

Rapport de la rencontre-débat

**Artiste intervenant en milieu de soin / Art thérapeute
Quelle cohabitation ?**

**Organisé par Culture et Démocratie asbl et le Réseau Art et Santé
À la Maison du Spectacle La Bellone
Bruxelles, décembre 2009**



**Avec le soutien du Service Education permanente – Direction générale de la Culture –
Communauté française Wallonie Bruxelles, du Réseau Canal Santé et de la Cocof**

Elle {La création} pose des *déterminations nouvelles*. Ces déterminations sont bien entendu cognitives, sont bien entendu aussi « pratiques », mais sont aussi « artistiques », etc. Cela signifie que la création, non pas « réalise des possibilités déjà existantes », mais *crée de nouveaux possibles* (plus exactement les deux à la fois).

Cornelius Castoriadis, *Histoire et Création*, Seuil, p. 99

Thérapie, du grec *therapeia* : soin, cure

Introduction

Depuis plus de dix ans, l'asbl « Culture et Démocratie » mène une réflexion critique sur les liens entre la culture et la démocratie. Sa mission est de créer des passerelles entre le secteur de la culture et les autres secteurs, de façon à ce qu'il assume pleinement la transversalité de son rôle. L'association encourage l'accès et la participation de tous à la vie culturelle, avec une attention particulière portée sur les publics « en marge », socialement et culturellement.

Les thématiques sur lesquelles l'association travaille sont, entre autres, l'inscription de la culture dans l'enseignement, le rôle de la culture dans la promotion et le maintien de valeurs démocratiques non instrumentalisées, les liens entre les pratiques culturelles et la participation citoyenne critique et enfin l'accès et la participation à la culture des publics dits « fragilisés ».

Dans ce cadre, « Culture et Démocratie » coordonne le réseau Art et Santé. Depuis 2005, celui-ci rassemble des artistes et des soignants qui poursuivent le même objectif : Développer l'art et la culture dans les milieux de soin, renforcer et créer des ponts entre le secteur de la culture et celui de la santé.

En plus d'une brochure très complète présentant le réseau et sa philosophie, Art et Santé (www.artetsante.be) est à la base de l'organisation de nombreuses rencontres. Il propose en outre une introduction au métier d'artiste intervenant en milieu de soin. Récemment, un travail de réflexion sur la déontologie de l'artiste intervenant en milieu de soin a abouti à la publication d'un *code de déontologie de l'artiste intervenant en milieu de soin*, disponible sur le site internet de Culture et Démocratie. (www.cultureetdemocratie.be)

Dans le cadre des activités qu'il mène, le réseau est confronté à la difficulté de définir précisément et distinctement le rôle de l'artiste intervenant en milieu de soin et celui de l'art thérapeute. Entre le travail de l'un et de l'autre, des confusions peuvent en effet rapidement s'établir.

Très concerné par cette question, le réseau Art et Santé a organisé, le premier décembre 2009 à la Maison du Spectacle La Bellone, à Bruxelles, une rencontre-débat intitulée « Artiste intervenant en milieu de soin et art-thérapeute, quelle cohabitation? ». L'objectif était de mieux identifier le rôle et la démarche de chacun, d'identifier les points de convergence et de divergence, et de réfléchir aux articulations entre le travail de ces intervenants, celui des personnels soignants, les bénéficiaires de soin et leur famille.

Visiblement, le sujet intéresse! Près de 120 personnes, issues des milieux artistiques, médicaux, sociaux, culturels, s'étaient déplacées pour entendre les intervenants et participer aux échanges et discussions. Fabienne Cassiers et Laurent Peeters, musicothérapeutes au Centre de Musicothérapie de l'AREAM, et Patrick Beckers, comédien, intervenant à l'Hude ont tout d'abord présenté leurs pratiques. Jean Florence, philosophe, psychologue, psychanalyste et auteur d'« Art et thérapie, liaison dangereuse ? » (Bruxelles, FUSL, 1997) a poursuivi ensuite avec une série de réflexions sur les liens entre art et thérapie.

La musicothérapie : des démarches empiriques

Fabienne Cassiers et Laurent Peeters sont des musicothérapeutes. L'une est psychologue de formation, l'autre a étudié la communication et se forme à la psychanalyse. Ils ont tous les deux suivis une formation en musicothérapie, ayant en commun également la maîtrise d'un ou plusieurs instruments de musique.

Ils travaillent à l'AREAM : l'Association pour la Recherche, l'Enseignement et les Applications de la Musicothérapie (www.aream.be). Bien que « titrés » *musicothérapeutes*, ils semblent prendre des distances avec le qualificatif « thérapeute ». L'un lui préfère « clinicien », l'autre constate qu'il est fort à la mode et qu'à force d'avoir été utilisé à toutes les sauces, il a perdu son sens. Il pâtit également des attentes démesurées et des fantasmes qu'il génère. Le thérapeute n'est pas un sauveur !

Un traitement par tentatives

Une thérapie, telle qu'aujourd'hui entendue, est synonyme de traitement. Le thérapeute est celui qui administre un traitement, certain de son efficacité puisqu'il a été établi selon une démarche scientifique. En tant que tel, il a une valeur universelle et est applicable à tous, selon le même mode opératoire.

Or le musicothérapeute est confronté dans son travail à des personnes et des situations chaque fois différentes et singulières. Le traitement, s'il est encore pertinent de parler de traitement ici, s'invente au cas par cas, de séances en séances. La seule constance est le média musical. Il n'y a pas, en musicothérapie, une recette, une technique. Il n'y a dès lors aucune certitude sur « le succès » de son entreprise et aucune attente précise à nourrir et à formuler par rapport à ses résultats. Le faire pourrait être facteur d'échec. Si le musicothérapeute entame un travail, persuadé d'être le détenteur d'une méthode imparable, sûr de ses effets, il y a peu de chance en effet qu'il y ait quoi que ce soit de bon qui en ressorte.

Il n'existe aucune raison de prédéterminer les effets d'une musicothérapie. Un réajustement est sans cesse nécessaire par rapport à ce que la relation mise en place avec le ou les « patient(s) » réserve comme « surprise ». Si la thérapie doit mener quelque part, ce lieu se révélera en cours de « traitement » et devra être découvert et par le thérapeute et par le ou les « patient(s) ». C'est le seul moyen pour que ce dernier puisse s'approprier sa thérapie et ses effets.

Deux modalités de l'intervention

Le travail du musicothérapeutes s'exerce selon deux modalités: il concerne soit une seule personne, soit un groupe.

Face à une seule personne, il semble que l'aspect psychothérapeutique de la démarche « l'emporte ». Bien qu'elle aille à tâtons, l'objectif est quand même plus ou moins défini, à savoir, celui purement formel et difficilement nommable d'un *allègement* : *Trouver, avec et pour le sujet, une manière d'y faire avec l'autre qui soit moins encombrant*. Des « symptômes » sont décrits et interprétés, des causes avancées, des hypothèses de « solution » osées (à condition qu'elles soient inventées, fabriquées par le sujet et non prescrites par la thérapeute qui, lui, est là pour soutenir la *solution inventée* par le sujet-patient, l'orienter, constater « après coup » pour poursuivre ou proposer l'idée d'une autre voie). Le média musical (et celui du jeu) devient, en plus du « lieu » qui permettra la relation entre le thérapeute et son patient, un moyen dont on attend une fin, qui, bien que spécifiquement non déterminée, aille dans le sens d'un *mieux-être*.

Le récit de Nora :

Laurent a reçu pendant un temps une petite fille de dix ans – Nora – pour un atelier hebdomadaire dans une école pour enfants « souffrant de trouble envahissant du développement ». Nora ne parle presque pas, hormis quelques mots qu'elle répète juste après qu'on les ait prononcé, en reprenant également l'intonation.

Lors de leur première rencontre, il observe qu'elle a une étonnante facilité à imiter un rythme. Ils ont chacun un *djembe* et elle reprend systématiquement et avec beaucoup de précisions les phrases rythmiques qu'il joue. Il s'en étonne. Sa première tendance fut de poursuivre le jeu sur le mode *je joue, elle imite* avec la satisfaction de constater qu'elle y parvenait très bien.

Très vite pourtant, il réalise que cette manière d'imiter, de se calquer sur l'autre se reproduit de façon systématique dans leurs interactions. Elle reprend systématiquement ses paroles et ses rythmes et semble perpétuellement malmenée par l'attente de l'autre, au point qu'elle n'agit en rien par elle-même, elle paraît entièrement sous l'emprise de l'autre.

Son institutrice de son côté observe que les tentatives incessantes de Nora de répondre aux attentes de l'adulte la mettent dans un tel état d'anxiété, qu'elle ne supporte pas sa présence et le repousse.

Voilà donc l'hypothèse : le mimétisme de Nora est une solution qu'elle a elle-même conçue pour répondre à l'angoisse que la présence de l'autre adulte génère chez elle. Si cette solution lui est en partie nécessaire, elle lui pose par ailleurs difficultés. Sa façon d'être si peu séparée de l'autre semble rendre ce dernier envahissant, insupportable, d'autant plus s'il lui demande quelque chose.

Comment obtenir un changement ou, au moins, la possibilité de décaler quelque chose dans la position subjective qu'elle occupe ? Comment s'y prendre avec elle ? Comment jouer sans renforcer sa tendance, sans la compliquer ?

Ces premières observations amènent rapidement Fabien à y faire autrement. Au lieu de continuer à entrer dans son jeu d'imitation, il prend une autre position dans leur relation, dans leur manière de jouer de la musique.

Au cours des séances suivantes, elle continue à se diriger vers le *djembe* et semble toujours attendre une proposition rythmique de Laurent. Elle s'attend apparemment à ce qu'il attende quelque chose d'elle. Mais Laurent se dirige vers la guitare et d'autres instruments qui lui laissent moins la possibilité de l'imiter quand elle se trouve aux percussions. Il essaie de ne pas favoriser ni soutenir le jeu d'imitation mais de décaler un peu les choses de façon à ce que ce jeu d'imitation devienne un jeu d'autre chose. Nora s'arrange toutefois pour continuer dans la même voie. Lorsqu'elle joue d'elle-même et qu'il réagit à la guitare, elle continue à interpréter inévitablement la guitare, non comme une réponse à son jeu, mais comme une invitation à reproduire.

Musicalement, Laurent s'arrange de plus en plus pour la laisser faire. Il s'efface davantage. Cela permet à l'enfant d'être plus aux commandes, de s'approprier son jeu et le choix des instruments.

De séances en séances, Nora semble constater qu'elle peut jouer à sa guise et semble moins se préoccuper de Laurent. Il considère cela comme un pas. Si elle se préoccupe moins de lui, c'est peut-être qu'elle est moins préoccupée par lui, ou alors qu'elle est tellement préoccupée par l'autre que, soit il la détermine entièrement, soit elle s'en soustrait radicalement ? La question devient : comment peut-elle être avec l'autre sans être entièrement déterminée par l'autre, ni totalement sans l'autre ?

Nora commence à s'autoriser à faire certains choix. Elle se dirige vers d'autres instruments, joue brièvement sur celui que Laurent utilise. Lorsqu'elle s'arrête, elle ne semble plus pétrifiée et n'affiche plus cette perplexité attendant qu'il lui indique que faire. Elle se différencie davantage tout en se passant encore volontiers de lui.

Laurent tente de prendre une place dans son jeu autrement, lorsqu'elle le veut bien. En musique on peut jouer deux choses différentes simultanément si on se rejoint dans le tempo et l'harmonie. Peu à peu, ils finissent par poursuivre leurs jeux sur des instruments distincts. Ils jouent leur propre phrase, mais ensemble. Le jeu prend une tournure différente. Jouer ensemble, être ensemble n'impose plus à Nora de se calquer sur l'autre.

Laurent invite ensuite Nora à venir jouer avec lui, mais sur le même instrument : la guitare. Elle accepte l'invitation, et s'invitera par la suite à plusieurs reprises. Ils jouent maintenant sur le même instrument, prenant chacun un rôle différent mais complémentaire. Laurent fait les accords de la main gauche alors que Nora gratte les cordes. Il se calque sur son rythme pour l'accompagner en chantant.

On peut dire que par la position que Nora occupe maintenant, quelque chose d'autre s'est amorcé. Elle a pu se dégager un temps et quelque peu de l'emprise de l'autre dans laquelle elle se trouve et se met sans cesse. Elle se différencie dans le jeu et dans le rapport à l'autre jusqu'à signifier des souhaits, des choix, des refus... Ce qui dans son cas constitue un changement relatif, mais un changement quand même et une avancée.

En groupe, les objectifs sont plus proches de ceux d'une animation. Souvent, c'est une institution (hôpital psychiatrique, home, institut pour personnes handicapées,...) qui fait la demande pour une animation en musicothérapie. Le groupe est encadré par des éducateurs. C'est avec eux que le musicothérapeute s'entend sur les objectifs de l'atelier : stimuler la créativité, valoriser par un art, apprendre à faire des choix, se positionner dans un groupe ... Le but premier est cependant celui de partager un moment de plaisir.

Comme pour le travail en individuel, et bien qu'il existe des types d'exercices basiques prédéfinis, il y a toujours des réajustements, des adaptations qui sont nécessaires face aux exigences de la somme des singularités propres aux individus concernés par l'animation.

Créer un espace où soit possible l'expression

Le but du travail, qu'il soit collectif ou individuel, n'est ni esthétique, ni technique. Le rendu de l'animation ne doit être ni beau, ni maîtrisé. Ce qui importe c'est d'ouvrir un espace où soient possibles l'expression et la rencontre, un espace d'adéquation dans la relation à l'autre. En musicothérapie, la musique n'est pas une fin en soi, mais un média, un instrument, qui n'est cependant pas posé d'emblée comme tel. La musique n'est pas directement et exclusivement médiatrice de la relation entre le thérapeute et son *sujet-patient*. Elle le devient, peut-être, au fur et à mesure de la rencontre. Elle n'est pas le média qui institue la relation, elle en épouse plutôt les contours pour ensuite l'insinuer vers des territoires inédits, étrangers et instituant.

Un Clown à l'hôpital ou la contagion du plaisir

Patrick Beckers est clown à l'hôpital depuis 1992. C'est avec sa compagne qu'ils ont, pour la première fois en Belgique, investi un hôpital pédiatrique et visité les enfants, de chambre en chambre, leur offrant un mini-spectacle sur mesure.

L'accueil de quelques membres du personnel soignant, au départ, n'a pas été des plus faciles. Les clowns allaient-ils leur prendre la meilleure part de leur travail, c'est-à-dire la dimension humaine, fragilisée déjà par l'aspect technique et « douloureux » de leur tâche ? Dans la pratique, cette crainte s'est très vite estompée pour faire place à une harmonieuse collaboration, une joyeuse complicité et un respect mutuel. La dimension humaine n'est pas un territoire qui se prend. Le travail de soignant est essentiellement humain. Ce n'est pas parce qu'un artiste parvient à amuser les enfants une vingtaine de minutes par semaine, qu'il n'y a plus d'autres possibilités offertes à l'infirmier pour entretenir la dimension humaine de sa tâche que celle de devoir mettre un nez rouge...

L'hospitalisation est toujours traumatisante. Dans l'univers-hôpital l'enfant est en souffrance, il doit subir des traitements agressifs, c'est peut-être la première fois qu'il est séparé de son univers familial, il est face à l'ennui, il se raccroche à la télé-biberon et ses programmes anxigènes sinon abrutissants, il se sent isolé du monde extérieur, parfois il ne parle pas la langue du pays, il ressent l'angoisse de ses parents, il se retrouve dans le statut de « petit malade », il lui arrive bien souvent de s'identifier à sa maladie, avec sa guérison future comme unique objectif. Tout est focalisé vers sa maladie. Une maman dit : « *les médecins comme nous parents, sommes trop impliqués et préoccupés par le traitement, les résultats, les effets secondaires etc. Il y a cette barrière de l'insouciance, du monde imaginaire que nous avons toutes les peines du monde à soulever* ».

L'hospitalisation est un moment où la sensibilité est à fleur de peau, dans cette atmosphère le moindre signe d'humanité sera le bienvenu. De plus l'imaginaire est rongé par la maladie. Et c'est là que la visite des clowns prend tout son sens. Comme le dit une pédopsychiatre « *Les clowns créent une bulle hors du temps et de l'espace* », un espace qui offrira à l'enfant (ainsi qu'aux parents et au personnel soignant qui sont toujours inclus dans le jeu) une brève respiration où la maladie n'aura plus le rôle du personnage principal.

Pour Patrick Beckers, si le clown entre dans une chambre avec un objectif thérapeutique, il n'est plus un clown. Même s'il y a des effets thérapeutiques, il n'a pas à s'en soucier. Le clown est par essence sans attente, il agit dans le présent, réagissant à tout ce qui se présente à lui, ouvert à l'instant dont il cueille la magie. Sa matière brute est l'ici et maintenant, il se nourrit de son propre étonnement et de l'étonnement de son « public ». Pierre Etaix dit : « *Etre clown est un état, ce n'est pas une fonction* ». Le clown n'est pas un outil, il n'a pas de fonctionnalité. Il personnifie l'incompétence, l'irrationnel, l'incertitude, la naïveté, la drôlerie, la fragilité, la lenteur, l'insouciance et l'anarchie dans un monde hospitalier hiérarchisé souvent dominé par l'acte technique, la recherche de rationalité et de résultat, et la compétence sensée rassurer.

Ce que propose le clown n'est jamais formaté. Chaque chambre est une nouvelle aventure. Lorsqu'il entre dans une chambre le clown doit « déployer ses antennes » et véritablement « scanner » l'atmosphère en un clin d'œil. L'enfant est-il en souffrance (un simple regard peut en dire long), a-t-il peur, les parents sont-ils angoissés, le moment est-il propice ?

De chambre en chambre, il doit s'adapter aux atmosphères différentes. Il doit être à l'écoute des attentes non formulées des enfants. Le clown improvise. Et là est le cœur exigeant de son

art, de sa discipline. La visite des clowns est une plage de partage de plaisir communicatif qui fait écho dans tout le service du fait de l'interdépendance.

Le clown a de l'humour. L'humour n'est pas seulement la capacité de faire rire. L'humour crée de l'espace là où il en manque. Or la maladie se joue souvent dans un huis clos enfermant. L'humour décroïssonne, modifie les fonctions, fait tomber des murs. C'est grâce à lui que le clown parvient à briser le cercle de la rumination (angoissante) sur la maladie dans lequel est pris l'enfant en séjour à l'hôpital. Là où est diagnostiquée une grippe A, il contre expertise une grippe Ahahahahaha !!!

Mais les clowns ne cherchent pas à faire rire à tout prix. Leur présence incongrue et colorée dans le milieu hospitalier est déjà « hors routine » et parlante en soi. Parfois le silence s'impose et se suffit à lui-même, une note de musique, un mot, une attitude, là où il n'en faut pas plus... les clowns se retirent sur la pointe des pieds. Parfois le clown agit comme un punching-ball sur lequel l'enfant peut décharger son agressivité à travers le jeu. Et puis le clown est aussi celui à qui l'enfant peut dire « non » sans conséquence pour son traitement.

Le clown s'adresse à la part non-malade de l'enfant. Il lui ouvre un espace où il pourra se reconnecter à cette part, jouir d'une respiration qui lui permettra d'appréhender sa maladie avec un peu plus de distance. Le clown tente d'apprivoiser cette part, dans le sens de Saint-Exupéry : créer des liens. Il ouvre un champ de possibilités où l'enfant se retrouve tel un enfant et non plus tel un petit malade. Il prend une part active dans ce moment de création. En laissant libre jeu à sa propre part enfantine (sous son regard d'adulte), le clown intensifie encore ce lien et tisse un rapport égalitaire, ou même volontairement subordonné avec l'enfant qui pourra alors prendre le rôle de celui qui sait, face à l'ignorant.

La collaboration entre le personnel soignant et l'artiste intervenant en milieu de soin est un point essentiel. S'il est important de distinguer d'une part l'artiste et d'autre part le thérapeute, il est essentiel qu'ils collaborent et s'entendent. L'artiste doit entrer à l'hôpital avec humilité (il sait qu'il n'est qu'une goutte d'eau dans l'océan hospitalier), dans le respect des codes internes, prêt au compromis – jamais à la compromission ! Il ne vient pas combler quelques carences d'humanité qui seraient propres à l'institution hospitalière. Il transforme les espaces et leurs frontières, il ouvre les regards à d'autres perspectives, il épanouit, c'est-à-dire qu'il déploie, dans la joie, les possibilités de cet espace. Il sème un parfum d'utopie. Il fait éclore des fleurs là où on ne s'y attend pas et, par contagion, enseigne ce tour à qui veut l'apprendre !

Art et thérapie, liaison dangereuse.

Jean Florence est psychologue, psychanalyste et philosophe. Il a publié en 1997 « Art et Thérapie. Liaison dangereuse » (FUSL, Bruxelles). Dans cet ouvrage, il défend l'idée que le lien entre art et thérapie n'est pas évident. L'art n'est pas thérapeutique, le thérapeute n'est pas un artiste. Cette conjonction entre art et thérapie vient à la base des Etats Unis. Face à l'enthousiasme que l'art thérapie soulève, il importe de réfléchir aux stéréotypes et préjugés que l'entourent.

Selon Jean Florence, Art et Thérapie sont fondamentalement antinomiques. L'activité artistique n'est pas thérapeutique. L'art ne libère pas forcément. Son expression s'appuie sur des peurs, des angoisses, des censures, des résistances. Il n'a rien d'un traitement ou d'un soin appliqué à partir d'une méthode dont on attend des effets. Ces derniers ne peuvent être ni présumés, ni maîtrisés. L'activité artistique n'a pas d'autres finalités que celles qu'elle se trouvera. Elles seront de l'ordre du jeu, du plaisir pour lui-même, de l'angoisse, de la souffrance, de la recherche pure. L'art est le prolongement de cet espace d'échange spontané, gratuit et sans propriétaire qui naît déjà de façon « archétypal » dans la relation du nourrisson avec sa mère (son environnement).

L'activité thérapeutique se coule dans le moule du modèle scientifique et médical. La relation cause / effet est sans conteste et permet une anticipation sur l'effet. Ce qui est improbable dans la création qui, elle, est toujours hors cause, hors effet, hors norme, hors modèle...

Bref, il peut être dit que l'art trouble, qu'il n'a pas vocation à résoudre des problèmes mais à être subversif, tandis que la science rassure, modélise, technicise. La thérapie, du côté de la science, n'est jamais subversive, sauf peut-être la thérapie psychanalytique. Souvent, les art-thérapies sont des psychothérapies (voire des ergothérapies) qui cachent leur nom.

Il ne faut pas sacraliser l'art en lui conférant des pouvoirs de guérison, il ne faut pas en faire davantage avec la thérapie, qui, à l'instar de la science, connaît des limites et requiert une formation complète des personnes qui la « servent ». Les rôles doivent être partagés.

Jean Florence évoque l'exemple d'un atelier-théâtre organisé dans une institution psychiatrique. L'optique thérapeutique doit être exclusivement celle de l'institution qui accueille cet atelier et qui présume sans doute de l'effet bénéfique que peut avoir chez certains malades ce genre d'activité. C'est le rôle de l'institution pour qui l'atelier-théâtre est un outil sélectionné en vue d'une fin. C'est sa logique. Mais elle ne doit pas investir cet atelier d'une mission qui outrepassse ses compétences. La seule mission qui est en droit d'être demandée est celle de « donner de la joie et du plaisir à être actif ». Certains, plus modestes, parlent d'ailleurs d'expression à la place d'art. L'institution doit être prête, de son côté, à accepter entre ses murs de l'imprévisible, de l'incertain.

L'optique de l'atelier, qui représente alors un espace en marge de l'institution, un îlot secret, intime et indépendant, n'est pas thérapeutique mais créatrice, expressive, « anarchiste », voire dangereuse. *C'est une bombe !* Il s'adresse non à des malades, mais à des sujets. La relation qui s'y établit est de sujet à sujet, dans une attention faite à la singularité de chacun. L'art n'est pas utilisé comme un moyen en vue d'une fin « car l'art n'a d'autres fins que son propre exercice ». Ce qui est éventuellement thérapeutique c'est cet exercice de l'art, non sa production. Il ne doit idéalement connaître aucune pression de l'institution quant aux résultats à obtenir. Forcer l'expression n'est pas forcément faire du bien. Les effets d'un atelier sont parfois si indirects qu'une évaluation semble dérisoire : selon quels critères, aux vues de quelles productions ?

Ce n'est cependant pas parce que les optiques sont différentes qu'un travail en commun est impossible. Au contraire, il est nécessaire car elles sont complémentaires. Un dialogue franc et sincère, avant et après les ateliers, entre artiste et thérapeute, est important. Un cadre commun doit être trouvé où l'artiste et le thérapeute se retrouvent. La présence d'un thérapeute à l'atelier, si elle est expliquée, peut même être rassurante pour l'artiste.

Éléments de conclusion

Comment distinguer l'artiste intervenant en milieu de soin (sans responsabilité thérapeutique) de l'art-thérapeute (qui endosse alors une certaine responsabilité thérapeutique) ?

L'instrumentalisation ou non de l'art paraît être un élément de réponse : nous parlerons d'art-thérapie quand l'art – sa technique - est utilisé comme un média, un moyen en vue d'une fin en l'occurrence, ici, thérapeutique. Pour reprendre la définition de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours – A.F.R.A.T.A.P.E.M.¹, L'Art-thérapie est ainsi « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique »².

Nous parlons d'artiste intervenant en milieu de soin quand celui-ci/celle-ci propose une expérience artistique comme une fin en soi. Dans ce cas, la démarche a plus à voir avec la transmission ou le partage d'une expérience artistique accessible à chacun qu'avec une volonté d'amélioration de l'état des patients. Et pour justifier sa présence dans ces lieux de soin, l'artiste ne doit pas chercher, en aval, des conséquences positives, complémentaires à la thérapie. Il lui suffit de convoquer, en amont, le droit à l'épanouissement culturel garanti à tous, y compris les plus faibles et les plus marginalisés.

Si le milieu dans lequel l'artiste intervient est thérapeutique, son acte à lui ne l'est pas. Son acte est celui d'un artiste. Mais il peut cependant contribuer au projet de soins. Le chef du service pédiatrie ou le directeur de l'institution psychiatrique accepte ainsi la présence d'un artiste car pour lui, de son point de vue thérapeutique, elle peut être bénéfique. Les effets thérapeutiques de l'activité artistique restent de l'unique responsabilité des thérapeutes qui la font venir dans leurs lieux.

Y a-t-il des points de convergence entre l'artiste intervenant en milieu de soin, l'art thérapeute? L'humilité, l'ouverture à l'inattendu, l'attention extrême à la relation qui se construit peu à peu sont également revendiquées par Patrick, Fabienne et Laurent. Bien que leurs objectifs diffèrent, les artistes et art thérapeutes ont le même souci de la relation à la personne bénéficiaire de soin. Comme le précisent Fabienne Cassiers et Laurent Peeters, ce qui importe, c'est d'ouvrir un espace où soient possibles l'expression et la rencontre. Sur ce point en tout cas, les artistes les rejoignent. Et lorsqu'une personne est dotée de compétences à la fois artistiques et thérapeutiques, il faut nécessairement choisir entre, soit le terrain/la position thérapeutique, soit le terrain/la position artistique. Quitte à utiliser les compétences d'un champ pour nourrir l'autre, mais à condition de s'être situé d'abord.

Si la position artistique semble plus ou moins claire (*l'art pour l'art*), il apparaît néanmoins que la position thérapeutique quant à elle peut se décliner de plusieurs façons. Il y a la position de l'A.F.R.A.T.A.P.E.M. , où les potentialités de l'expression artistique ne sont considérées que comme des moyens, des outils, prises d'emblée dans un langage (hétérogène) et une ambition scientifique / médicale. Il y a aussi la position de l'A.R.E.A.M., qui laisse plus de place au non-savoir, qui interagit avec la volonté du sujet, pose avec lui, à partir de lui, les finalités de la thérapie qui sont sans cesse évaluées, réajustées... Le tâtonnement, l'hésitation, qui participent plus d'une démarche artistique que scientifique, sont ici au cœur de leur pratique. Cependant, bien que les art-thérapies peuvent se décliner dans un champ qui va de la scientificité pure à (quasi) son contraire, il n'en reste pas moins qu'elles assument pleinement leur rôle thérapeutique et la responsabilité qui en découle. Rôle et responsabilité auxquels ne doit pas prétendre un artiste qui travaille en milieu de soin.

¹ Association Française de Recherche et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine, à l'origine du premier Diplôme Universitaire d'Art-thérapie français, l'Afratapem a donné les bases scientifiques de l'Art-thérapie

² in « Repère Métier », Afratapem - <http://www.art-therapie-tours.net/>

Pour en savoir un peu plus :

Quelques références bibliographiques :

- FLORENCE, J, *art et thérapie, liaison dangereuse*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 1997
- KLEIN, J-P, *L'art-thérapie*, Paris, PUF, coll. Que sais-je? n°3137, 2001
- WINNICOTT, D-W, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, Gallimard, 1975

Quelques sites, pages web,...

- Site afratapem : <http://www.art-therapie-tours.net/afratapem.html>
- Site aream : <http://www.aream.be/>
- Site du réseau Art et Santé : <http://www.artetsante.be>
- Site de Culture et Démocratie : <http://www.cultureetdemocratie.be>
- Code de déontologie de l'artiste intervenant en milieu de soin : <http://www.cultureetdemocratie.be/fr/documents/Codedeontologie.pdf>
- Brochure du Réseau Art et Santé : <http://www.cultureetdemocratie.be/fr/documents/ArtetSantepublication.pdf>