

4 varia

Lise Demailly, 2020, *Les mondes du travail* n°24-25, p 191-207, nov.

Le travail relationnel à composante artistique dans les services psychiatriques

Lise Demailly *

***Résumé :** La présence de l'art dans les mondes de la psychiatrie est ancienne, comme le montrent au XXe siècle son usage politique à des fins de déstigmatisation de la folie et son usage thérapeutique. L'article étudie le travail relationnel à composante artistique dans les services publics de psychiatrie, en privilégiant l'entrée par les pratiques et donc par l'observation in situ. Cinq types de pratiques sont identifiées, qui renvoient à certaines configurations organisationnelles ou philosophiques : la pratique libre laissée à l'initiative des patients, les ateliers occupationnels animés par un artiste, les psychothérapies à médiation artistique souvent animées par des art thérapeutes, les ateliers thérapeutiques animés par des soignants. Plusieurs enjeux entremêlés concourent à cette diversité : ceux qui concernent la politique publique de santé mentale, ceux qui concernent le rôle politique de l'art et les stratégies du groupe professionnel des art thérapeutes.*

***Mots clés :** travail relationnel, soin, intervention psychique, art, psychothérapie, art thérapie, art thérapeutes, psychiatrie*

Le travail de soin psychiatrique a beaucoup évolué ces dernières années, avec notamment la multiplication des types d'interventions psychiques. Parmi celles-ci, le travail relationnel à composante artistique a retenu notre attention, car il convoque les débats autour de « l'art des fous ». On connaît le phénomène des collections d'œuvres picturales de patients réunies par quelques médecins-chefs d'hôpitaux psychiatriques ainsi que la conversion symbolique de ces œuvres en « Art Brut », opérée par l'artiste Jean Dubuffet.

On connaît aussi le développement après-guerre de l'art-thérapie, dis-

* Professeure émérite de sociologie

Université de Lille,
CLERSE UMR CNRS
8019

lise.demailly@univ-lille.fr

La littérature sur cette question de l'usage de l'art dans le soin psychiatrique est abondante et quasi exclusivement professionnelle, rédigée par des psychiatres ou des psychologues (par exemple Klein 1997; Forestier 2000; Sens 2007 ;Van der Werf 2018). Elle reste peu construite en sociologie, à l'exception des travaux sur le groupe professionnel des art-thérapeutes (Vandeninden, 2014). Mais nous n'avons pas souhaité privilégier cette entrée-là, car l'activité artistique dans les services psychiatriques est rarement animée par des art-thérapeutes diplômés et le mot « art thérapie » peut même être refusé. Nous préférons donc entrer empiriquement dans la question en retenant les pratiques de travail qui engagent un usage de l'art.

Cette recherche portant sur le travail, l'observation in situ longue dans les services a été privilégiée. Nous chercherons en conclusion à dégager les enjeux symboliques, politiques, professionnels, des pratiques observées.

I. Le contexte

I.1 Brève histoire des usages non thérapeutiques de l'art dans les services de psychiatrie

C'est au XIX^e siècle que les productions artistiques des aliénés¹ commencent à être observées médicalement, au même titre que leurs autres comportements. Ils ont tenté d'étudier et de classer ces productions d'un point de vue symptomatique et diagnostique. À la fin du XIX^e siècle, leurs qualités artistiques sont reconnues et certains médecins aliénistes commencent à constituer des collections d'œuvres plastiques réalisées par leurs malades.

Une première exposition a lieu à Londres en 1900 et en 1905 à Paris. Marcel Réja (1907) analyse les aspects symptomatiques des œuvres, mais en même temps leur reconnaît clairement une valeur esthétique. Les surréalistes s'intéressent à l'art et à la parole des fous. Max Ernst, qui avait suivi des études de psychopathologie et connaissait la clinique d'Heidelberg et sa collection de 5000 œuvres, et Eluard à qui Lucien Bonnaffé, directeur de l'hôpital de Saint Alban, offre l'hospitalité pendant la guerre pour échapper à la Gestapo, ont joué le rôle de passeurs (Mabin et Mabin, 2015). Le peintre Jean Dubuffet, lui-même collectionneur, crée à propos de ces œuvres le terme « d'art brut ». C'est en 1976 que la ville de Lausanne lui propose la création d'un musée d'Art brut pour accueillir sa collection, consacrant ainsi symboliquement ces artistes et cette forme d'art caractérisés par l'absence de formation académique.

On voit le lien entre deux faits historiques, l'un concerne les changements de représentations de la production artistiques des malades, l'autre, la possibilité même de cette production. Les œuvres des aliénés sont devenues une production à la fois symptomatique et intéressante à observer médicalement et ayant une valeur artistique, méritant d'être collectionnées et exposées. Cette production est rendue possible à l'institution asilaire, mise

I. Nous emploierons dans ce texte les mots « aliénés », « malades », « patients », « usagers », « résidants », « clients », conformément aux différents usages indigènes dans les mondes de la psychiatrie concernés.

en forme dans la loi de 1838, et aux longues périodes d'internement qui favorisent le fait que les malades peignent.

Il y a une ambiguïté dans les représentations sociales liées à la mise en exposition publique de « l'art des fous ». Son sens est-il, dans la logique de Pinel qui désentrava les aliénés, un effort de déstigmatisation de la maladie, l'affirmation publique que la folie n'est pas un obstacle à une création artistique, que les fous sont, en partie, des gens comme les autres ? Ou son sens est-il, dans une optique romantique, que la maladie est créatrice d'artistes ? En tout cas, ce qui est clairement mis en avant par les surréalistes et Dubuffet, c'est la dimension potentiellement politique de l'« art des fous », mais, à ce moment-là, l'idée que l'art soigne n'a pas encore émergé explicitement.

1.2. Brève histoire des usages thérapeutiques de l'art

Les bienfaits d'une activité artistique ou d'une consommation artistique (écouter de la musique par exemple) quant à l'humeur et au bien-être pour les gens « normaux » sont connus et nommés dans les œuvres littéraires, philosophiques et le langage commun depuis fort longtemps : l'art apaise, est cathartique, donne de la joie. Mais c'est seulement vers les années 1950 que, dans différents pays, notamment l'Angleterre, il est envisagé comme pouvant être utile, soignant, pour les malades mentaux et les handicapés.

En France, avec le courant de la psychothérapie institutionnelle (Oury et Guattari) qui s'est inventé à l'hôpital de Saint-Alban et la clinique de Laborde, se développent partout dans les services des ateliers à la fois occupationnels et thérapeutiques, dans lesquels un infirmier, artiste amateur, organise l'activité et la circulation de la parole. Sous l'influence de la psychanalyse, des formes un peu plus théorisées « l'art thérapie » apparaissent, avec des consignes sur les associations d'idées par exemple, ou avec l'objectif de renforcer les éléments sains de la personnalité. Les pratiques d'art thérapie de diverses obédiences en viennent à se multiplier ensuite pour les patients hospitalisés en même temps que se constitue le groupe professionnel des art-thérapeutes, qui formalise ses formations et ses diplômes.

Avec le développement récent de l'activité ambulatoire en psychiatrie, l'art-thérapie atteint les hôpitaux de jour et les centres d'accueil à temps partiel (CATTP). Les productions des ateliers art-thérapeutiques sont en principe des outils de soin, confidentiels, et n'ont pas vocation à être montrées comme des œuvres d'art.

De cette phase, demeurent également une ambiguïté et une question à laquelle la discipline psychiatrie a toujours aujourd'hui du mal à répondre : qu'est-ce qui soigne ? Est-ce l'art ? La création ? Est-ce le groupe d'activité ? Est-ce le soignant ? Nous allons voir, avec l'enquête de terrain, que les usages de l'art sont fort complexes, tant au niveau du travail, des qualifications des professionnels qui l'assurent que des justifications et des théories sous-jacentes.

Le projet de cette recherche est donc de décrire le travail utilisant l'art au sein des services psychiatriques, en en proposant une présentation qui en simplifie la diversité. Il s'agira conjointement d'analyser les représentations inhérentes à ces pratiques et de les mettre en relation avec d'autres faits

2. Méthodologie et terrains

Sur la base de notre connaissance antérieure des pratiques de soins en psychiatrie (Demailly, 2011), nous avons choisi un certain nombre de sites, de manière à représenter le plus possible la diversité de la psychiatrie française.

Nous avons choisi trois pôles à activités sectorielles (les services et la patientèle sont liés à un territoire) relevant des trois principales philosophies du soin actuelles en France :

- Psychothérapie institutionnelle, (site A²),
- Psychiatrie sociale et communautaire (site B³),
- Psychiatrie biomédicale (site C⁴).

Sur chaque site, il peut y avoir plusieurs lieux d'observation. Nous avons choisi d'autre part deux unités intersectorielles, où le service offert est défini par le type de pathologie ou par le type de soin :

- Une unité ambulatoire d'art-thérapie⁵ (site D)
- Une unité d'hospitalisation à destination d'un public non verbal et non autonome (en situation sociale très précaire) : site E.

Les observations ont été réalisées entre 2017 et 2019, dans les Hauts-de-France et la Région parisienne. Nous avons privilégié les arts plastiques. Nous avons systématiquement inclu dans l'enquête l'observation directe des pratiques, ce qui a été possible sauf au site D, mais nous disposons d'une autre observation de travail art-thérapeutique. Nous avons écouté en entretien les porteurs des activités, aux professions diverses : infirmier, aide-soignant, artiste, éducateur spécialisé, animateur socioculturel, psychothérapeute, art-thérapeute, psychologue, ainsi qu'une cadre de santé et un chef de pôle.

Nous avons choisi de laisser une large place aux comptes rendus d'observation in situ pour permettre au lecteur d'appréhender la diversité et la richesse du travail des soignants. Les manuels et les documents prescriptifs rendant peu compte des réalités de terrain, surtout si celles-ci ne sont pas prestigieuses. Il nous a semblé pertinent et nécessaire de laisser toute sa place à une description empirique détaillée, avant de proposer une analyse d'ensemble.

3. Cinq types de pratiques

L'analyse de nos données de terrain a abouti à identifier et à décrire cinq types de pratiques mettant en jeu les arts.

3.1 Des « pratiques libres » (site B, site C)

Dans «La pratique libre», la régie de l'hôpital (ou une association partenaire) assure une mise à disposition de matériel d'arts plastiques. Les patients viennent s'ils le veulent dans l'espace dédié. Un soignant assure une surveillance, parfois une aide matérielle, des encouragements. L'activité est consi-

2. Patientèle majoritairement de haut niveau économique et scolaire. Dominante de patients psychotiques. Sur la psychothérapie institutionnelle, on peut lire Jean Oury (2008), et, sur ses développements actuels, la thèse d'Héloïse Halliday (2019).

3. Patientèle de classes moyennes et populaires, taux élevé de chômage. Dominante de trouble anxieux dépressif. Sur la psychiatrie sociale et communautaire, dite aussi « citoyenne », on peut lire Roelandt 2004.

4. Patientèle classes moyennes. Surtout : troubles de la personnalité et psychoses.

5. Patients des classes moyennes souffrant le plus souvent de troubles alimentaires.

dérée comme «calmante» et nécessite peu de personnels et peu d'intervention relationnelle.

3.1.1 Site C, Unité Intra⁶, fermée

C'est l'après-midi. Une grande salle avec plusieurs tables. Une dizaine de patients. Deux sont devant la télévision. Quelques-uns, dehors dans le jardin au soleil, fument en échangeant quelques mots entre eux ou avec trois infirmiers (qui sont seuls titulaires des briquets).

Une dame est à une table et a sorti du placard voisin stylos-feutres, cahiers de coloriage (mandalas) et papier blanc. Un monsieur (très agité auparavant) la rejoint et se met à dessiner. Trois quarts d'heure plus tard, il est toujours concentré sur sa production malgré les allées et venues et la mise en route d'une partie de cartes. Un infirmier jette périodiquement un coup d'œil aux deux personnes et à leurs travaux, dit un petit mot d'encouragement, repart surveiller les fumeurs.

Interview d'un patient.

Il est bipolaire et a connu plusieurs hospitalisations.» Vous allez voir, on s'ennuie beaucoup ici. Le matin on se lève, on fait la toilette, on petit déjeune, on refait de la toilette, puis on vient fumer. Après, c'est le midi. Après on peut espérer voir cinq minutes un médecin. Et puis on s'ennuie comme des rats morts jusqu'au soir»

Interview de la cadre de santé, extrait

Sociologue : « Vous n'organisez pas d'activités ? »

Soignante : « Si, il y a le dessin, et puis les jeux de cartes, vous avez dû voir, mais c'est vrai qu'on n'organise pas grand-chose. Ce n'est pas le Club Med ici ! C'est un lieu de soin de la crise. »

« Ce n'est pas le club Med ici ! » renvoie à une représentation biomédicale du soin où c'est essentiellement le médicament qui soigne. L'art n'a aucune valeur thérapeutique particulière.

3.1.2. Site B, Unité intra-hospitalière

C'est une animatrice socioculturelle qui est responsable de l'atelier peinture. Au sein de la grande salle commune, un coin atelier est délimité par des placards, qui contiennent beaucoup de matériel. Les patients viennent à l'atelier quand ils le veulent, et pour le temps qu'ils le veulent, de manière individuelle.

Elle me montre des tableaux en cours travaillés par des usagers et m'emmène visiter la réserve. Dans celle-ci sont conservées un certain nombre de toiles, d'œuvres faites par des usagers, une collection dont elle est fière. Elle m'explique que la collection est ancienne et ne grossit plus, car, « avec le raccourcissement des durées d'hospitalisation, les usagers n'ont plus le temps de vraiment achever une œuvre picturale ».

Dans le cas 2, l'investissement organisationnel est plus élevé que dans le cas 1 : un espace particulier, un personnel spécifique rémunéré, un espace d'archives. Le goût de la collection montre un fonctionnement qui pourrait évoquer l'usage de l'art dans les anciens asiles, mais avec la réserve que la philosophie du site résolument anti-asilaire la rend impossible. Dans les deux exemples, de deux philosophies du soin différentes, remarquons que

6. L'intra-hospitalier ou l'intra s'oppose à l'«ambulatoire», ce sont les deux composantes de base d'un service psychiatrique.

la pratique individuelle libre est liée à un contexte de monde intra-hospitalier. Celui-ci donne aux soignés de grands moments de temps vide et implique, pour l'hôpital, d'aménager pour eux la possibilité de quelques occupations. Dans ce type de pratique, « dessiner » est un loisir qui occupe le temps, mis au même plan que jouer aux cartes ou regarder la télévision. L'intervention soignante et organisationnelle autour de cette pratique est donc minimale, « dès lors que ça se passe bien ».

3.2 Des ateliers occupationnels

L'atelier occupationnel est un atelier hebdomadaire ou bihebdomadaire, collectif. Il n'est en général pas assuré par un personnel soignant, mais par un artiste (vacataire).

Site B, CATTP, atelier dessin peinture

Il s'agit ici d'un atelier hebdomadaire en ambulatoire. Les usagers sont par ailleurs suivis en CMP (centre médico-psychologique). Ils viennent sur prescription médicale pour un nombre de séances donné. Certains viennent seuls à l'atelier. Pour d'autres, un infirmier est allé les chercher à domicile. Il y a une petite dizaine de participants.

La salle est vaste, claire, bien aménagée. Il y a de nombreux produits en libre-service dans les placards ouverts ainsi que de la documentation (revue *Connaissance des arts*, livres d'arts). L'animatrice de l'atelier est une artiste plasticienne. Il y a aussi une éducatrice spécialisée « pour le cas où il y aurait un problème », qui, dans la séance à laquelle j'assiste, ne fait que peindre, comme moi.

Les usagers présents travaillent sur modèle ou sur idée propre. Des conseils techniques sont régulièrement donnés par l'artiste sur le manière de travailler une couleur, d'organiser l'espace de travail ou une palette, sur la dynamique de leur tableau, etc.

Un monsieur s'en va brusquement et quitte l'atelier. Certains enchaînent les peintures très rapidement. D'autres au contraire travaillent depuis plusieurs séances sur leur œuvre. Très peu de paroles sont échangées entre usagers.

Discussion avec l'artiste

« *L'atelier est occupationnel, surtout pas thérapeutique.* » Elle n'est pas en position soignante, mais de formatrice en art plastique. Elle-même est « une artiste plasticienne, qui vit de son art et de la formation, surtout pas art-thérapeute ». Les usagers viennent en général une dizaine de séances sur prescription médicale. Certains produisent des œuvres de qualité, notamment s'ils avaient déjà une formation artistique.

Cela correspond à la position du chef de pôle : la pratique artistique est un facteur de « rétablissement »⁷, mais il « ne souhaite pas d'art-thérapie, dont l'efficacité est douteuse ». Probablement aussi ne tient-il pas à légitimer une nouvelle qualification professionnelle paramédicale, qui pourrait diminuer la souplesse dans l'organisation du personnel du pôle. Le CATTP a vu son nombre d'ateliers diminuer et continuera à le faire. Conformément aux représentations de la psychiatrie citoyenne, il est préférable, plutôt que de proposer des ateliers hebdomadaires intra-muros, d'emmener les usagers dans des activités artistiques ou sportives en ville, qui « ne risquent

7. Sur la notion de rétablissement (*recovery*) voir Demailly (2017)

pas de fidéliser les usagers au service psychiatrique »

Le type de pratique « atelier occupationnel » caractérise de nombreux CATTP en France, sauf, comme on le verra ci-dessous, les pôles fidèles à la « psychothérapie institutionnelle » (PI). Il est bien adapté à une patientèle de troubles anxieux dépressifs qui constituent une grosse partie de la patientèle, suivie en ambulatoire, des secteurs psychiatriques urbains.

3.3 Des « psychothérapies à médiation artistique » ou « art-thérapies »

Dans ce troisième type, l'activité artistique est clairement psychothérapeutique. Elle est menée par des arts-thérapeutes qui se déclarent également psychothérapeutes, ont souvent un diplôme de psychologie, un master d'art thérapie et une formation artistique poussée. L'art-thérapie peut être individuelle ou collective.

Le site D

L'unité visitée est de tradition psychanalytique, bien que la responsable actuelle de l'unité ne s'y réfère pas.

Entretien avec la responsable de l'unité

Psychologue, professeure d'université, elle travaille à mi-temps à la coordination de l'unité. La directrice précédente travaillait à plein temps, mais l'hôpital a tenu à récupérer un mi-temps au moment de son départ à la retraite. Elle est psychothérapeute depuis 1988. Elle s'intéresse à la médiation artistique et aussi à la médiation numérique. Elle est de formation « cognitivo-comportementaliste troisième vague ».

L'accès aux « psychothérapies à médiation artistique » demande une prescription médicale, une lettre de motivation, un premier entretien d'évaluation où l'on garde à peu près 40 % des demandes. Il faut aussi qu'il y ait un suivi à l'extérieur dans le secteur ou dans un autre secteur. Avec les contraintes d'emploi du temps, c'est moins de 40 % des candidats qui sont finalement retenus. Plusieurs techniques artistiques sont proposées (musique, danse, chorale, sculpture, arts plastiques). Les psychothérapies individuelles ou de groupe sont assurées par des art-thérapeutes diplômés qui sont prestataires pour le service. Ils y travaillent à environ 25 % de leur temps.

L'hôpital pousse à ce que l'art thérapie se fasse en groupe, pour des raisons gestionnaires. Elle n'est pas d'accord, car « *il faut de l'individuel au début et à la fin, donc les artthérapeutes font comme ils peuvent. Et il ne faut pas plus de 8 personnes dans les groupes. À 12, c'est la catastrophe, on ne peut plus travailler* ».

La durée de présence des patients est très variable : souvent un an, quelques-uns depuis 10 ans, mais la majorité des gens viennent 3 ou 4 mois. Certains viennent tous les 2 mois, la plupart toutes les semaines.

Entretien avec une art-thérapeute plasticienne

Plasticienne qui faisait des performances, puis donnait des cours de dessin pour les personnes âgées, elle a eu envie de se former en artthérapie, a fait un DU en 3 ans et ensuite un master en artthérapie. Elle travaille à temps partiel comme la quasi-totalité des artthérapeutes.

« Il y a beaucoup d'étudiants en artthérapie et très peu de postes. Les trois dimensions pour devenir art-thérapeute, c'est la formation artistique, la formation à la psychothérapie et le travail sur soi (pour moi 10 ans de psychanalyse jungienne

en face à face et, depuis 5 ans, en psychanalyse freudienne sur le divan et une intervention dans un groupe de dix personnes). En somme, ce qu'il faut pour faire de l'art-thérapie, c'est une éthique par rapport aux patients plus une formation très technique.[...] Dans les séances, j'observe comment la personne met en œuvre le processus de création. L'art n'est pas soignant par lui-même, ce qui est soignant, c'est la relation au psychothérapeute et aussi le cadre.

Les productions plastiques sont en dehors de tout regard extérieur. Elles ne peuvent pas sortir de l'atelier, elles ne peuvent pas non plus être photographiées. Les productions ne peuvent pas non plus être vues par le psychologue ou par le psychiatre de la personne. Même s'ils disent "Mon psychiatre, il veut voir ce que je fais", je leur réponds : parlez-en. Les patients ne peuvent récupérer les œuvres qu'à la fin de la prise en charge. Ce qui se passe dans une séance d'art thérapie est confidentiel.

On dresse un bilan une fois par an, le patient présente toutes ses productions et en parle. Mais, dans l'atelier, il n'y a pas de phase de verbalisation et on ne montre pas les œuvres. Il n'y a pas non plus de consignes concernant les techniques artistiques. Je suis donc toujours en position de psychothérapeute. En somme, ils viennent déposer quelque chose que j'accueille. J'évite de dire ou de les laisser dire "c'est beau", ce n'est pas là ce qui soigne. Il y a une règle absolue du non-jugement. S'ils sont contents du résultat, j'essaie de leur faire dire en quoi et qu'est-ce qui s'est passé dans le processus de création.

Pour le premier entretien, je reçois le patient 10 minutes à un quart d'heure. Il faut bien sûr un désir. Je lui donne les règles de l'atelier.

Il y a des gens qui sont là depuis dix ans. D'autres décrochent au bout de 3 mois ça veut dire que ça ne leur convenait pas. Il faut en général cinq ans pour que la personne se transforme, pour que leur vie se transforme. Il est normal que les thérapies soient longues."

Ce troisième type de pratique, figure classique de l'art-thérapie, donne lieu à une abondante littérature de formalisation de la pratique (Dubois, 2017) et de manuels. C'est aussi le principal foyer de support et de défense du groupe professionnel des art-thérapeutes. L'emploi est plus développé dans la Région parisienne ou à proximité des universités délivrant des diplômes d'art-thérapie.

3.4 Des ateliers thérapeutiques

Les ateliers thérapeutiques réunissent d'une douzaine à une vingtaine de patients. Ils ont lieu régulièrement. Ils sont animés par deux ou trois soignants. Ils sont à finalité explicitement thérapeutique, c'est la parole entre soignants et patients et entre patients qui joue ce rôle thérapeutique. Le travail relationnel est donc ici important.

1.4.1 Site A, intra

Dans cet atelier, il est proposé aux patients de réaliser des écritures poétiques et des dessins pour le journal du club thérapeutique. Il dure 1h 30.

L'animation en est assurée par Baptiste et Catherine (infirmiers de l'ambulance qui viennent à l'unité d'hospitalisation spécialement pour animer l'atelier) et en principe aussi un aide soignant de l'intra (malade lors de ma visite).

Une quinzaine de patients. Le démarrage, dans une grande salle, avec une grande table au milieu et des rayons de fournitures, est assez confus et progressif. On fait du thé et du café. Les gens s'installent. Catherine intervient plutôt *mezza voce*, Baptiste engage la conversation au niveau du groupe. Il distribue crayons de couleur, des stylos-feutres et des feuilles de papier. Il donne des consignes en plaisantant, par exemple, à quelqu'un « dessin libre », pour un autre : « poème » ; pour moi il dit : « thèse de socio ». Les œuvres, si les patients le souhaitent explicitement, seront publiées dans le Journal du club.

Petit à petit, les gens, tout en écrivant des textes ou en dessinant, commencent à discuter. Cette discussion entre patients est encouragée. Un patient dit « Le docteur, il dit que c'est important d'aller au centre de Jour ». P. voudrait trouver un travail salarié. Baptiste lui explique qu'il faut d'abord résoudre le problème du logement pour trouver du travail. Une jeune patiente raconte l'entretien familial dont elle sort⁸. Elle parle de son père qui a été désagréable, de sa mère, de sa sœur, de son frère qui lui a dit des choses gentilles, du médecin qui a dit : « *Elle est la personne que je connais qui a le savoir le plus fin sur sa maladie* » (elle le répète et en est visiblement très fière).

P. dit : « *Moi aussi je voudrais bien que mon père et ma mère viennent, mais ils sont loin* ». La jeune fille : « vous pouvez faire cela par conférence téléphonique ». P. dit : « *Mais de temps en temps mon père me rabaisse* ». La jeune fille « *C'est pas bien ! Moi aussi, mon père dit que je suis immature, que je signe des reconnaissances de dette à des inconnus, il dit on va devoir faire une curatelle. Il n'est absolument pas question que j'ai une curatelle ! L'assistante sociale eh bien elle m'a expliqué ce qu'est une sauvegarde de justice* »

D. : « Mon père dit que les psychiatres et les psychologues sont des fous ». Baptiste « *c'est normal qu'il ne comprenne pas tout* ». D. : « *J'ai des idées bizarres ce matin* » et commence à les développer. Baptiste : « *vous voyez qui comme psychologue ? C'est à lui qu'il faut en parler. Ici, en groupe, on ne discute pas de choses trop personnelles* ».

Une dame voudrait une pochette en plastique. Baptiste : « *vous en voulez une maintenant ou bien vous sortirez jusqu'au Monoprix?* » La dame réfléchit : « *j'irai au Monoprix* » [L'unité est à portes ouvertes depuis peu et Baptiste l'incite à sortir].

Et ainsi de suite. Au bout d'une heure et demie, Baptiste ramasse les dessins et les écritures (tout le monde a produit quelque chose), certains énigmatiques (à mes yeux). Baptiste pose des questions sur le sens du travail et tout le monde écoute les réponses.

Commentaire de Baptiste après l'atelier :

« *On n'est pas vécu comme des extérieurs, des prestataires. On est aidé par un aide-soignant d'ici, quelqu'un de très bien, en congé actuellement. On n'est pas comme des artthérapeutes ou des ergothérapeutes qui viendraient faire une prestation, on est considérés comme membres de l'équipe soignante* ».

8. L'entretien familial réunit le patient, sa famille, le médecin, un infirmier, éventuellement une assistante sociale et dure environ une heure

L'animation est assurée par deux infirmiers, Thierry et Jocelyne. L'atelier se déroule en deux parties, de 14H à 15H 30 pour les travaux plastiques, puis de 15H30 à 16H 15 pour les présentations des œuvres au groupe. Il y a beaucoup de matériel de dessin à disposition et beaucoup de revues d'art. Douze patients sont présents. Je suis présentée. Le patient Albert me parle beaucoup. Manuel aussi pour lequel le mot « sociologue » déclenche une série de questions. D'un bout à l'autre de la pièce, il me demande si je suis sociothérapeute, si la sociologie produit de la résilience, s'il y a un lien entre la sociologie et le voyage....

JF s'énervé parce qu'un autre patient lui a pris sa chaise... Un troisième arrange les choses en trouvant une chaise pour JF. Les gens arrivent parfois en retard, c'est permis. Les animateurs, qui dessinent eux aussi, n'empêchent pas les patients de parler entre eux, ni à moi, mais essaient cependant que, jusqu'à 15H 30, ils restent concentrés sur leur travail.

Dans la deuxième partie : les patients qui le souhaitent se déplacent en bout de table avec leur dessin qu'ils commentent. Quatre le font. L'écoute est attentive. Albert présente une série de visages, qui représentent ses différentes humeurs. Manuel montre un dessin abstrait intitulé « Voyage "puis parle de ses angoisses de mort. Thierry interrompt Manuel quand cela devient trop intime. Deux autres patients présentent leur dessin, avec une certaine difficulté à en parler, mais ils s'appliquent.

Discussion après atelier

La majorité des patients est psychotique. Albert, 21 ans, sans diplôme, a connu la rue, il a une psychose précoce diagnostiquée vers l'âge de 6 ans. Manuel a une schizophrénie, est cultivé, s'intéresse aux sciences sociales.

Thierry explique que la parole de deuxième partie d'atelier est destinée à « *socialiser et symboliser ce qui s'est fait avant* ». Elle permet de dire des choses qui ne le seraient peut-être pas sans cette médiation du dessin, mais « une fois que c'est dit, on se s'appesantit pas, pour que l'élaboration se poursuive dans d'autres lieux, en psychothérapie par exemple ». Thierry a un DU d'art thérapie. Mais les deux animateurs considèrent que leur fonction est d'animer l'atelier thérapeutique dessin. Et comme Fonction' et 'statut' sont dis-joints dans le cadre de la « psychothérapie institutionnelle » et comme l'animation de l'atelier est l'exercice d'une « fonction soignant e », Thierry se présente comme infirmier sans mettre en avant le diplôme supplémentaire.

Site E, intra, atelier thérapeutique musique

Les résidents du site E sont très « déficitaires », la plupart non verbaux. L'atelier est co-encadré par Caroline, psychologue, et une infirmière.

Le départ pour l'atelier musique implique qu'il faille descendre par l'ascenseur, sortir dans le parc, à rentrer par à la porte à côté, remonter par un ascenseur. Quatre résidents (choisis par l'équipe soignante) sont présents : Manu, Fabien, Albert et une dame mal voyante en fauteuil roulant. Je sens la tension (maîtrisée) des soignants. Tous les gestes, tous les espaces sont difficiles (Caroline me confirmera que le trajet est stressant).

La salle de musique comprend une batterie complète, une autre incom-

plète, un clavier, plusieurs instruments à cordes frappées ou à archet, des petits objets.... Les deux soignants prennent des instruments, proposent, jouent, jusqu'à ce que l'envie de jouer monte chez les quatre résidents.

La dame très vite fait comprendre qu'elle veut le clavier... Manu s'installe à la batterie qu'il ne quittera pas pendant trois quarts d'heure, concentré... Albert est assis par terre et se balance. Il ne veut qu'une ficelle accrochée à une guitare qu'il manipule. Il admet juste à un moment de frotter la ficelle sur les cordes. Il repousse doucement les instruments qu'on lui propose.

Fabien s'empare du micro dans lequel il fait des sons avec un plaisir évident. Mais reste aussi à ne rien faire, fait tomber des choses en s'emmêlant avec le fil du micro. Tandis que je ramasse une mailloche roulée à terre, il m'agrippe les cheveux, mais lâche aussitôt. À un moment, il se rapproche de la batterie et Caroline dit à Manu : « donne-lui une mailloche ». Ce que Manu fait. Beau moment : Manu et Fabien jouent ensemble de la batterie et parviennent à s'écouter. La dame fait deux fois tomber le clavier par maladresse. Elle joue aussi à la guitare en frottant les cordes du plat de la main.

Caroline demande à tout le monde de produire un son. Tous le font, tous écoutent. Albert tape deux fois sur le sol du plat de la main.

À l'heure de partir, Albert ne veut pas lâcher sa ficelle. Caroline lui dit : *« Elle sera là la semaine prochaine, on la range avec la guitare... ». Elle doit finir par lui prendre doucement des mains. Manu doit ranger ses mailloches. Trois fois il va à l'armoire, mais fait finalement demi-tour avec les mailloches à la main. Caroline doit aussi lui prendre des mains pour les ranger... »*

Entretien avec Caroline

Elle a suivie une formation en psychologie clinique (psychodynamique, systémisme), a préparé un M2 de psychologie en milieu carcéral autour d'une recherche-action menée par un centre d'animation. Elle y a découvert la musique comme média, s'est mise personnellement au violoncelle, a créé un atelier musique à E.

Elle me montre ses outils de travail :

- une fiche d'évaluation des résidents après chaque atelier;
- son cahier, dont la tenue s'arrête en décembre 2015, remplacé par l'informatique. Il contient une description très détaillée des micro-événements de l'atelier. L'écrit papier permettait de garder trace de la subjectivité des soignants, c'est un outil plus réflexif. Mais l'outil informatique est plus maniable, de n'importe quelle pièce, par n'importe quel professionnel. Elle me montre l'écran : les notes sont effectivement très détaillées sur le comportement des résidents, heure par heure, chaque jour.

À la question *« Voit-elle les progrès chez un résident ? Comment ? »* Elle répond : *« Oui, quand avant X hurlait à la mort et là, il me "dit musique" en me prenant la main ! L'important, c'est la création d'un désir. Il y a progrès quand aller à la rencontre de l'autre est moins une menace ».*

La théorie sous-jacente dans les trois cas présentés, qui s'inscrivent tous trois dans le courant de la Psychothérapie institutionnelle, est que le groupe soigne, que la parole dans un groupe resocialise et réhabilite socialement, qu'une pratique créative choisie soutient le désir, ce qui est essentiel au rétablissement, que l'atelier amorce des verbalisations qui pourront être retravaillées ensuite, qu'il y a en somme un travail psychothérapeutique qui

3.5 Des expositions d'œuvres d'art dans des services psychiatriques

Nous rangerons les expositions d'art parmi les usages artistiques, car, même si le travail relationnel en direction des patients est indirect, ces expositions, organisées dans les locaux des services, par des salariés de ceux-ci, contiennent un discours implicite ou explicite à destination des familles et des usagers : les usagers sont capables d'être des artistes. Le discours s'adresse aussi aux collègues, à l'administration et aux partenaires politiques, les expositions sont une opération de relations publiques.

Citons par exemple les deux expositions successives à Sainte-Anne en 2018 et en 2019. Sainte-Anne présente une rétrospective de « l'art pathologique. 1949-1960 », 150 œuvres réalisées par des patients, puis une centaine d'œuvres datant des années 1960 -1970. Plusieurs hôpitaux psychiatriques, encouragés par une politique interministérielle⁹, s'engagent dans des politiques culturelles, dont des expositions d'œuvres organisées à l'extérieur des services, au nom du fait que l'art « *place tout le monde sur un pied d'égalité qu'il soit patient, professionnel de santé, agent ou visiteur* » et qu'il « *humanise le lieu* ». (Simon, 2018; Sudres *et al.* 2002). On remarque que ces visées ne sont pas les mêmes que celles des premières expositions d'œuvres de malades, l'art passant d'une fonction expressive et subversive à une fonction décorative et d'agrément.

Conclusion sur quelques liaisons significatives

Les cinq types de pratiques sont globalement corrélés à des philosophies du soin et à des données organisationnelles. En ce qui concerne les philosophies du soin, les liaisons significatives les plus nettes sont les suivantes :

- les « ateliers thérapeutiques » sont liés à la psychothérapie institutionnelle».
- la psychiatrie sociale et communautaire favorise les ateliers occupationnels.

En ce qui concerne les liens avec les caractéristiques organisationnelles

- la pratique libre ne se rencontre qu'en intra-hospitalier,
- les ateliers occupationnels sont fortement liés aux structures «hôpital de jours et CATTP (sauf en cas de PI).

4. Les enjeux

Notre panorama couvre la situation française des usages de l'art en service psychiatrique. Nous constatons donc la diversité des pratiques, qui s'opposent sur plusieurs points de doctrine : l'art « soigne » ou contribue au rétablissement, ou bien c'est le psychothérapeute qui soigne en aidant à la création, ou bien encore c'est le groupe avec ses possibilités spécifiques de verbalisation. Le professionnel peut être un art-thérapeute, ou « surtout pas ». Sur le plan organisationnel : il faut ou bien seulement mettre du matériel à disposition, ou bien développer des ateliers occupationnels, ou développer des situations thérapeutiques, ou encore donner accès à une vie

culturelle. L'accès à l'activité se fait soit de façon totalement libre, soit sur prescription médicale, soit sur accord mutuel. Le travail relationnel peut impliquer une mise en veilleuse de la parole ou au contraire le déploiement de ce qu'on pourrait nommer un « art de la conversation ». Son éthique est libertaire ou réadaptive.

Comprendre cette diversité amène à constater, de manière quelque peu tautologique, la diversité interne de la discipline psychiatrie, discipline dans laquelle l'existence de savoirs scientifiques et pharmacologiques ne suffit pas à contrarier une forte et directe perméabilité aux dimensions sociales et sociétales. Ils n'empêchent pas non plus qu'une grande part du style des actes quotidiens du travail relève de l'engagement politique, du positionnement éthique et/ou d'une expérience clinique personnelle peu reproductible.

Il est nécessaire d'approfondir l'analyse en notant que cette dispersion renvoie à des enjeux entremêlés, que l'on peut repérer au moins sur deux plans : celui des mondes de l'art, celui de la politique publique de santé mentale.

4.1- Les enjeux dans le champ de l'art

Les pratiques dans les services se positionnent de fait par rapport aux significations politiques de l'art brut. L'art brut était l'art des marginaux, autodidactes qui n'éprouvaient aucun intérêt pour les valeurs esthétiques consacrées (Trévoz, 1990). Son sens subversif était « *que la création d'art puisse être l'affaire de tout un chacun, et que l'impulsion dont elle relève soit la chose du monde la mieux partagée* » (Damish, sous la dir. de). Il a maintenant été « ingéré » par l'art contemporain (Simon 2018; Dori 2011) selon la dynamique transgression/intégration propre au champ de l'art contemporain (Heinich, 2017). Il est aussi bien intégré au marché de l'art contemporain où sa cote a beaucoup monté.

Sans doute l'exposition d'œuvres de malades mentaux dans les grands musées et dans des expositions prestigieuses garde-t-elle un effet globalement déstigmatisant pour la maladie mentale, mais au prix d'introduire un clivage entre ceux qui se haussent au statut symbolique d'artistes reconnus et les autres, ce qui n'était pas le projet politique des promoteurs de l'Art brut, tandis que le débat éthique et économique sur le prix et la propriété des œuvres n'est toujours pas éclairci. L'approche purement esthétique de ces œuvres gomme le contexte social et existentiel de leur création, le vécu et la marginalité des artistes (Dori, 2011).

4.2 La politique publique de santé mentale

Depuis vingt ans, elle a évolué vers la déshospitalisation, mais vise aussi, pour permettre l'accès au soin, une rotation plus rapide des places dans l'ambulatoire (Demailly, 2012). Ainsi, se crée une tension entre, d'une part, le fait de ne pas renoncer aux potentialités de soin ou de mieux-être que recèle une pratique artistique choisie, ni aux potentialités de déstigmatisation qu'offre la publicisation d'œuvres d'art réalisées par des « fous », et, d'autre part, le risque de prises en charge longues, avec des activités impli-

9. La Convention entre le ministère de la Santé et le ministère de la Culture, du 4 mai 1999, met en place la fonction de responsable culturel, nouveau métier de la culture exercé au sein des hôpitaux. Le responsable culturel met en œuvre des politiques culturelles intégrées dans la stratégie des établissements hospitaliers.

quant un engagement dans la durée, ce qui ne serait pas conforme aux normes gestionnaires.

D'autre part, la dynamique de développement de l'art-thérapie très liée à la psychothérapie institutionnelle ou à la psychanalyse, se voit petit à petit remplacée, dans un cadre budgétaire contraint, par des interventions psychiques jugées plus efficaces et plus essentielles, comme la « réhabilitation psychosociale »¹⁰, parce que plus conformes à certaines tendances sociétales valorisant prioritairement l'adaptation comportementale (Ehrenberg, 2018) et surtout plus protocolisées. L'art-thérapie et les ateliers thérapeutiques à médiation artistique sont en effet un travail d'improvisation, des pratiques peu protocolisées, non standardisables par essence, malgré les efforts de modélisation opérés par les art-thérapeutes dans leurs manuels. La tendance actuelle d'évolution des interventions psychiques est la recherche d'une protocolisation et d'une traçabilité qui assurent, du point de vue du nouveau management public, une relative homogénéité des réalisations et offrent prise – au moins apparemment – aux procédures standards d'évaluation d'efficience et d'efficacité. Cette tendance affecte d'ailleurs l'ensemble des métiers relationnels (Demailly, 2008).

La tendance est également à la rationalisation budgétaire : remplacement du travail avec un individu par le travail en groupe et déclin de la coanimation. Par ailleurs, le groupe professionnel des art-thérapeutes se trouve aujourd'hui logiquement en difficulté, par rapport à l'emploi et par rapport à son périmètre de légitimité. Alors que les postes possibles en psychiatrie¹¹ se sont développés dans les années 1980, et que, en conséquence, le nombre de formations a explosé, l'emploi d'art-thérapeutes stagne en psychiatrie, où ce sont le plus souvent les infirmiers ou parfois les psychologues, déjà titulaires d'un poste dans l'équipe, qui assurent les prestations. Les associations d'arthérapeutes luttent pour défendre leur territoire, publient des codes de déontologie, des fiches métiers, créent une guilde, des annuaires. Les art-thérapeutes sont environ 220 (Sudres *et al.* 2002, site AFATAPEM), à 80 % des femmes. Ils veulent distinguer leur identité professionnelle de celle des psychothérapeutes, des enseignants de l'art : « ni psy, ni prof ». (Lecourt 2010), ainsi que des non-diplômés (infirmiers), qu'ils considèrent avec un certain dédain.

« L'idée chez ceux qui font fonction d'arthérapeute court qu'il n'est pas nécessaire d'être artiste ; peintre du dimanche suffit ; et même, être au même niveau que les patients. » (Dubois 2017 p. 28)

Du fait de la stagnation de l'emploi en psychiatrie publique, le centre de gravité de l'emploi des art-thérapeutes semble se déplacer et se diversifier : l'art-thérapie se développe dans les cliniques psychiatriques privées, dans le médicosocial (établissements pour personnes âgées, foyers de vie), dans les services somatiques, et en libéral.

Pour toutes ces raisons, nous pressentons que, tendancielllement, les art-thérapies et les ateliers thérapeutiques (types de pratiques 3 et 4) vont voir leur nombre décliner au profit des pratiques libres et de la politique culturelle des hôpitaux (pratiques n° 1 et 5). Le sanitaire et le médicosocial ne sauraient cependant que difficilement se passer des apports occupationnels

10. Voir la loi du 26 janvier 2016 dans son article 69 et son décret d'application du 27 juillet 2017. L'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) propose un « kit d'outils ».

11 Sur un vote du conseil d'administration, et en cherchant un support budgétaire de la catégorie B de la fonction publique disponible

des pratiques artistiques (type 2) à côté des techniques corporelles et d'activités de loisirs.

Conclusions

La description du travail relationnel à composante artistique dans les services psychiatriques, dans sa diversité tant sur le plan organisationnel que sur le plan clinique, dans les représentations de l'art qu'elle véhicule et dans ses conflits doctrinaux, est intéressante à plus d'un titre. Elle montre bien les difficultés du travail relationnel de soin en direction des personnes troubles psychiquement, sa composante éthique, et la richesse de l'invention locale de pratiques.

Elle montre aussi comment une pratique de travail peut se retrouver enchâssée dans des enjeux sociétaux, politiques, économiques et professionnels divers, renvoyant à des champs sociaux différents qui se croisent autour de cette pratique.

Enfin, elle montre les difficultés des entreprises symboliques du travail de déstigmatisation, quelle que soit la bonne volonté éthique des personnels, car elles sont promptes à rencontrer des impasses, des affaiblissements ou des effets pervers, et impliquent donc, pour perdurer, des recommencements. Si les processus de stigmatisation sont sociologiquement bien connus, les tentatives de déstigmatisation, dans leurs fonctionnements réels et leurs effets, ne le sont que de manière très partielle. Leur sociologie serait à construire.

BIBLIOGRAPHIE

- Demailly L (2008), *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et du travail de relation*, Presses Universitaires du Septentrion
- Demailly L. (2011), *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, coll. Repères.
- Demailly L. (2012), « Les impensés de l'évaluation du travail » in *Mesures et demesures du travail*, Mateo Alaluf, Pierre Démarrez et Marcelle Stroobants (Eds), Editions de l'université de Bruxelles, coll. Sociologie et anthropologie, Belgique p 95-100.
- Demailly L. (2017), « L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux » : x in Rhizome, n°66-67, «Apprendre le rétablissement», décembre, p 6 -7
- Damish, H., *Encyclopédie universalis*, article «Art Brut»
- Dori D. (2011) *Exposer l'art brut et l'art contemporain*, Marges, décembre
- Dubois A-M (2017) *Art thérapie. Principes, méthodes et outils pratiques*, Elsevier Masson
- Dubois, A.M (2018 et 2019), *Catalogue des expositions de l'Hôpital Saint Anne*,
- Ehrenberg, A. (2018), *La mécanique des passions : cerveau, comportement, sociétés*, Odile Jacob
- Forestier, R. (2000), *Tout savoir sur l'art thérapie*, Lausanne, Éditions Favre.
- Haliday, H., (2019), *Qui prend soin du réseau ? Essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français*, Thèse, Sorbonne Paris Cité
- Heinich N. (1998), *Le Triple jeu de l'art contemporain. Sociologie des arts plastiques*, Minuit
- Klein J.-P. (2001) [1997], *L'Art thérapie*, Paris, Presses universitaires de France.
- Lecourt, É. (2010). «L'arthérapeute, un soignant pas comme les autres.» *L'Autre*, volume 11 (2), 150-155

Mabin, D., Mabin, R., (2015), «Art, folie et surréalisme à l'hôpital psychiatrique de Saint- Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945», Melusine, Cahiers du centre de recherche sur le surréalisme, 13 mars, <http://melusine-surrealisme.fr/wp/?p=1775>

Moron P., J.L. Sudres (2003) «Les thérapies médiatisées» Annales Médico Psychologiques 161 84-86

Moulin R. (1992), *L'Artiste, l'institution et le marché*, Flammarion, 1992

Oury, J., (2008), *La psychose, la mort, l'institution*, éd. Hermann, Paris, 2008.

Réja, M., (1901) «L'Art malade : dessins de fous», la revue universelle, <http://fous-litteraires.over-blog.com/article-reja-la-litterature-des-fous-1903-51381965.html>

Roelandt, J-L., (2004) «Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale», *Revue française des affaires sociales*, no. 1, pp. 205-213.

Sens, D., (2007), «La construction de l'identité professionnelle de l'artthérapeute»; in *Le Journal des psychologues*, 247 (4), 58-61

Simon, Micheline, (2018) «L'art brut dans l'art contemporain. Quelles relations entre l'art brut et l'institution culturelle?», in *Ligeia*, vol. 161-164, no. 1, 2018, pp. 87-89.

Sudres, J.L., Moron, P., et Roux, G., (2002 a), « La profession d'artthérapeute : Etude préliminaire prospective.», *Annales Médico-Psychologiques*, 160; 151

Sudres, J.L., Moron, P., et Roux, G., (2002 b) Exposer les productions des malades mentaux? Réflexions à partir d'une enquête sur l'exposition "Cinquante ans d'expression en milieu psychiatrique". *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 6, 59; 43-53.

Thévoz, M., (1990) *Art Brut, psychose et médiumnité*, Paris, La Différence, 1990

Van der Werf, C., Simon M., et Dupart.M., (2018) numéro spécial "Art brut, y es-tu?", *Ligeia*, vol. 161-164, no. 1.

Vandeninden É., (2014) « Devenir artthérapeute », *SociologieS* [Online], First texts, Novembre