réponse

Parmi les professionnels hospitaliers, 487 psychiatres, 164 pédopsychiatres et 150 internes de psychiatrie ont été inclus. A cela se rajoutent les médecins travaillant en libéral/clinique privée.

Compte tenu des modalités de diffusion via la F2RSM et les réseaux de professionnels, nous ne savons pas si tous les médecins libéraux ont pu être contactés. Par conséquent, nous n'avons donc pas pu calculer de manière pertinente le taux de réponse.

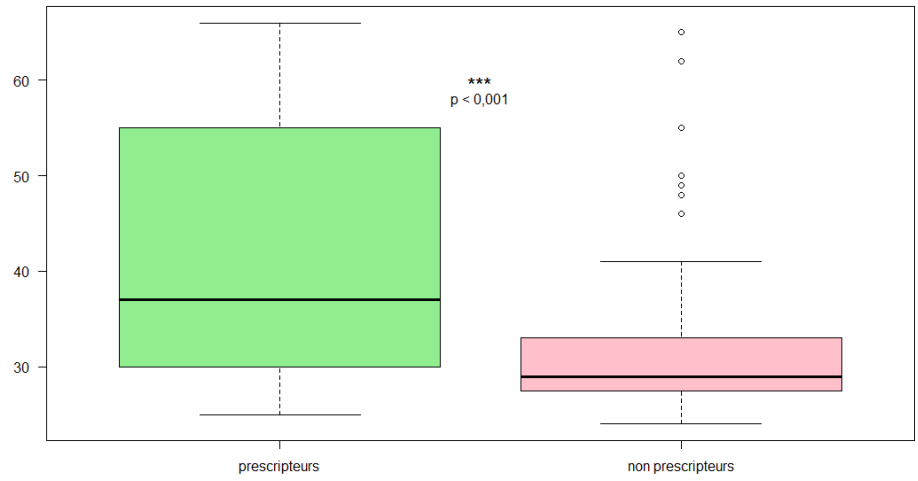
### 3.5.2. Caractéristiques socio-démographiques des médecins

| N total = 122 | N ou m | % ou sd | Borne inf IC95% | Borne sup IC95% |
|---|---|---|---|---|
| **Age, m (sd)** | 39,3 | 12,9 | 37 | 41,6 |
| **Genre** | | | | |
| Femme | 75 | 61,5 | 52,9 | 70,1 |
| Homme | 47 | 38,5 | 29,9 | 47,1 |
| **Fonction, n (%)** | | | | |
| Interne de psychiatrie | 45 | 36,9 | 28,3 | 45,5 |
| Pédopsychiatre thésé | 17 | 13,9 | 7,8 | 20 |
| Psychiatre thésé | 60 | 49,2 | 40,3 | 58,1 |
| **Expérience si thésé, m (sd) N = 77** | 17,5 | 11,6 | | |
| **Formation aux PMA, n (%)** | | | | |
| Non | 117 | 95,9 | 92,4 | 99,4 |
| Oui | 5 | 4,1 | 0,6 | 7,6 |
| **Utilisation des PMA, n (%)** | | | | |
| Prescripteur d'ateliers | 82 | 67,2 | 58,9 | 75,5 |
| Je ne les utilise pas | 40 | 32,8 | 24,5 | 41,1 |
| **Courant théorique principal, n (%)** | | | | |
| Aucun | 9 | 7,4 | 2,8 | 12 |
| Autres | 19 | 15,6 | 9,2 | 22 |
| Intégrative | 16 | 13,1 | 7,1 | 19,1 |
| Multiple | 14 | 11,5 | 5,8 | 17,2 |
| Neurobiologie | 5 | 4,1 | 0,6 | 7,6 |
| Psychanalyse | 19 | 15,5 | 9,1 | 21,9 |
| Systémie | 11 | 9 | 3,9 | 14,1 |
| TCC | 19 | 15,6 | 9,2 | 22 |
| Thérapie brève | 9 | 7,4 | 2,8 | 12 |
| Thérapie cognitive | 1 | 0,8 | 0 | 2,4 |

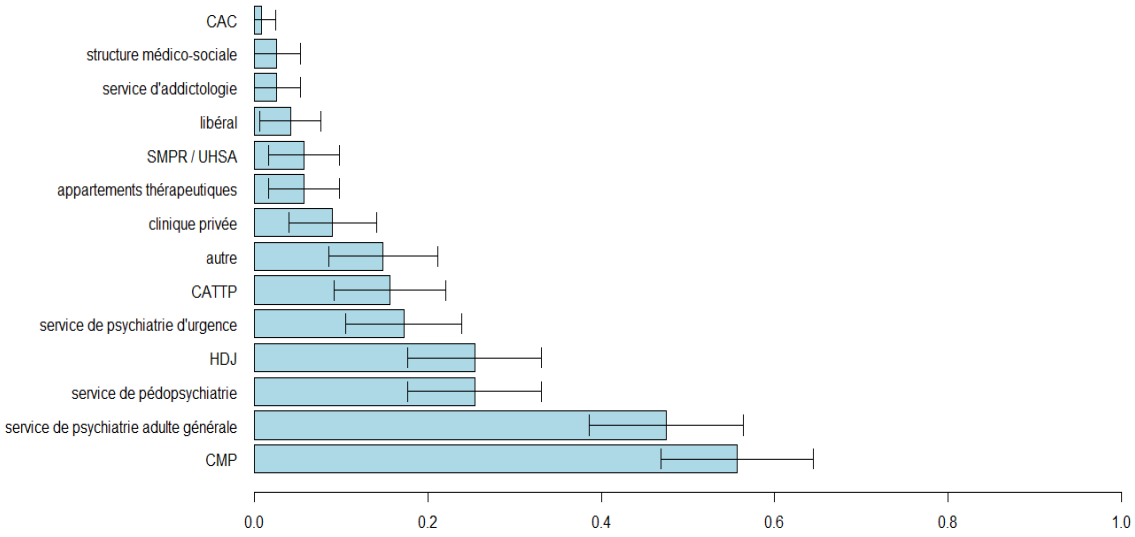
La moyenne d'âge des répondants est de 39,3 ans (IC 95% [37 – 41,6]) et les femmes représentent 61,5% de l'échantillon (IC 95% [52,9 – 70,1]). Les médecins prescripteurs d'ateliers sont significativement plus âgés que les non prescripteurs (42,12 ans vs 33,50 ans avec $p<0,001$).

49,2% des répondants sont des psychiatres thésés (n=60 - IC 95% [40,3 – 58,1]) avec pour moyenne d'expérience 17,5 ans.

55,7% des répondants exercent en CMP (n=68 - IC 95% [46,9 – 64,5]), 9% en clinique privée (n=11 - IC 95% [3,9 – 14,1]), 4,1% en libéral (n=5 - IC 95% [0,6 – 7,6]), 15,6% en CATTP (n=19 - IC 95% [9,2 – 22]) et 25,4% exercent en HDJ (n=31 - IC 95% [17,7 – 33,1]).




*Comparatif âge prescripteurs / non prescripteurs*

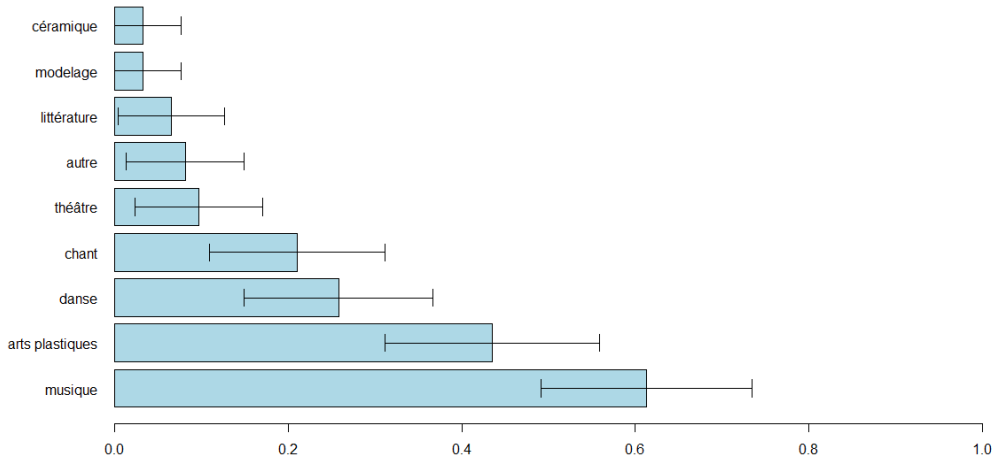



*Structure d'exercice*

Concernant la formation des médecins, 4,1% (n=5 - IC 95% [0,6 – 7,6]) ont été formés aux psychothérapies à médiation artistique. Les lieux de formation cités sont l'association Puzzle à Lambersart, l'hôpital Sainte-Anne à Paris (ex-DU Paris Descartes), IRPECOR (danse-thérapie), le séminaire d'art-thérapie « Professeur Wiart » à l'hôpital Sainte-Anne à Paris et une formation non identifiée à Lille.

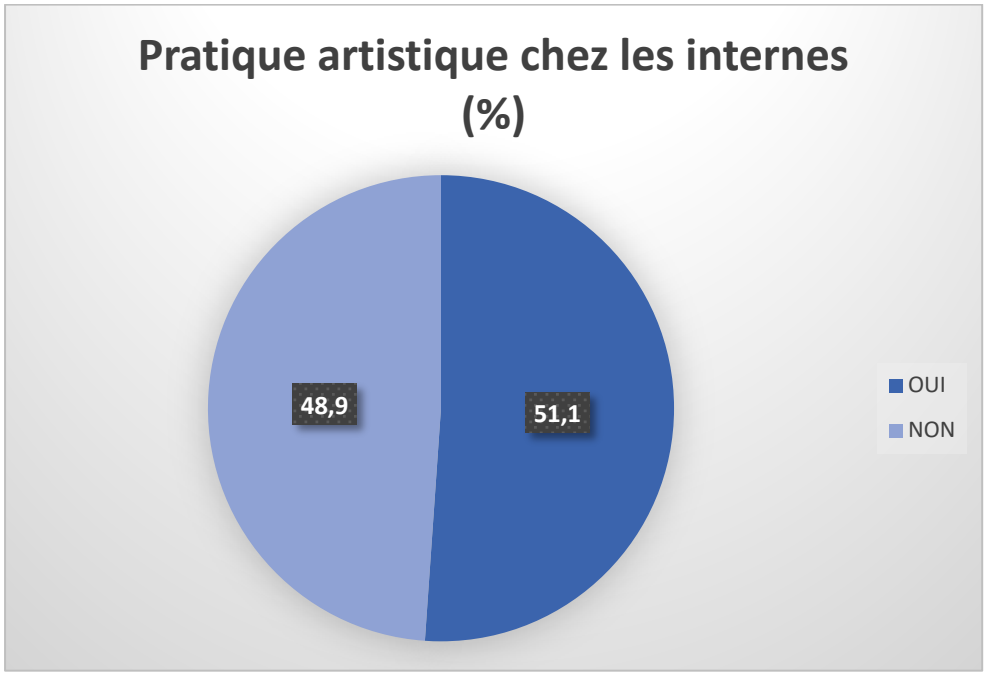
Au niveau des courants théoriques de références, 15,5% sont d'orientation analytique (n=19 - IC 95% [9,1 – 21,9]), 15,6% d'orientation cognitivo-comportementale (n=19 - IC 95% [9,2 – 22]) et 7,4% d'orientation thérapies brèves (n=9 - IC 95% [2,8 – 12]).

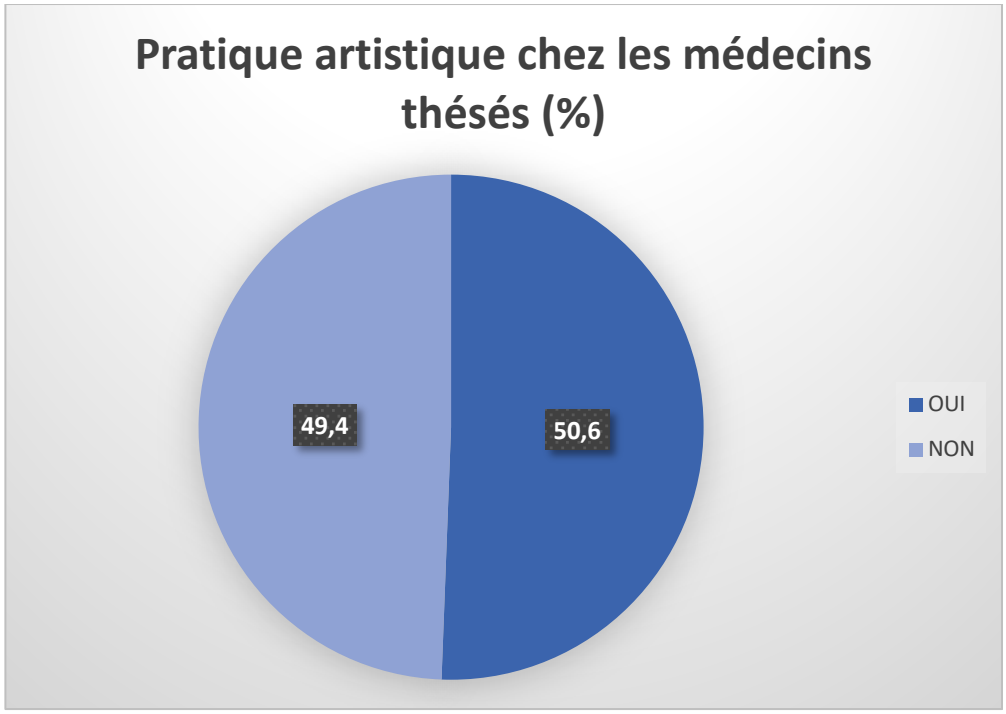
85,2% (n=104 - IC 95% [78,9 – 91,5]) des répondants disent porter un intérêt à la culture artistique et 50,8% (n=62 - IC 95% [41,9 – 59,7]) pratiquent une activité artistique personnelle (musique pour 61,3% d'entre eux).




*Répartition pratique artistique personnelle*

Par ailleurs, la proportion de répondants pratiquant une activité artistique personnelle semble similaire chez les médecins thésés (50,6%) et chez les internes (51,1%).

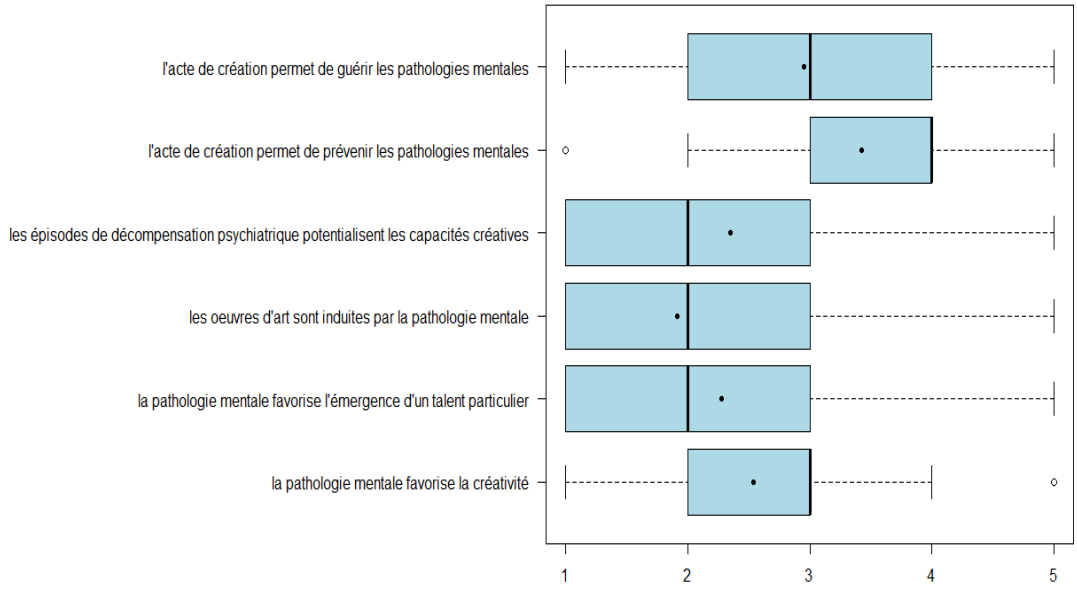

Pratique artistique chez les internes (%)
48,9
51,1
OUI
NON


Pratique artistique chez les médecins thésés (%)
49,4
50,6
OUI
NON

### 3.5.3. Les représentations médicales concernant le lien entre l'art et la pathologie mentale

En moyenne, les médecins de l'échantillon sont d'accord avec la question « l'acte de création permet de prévenir les pathologies mentales » à 3,43 sur 5 (à ± 1,04) et à la question « l'acte de création permet de guérir les pathologies mentales » à 2,95 sur 5 (à ±1,1).

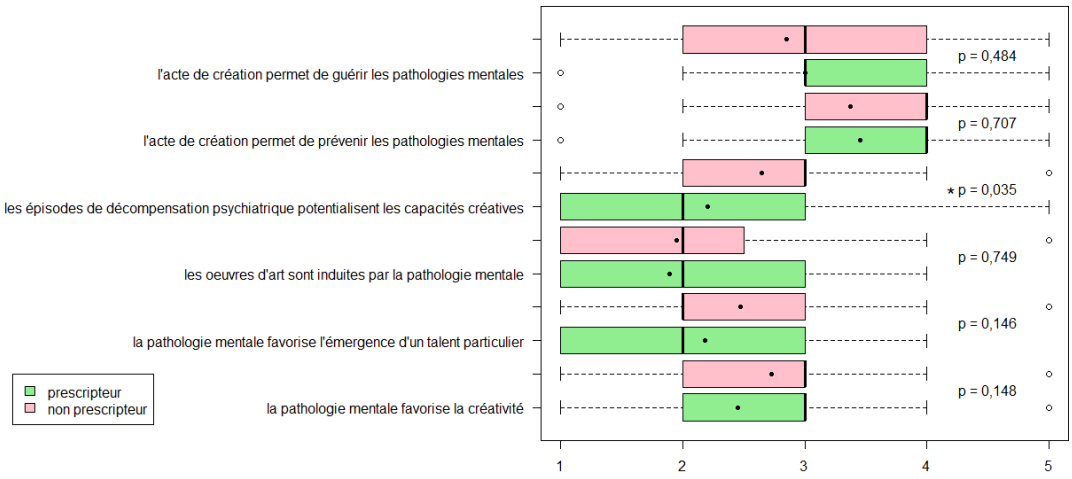
En moyenne, les médecins prescripteurs d'ateliers sont d'accord avec la question « l'acte de création permet de prévenir les pathologies mentales » à 3,45 sur 5 avec un écart type à 1,00. Concernant la question « la pathologie mentale favorise la créativité », les médecins sont d'accord en moyenne à 2,54 sur 5 (IC 95% - [2,36 ; 2,72]) avec un écart type à 0,98.




*Réponses aux questions concernant le lien entre art et pathologie mentale*

A la question « les épisodes de décompensation psychiatrique favorisent les capacités créatives », les médecins de l'échantillon sont d'accord en moyenne à 2,35 sur 5 (IC 95% - [2,16 ; 2,55]) avec un écart type à 1,09. Concernant cette question, les médecins ne prescrivant

pas d'atelier sont significativement plus d'accord que les médecins prescrivant des ateliers puisque la moyenne de leurs réponses est de 2,65 sur 5 (± 1,12) vs 2,21 (± 1,05), avec p=0,035. A la question « les œuvres d'art sont induites par la pathologie mentale », la moyenne est à 1,91 sur 5 (IC 95% - [1,74 ; 2,08]) avec un écart type à 0,96.




*Comparatif art et pathologie mentale : médecins prescripteurs / non prescripteurs*

### 3.5.4. Les représentations médicales relatives aux psychothérapies à médiation artistique

#### *3.5.4.1. Intérêt personnel*

Pour 18,9% des répondants (n=23 - IC 95% [12 – 25,8]), les psychothérapies à médiation artistique représentent une pratique « floue et abstraite ».

52,5% expriment de la curiosité à leur égard (n=64 - IC 95% [43,6 – 61,4]) et 82% leur attribuent un intérêt dans la pratique (n=100 - IC 95% [75,2 – 88,8]).

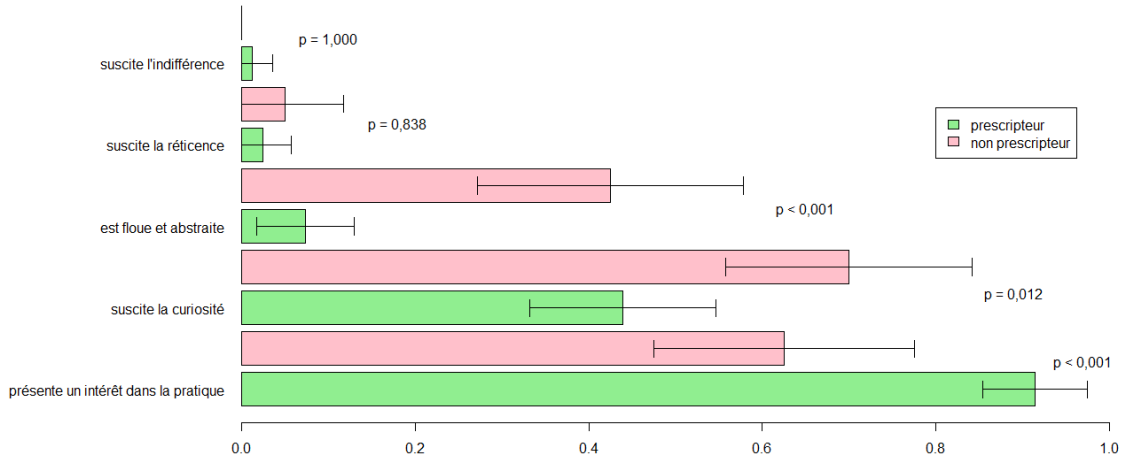
Elles représentent une pratique « frivole et futile » pour 1,6% (n=2 - IC 95% [0,0 – 3,8]), suscitent de « l'indifférence » pour 0,8% (n=1 - IC 95% [0,0 – 2,4]) et de la « réticence » pour 3,3% (n=4 - IC 95% [0,1 – 6,5]).

Les médecins prescripteurs d'ateliers leur attribuent à 91,5% (n=75) un « intérêt dans la pratique clinique », expriment de la réticence pour 2,4% (n=2), de l'indifférence pour 1,2% (n=1) et les qualifient de « floues et abstraites » pour 7,3% (n=6).

Les répondants étant prescripteurs d'ateliers y voient plus fréquemment un intérêt dans la pratique puisqu'ils présentent une moyenne significativement plus élevée que les des médecins non prescripteurs à cette question : 91,5% vs 62,5% (p<0,001).

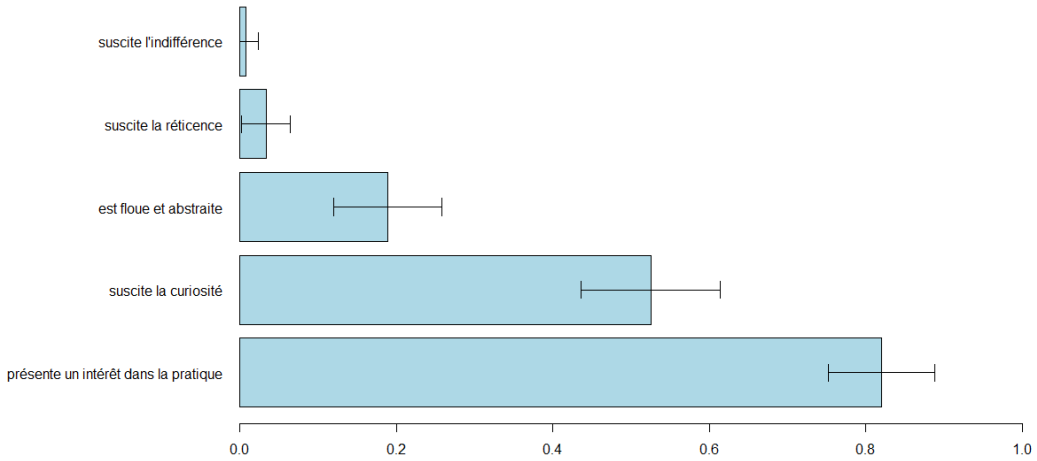
Les médecins qui ne prescrivent pas d'atelier estiment plus fréquemment cette pratique comme « floue et abstraite » car ils présentent une moyenne significativement plus élevée que les des médecins prescripteurs à cette question : 42,5% vs 7,3% (p<0,001).

De plus, les médecins non prescripteurs sont significativement plus curieux concernant cette pratique : 70% vs 43,9% (p=0,012).




*Comparatif de l'intérêt, médecins prescripteurs / non prescripteurs*

Les psychothérapies à médiation artistique sont également qualifiées de « très hétérogènes dans leur qualité », de « moyen de valoriser et d'établir un lien avec certains patients » et la pratique artistique d'élément « d'épanouissement et de bien être chez toute personne qui s'y intéresse » et de « ressource de bien être sans que cela constitue en soi une "thérapie" ».




*Intérêt personnel pour les psychothérapies à médiation artistique*

#### *3.5.4.2. Principes fondamentaux*

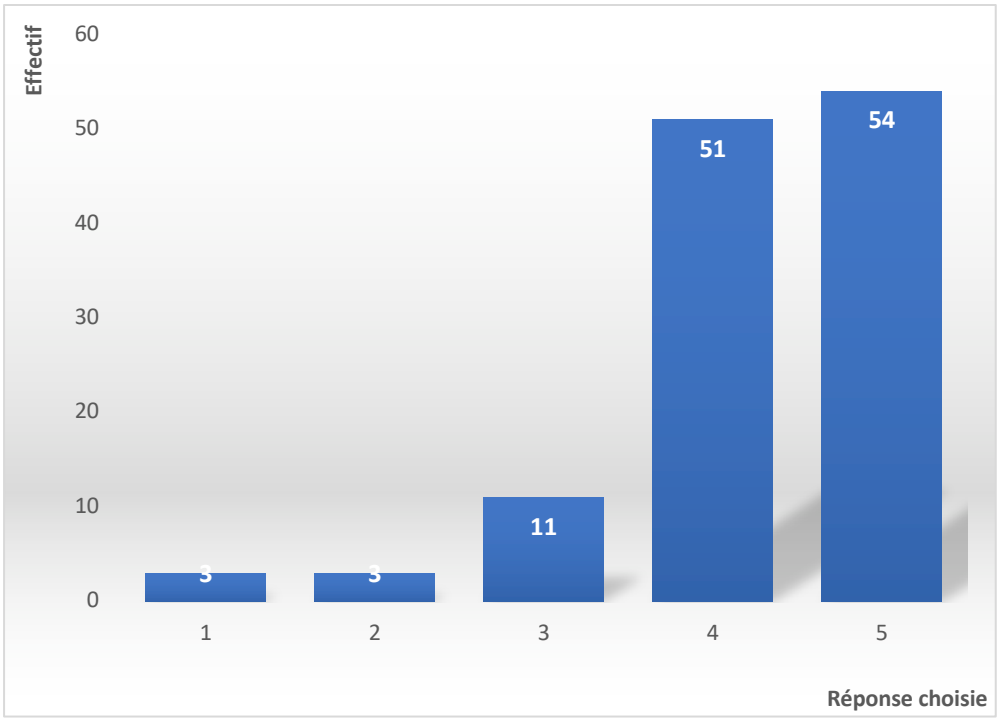
A la question « la médiation artistique est un outil d'élaboration psychique », les médecins de l'échantillon sont d'accord en moyenne à 4,23 sur 5 (IC 95% - [4,07 ; 4,39]) avec un écart type à 0,9.

Les médecins prescrivant des ateliers sont systématiquement d'accord avec cela à moyenne de 4,28 sur 5 (± 0,96).

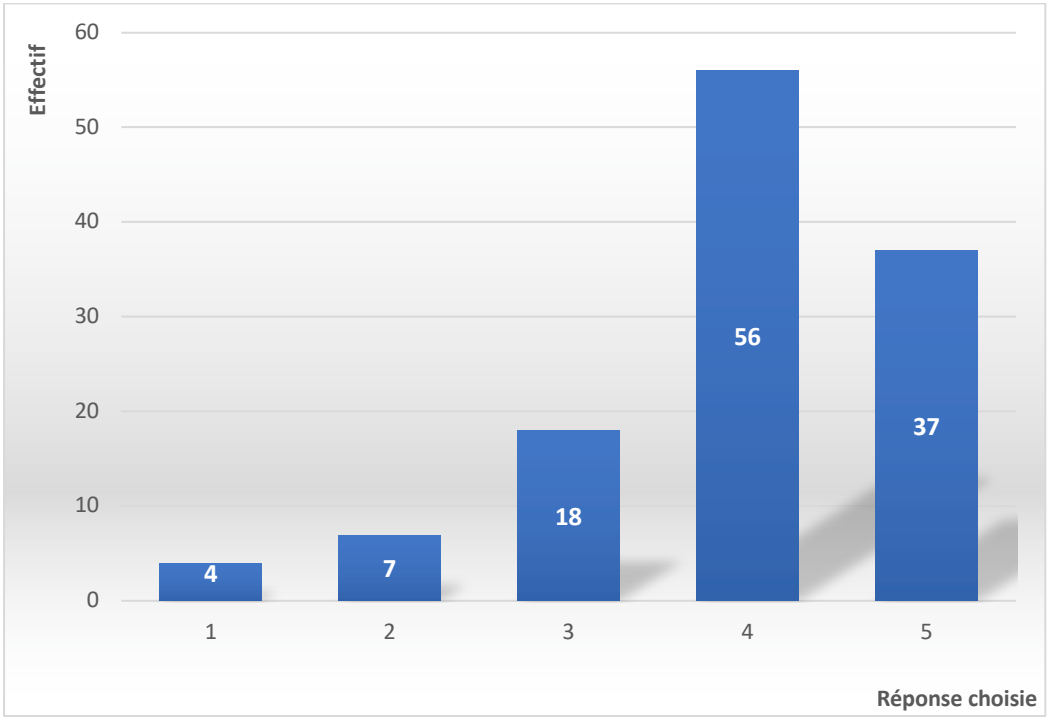
En moyenne, les médecins sont d'accord à 2,98 sur 5 (±1,08) à la question « un des objectifs est l'anxiolyse immédiate » et à 3,05 sur 5 (IC95% - [2,85 ; 3,25]) ±1,11 à la question « un des objectifs est l'accès au bien-être immédiat ».

Concernant le fait que le patient soit invité à verbaliser ses émotions au cours de l'atelier, les médecins sont systématiquement d'accord avec cela à moyenne de 3,94 sur 5 (IC 95% - [3,76 ; 4,12]) avec un écart type à 0,99. Les médecins prescrivant des ateliers sont d'accord avec cela à 3,96 sur 5 (± 1,06).

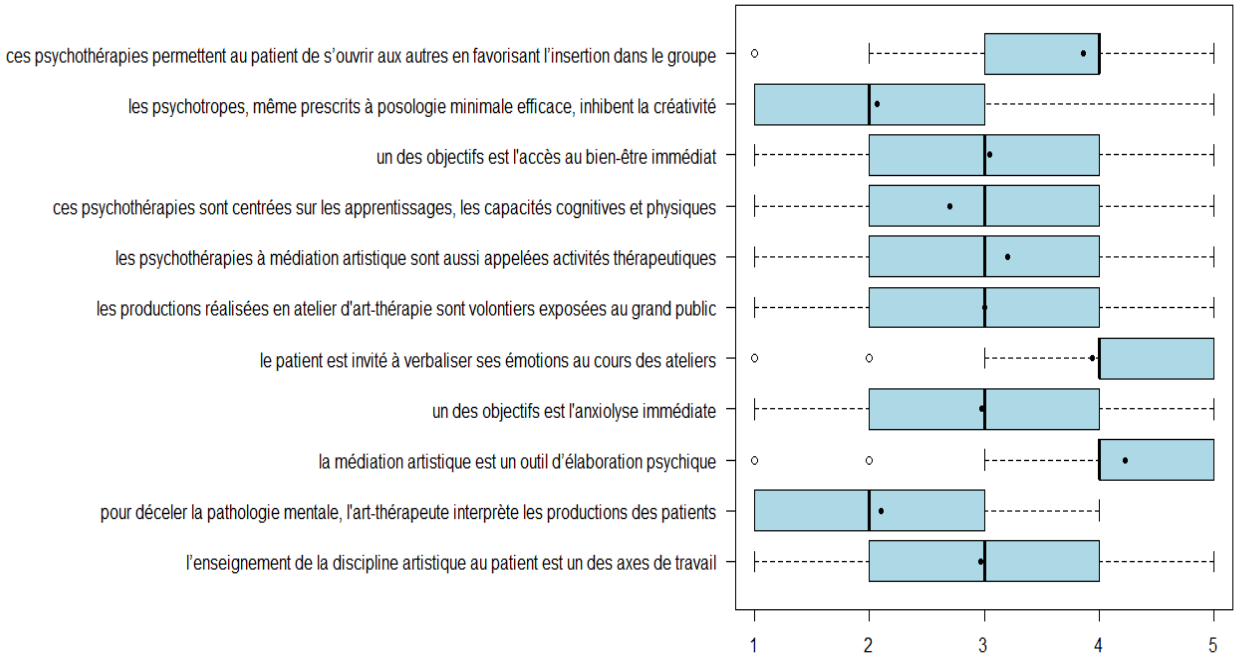
La moyenne des réponses concernant la question « les productions réalisées en atelier sont volontiers exposées au grand public » est de 3 sur 5 (IC 95% - [2,80 ; 3,20]) ±1,11 et celle correspondant à la question « ces psychothérapies permettent l'ouverture aux autres et l'insertion dans le groupe » est de 3,86 sur 5 (IC 95% - [3,70 ; 4,02]) ±0,88. Les médecins prescrivant des ateliers sont d'accord avec cela à 3,88 sur 5 (± 0,85).



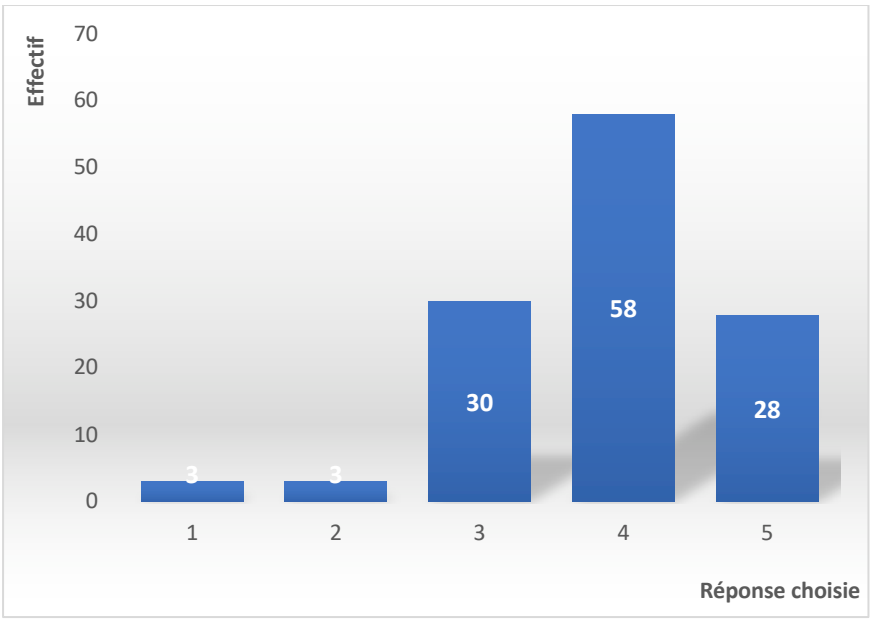

*Réponses à la question sur l'élaboration psychique*




*Réponses à la question sur la verbalisation en atelier*



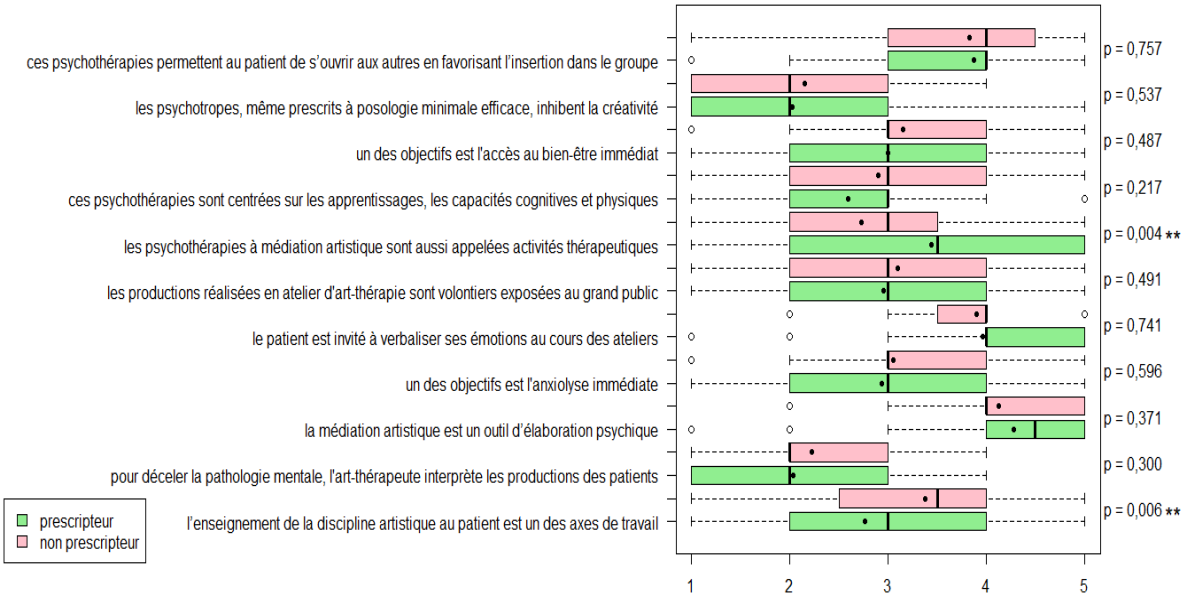

*Représentations liées aux principes fondamentaux des psychothérapies à médiation artistique*




*Réponses à la question concernant l'insertion dans un groupe*

Les médecins ne prescrivant pas d'atelier sont significativement plus d'accord avec le fait que « l'enseignement de la discipline artistique est un des axes de travail » car la moyenne des réponses sur 5 est de 3,38 (±1,21) vs 2,77 (±1,09), avec p=0,006.

De plus, les médecins ne prescrivant pas d'atelier sont significativement plus d'accord avec le fait que ces ateliers « sont aussi appelés activités thérapeutiques » car la moyenne des réponses sur 5 est de 3,44 (±1,27) vs 2,73 (±1,30), avec p=0,004.




*Comparatif principes fondamentaux : médecins prescripteurs / non prescripteurs*

### *3.5.4.3. L'indication médicale d'ateliers*

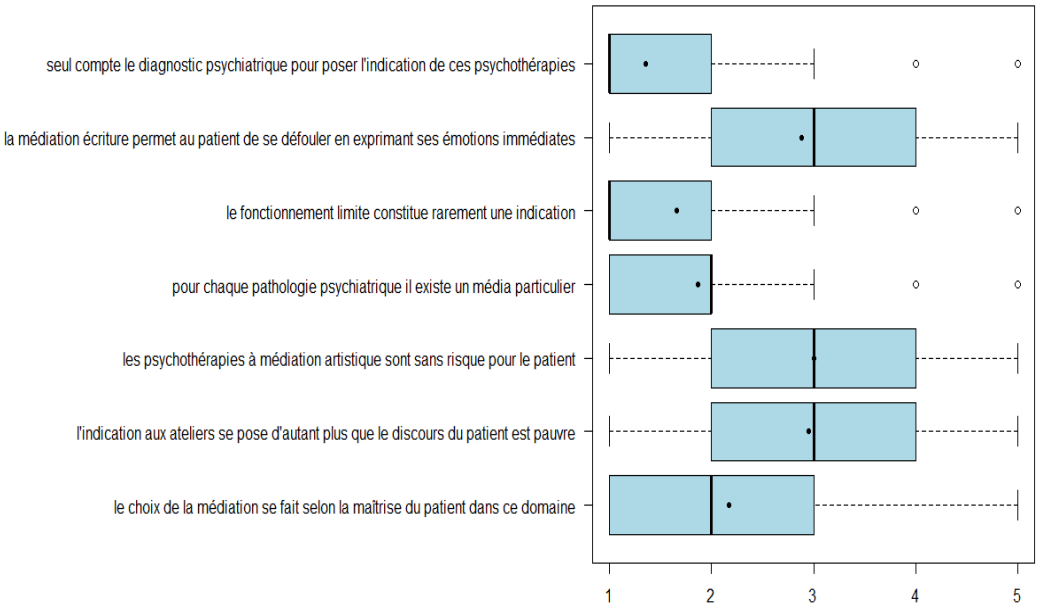
En moyenne, les médecins de l'échantillon sont d'accord avec la question « les psychothérapies à médiation artistique sont sans risque pour le patient » à 3,01 sur 5 (IC 95% - [2,80 ; 3,22])

avec un écart type à 1,17. Les médecins prescrivant des ateliers sont d'accord avec cela à 2,88 sur 5 (± 1,12).

Les médecins de l'échantillon sont en moyenne d'accord à 2,95 sur 5 (IC 95% - [2,74 ; 3,16]) ±1,18 avec la question « l'indication aux ateliers se pose d'autant plus que le discours du patient est pauvre ».

A la question « la médiation écriture permet au patient de se défouler en exprimant ses émotions immédiates », les médecins de l'échantillon sont en moyenne d'accord à 2,89 sur 5 (IC 95% - [2,68 ; 3,09]) avec un écart type à 1,16 et les médecins prescripteurs à 2,78 sur 5 (±1,17).

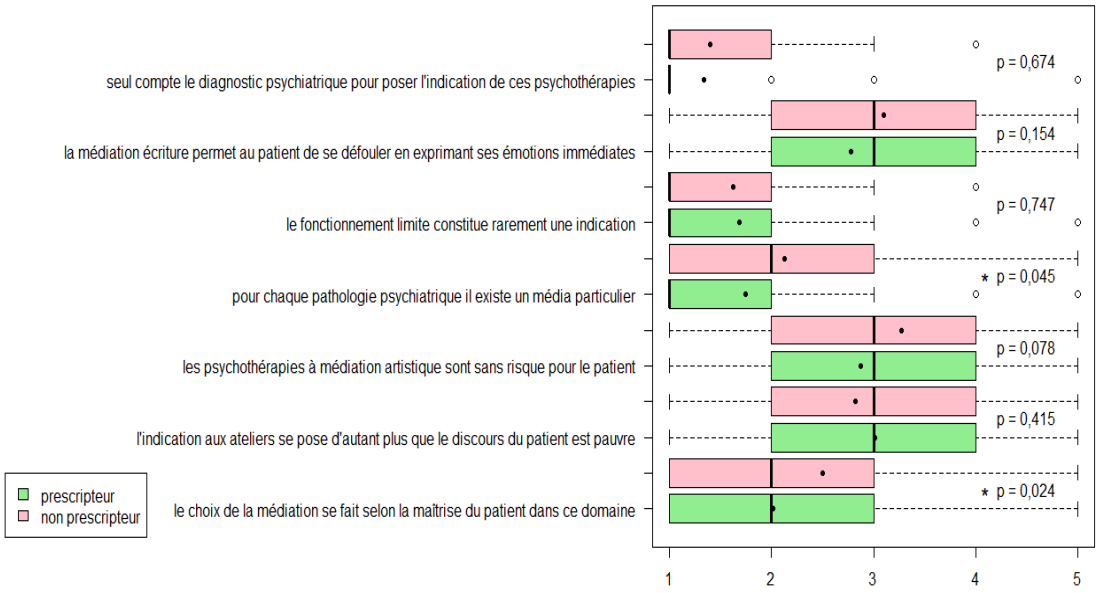
En ce qui concerne l'adhésion à la question « seul le diagnostic compte pour poser l'indication », on retrouve une moyenne de 1,36 sur 5 (IC 95% - [1,23 ; 1,49]) avec un écart type à 0,72.




*Représentations concernant l'indication médicale d'ateliers*

Les médecins ne prescrivant pas d'atelier sont significativement plus d'accord avec le fait que « le choix de la médiation se fait selon la maîtrise du patient dans ce domaine » que les médecins prescripteurs d'ateliers car la moyenne des réponses sur 5 est de 2,50 (±1,26) vs 2,01 (±1,02), avec p=0,024.

De plus, les médecins ne prescrivant pas d'atelier sont significativement plus d'accord avec le fait que « pour chaque pathologie il existe un média particulier » que les médecins prescripteurs d'ateliers car la moyenne des réponses sur 5 est de 2,12 (±1,07) vs 1,74 (±0,93), avec p=0,045.




*Comparatif indication : médecins prescripteurs / non prescripteurs*

### 3.5.5. Demande de sensibilisation aux psychothérapies à médiation artistique

87,7% (n=107 - IC 95% [81,9 – 93,5]) sont en faveur de sessions de sensibilisation concernant les psychothérapies à médiation artistique.

| | N ou m | % ou sd |
|---|---|---|
| Non | 14 | 11,5 |
| Oui | 107 | 87,7 |
| NA | 1 | 0,8 |

## 3.6. Discussion

### 3.6.1. Taux de réponse et profils des médecins

Parmi les répondants, 50,8% (n=62 - IC 95% [41,9 – 59,7]) pratiquent une activité artistique personnelle et 85,2% (n=104 - IC 95% [78,9 – 91,5]) portent un intérêt particulier à la culture artistique.

Nous pouvons faire l'hypothèse selon laquelle la proportion de médecins sensibles à la culture artistique est surestimée. En effet, nous supposons que la proportion de médecins portant un intérêt à la culture artistique est possiblement trop forte pour la population médicale globale. La proportion de ces médecins semble donc peu représentative de la population globale.

La proportion des médecins n'étant pas sensibles à la culture artistique est, a contrario, possiblement sous-estimée, en considérant que ceux-ci n'ont probablement pas répondu au questionnaire.

Dans l'échantillon étudié, on retrouve très peu de médecins formés aux psychothérapies à médiation artistique. Parmi les 5 médecins formés, il n'y a seulement qu'un interne et aucun pédopsychiatre. Aucun médecin n'exerce d'ailleurs en tant qu'art-thérapeute.

### 3.6.2. Les représentations médicales concernant le lien entre l'art et la pathologie mentale

Concernant le lien entre la pathologie mentale et la créativité, on constate une certaine prudence dans l'établissement d'une relation de causalité. En effet, il existe une grande nuance des réponses quant à la favorisation de la créativité par la pathologie mentale puisque la moyenne des réponses est de 2,54 sur 5 (IC 95% - [2,36 ; 2,72]) avec un écart type à 0,98. Indépendamment de cette population plus nuancée, 2,4% sont tout à fait d'accord avec ce lien puisqu'ils ont répondu « 5 » à cette question. L'adhésion au mythe selon lequel la pathologie mentale influencerait la créativité reste donc présente dans les représentations, malgré un avis plutôt mitigé.

Pareillement, l'adhésion au mythe selon lequel la pathologie mentale procurerait un talent particulier est plutôt discutée dans la population étudiée puisque la moyenne des réponses est de 2,28 sur 5 (IC 95% -[ 2,09 ; 2,46]) avec un écart type à 1,04.

L'avis concernant le lien entre l'établissement d'œuvres d'art et le fait d'être atteint d'une pathologie mentale est assez partagé dans l'échantillon étudié.

Concernant l'ensemble des questions de cette rubrique, l'échantillon semble adhérer de manière assez prudente aux mythes qu'elles étudient.

On retrouve par ailleurs, et dans des proportions non négligeables, la croyance selon laquelle l'acte de création serait doté de la capacité de guérison et surtout de prévention des maladies mentales. Ces représentations sont bien présentes chez les médecins prescripteurs d'ateliers. Il existe 4,9% (n=6) de l'échantillon attribuant systématiquement l'acte de création à des capacités de guérison des pathologies mentales (réponse 5 sur 5 à cette question).

La favorisation de la créativité par les épisodes de décompensation psychiatrique est une croyance qui reste également présente, malgré encore une fois, la nuance des réponses.

### 3.6.3. Les représentations médicales relatives aux psychothérapies à médiation artistique

#### *3.6.3.1. Intérêt personnel*

Il existe 82 % (n=100 - IC 95% [75,2 – 88,8]) de l'échantillon qui attribuent aux psychothérapies à médiation artistique un intérêt dans la pratique. Pour faire suite à notre précédente hypothèse, cette proportion est possiblement surestimée par rapport à la population réelle des internes, pédopsychiatres et psychiatres de la région, tout comme la proportion se disant curieux par rapport à cette pratique.

Pour une minorité, 1,6% (n=2 - IC 95% [0,0 – 3,8]), elles représentent une pratique « frivole et futile », suscitent de « l'indifférence » pour 1 répondant et de la « réticence » pour 3,3% (n=4). Cette proportion est possiblement sous-estimée par rapport à la réalité.

Les répondants étant prescripteurs d'ateliers y voient plus fréquemment un intérêt dans la pratique que les non prescripteurs, ce qui paraît concordant (91,5% vs 62,5% ($p<0,001$)).
Les médecins qui ne prescrivent pas d'atelier estiment plus fréquemment cette pratique comme « floue et abstraite » que les médecins prescripteurs (42,5% vs 7,3% ($p<0,001$)). Le manque de connaissances dans le domaine peut donc contribuer à expliquer le défaut de prescription d'ateliers.
En revanche, les médecins non prescripteurs sont significativement plus curieux concernant cette pratique : 70% vs 43,9% ($p=0,012$). Il paraîtrait donc judicieux de répondre à cette curiosité afin de pallier le manque de connaissances cité précédemment. Ceci permettrait probablement d'augmenter la prescription d'ateliers.

*3.6.3.2. Principes fondamentaux*

Les médecins interrogés présentent un avis globalement mitigé concernant cette série de questions (6 questions sur les 11 avoisinent les réponses 3 sur 5).

Des éléments de confusion avec les « cours d'arts plastiques, de musique… », les « activités thérapeutiques », les « psychothérapies médiatisées » ou encore les ateliers d'ergothérapie peuvent se retrouver dans les réponses obtenues quant à l'enseignement, la réadaptation cognitive et physique et la réinsertion psychosociale :

La moyenne des réponses à la question « l'enseignement de la discipline artistique au patient est un des axes de travail » est assez mitigée (2,67 – IC95% [2,76 ; 3,17]) ±1,16) tout comme la moyenne des réponses à la question « ces psychothérapies sont centrées sur les apprentissages, les capacités cognitives et physiques » (2,7 (IC95% - [2,74 ; 2,92]) ±1,27). Il n'empêche que ces chiffres montrent une confusion relative.

La majorité des répondants tendraient à mal différencier les ateliers de psychothérapies à médiation artistique des « activités thérapeutiques » puisqu'ils sembleraient enclins à les désigner ainsi (note moyenne de 3,2 sur 5 (±1,32)).

La question de l'enseignement est, chez les médecins non prescripteurs d'ateliers, une représentation relativement bien présente (moyenne de 3,38 sur 5 ±1,21), et de manière plus importante (p=0,006) que chez les prescripteurs d'ateliers (moyenne de 2,77 ±1,09). Cette confusion, certes nuancée, n'est pas négligeable.

Lors des ateliers, nous utilisons le « parler technique » pour se familiariser avec tel ou tel matériau mais dans le cadre d'une relation psychothérapeutique, permettant de s'inscrire dans un métalangage. Il ne s'agit pas d'un enseignement. Il ne s'agit pas non plus de réhabilitation psychosociale ni d'insertion sociale. Cependant, une grande proportion estime aussi que ces

psychothérapies permettent au patient de s'ouvrir aux autres en favorisant l'insertion dans le groupe, notamment les médecins prescripteurs d'ateliers.

Une donnée importante supplémentaire apparaît, celle d'une grande proportion estimant que le patient est invité à verbaliser ses émotions lors des ateliers. Dans ce sens, la stratégie du détour, d'utilisation d'un média, n'est que très peu considérée.

Nous avons pu également identifier une tendance des médecins à penser que l'anxiolyse immédiate et le bien-être immédiat sont des objectifs thérapeutiques des psychothérapies à médiation artistique. Il existe donc (malgré, encore une fois, une nuance des réponses) un possible manque de considération de la temporalité propre des psychothérapies à médiation artistique. Cette temporalité diffère de celle appartenant aux ateliers de relaxation, de détente etc.

Bien que la plupart des médecins de l'échantillon qualifient à juste titre ces psychothérapies « d'outil d'élaboration psychique », il serait nécessaire de pouvoir apporter des éléments théoriques et pratiques sur les principes fondamentaux des psychothérapies à médiation artistique aux professionnels médicaux afin de diminuer ces confusions.

Quant à la question de l'interprétation des productions afin de déceler la pathologie mentale, la majorité des répondants n'est pas en faveur de cela (2,1 sur 5 ; IC95% - [1,93 ; 2,27] ±0,94). Il existe cependant certains médecins pour lesquels cette représentation existe.

#### *3.6.3.3. L'indication médicale d'ateliers*

En comparaison avec les médecins prescripteurs d'ateliers, les médecins n'en prescrivant pas sont significativement plus d'accord avec le fait qu'un média particulier est attribué à une pathologie psychiatrique particulière. Comme nous l'avons détaillé précédemment, la

population de non prescripteurs considère plus fréquemment cette pratique comme « floue et abstraite ». Il s'agirait donc d'apporter des éclaircissements à cette population de médecins.

Un discours pauvre chez un patient ne conduit pas nécessairement à une indication aux ateliers selon les médecins interrogés. Les patients ayant une tendance logorrhéique avec un discours « de surface », par exemple, peuvent être une indication de psychothérapies à médiation artistique. L'indication aux ateliers ne se fait pas de manière linéaire en fonction de l'absence ou de l'abondance du discours du patient, d'autres enjeux interviennent. La moyenne des réponses étant de 2,95 sur 5 (±1,18) nous pouvons considérer que les médecins sont assez partagés. Par ailleurs, les répondants identifient plusieurs facteurs influençant la décision d'indication aux ateliers. En effet, pour une grande majorité le seul diagnostic n'est pas suffisant.

L'étude de la question relative aux « risques » liés aux psychothérapies à médiation artistique est fondamentale. En effet, nous entendons très souvent dire que celles-ci, « dans l'éventualité d'une inefficacité, ne peuvent pas faire de mal » au patient. Cette croyance, certes mitigée chez les répondants (3,01 sur 5 (±1,17), reste tout de même bien présente (2,88 ±1,12 chez les médecins prescripteurs).

Les réponses aux questions concernant les représentations du lien entre art et pathologie mentale, des principes fondamentaux et de l'indication médicale sont globalement mitigées (11 réponses sur les 24 avoisinent les réponses 3 sur 5). Ceci peut effectivement être dû à un manque de connaissances dans le domaine. Les représentations erronées mises en évidence peuvent justifier l'apport d'éléments de réflexion et de théorie à la communauté médicale.

## 3.7. Limites de l'étude

### 3.7.1. Taille de l'échantillon et représentativité

Comme nous le disions précédemment, le taux de réponse est difficilement calculable. De manière donc approximative, nous pouvons dire que l'échantillon semble globalement faible. Il pourrait y avoir un biais de sélection et de volontariat puisque les médecins ayant accepté de répondre au questionnaire pourraient avoir des caractéristiques différentes de celles des médecins ayant décidé de ne pas y répondre.

Il est difficile de se prononcer sur la représentativité concernant l'âge (possiblement sous-estimé). En revanche, l'échantillon paraît représentatif concernant le genre (55% de femmes psychiatres dans la région).

### 3.7.2. Limites liées au questionnaire

A la question « dans votre pratique, vous utilisez ces psychothérapies », nous avons exploré la proportion de médecins prescripteurs d'ateliers et d'art thérapeutes. Par ailleurs, les répondants pouvaient choisir la réponse « je ne les utilise pas ». Cette proposition n'a pas été détaillée si bien que nous ne pouvons actuellement pas conclure sur les raisons de la non utilisation de ces psychothérapies par les médecins correspondants. Ainsi, il aurait été intéressant de savoir si cela est dû par exemple à l'absence d'art-thérapeute dans l'institution (pas d'occasion de prescrire les ateliers), une réticence quant à son utilisation, un manque d'information à ce sujet, un désintérêt…

Sur le plan de l'indication médicale, il est demandé aux répondants si « seul le diagnostic est à considérer ». La majorité estime que non. Nous n'avons pas questionné sur les autres critères permettant de poser l'indication.

La question concernant les éventuels potentiels de prévention et de guérison de l'acte de création, semble manquer de précision. En effet, nous n'avons pas exploré s'il s'agit de l'acte de création en tant que pratique personnelle ou bien dans le cadre des psychothérapies à médiation artistique. Pour les médecins, la pratique artistique en soi est-elle soignante ou bien c'est le cadre psychothérapeutique qui leur permet de l'être ?

Le Dr Philippe Mons souligne « l'art est toujours une thérapeutique pour celui qui le pratique ». L'art est-il réellement capable de soigner ? Si la pratique artistique en soi ne guérit pas les maladies psychiques, nous ne pouvons nier ses nombreuses vertus. Ceci pourrait faire l'objet d'un débat de réflexions intéressantes, plus philosophiques, que nous n'aborderons pas dans ce travail.

### 3.7.3. Relativisation des résultats

Nous avons pu constater un amalgame entre « psychothérapie à médiation artistique » et « activité thérapeutique », aussi bien au niveau de la verbalisation en atelier, que de la possible exposition des productions et de l'objectif d'insertion dans le groupe sans oublier les objectifs d'anxiolyse et bien-être immédiat. Dans cette étude, nous supposons alors que les médecins disant être prescripteurs d'ateliers de psychothérapie à médiation artistique sont en réalité pour la plupart prescripteurs d'ateliers thérapeutiques. Cela nous conduit alors à relativiser les résultats car l'analyse comparative prescripteurs/non prescripteurs concerne davantage la prescription d'ateliers thérapeutiques.

Les fondements théoriques des psychothérapies à médiation artistique diffèrent par de multiples aspects des ateliers thérapeutiques et des apparentés de l'art-thérapie (domaine social, éducatif, rééducatif…). Ces derniers n'en sont pas moins des outils de soins mais s'utilisent dans un cadre bien distinct. Cet amalgame étant identifié par cette étude, quel crédit accorder aux

réponses des médecins qui disent prescrire des ateliers de psychothérapie à médiation artistique ? Finalement, l'existence de ces psychothérapies est-elle réellement connue de la sphère médicale ? Les médecins l'envisagent-ils comme une discipline à part entière avec ses propres enjeux psychothérapeutiques ? Comment définissent-ils la fonction d'art-thérapeute ? Toutefois, les médecins prescripteurs d'ateliers interrogés attribuent vraisemblablement un rôle thérapeutique à la pratique artistique, même s'ils ne prescrivent pas d'atelier de psychothérapie à médiation artistique ) proprement parler. Il existe une grande proportion de médecins prescripteurs (67,2%, n=82) dans l'échantillon. Si ces médecins étaient formés, nous pourrions accroître considérablement l'utilisation des psychothérapies à médiation artistique. Nous y voyons un réel potentiel et une ouverture sur de nouvelles perspectives de soins. Il s'agit d'un argument de taille pour promouvoir la pratique des psychothérapies à médiation artistique.

## 3.8. Les perspectives

Bien que l'utilisation des vertus thérapeutiques de la pratique artistique dans le soin psychique soit ancienne et que les psychiatres s'y intéressent depuis plusieurs siècles, nous attestons par cette étude d'un certain manquement au niveau des connaissances actuelles. Les confusions qui ont pu être relevées peuvent être mises en lien avec le peu d'information des médecins au sujet des psychothérapies à médiation artistique, avec le « flou » lié au statut officiel de l'art-thérapeute... Il s'agit de savoir d'où provient ce manque d'information.

### 3.8.1. Statut règlementaire de l'art thérapeute :

Le statut de l'art thérapeute en France subit des remaniements depuis quelques années. Depuis 2011 en France, il existe des certifications reconnues par l'État (ministère de la santé, ministère

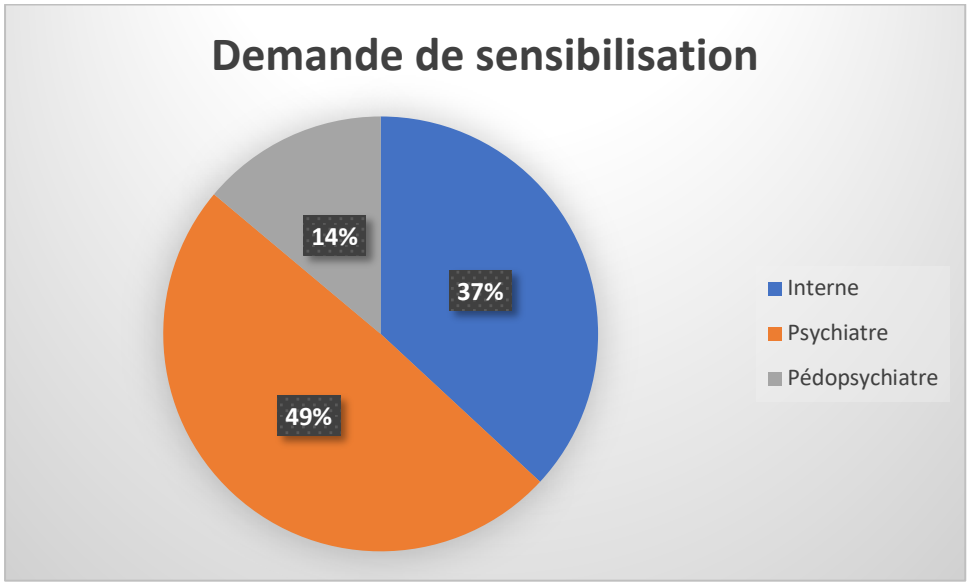
du travail). Selon la Fédération Française des Art-thérapeutes (Ffat), il existe à ce jour quatre formes de reconnaissance de la formation d'art-thérapeute. Il s'agit des formations référencées par la Ffat (Puzzle, INECAT, PROFAC…), les Diplômes Universitaires (l'ancien DU de l'Université Paris Descartes), les masters professionnels d'art-thérapie et, enfin, les certifications professionnelles délivrées par des organismes privés (INECAT, IRFAT, PUZZLE…). Ces dernières peuvent être reconnues par l'État par le biais de la Commission Nationale de la Certification Professionnelle (CNCP) mettant en place le Répertoire National des Certifications professionnelles (RNCP).

Il existe par ailleurs des formations très discutables sur le plan théorique, clinique et pratique, avec parfois même des formations de quelques jours. Ces formations, utilisant également le terme « art-thérapie », contribuent vraisemblablement à la confusion actuelle concernant cette discipline. Comme le souligne le Dr Anne-Marie Dubois, « ceux qui pratiquent l'art-thérapie devraient avoir une triple formation : artistique, psychothérapeutique et art-thérapeutique »(5). Comme la Suisse, l'Allemagne, l'Italie, la Belgique, l'Angleterre, les États-Unis et les Pays-Bas, la France devrait être en mesure d'encadrer l'art-thérapie de manière officielle. En effet, la France ne propose pas prise en charge des séances d'art-thérapie par la Sécurité Sociale ni les Complémentaires Santé (alors que lors d'hospitalisation les patients peuvent y avoir accès, quand l'institution en propose).

### 3.8.2. La demande de formation et de sensibilisation

Nous pouvons nous questionner sur la formation des médecins puisque très peu d'entre eux, 4,1% (n=5 - IC 95% [0,6 – 7,6]), sont formés et aucun d'entre eux n'exerce en tant qu'art thérapeute. Il serait donc envisageable à l'avenir d'étudier les raisons pour lesquelles les internes, psychiatres et pédopsychiatres n'en font que très peu la demande. En effet, 52,5%

expriment de la curiosité à leur égard (n=64 - IC 95% [43,6 – 61,4]) et 82% (n=100 - IC 95% [75,2 – 88,8]) leur attribuent un intérêt dans la pratique. De plus, nous avons pu constater une importante demande, 87,7% (n=107 - IC 95% [81,9 – 93,5]), de la part des médecins interrogés concernant des sessions de sensibilisation aux psychothérapies à médiation artistique.




Cependant, il se pourrait que ces proportions soient surestimées par rapport aux proportions « réelles », dans la communauté médicale psychiatrique globale.

Dans ce sens, il serait souhaitable à l'avenir de questionner les internes, pédopsychiatres et psychiatres sur les éventuels freins concernant cette approche psychothérapeutique. L'art est-il associé à la légèreté, au loisir, à de l'occupationnel ? La pratique artistique dans les lieux de soins hospitaliers renvoie-t-elle à un relâchement du cadre institutionnel ? Une atteinte aux repères fixés par l'institution ? Cette multitude de questionnements mériteraient d'être étudiée par une approche statistique qualitative (technique des Focus Group par exemple) afin d'affiner les résultats de cette recherche quantitative.

Toutefois, les présents résultats montrent un réel intérêt pour cette approche et sont donc encourageants. Afin d'étendre les connaissances sur le sujet, il paraît intéressant de pouvoir proposer à la communauté médicale des communications et des sessions de sensibilisation.

## 3.9. Conclusion

La particularité des psychothérapies à médiation artistique mérite, au vu des résultats obtenus, d'être explicitée auprès des médecins travaillant en psychiatrie.

Celles-ci permettent, par le travail des processus psychiques inconscients, d'aborder les problématiques personnelles sous un angle différent, de proposer au patient une prise en charge centrée sur la stratégie du détour.

La psychiatrie souffre encore à l'heure actuelle des représentations sociétales péjoratives (pratiques coercitives liées à l'historique de la psychiatrie, connotations négatives de la folie dans la société, amalgame pathologie psychiatrique/dangerosité (étude SMPG))(90). Cette approche psychothérapeutique permet alors d'appréhender le soin psychique autrement, sans oublier la complémentarité avec l'approche psychiatrique « classique », chimiothérapeutique.

A titre d'exemple, un épisode dépressif majeur ne pourra être pris en charge en ateliers qu'après traitement antidépresseur efficace.

Les psychothérapies à médiation artistique, encore assez peu connues de la communauté médicale, font l'objet de confusions quant à leurs fondements épistémologiques, théoriques et pratiques.

Nous avons pu mettre en avant une certaine prudence dans les résultats, des représentations erronées et des freins à leur utilisation comme par exemple le défaut de connaissances les concernant. Cependant, les résultats sont en faveur d'une certaine curiosité à leur égard et d'une

demande de sessions de sensibilisation, à laquelle il paraît primordial de répondre. De plus, cela concerne aussi bien les psychiatres, les pédopsychiatres que les internes de psychiatrie.
Une meilleure connaissance des psychothérapies à médiation artistique permettrait d'offrir de nouvelles perspectives de travail psychothérapeutique.

Les organismes officiels de formation pourraient être communiqués aux soignants qui le souhaitent, puisqu'il existe une multitude de formations proposées avec des compétences très disparates entre elles.
Par ailleurs, il pourrait être envisageable d'approfondir l'étude des représentations de ces psychothérapies à médiation artistique par une étude qualitative (méthode des Focus Group par exemple) pour en avoir une idée plus précise.

# CHAPITRE 4 : VIGNETTE CLINIQUE CONCERNANT LE CAS DE MME C

## 4.1. Présentation générale du dispositif

Madame C est suivie en HDJ dans un contexte de symptomatologie dépressive atypique. Elle est adressée en atelier d'art-thérapie en juin 2018 par sa psychiatre référente afin de travailler sur ses problématiques personnelles. Les ateliers sont réalisés en parallèle de son suivi psychothérapeutique verbal, au cours duquel il est prescrit un traitement psychotrope à Mme C. Malgré une relative amélioration clinique au fil des consultations, elle présente un discours plutôt défensif et l'indication médicale d'une prise en charge en art-thérapie est posée.

J'ai alors rencontré Mme C en juillet 2018, lors d'un stage d'art-thérapie dans le cadre de mon Diplôme Inter Universitaire à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Sa prise en charge avait donc débuté quelques semaines auparavant.

Concernant le dispositif, les ateliers ont lieu une fois par semaine durant une heure et demie. Il s'agit d'ateliers de groupe ouverts comportant 5 à 9 patients. Une salle est dédiée aux ateliers. Les patients ont accès à de multiples supports et peuvent donc utiliser aussi bien la peinture que le dessin, le modelage, l'assemblage de tissus de matières variées, du matériel de couture…

## 4.2. Les premières rencontres

Il s'agit d'une patiente de 41 ans diplômée d'une maîtrise de philosophie sur Paris. Elle présente donc un très bon niveau culturel et intellectuel. Elle pratique la musique, la lecture, l'art, le théâtre, le tennis et la natation.

Il n'est pas retrouvé de consommation de drogue. Elle consomme de l'alcool de manière très occasionnelle et est sevrée de ses consommations de tabac depuis plusieurs années.
Mme C est d'origine africaine et issue d'une famille aisée. Elle est arrivée en France à l'âge de 18 ans et sa mère, de qui elle est très proche, vit en Espagne.
Il existe chez Mme C une certaine imprégnation culturelle avec des croyances vaudous.

Lorsque je fais sa connaissance, je retrouve une présentation soignée, apprêtée avec un faciès souriant et plutôt agréable. Ses cheveux sont tirés en arrière, attachés de manière assez stricte. Il existe un respect très soutenu des conventions sociales, un discours clair avec un langage et une élocution plutôt élaborée. Sa relation aux autres est cordiale, courtoise et à la fois distante et détachée. Il y a peu de spontanéité dans les échanges de début de séance. Cela contraste quelque peu avec les dialogues environnants, plutôt chaleureux. On note donc une certaine réticence dans les contacts sociaux liée à de probables angoisses dans l'établissement de liens avec les autres.
Dans la relation à l'atelier même, on assiste à un apprivoisement progressif de l'espace avec une certaine rigidité dans les comportements. Elle compte les patientes et se met toujours à la même place. On remarque alors cette nécessité de contrôle permanent de l'environnement avec des comportements ritualisés témoignant vraisemblablement d'un besoin de créer « sa zone de confort » au sein du groupe.

### 4.3. Au fil des séances

Mme C continue de scruter son environnement, se déplace assez lentement, donne l'impression de ne pas « s'aventurer » au bout de l'atelier, au-delà de sa « zone de sécurité ». Elle reste aux alentours de sa chaise. Mme C tâtonne, essaye, regarde, touche les matériaux, exprime tantôt

du plaisir, tantôt une réticence au contact de certaines matières. L'envie de toucher et d'observer est présente. On retrouve de la curiosité dans ses recherches. Progressivement elle se familiarise avec ce qui l'entoure.

Elle démontre une forte assiduité dans sa présence aux ateliers malgré l'aspect assez superficiel de ce qu'elle s'autorise.

Mme C semble avoir besoin de contenance, de réassurance. Elle demande à plusieurs reprises si sa prescription médicale est bien renouvelée et s'assure de la continuité de son accompagnement en interrogeant les dates de congé par exemple.

Concernant son travail plastique, un temps de latence s'installe avant qu'elle ne puisse se fixer sur une idée de réalisation. Elle choisit une couleur puis se ravise, avec une tendance à demander la validation de l'art thérapeute pour ses choix. A ce moment de la prise en charge, prendre une décision est quasi impossible pour Mme C.

Elle finit par choisir un matériau d'une certaine forme, agréable pour elle au toucher. Il s'agit d'une feutrine de couleur pourpre. Elle souhaite y rapprocher d'autres feutrines et du fil de multiples couleurs. Elle se ravise, puis y revient. Le fait de fixer son attention sur une seule production paraît difficile. Elle commence, continue puis revient au début, choisi un autre support, l'interrompt et retourne au premier. Dans une volonté de broder, elle élabore un modèle de support. Elle passe du temps sur sa broderie, la contemple, observe le reflet des couleurs à la lumière, cherche « l'assemblage parfait ». Elle nous interroge et va même jusqu'à interroger les autres patients. Elle est relativement dispersée et se montre constamment en demande d'étayage.

Appliquée et minutieuse, elle coud de manière très contenue, sans débordement émotionnel possible, sans écart, sans « raté ». Il y a peu de place pour la spontanéité et le lâcher prise. Il existe cette impression de « carapace » autour d'elle, d'une cloison entre ce qu'elle produit et

le contenu émotionnel qui se trouve alors dissimulé. Par ce clivage, elle semble empêcher le processus de menacer son intégrité.

Au fur et à mesure que son travail se précise, qu'un choix se fait, ses angoisses apparaissent et elle les manifeste encore une fois par ce besoin d'étayage et de contenance. Ses angoisses s'amplifient face à la croissance de sa production, cette perte de contrôle paraît insupportable pour elle.

### 4.4. La problématique de l'aboutissement

Il est alors proposé à Mme C de signer sa production. Elle exprime tout d'abord de la surprise, « pour quoi faire ? ». Elle nous dit ne pas comprendre la raison de cette proposition, hors de propos pour elle. Elle rit de manière très défensive en prétextant qu'elle « sera mieux entre les mains de quelqu'un d'autre ». Mme C semble se mettre à distance de sa production, se positionner comme spectatrice, comme pour se décaler de quelque chose de trop douloureux.

Ce qui « sort », qui « s'échappe » d'elle-même reste comme insaisissable. L'investissement personnel semble laborieux, elle reste en surface sans prendre le risque de s'impliquer émotionnellement. Cette distance émotionnelle, cet aménagement défensif, semblent lui permettre une certaine sécurité et un contrôle en repoussant la mise à l'œuvre de ses processus psychiques.

Le discours est intellectualisé avec une distance émotionnelle marquée chez cette patiente ayant un excellent bagage culturel et intellectuel. Lors des séances, l'accès aux affects reste compliqué avec une certaine froideur dans le contact.

Il paraît trop difficile pour elle de garder ses productions, de se les approprier, comme un refus de les métaboliser. La question de l'engagement émotionnel dans quelque chose venant de soi,

du plus profond d'elle-même semble compliquée. Tout est sous contrôle, elle ne s'autorise pas de spontanéité.

Il existe alors une impression de désafférentation émotionnelle d'une pensée rigide et inaccessible.

Il est vraisemblablement trop tôt pour amorcer cette élaboration, cette métaphorisation et l'accès à la symbolisation. L'indication médicale de la prise en charge en art-thérapie se poursuit et Madame C continue de venir de manière assidue aux ateliers.

## 4.5. Entre le fonctionnement et le cheminement psychique de Mme C

Tout d'abord, il faut garder en mémoire que « l'œuvre ne peut pas en dire plus que le patient lui-même »(63).

Tant que la patiente n'a pas élaboré autour de ses problématiques, il s'agit seulement de réflexions, d'hypothèses et de projections personnelles.

Rappelons par ailleurs que le chemin parcouru a plus d'importance que la production en elle-même. Concernant Mme C, nous avons pu observer son processus, ses tâtonnements vers son monde interne insaisissable.

Concernant le cheminement psychique de Mme C, mes propos ne représentent que mon propre questionnement. En tant que soignants, nous sommes extérieurs aux pensées du patient, nous n'avons pas accès à la globalité de son monde interne. Nous représentons des « facilitateurs d'accès » à ce monde d'élaboration qui n'appartient qu'au patient. Nos observations restent donc des suppositions jusqu'à ce que le patient les révèle et leur donne une signification. Celui-ci reste maître de ses mouvements psychiques et l'art-thérapeute, humble, se tient à bonne distance.

Incorporer et reconnaître comme partie de soi cette « chose » semble être une problématique centrale chez Mme C. On peut y voir cette volonté de rétablir une sécurité interne, de protection. La patiente écarte, met à distance, ne reconnaît pas sa production en tant que prolongement de soi. Par clivage, commence une lutte contre la perte de contrôle.

En effet, la structure de personnalité très fragile de Mme C la conduit à un fonctionnement par clivages. Les tentatives d'adaptation par des mécanismes défensifs de type obsessionnel lui permettraient de compenser sa souffrance psychique. Mme C présente une problématique vraisemblablement identitaire et se positionne dans une quête narcissique, avec un accès très limité aux affects et à l'élaboration psychique. Les émotions sont écartées et leur incorporation dans son monde psychique interne est difficile. Elle se situe dans une sorte de cloisonnement psychique ayant pour objectif de la protéger de cette grande fragilité dans laquelle elle se trouve enfermée.

Lors des ateliers, nous avons pu assister à un certain rejet de Mme C concernant sa production dont elle reste spectatrice et nie presque l'existence. On peut avancer l'hypothèse d'un sentiment d'étrangeté angoissante voire même de dépersonnalisation à certains moments de la prise en charge. La problématique de l'aboutissement et donc de la signature de ses productions la laisse dans une sorte marasme dont elle ne peut s'échapper. Ces comportements peuvent alors se relier facilement à sa biographie.

Cette personnalité clivée et projective l'empêche d'accéder à l'Autre comme étant une personne différente d'elle-même avec qui la relation est compromise. L'Autre est comme une surface de projection de sa propre histoire.

Ces mécanismes de clivages paraissent protéger Mme C, qui lutte alors contre l'effondrement dépressif.

## CONCLUSION :

L'art peut-il sauver le monde ?

Vaste question à laquelle il semble compliqué de répondre de manière concise. Toutefois, nous pouvons imaginer un monde dont les recoins seraient libres de tout formatage, libérés de ce que la communauté tente de modeler, de resserrer, de contenir, de limiter. De ceci découle toute la problématique liée à l'existence de la contrainte avec laquelle l'art et la créativité tentent de travailler, de jouer.

L'art ne permet probablement pas de changer le Monde mais plutôt d'ouvrir de nouvelles portes, de nouvelles possibilités d'adaptation et d'appropriation de ce Monde par les individus qui s'en saisissent. L'art permet d'appréhender l'inconnu, d'approcher l'insondable et de se frayer un chemin à travers l'ordre établi, qu'il remet perpétuellement en cause. Il s'immisce dans la vie de chacun et invite au doute et à l'émancipation de l'esprit. De par ce doute, l'individu peut alors exercer toute sa créativité. Celle-ci peut prendre la forme d'une création artistique plastique, musicale, dansée mais aussi d'un projet scientifique, architectural… L'art existe dans tous les domaines de la vie et la manière dont l'individu s'accommode de cette réalité relève d'une capacité créative. Le Dr Philippe Mons nous confie sa conviction selon laquelle « le monde devait être sauvé par élargissement du concept artistique et son infiltration dans tous les rapports humains et dans les rouages sociaux. »(36)

L'art représente un moyen d'expression personnelle mais plus encore, un moyen de revendication de croyances, d'engagement et de communication d'idées, de pensées. Comme a pu l'exprimer Pablo Picasso, « Non la peinture n'est pas faite pour décorer les appartements. C'est un instrument de guerre offensive et défensive contre l'ennemi. »(91)

L'utilisation d'un médium artistique dans le champ du soin à travers les psychothérapies à médiation artistique permet d'introduire du jeu, de l'imaginaire et d'offrir au patient la possibilité de renouer avec sa créativité afin de travailler ses problématiques personnelles. Ces psychothérapies permettent de contrer l'immédiateté et de créer ce que Winnicott appelle « l'aire transitionnelle ». Une psychothérapie a pour objectif le changement psychique. L'émergence du jeu permet au patient d'appréhender la réalité objective.

*« La création artistique est un substitut de la vie réelle »* (Dr Philippe Mons (36))

L'internalisation des traumatismes par le jeu permet la symbolisation, la capacité à développer des représentations pour une élaboration psychique. Cette aire transitionnelle permet un mouvement. Ce travail est au cœur des psychothérapies à médiation artistique et est rendu possible par cette médiation, cette aire de jeu, de transitionnalité.

Par la création d'un espace potentiel ces psychothérapies offrent un accès privilégié aux conflits inconscients auquel seul le patient peut accéder pour trouver les clés d'un changement psychique.

L'art thérapeute l'accompagne dans ce voyage porteur d'espoir, au cœur de la mise en mouvement de ses problématiques, entre sa créativité interne et la réalité objective.

## BIBLIOGRAPHIE :


1. Prinzhorn H. Bildnerei der Geisteskranken: Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. Softcover reprint of the original 3rd ed. Springer-Verlag Berlin and Heidelberg GmbH & Co. K; 2012. 361 p.
2. Dubois A-M. Art et folie, quels liens? 2015.
3. Oury J. Création et schizophrénie. Galilée. 1989. 211 p.
4. Winnicott DW. Jeu et réalité. Gallimard. 1971. 212 p.
5. Dubois A-M. Art-Thérapie : Principes, méthodes et outils pratiques. elsevier masson. 2e édition; 2017. 181 p. (Psychologie).
6. Robert. Le Petit Robert. 1977. 2200 p.
7. Sillamy N. Dictionnaire de psychologie. Larousse. 31/032010. 295 p. (In Extenso).
8. Blum C. Le Nouveau Littré. Edition 2004. Rue des écoles; 2004. 1639 p. (Dictionnaires L).
9. Evers A. Éducation thérapeutique et Art-thérapie, une alliance encore trop peu explorée... Médecine des Maladies Métaboliques. déc 2016;10(8):741-8.
10. Anzieu D. Le corps de l'oeuvre. Gallimard. 1981. 377 p. (Connaissance de l'inconscient).
11. Botella M, Lubart T. Une recherche écologique pour développer la flexibilité et les relations sociales dans la créativité artistique. Revue française de pédagogie. 31 déc 2016;(197):13-22.
12. Laustriat D. Vers un environnement d'apprentissage optimal. :39.
13. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition du terme « imagination » [Internet]. CNTRL. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/imagination
14. Bachelard. L'air et les songes. Le Livre de Poche; Biblio Essais. 350 p.
15. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition du terme « invention » [Internet]. CNTRL. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/INVENTION
16. De Brabandère L. La valeur des idées. Dunod; 328 p. (Stratégie et management).
17. Rogers N, Raisonnier J. Vivifier la « théorie de la créativité » de Carl. Approche Centrée sur la Personne Pratique et recherche. 2007;5(1):87.
18. Feist GJ. A meta- analysis of personality in scientific and artistic creativity. Personality and Social Psychology Review. 1998;(2(4)):290-309.
19. Barron F, Harrington DM. Creativity, intelligence, and personality. Annual Review of Psychology.

1981;(32):439-76.

20. Levy B, Langer E. Aging. New York Academic Press. 1999;Encyclopaedia of creativity, 1.:45-52.

21. Lubart T, Mouchiroud C, Tordjman S, Zenasni F. Psychologie de la créativité. 2015;

22. Green A. La déliaison. Belles Lettres; 1992. 388 p. (Confluents psychanalytiques).

23. Brun A. Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique. Psychologie clinique et projective. 2005;11(1):323.

24. Chemama-Steiner B. Expression artistique et médiation thérapeutique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. févr 2003;161(1):87-92.

25. Aristote. L'Homme de génie et la mélancolie. 5e éd. Rivages; 1991. 132 p. (Rivages Poche).

26. Aristote. Le problème XXX. Allia; 2004. 45 p.

27. Lorant A. Balzac et la mélancolie: Études philosophiques. L'Année balzacienne. 2006;7(1):193.

28. Vasari G. La vie des meilleurs peintres, sculpteurs et architectes. Actes Sud; 2005. 3952 p. (Thésaurus).

29. Erasme. Eloge de la folie. Robert Laffont; 1992. 1520 p. (Bouquins).

30. Chartier D. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. 1993. (Références Sciences Humaines).

31. La folie en tête : aux racines de l'art brut. Editions Paris Musées. Trevi; 2017. 192 p. (Flammarion).

32. Lucienne P. L'art brut. Lausanne: Flammarion; 2010. 399 p.

33. Tardieu A. Etude médico-légale sur la folie. Ulan Press; 2012. 644 p.

34. Dr Simon PM. L'Imagination dans la folie, étude sur les dessins, plans, descriptions et costumes des aliénés. Impr. de E. Donnaud; 1876. 35 p.

35. Reja M. L'art chez les fous : le dessin, la prose, la poésie. L'Harmattan; 2000. 240 p. (Psychanalyse et Civilisations).

36. Mons P. L'inachèvement : Evolution des discours relatifs aux productions artistiques des malades mentaux, étude de cinq cas cliniques. Lille; 1990.

37. Mabin D, Mabin R. Art, folie et surréalisme à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban. :12.

38. Morgenthaler W. Madness and Art: The Life and Works of Adolf Wolfli. University of Nebraska Press; 1992. 156 p. (Texts and Contexts).

39. von Bueltzingsloewen I. L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. Editions Aubier; 2007. 512 p. (Collection historique).

40. Odinot R (Dr) A du texte. Étude médico-psychologique sur Alfred de Musset / Dr Raoul Odinot. :221.

41. Gros F. Création et Folie: Une histoire du jugement psychiatrique. Broché. Presses Universitaires de France - PUF; 1998. (Perspectives critiques).

42. Landa E. L'art « dégénéré » et le projet culturel nazi : finitude et quête de l'éternité. Le Coq-héron. 2004;177(2):161.

43. Montchanin C, Dubois A-M. Art-thérapie et enfance: Contextes, principes et dispositifs. Elsevier Masson; 2015. 144 p. (Psychologie).

44. Dubuffet J. Asphyxiante culture. Editions de Minuit; 1986. 123 p. (Minuit).

45. Breton A. Manifeste du surréalisme. Gaillimard; 2014. 173 p. (Folio Essaus).

46. Breton A, Soupault P. Les champs magnétiques. Broché. Gaillimard; 1971. 182 p. (Poésie).

47. Cape A. De l'aliénisme à la littérature d'avant-garde ou les ambiguïtés d'une consécration : petite histoire des écrits de fous. Romantisme. 2008;141(3):65.

48. Mitricova-Middelbos B. Schizphrénie et création artistique. L'Harmattan. Paris; 2013. 146 p.

49. Josselin F. La vie secrète de Salvador Dali. L'Évolution Psychiatrique. janv 2005;70(1):188-91.

50. Descharnes R, Néret G. Dalí : l'oeuvre peint. Taschen; 2015. 779 p. (Bibliotheca Universalis).

51. Garrabé J. Clérambault, Dali, Lacan et l'interprétation paranoïaque. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. avr 2005;163(3-4):360-3.

52. Bilheran A. Psychopathologie de la paranoïa. Broché. Armand Colin; 2016. 216 p. (Regards Psy).

53. Dubois A-M. De l'art des fous à l'oeuvre d'art 1. Edite. Paris; 2007. 303 p. (CMME Sainte Anne; vol. 1).

54. Dalí S. Le mythe tragique de l'Angélus de Millet. Allia. 2011.

55. Kierkegaard S. Crainte et tremblement. 3ème édition. Editions Aubier; 1992. 217 p. (Bibliothèque philosophique).

56. Baudelaire C. Lettre à Armand Fraisse. 1860.

57. Perec G. La disparition. Denoël; 1988. 320 p. (Romans Français).

58. Oulipo. La littérature potentielle. Gaillimard; 1988. 308 p. (Folio Essais).

59. Goldsztaub L. Créativité : une liberté sous contrainte ? Imaginaire & Inconscient. 2016;37(1):93.

60. Kant E. La fin de toute chose. Actes Sud; 1996. 80 p. (Les Philosophiques).

61. Kaes R, Missenard, Kaspi, Bleger J, Anzieu D, Guillaumin, et al. Crise, rupture et dépassement. Dunod.

62. Marcelli D. La surprise : Chatouille de l'âme. Albin Michel; 2006. 291 p. (Essais Doc).

63. Colignon M. De l'art thérapie à la médiation artistique, quels professionnels pour quelles pratiques? Eres. Toulouse; 2015. 201 p. (Trames).

64. Chouvier B, Green A, Kristeva J, Gelas B, Guillaumin J, Hochmann J, et al. Symbolisation et processus de création. Dunod; 1998. 216 p.

65. Winnicott DW. La capacité d'être seul. 2012. 108 p. (Petite bibliothèque Payot).

66. Freud S. Totem et tabou.

67. Rabeyron T. Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation : de l'expérience sensible à la modélisation. L'Évolution Psychiatrique. avr 2017;82(2):351-64.

68. Brun A. Les médiations thérapeutiques. eres. Toulouse; 2011. 160 p. (le carnet psy).

69. Chouvier B, Brun A, Gimenez G, Jeammet P, Kaes R, Roussillon R, et al. Les processus psychiques de la médiation. Dunod; 2012. 286 p.

70. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Puf; 2002. 523 p. (Quadrige).

71. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Gaillimard; 1987. 224 p. (Connaissance de l'inconscient).

72. Winnicott DW. La mère suffisamment bonne. Payot; 2008. 122 p. (Petite bibliothèque Payot).

73. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition du terme « ergothérapie » [Internet]. CNTRL. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/ergothérapie

74. Jensen W. La Gradiva. Relatives. 2015. 113 p. (Renaissances).

75. Freud S. Le délire et le rêve dans la Gradiva de Jensen. Gaillimard. 1991. 269 p. (Folio Essais).

76. Freud S. Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Points; 176 p. (Points Essais).

77. Freud S. Au-delà du principe de plaisir. Payot; 2010. 160 p. (PR.PA.PF.Psycha).

78. Delion P, Coupechoux P. Mon combat pour une psychiatrie humaine. Albin Michel. France; 2016. 272 p.

79. Maldiney H. Ouvrir le rien, L'art Nu. Edition Les Belles Lettres; 2010. 483 p. (Encre Marine).

80. Kuhni M. La Gestaltung de Hans Prinzhorn. 2011.

81. Jacob Alby V, Vedie C. L'enjeu clinique de l'art-thérapie dans son approche de l'intime. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. juill 2015;173(6):536-40.

82. Sibony D. L'Entre-deux. L'origine en partage. Points; 2003. 416 p. (Points Essais).

83. Médiation thérapeutique, médiation symbolisante. 2007. (Art et thérapie).

84. Duchamp M. Le processus créatif. L'Echoppe; 1987. (Envois).

85. Anzieu D, Freud S, Abraham, Bonaparte, Klein J-P, Segal, et al. La sublimation. 1979. 318 p. (Les sentiers de la création).

86. Brun A, Chouvier B, Roussillon R. Manuel des médiations thérapeutiques. Dunod; 2013.

87. Dervaux A. La dépression dans la vie et l'œuvre de Goya (1746-1828). 2007;83:8.

88. Joseph NE, Derivois D. Clinique de la créativité chez les enfants des rues en Haïti. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. sept 2016;64(5):324-30.

89. Dostoevski F. L'idiot. Le Livre de Poche; 1994. 934 p. (Classiques).

90. Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. L'Encéphale. janv 2010;36(3):1-6.

91. Leymarie J. Picasso : Métamorphoses et unité. Skira (Genève); 1971.

Annexe 1 :

Questionnaire distribué (Google Form)

Pour mieux vous connaître :

Données sociodémographiques :

Age

Genre

Données professionnelles

Statut professionnel

Semestre d'internat / Date obtention de la thèse

Structure d'exercice

Êtes-vous formé aux psychothérapies à médiation artistique ? OUI / NON

Si oui, lieu formation et date formation

Avez-vous bénéficié d'intervention(s) théorique(s) sur les psychothérapies à médiation artistique ? OUI / NON

Dans votre pratique, vous utilisez ces psychothérapies : En tant que médecin prescripteur d'ateliers/En tant qu'art-thérapeute /Je ne les utilise pas// Autre

Quel est votre courant théorique de référence dans votre pratique psychiatrique ? Texte libre

Données personnelles

Vous sentez-vous concerné(e) par la culture artistique ? OUI / NON

Avez-vous une pratique artistique personnelle ? OUI / NON

Si oui laquelle ? (Arts plastique, musique, modelage, théâtre, danse, écriture théâtrale, autre)

A quel niveau ? Débutant/Confirmé/Expert/Professionnel

La question du lien entre l'art et la pathologie mentale

Représentations personnelles

A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes (1= Pas du tout d'accord et 4=

Tout à fait d'accord) :

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| La pathologie mentale favorise la créativité | | | | | |
| La pathologie mentale favorise l'émergence d'un talent particulier | | | | | |
| Les œuvres d'art sont induites par la pathologie mentale | | | | | |
| Les épisodes de décompensation psychiatrique potentialisent les capacités créatives | | | | | |
| L'acte de création peut prévenir les troubles psychiatriques | | | | | |
| L'acte de création peut guérir les troubles psychiatriques | | | | | |

La pratique des psychothérapies à médiation artistique

Intérêt personnel

Pour vous, les psychothérapies à médiation artistiques représentent une pratique :

Floue et abstraite

Suscitant chez vous de la curiosité

Suscitant chez vous de l'indifférence

Suscitant chez vous de la réticence

Ayant un intérêt dans la pratique clinique

Les principes fondamentaux

A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes (1= Pas du tout d'accord et 5=

Tout à fait d'accord) :

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| L'enseignement de la discipline artistique au patient est un des axes de travail | | | | | |
| Pour déceler la pathologie mentale, l'art-thérapeute interprète les productions des patients | | | | | |
| La médiation artistique est un outil d'élaboration psychique | | | | | |
| Un des objectifs est l'anxiolyse immédiate | | | | | |
| Un des objectifs est l'accès au bien-être immédiat | | | | | |
| Le patient est invité à verbaliser ses émotions au cours des ateliers | | | | | |
| Les productions réalisées en atelier d'art-thérapie sont volontiers exposées au grand public | | | | | |
| Les psychothérapies à médiation artistique sont aussi appelées « activités thérapeutiques » | | | | | |
| Ces psychothérapies sont centrées sur les apprentissages, les capacités cognitives et physiques | | | | | |
| Ces psychothérapies permettent au patient de s'ouvrir aux autres en favorisant l'insertion dans le groupe | | | | | |
| Les psychotropes, même prescrits à posologie minimale efficace, inhibent la créativité | | | | | |

L’indication médicale :

A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes (1= Pas du tout d'accord et 4= Tout à fait d'accord) :

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Le choix de la médiation se fait selon la maîtrise du patient dans ce domaine (ex: médiation musique pour un patient musicien) | | | | | |
| L'indication aux ateliers se pose d'autant plus que le discours du patient est pauvre | | | | | |
| Les psychothérapies à médiation artistique sont sans risque pour le patient | | | | | |
| Pour chaque pathologie psychiatrique il existe un média particulier | | | | | |
| Le fonctionnement limite constitue rarement une indication | | | | | |
| La médiation écriture permet au patient de se défouler en exprimant ses émotions immédiates | | | | | |
| Seul compte le diagnostic psychiatrique pour poser l'indication de ces psychothérapies | | | | | |

Seriez-vous intéressé(e) par d'éventuelles sessions de sensibilisation aux psychothérapies à médiation artistique ?

OUI / NON / AUTRE

**AUTEUR : Nom : Nokin** **Prénom : Alexia**

**Date de Soutenance : 05/07/2019**

**Titre de la Thèse :** Pratique artistique et pathologie mentale : d'une relation fusionnelle à travers le temps jusqu'aux psychothérapies à médiation artistique

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : (Psychiatrie)**

**DES + spécialité : (Psychiatrie)**

**Mots-clés : art-thérapie, psychothérapies à médiation artistique, psychiatrie, pédopsychiatrie, pathologie mentale, art, soins, représentations.**

**Introduction :** On note un engouement récent pour l'utilisation de la médiation artistique dans le champ du soin. Les médecins tiennent un rôle majeur car ils posent très souvent l'indication des ateliers de psychothérapies à médiation artistique.
**Méthode :** Nous avons mené une étude chez les internes de psychiatrie, psychiatres et pédopsychiatres de la région des Hauts de France pour décrire leurs représentations concernant le lien entre l'art et la pathologie mentale et les psychothérapies à médiation artistique. Nous avons également interrogé leur demande de sensibilisation à celles-ci.
**Résultats :** Ont été inclus 487 psychiatres, 164 pédopsychiatres, 150 internes de psychiatrie et les médecins libéraux/cliniques privées. Il y a eu 122 réponses. Il est possible que la proportion de médecins sensibles à la culture artistique soit surestimée et donc peu représentative de la population globale. On retrouve très peu de médecins formés 4,1% (n=5- IC 95%[0,6 – 7,6]). L'adhésion au mythe du lien art/maladie est relativement nuancée, le plus représenté étant le pouvoir préventif de l'art. A propos des représentations des psychothérapies à médiation artistique, l'immédiateté du bien-être et de l'anxiolyse en font partie malgré des réponses nuancées. L'invitation à la verbalisation (moyenne de 3,94 sur 5 ±0,99), le caractère « sans risque » (moyenne de 3,01 sur 5 ±1,17), et l'insertion dans le groupe (moyenne de 3,86 sur 5 ±0,88) sont les croyances les plus notées. 52,5% (n=64- IC 95%[43,6 – 61,4]) expriment de la curiosité à l'égard de cette pratique, 82% (n=100-IC 95%[75,2 – 88,8]) leur attribuent un intérêt dans la pratique et 87,7% (n=107-IC 95%[81,9 – 93,5]) sont en faveur d'une sensibilisation. Les médecins non prescripteurs d'ateliers sont significativement plus curieux que les médecins prescripteurs (70% vs 43,9% (p=0,012)).
**Conclusion :** Les représentations médicales concernant le lien entre art et pathologie mentale, les principes fondamentaux et l'indication médicale sont globalement mitigées mais laissent tout de même entrevoir des croyances erronées. Les résultats quant à l'intérêt pour cette pratique sont globalement positifs et en faveur d'une demande de sensibilisation, à laquelle il paraît important de répondre. Une meilleure connaissance permettrait de nouvelles perspectives de travail psychothérapeutique. Par ailleurs, il serait souhaitable d'approfondir les résultats par une étude qualitative pour en avoir une idée plus précise.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur THOMAS Pierre**

**Assesseurs :** Professeur COTTENCIN Olivier, Professeur JARDRI Renaud, Dr. DUBOIS Anne-Marie, Dr. LAURENT Aurélien