

Bruxelles, le 22 novembre 2006

SYNTHÈSE

DES CINQ ATELIERS DE RÉFLEXION MENÉS DANS LE CADRE DU RÉSEAU « ART ET SANTÉ »

RÉDIGÉE PAR JEAN NOËL

Avec la collaboration de Régine Galle (Libr'aire asbl), Georgette Hendrijckx (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola), Marie Koerperich (Le Maître Mot asbl), Renelde Liégeois (Lapsus Lazuli asbl), Séverine Monniez (Culture et Démocratie asbl), Marie Poncin (Culture et Démocratie asbl), Catherine Vanandruel (Fables Rondes asbl), Fabienne Vanderick (Clinique Sainte Anne Saint Remi), Dominique Van Gheem (Psy chez soi asbl) et Sabine Verhelst (Culture et Démocratie asbl).



Avec le soutien de la Commission Communautaire française et le réseau Canal-Santé

Culture et Démocratie asbl
60 rue de la Concorde - 1050 Bruxelles
Tél : 02/502 12 15 - cultureetdemocratie@scarlet.be - www.cdkd.be
Contacts : Séverine Monniez et Marie Poncin

CHARADE POUR UN ART DE VIVRE : LE BONHEUR RELIE

Mon premier pensait soigner : il a pris le tour de tailler son crayon pour tailler un corps dessinable, envisageable, respectable et d'en faire un écrit, un dessin, une silhouette de soin, une silhouette de guérison ou des silhouettes de soignant-soigné en alliance.

Mon second pensait monter sur les planches mais le théâtre manquait de vie quand les chambres d'hôpital en étaient pleines.

Paradoxal il s'est mis en scène dans une prise de soin qui prenait chair dans la vie d'enfants.

Mon troisième a entrebâillé la porte et découvert qu'art et soin supposent qu'on pratique l'art du soin et le travail avec soin de l'artiste, comme l'art qui fait l'artiste peut prendre soin de l'homme ou permette à l'enfant mal à l'aise, dans son mal à dire qui fait maladie, de trouver l'expression au crayon, au clown, au théâtre, au poème et d'entrer en vie, en communication ou de se préparer à la sortie qui sera la sienne: sortie de l'hôpital, du paysage, parfois de la vie même en laissant une trace de son passage.

Mon quatrième se dit que le réseau familial de l'enfant familial et scolaire est singulièrement ému par le départ en maladie de l'un des siens, que les soignants ont encore à apprendre à soigner alentour du malade, les proches ou l'entourage pour qu'ils le restent (proches et entourants) et qu'un peu de beauté, d'expression, de rêve et même des points de suspension conduiront chacun du plus savant au plus souffrant, du plus isolé au plus souriant à dire avec persévérance : j'ai ce bonheur d'être connu, reconnu, soigné et de prendre soin du suivant. Ah quel bonheur !

Michel Kesteman
Directeur de l'Espace Social Télé-Service
Coordinateur du Réseau Canal-santé
www.canal-sante.be

Les membres du réseau « Art et Santé » se sont réunis régulièrement afin de partager leurs pratiques et réflexions. Ils ont fait appel à Jean Noël, philosophe, pour animer les débats et diriger la réflexion ainsi que d'en rédiger la synthèse. Les échanges ont eu lieu, de janvier à juin 2006, au cours de cinq rencontres dont certaines se sont déroulées sur des sites hospitaliers afin d'encourager la participation du personnel soignant.

Le groupe de pilotage est constitué de dix artistes (conteurs, plasticiens, magiciens, clowns, musiciens...) intervenant depuis de nombreuses années en milieu hospitalier, principalement auprès d'enfants, de deux infirmières et des représentantes de Culture et Démocratie. Une vingtaine d'acteurs de terrain se sont ajoutés à ce premier noyau, au fil des réunions.

Sabine Verhelst, ancienne coordinatrice de l'asbl Culture et Démocratie et Catherine Vanandruel, membre du comité de pilotage, se sont chargées de la mise en place et du suivi de ce projet.

À partir des interrogations du groupe de pilotage, Jean Noël a formulé onze questions qui constituent le fil rouge des ateliers¹. L'objet de ces ateliers était de déterminer, en aval de la description que les artistes font de leur pratique professionnelle au sein d'un milieu de soins, « ce qui se passe », ou « ce qui passe » dans l'interaction qu'ils établissent entre le patient et eux-mêmes, entre les acteurs en milieu de soins et eux-mêmes, par la médiation du geste artistique. Pour ce faire, étaient investi deux vastes champs de travail : l'art et la santé, en faisant le pari qu'il existe une intersection entre les deux, intersection qui positionne leur art singulier. Il était question de répondre « au plus près » aux questions initiales, sans déborder ni opérer d'associations libres qui nous éloignent de l'objet investigué.

C'est donc à partir des expériences et des réflexions des acteurs de terrain que Jean Noël a tenté de dégager des « linéaments de pensée » qui définissent au plus juste ces pratiques spécifiques.

La difficulté consista ensuite à retranscrire les débats sans réduire la richesse des échanges, de ce qui se vit oralement mais qui se perd dans l'exercice d'écriture. Après les cinq retranscriptions de chaque atelier, puis la reconstruction d'un premier texte de synthèse (qui faisait la gageure d'à la fois donner les lignes de forces des propos échangés et de restituer la teneur du débat jusque dans ses détails anecdotiques), nous avons décidé d'opérer une seconde synthèse – dont ceci est le fruit – qui reprend les idées principales développées dans les ateliers, en y ajoutant quelques références éclairantes du philosophe animateur à côté des anecdotes les plus significatives des intervenants.

¹

Voir annexe 1. Seulement sept de ces questions ont été abordées.

1. Définitions

Le défi préalable à un débat aussi ouvert que le nôtre est de définir les termes utilisés, sans stériliser les interventions dans leur spontanéité. C'est d'autant plus difficile que l'art déployé en milieu de soins, que ce soit à l'hôpital, dans une maison de repos, un lieu d'accueil ou ailleurs, est une expérience relativement récente. La nomenclature des actions menées est loin d'être fixée. C'est au cours des échanges que certaines choses ont pu être précisées, que les positionnement mutuels (artiste, soignant, santé et thérapie, art et thérapie, etc.) ont pu se préciser.

a) Thérapie et Art

La thérapie, qui concerne les actions et les pratiques destinées à guérir², s'est adjoint, ces dernières années, le substantif « art ». On parle beaucoup de nos jours d'art-thérapie, ou encore d'art à *effet thérapeutique*. Évidemment, lorsque les artistes entrent en milieu de soins, on ne peut s'empêcher de faire le rapprochement ! Comme si l'art recelait quelque chose qui facilite la guérison, voire, au mieux, la provoque. Une intervenante a été jusqu'à dire que l'art réintroduirait « une médecine traditionnelle à l'hôpital ». Tant les médecins que la majorité des artistes présents ne souscrivaient pas à cette hypothèse. Pour eux, l'art se suffit à lui-même et n'a pas pour objectif d'être thérapeutique : l'art n'est pas déployé en milieu de soins *pour guérir*. Cependant, comme il se pratique dans un contexte singulier, il nous appartient d'en relever la spécificité. Pour ce faire, nous ne pouvons aller qu'en aval de la pratique professionnelle des intervenants qui nous expliquent leur art en milieu de soins.

Nous reconnaissons que l'art peut avoir un effet thérapeutique non voulu, dans le sens qu'une amélioration du patient peut voir le jour lorsqu'il se prête à la création artistique. Cet effet thérapeutique, l'artiste ne le vise pas puisque son premier objectif est de partager une activité artistique, de l'exercer dans le cadre d'une interaction avec le sujet : que ce soit avec la conteuse, la plasticienne, le clown, le musicien, le patient fait de l'instant « quelque chose ». Nous verrons plus loin que la grille de lecture de cet effet thérapeutique diffère selon le regard de l'artiste ou du médecin.

L'art est une *praxis*, pour reprendre une terminologie aristotélicienne, c'est-à-dire une action qui n'est pas subordonnée à une fin qui lui est extérieure mais dont la fin est dans son expression même. En effet, lorsque le musicien plaque un accord sur le piano, si l'action est réussie, elle est immédiatement juste. Sa valeur est immédiatement adéquate à son expression. Il en est de même pour l'acteur. Il doit jouer juste. Les gestes et les mimiques doivent être concordants au rôle joué dans la représentation. Mêler art et thérapie est forcément problématique, ce serait subordonner l'art à une fin qui lui est extérieure : la guérison.

b) Art et médecine

La médecine est une science qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé, elle peut être également vue comme l'art de prévenir et de soigner les maladies³. C'est dans cette deuxième partie de la définition que les ambiguïtés peuvent survenir... Peut-on, à cet endroit, faire un rapprochement entre le monde de l'art et celui des soins de santé ?

² Définition du Robert.
³ Ibid.

Ce serait peut-être aller un peu vite en chemin car ce serait faire l'économie d'une médecine qui fonctionne selon le modèle des sciences de la nature, passée au crible des grilles de lecture des sciences expérimentales, passant de « l'art de soigner » à « l'objectif de guérir »⁴, impliquant une hyper-spécialisation, voyant dans la mort « un échec » de la médecine, dans sa mission première bien plus « qu'une fin de vie ».

Pour le dire encore autrement, le médecin n'est pas (ou plus) un artiste, mais plutôt un savant.

La médecine est une pratique thérapeutique, dans le sens qu'elle subordonne son action à une fin : la santé, la guérison. Bien que son action soit immédiatement articulée à certaines valeurs (habileté, efficacité, rentabilité) et que celle-ci puisse s'accompagner d'actes moraux (de l'ordre de la *praxis*) comme un sourire, de la bienveillance ou de la compassion, l'acte thérapeutique lui-même n'a de valeur que lorsque la fin visée est accomplie à terme.

C'est la raison pour laquelle c'est un regard de savant qui se pose sur l'activité artistique en milieu de soins. Mais ne serait-ce pas « une faute de grammaire »⁵ que de croire que ce regard est pertinent pour juger l'art ? Si le savant s'autorise à le faire, ce n'est pas du point de vue du savant, mais c'est sa fibre artistique qui parle.

Le savant voudrait s'autoriser à parler de l'activité artistique parce qu'elle opère une incursion dans le milieu hospitalier. Tel est le nœud que nous essayons de dénouer, au même titre que nous nous interrogeons sur la pertinence du regard d'artiste sur le monde de l'hôpital qui peut ne pas être dénué de « fautes de grammaire ». Nous allons en débattre plus précisément dans les pages suivantes.

c) Soignants et artistes

Nous avons repris sous le terme de soignant, toute personne investie dans la fonction thérapeutique en milieu de soins : médecin, infirmier, kinésithérapeute, psychologue, éducateur spécialisé, etc.

Par milieu de soins, nous entendons toute institution qui veille à l'accompagnement des personnes fragilisées, soit en leur prodiguant des soins pour rétablir leur santé, soit en préservant leur état de santé actuelle : hôpital, clinique, maison de repos et de soins, institution psychiatrique, centre de revalidation, maison médicale, centre d'accueil pour enfants ou réfugiés, etc.

Les artistes ne sont pas des soignants, mais ils doivent prendre en considération, lorsqu'ils travaillent dans ces milieux, le fait d'interagir avec des personnes dans une situation singulière. L'état de patient ne permet évidemment pas aux artistes de considérer ce « public » comme un autre, d'autant qu'ici la scène ou l'atelier sont très singuliers. Elle se limite parfois à une chambre d'hôpital, un couloir ou une salle d'attente.

⁴ Nombreux textes en matière de déontologie de la pratique médicale tournent autour de cette question : « une médecine calquée sur une science expérimentale, qu'est-ce qu'elle y gagne, qu'est-ce qu'elle y perd ? Elle y gagne beaucoup, naturellement (l'espérance de vie ne cessant de croître), mais son mode de fonctionnement éclipse certaines questions existentielles (jusqu'à dénier la mort elle-même, ne la ressentant que comme « un échec »). Les nouveaux départements de soins palliatifs viennent pondérer ce propos, aidant les mourants à une fin de vie plus « humaine », c'est-à-dire ne déniaient pas la mort ni ne la réduisant à un « échec ».

⁵ J'entends par là : mélanger deux jeux de langage (comme le dirait Wittgenstein), celui de l'art et celui de la science, qui n'ont ni les mêmes référents, ni les mêmes règles internes. La faute de grammaire, pour Wittgenstein, rend illisible le propos, car toujours-déjà ambigu par le mélange qu'il opère.

Par sa formation, l'artiste n'est pas un soignant, sa fonction consiste à partager un art dont il a la maîtrise. La majorité des intervenants ont beaucoup insisté sur ce fait : c'est un artiste qui propose un service, et non un soignant qui se « convertit » par miracle en artiste. La maîtrise de l'art en serait affectée. Quand bien même l'art se fait à cet endroit, auprès d'un public de personnes en difficulté, la valeur ajoutée de l'artiste serait affectée si on le réduisait à une fonction thérapeutique.

2. Pratiques de l'art à l'hôpital

a) La représentation

La double particularité des artistes en milieu de soins est d'entrer dans l'intimité du patient en pénétrant dans une chambre, par exemple, et de s'adapter au contexte tout en jouant un rôle spécifique au regard des parents, des infirmiers et des médecins. Quand il passe la porte, l'artiste doit d'abord sentir l'ambiance, ensuite l'acte artistique s'articule directement et le plus justement à une situation singulière qui demande « un jeu » et/ou une présence particulière. Cette mise en relation implique une dynamique créative, où les patients, les proches, interagissent de consort. C'est aussi l'enjeu du jeu : que le patient ne soit plus passif dans sa condition et qu'il puisse s'accorder un moment de répit, un temps pour suspendre son angoisse.

Les clowns à l'hôpital travaillent en duo. Ils ont quelques canevas d'improvisation. Leur art porte sur une pluralité de « savoir faire » : humour, musique, poésie, contes, danse, etc. La dimension clownesque consiste avant tout à subvertir, mettre un biais. Un lit d'hôpital peut devenir un bateau, les fonctions sociales (et les masques qui s'y rapportent) sont prises à contre-pied : portant le masque du clown, on peut s'y autoriser. Le milieu de soins pouvant être, finalement, assez oppressant, alléger cela par l'acte subversif et clownesque permet au patient, peut-être, de mieux assumer une situation de contrainte propre à la médecine fonctionnelle. Autant l'hôpital, aux rouages bien huilés, se veut efficace que le clown fait montre de son inefficacité complète. Aussi, les artistes ont beaucoup insisté sur la préparation : le temps de mettre ses habits, le temps d'incarner son personnage et de faire « effraction » dans l'hôpital, doté de son nez rouge comme seule « mise en scène ». Tout cela requiert beaucoup de concentration et un rituel de mise en condition spécifique.

Dans un hôpital psychiatrique, il faut insister sur le fait que l'improvisation est, par contre, une situation à haut risque. La préparation des scènes ou des contes doit faire l'objet d'une grande minutie étant donné le public. Cet atelier s'accompagne d'un principe de précaution. Si le public est constitué, par exemple, de psychotiques, il est question de répéter sans cesse que l'on est en « représentation ». Le psychotique prend « au mot ». Il convient donc de mettre un écart entre le symbolique et le réel afin que l'imaginaire puisse se déployer. Pour ce faire, le lieu géographique de la scène est d'une importance capitale ainsi que le fait d'insister sur le « ici on joue » et non qu'il s'agit du « pour de vrai ». La question de la relation au patient est encore évoquée dans les interventions artistiques en soins intensifs (les artistes sont parfois amenés jusqu'à cet endroit) où l'on tente alors de prendre un contre-pied à la situation vécue par le patient.

D'autres artistes travaillent avec des tout-petits. Dans ces situations, par exemple, un objet musical tel l'accordéon sera perçu par les enfants comme une deuxième personne. C'est aussi l'instrument du souffle, du vent, il intrigue donc et fait un peu peur. Pour ce très jeune public, il s'agit également de répéter que l'on est en représentation afin d'apaiser la peur.

Mais toujours, on travaillera de connivence avec les adultes présents auxquels les enfants s'identifient.

Une plasticienne explique que dans le cadre de ses ateliers, il s'agit de revenir à des choses simples, basiques. Elle propose son activité avec un costume (c'est important car il donne une identité, un rôle), un chariot, des crayons. Elle répond à la demande. Elle fait un voyage avec l'enfant, comme dans une bulle. Elle peut entrer dans une interaction très forte. C'est de l'ordre de l'instant. Ce rapport se fait sous le mode du partage, de l'apprentissage. Parfois elle donne aussi des cours de dessin. Si avec les artistes de la scène tout s'agrandit, avec les plasticiens tout devient petit. Le dessin est un tout autre outil d'expression que la parole. Ici, l'artiste n'intervient pas directement sur le réel mais utilise l'art comme un élément d'apprivoisement, pour entrer en communication, créer du lien.

Dans tous les cas de figure, les artistes préparent leurs interventions pour ouvrir un espace de représentation qui se décale de la « vie habituelle » de l'hôpital, de manière à laisser se déployer l'imaginaire du patient par le biais d'une action artistique, action artistique qui peut enfin s'exprimer parce que l'artiste pose le cadre qui l'y encourage. La raison pour laquelle l'art pose ce biais, ce moment, c'est justement pour entrer en relation avec le sujet humain qui n'est plus soumis à des impératifs thérapeutiques. On tente ainsi de créer pour lui un espace de liberté - dont il peut d'ailleurs se détourner quand il le désire - alors que les soins prodigués le sont obligatoirement, par nécessité.

L'effet subversif (créant un écart dans un processus que l'on considère comme normal ou « justifié »), en peignant, par exemple, des couleurs dans un environnement blanc et aseptisé, est une chose parfois difficilement admise. Entrer dans une relation de confiance auprès de maisons de repos avec un projet artistique n'est pas encore vraiment une chose acceptée par tous les professionnels de soins. Des artistes clowns ont déjà été refoulés sous prétexte qu'ils pourraient « infantiliser » la personne âgée.

b) Les trois dimensions de la représentation

- ***Selon l'action :***

Le travail d'artiste peut avoir un *effet thérapeutique* de surcroît, mais l'artiste n'est pas pour autant un thérapeute. Il n'en a ni le langage ni la grammaire. Comme nous l'avons déjà dit, si l'on vient avec l'intention d'être soignant, on rate le geste artistique.

Si nous admettons que l'art est de l'ordre de la *praxis*, c'est-à-dire que sa valeur est contenue dans son geste (c'est d'autant plus évident pour l'acteur, le musicien, que pour le peintre par exemple), l'artisan, lui, est dans le registre de la *poiésis*, au même titre que le médecin. C'est la raison pour laquelle un artiste n'est pas un artisan, car l'artisan subordonne son action à l'objet qu'il veut créer, l'objet ayant ici une valeur supérieure aux moyens mis en œuvre pour sa réalisation. En effet, ce dernier utilise des moyens en vertu d'une fin qui leurs est supérieure (la guérison). Bien que son geste d'artisan nécessite de l'habileté, de la perspicacité, une capacité d'analyse extrêmement rigoureuse, le tout est subordonné à la fin qui est de supprimer la pathologie qui affecte le patient. L'art, par contre, n'entre pas dans le registre de l'utilité, mais dans celui du sens immédiatement adéquat à son expression.

Étant d'un registre différent, l'artiste en milieu hospitalier crée une dynamique inédite au sein d'une structure utilitaire. Il crée des micro-événements qui suscitent un sourire chez l'enfant, un souvenir chez la personne âgée. Il pose un biais dans une dynamique fonctionnelle.

Par la différenciation que nous venons de faire entre *praxis* et *poïesis*, nous arrivons peut-être à clarifier le rôle essentiel de l'activité artistique en milieu de soins : restituer ce qui, dans l'être humain, ne se subordonne pas exclusivement à un rôle purement fonctionnel et utilitaire. Les micro-événements produits restituent le sujet, en tant que « fin en soi » et non en tant que « moyen » en vue d'une fin qui lui échappe.

- ***Selon le temps, différenciation artiste/hôpital :***

Que ce soit à l'hôpital ou dans la maison de repos, « l'attente » est redoutable. Que ce soit la salle qui s'y prête avant la consultation auprès d'un médecin ou la chambre du home où la personne âgée s'ennuie d'attendre ses petits-enfants, le corps attend en silence un rendez-vous qui ne vient pas, le sujet se subordonne à un objectif qui tarde (le résultat des analyses, l'arrivée du petit-fils). Cette attente peut être ressentie comme absurde lorsqu'une série d'interventions médicales s'accompagne de silences et d'absence d'explications. À cet endroit, l'artiste peut faire du moment quelque chose *d'inattendu*. Justement, c'est la base de son exercice.

En effet, ne subordonnant pas son action à une fin qui se fait attendre, l'improvisation de l'acteur, par exemple, consiste à faire du « maintenant » quelque chose.

Ainsi, l'artiste se différencie du médecin parce qu'il vit un autre temps : autant le temps du médecin est « compté » (a-t-il seulement le temps de faire tout ce qu'il doit faire ?), il lui manque le temps de prendre le temps, justement, car son agenda est fort rempli, son action se subordonne constamment à des « deadlines »⁶ à respecter, à des consultations à donner, à des actions et des objectifs à accomplir.

L'artiste se doit d'être pleinement là, certes, mais seulement le temps où il est là (quelques heures par semaine), il vit *l'hic et nunc* (l'ici et le maintenant) et ne peut rater son geste artistique.

Et s'il rate, il doit rebondir « *là où ça a raté, pour faire réussir par là où ça rate* » (Lacan). Le geste manqué du clown (le ratage, l'incongru, la bêtise), à cet endroit, a très certainement quelque chose de fort à faire passer.

- ***Selon l'espace, différenciation artiste/hôpital :***

C'est principalement une affaire de « distance » à gérer. Le premier souci de l'artiste est de créer le contact avec son public, donc de se *rapprocher* du patient. En effet, le travail de la mise en scène, le personnage qu'il incarne, la musique ou le dessin sont censés faire l'objet d'une *projection* du patient qui pourra s'y identifier.

Tous les tours existent pour ce faire : quand un enfant dit « *qu'il ne veut rien* », et qu'on lui demande malgré tout ce qu'il désire, on peut créer « *à partir de rien* », en jouant sur les mots ou leur sens : « *rien du tout, mais c'est déjà quelque chose, c'est quoi pour toi ?* ».

Autrement dit, l'artiste saisit « un tout petit bout de ce quelque chose » qui se passe entre lui et l'enfant de manière à se rapprocher et à créer du lien. Mais de ce lien, l'artiste reconnaît l'existence ponctuelle et éphémère.

Du point de vue de la médecine, la fonction nécessite une certaine distanciation. En effet, le rapprochement qui implique un attachement affectif ou de la familiarité serait dommageable pour une personne dont l'exercice ne peut être parasité par des données émotives, sous peine de mettre en échec l'acte médical et scientifique qu'on se doit d'opérer.

Grand nombre d'intervenants signifièrent ici qu'un bon médecin se devait tout d'abord d'être en empathie avec son patient afin de s'assurer la confiance de ce dernier et surtout de lui

⁶ Mise en abîme et jeux de mot. Ligne de la mort, littéralement, est en réalité une « date butoir ». Le médecin se doit de respecter la « ligne de la mort » sans jamais la traverser, mais de donner les moyens aux patients « de l'éviter » en prolongeant le voyage. C'est en cela que la « deadline » est à respecter, dans le sens tenir en respect.

donner les moyens psychologiques de surmonter ses difficultés. Un patient, en effet, peut se refermer sur lui-même, être moins « compliant » si le médecin ne montre qu'indifférence à son égard.

À cela, un médecin expliqua que l'investissement émotionnel ne pouvait durer que le temps de l'échange avec le patient, qu'une fois la consultation passée « il faut avoir la force de fermer la porte » afin de se donner les moyens émotionnels, justement, d'entrer dans une autre chambre, d'être aux prises avec un autre problème et un autre patient.

Le positionnement est plus complexe pour les « *clowns relationnels* ». En effet, doit-on les prendre pour des soignants ou pour des clowns à l'hôpital ? Si l'infirmière est clown, il est préférable qu'elle ne le soit que pour un public donné et qu'elle soit infirmière pour un autre public ou en tous les cas que le « scénario » mis en place n'implique aucune confusion des rôles.

3. Évaluation

Comme nous l'avons montré, l'art dans un milieu de soins ne trouve sa justification ni dans l'art ni dans les domaines de la thérapeutique mais dans sa pratique elle-même, singulière, qui se démarque de la pratique du soignant autant que de celle de l'artiste solitaire : l'art dans un milieu de soins est « *toujours déjà* » en interaction. Sa singularité implique qu'il s'adresse au patient qui a la souveraineté d'être créatif ou pas avec l'artiste.

L'art en milieu de soins *invite* le patient, alors que les traitements prodigués le sont obligatoirement. Autrement dit, la médecine moderne fonctionne sur le mode de la nécessité (cela ne peut être autrement, sous peine de ne pas guérir), alors que l'artiste fonctionne sur le mode de la contingence (cela pourrait être autrement voire ne pas être car le patient peut ou non accepter l'invitation).

Comme l'artiste travaille dans un milieu très singulier, il est soumis à une série de contraintes : la première, déontologique, est énoncée précédemment. S'il entre dans un milieu destiné pour l'essentiel à des soins, il ne peut le faire « par effraction ». Il se doit de frapper avant d'entrer, de soumettre sa proposition de travail auprès du sujet et doit avoir l'humilité de se retirer si le sujet décline son invitation. Ensuite, la majorité des artistes affirment qu'il vaut mieux être artiste à part entière plutôt que « soignant qui change de casquette » : le patient n'est pas troublé par l'ambivalence d'un personnage mais fait connaissance, se laisse apprivoiser par un univers artistique véritable.

a. D'un point de vue politique

Nous entendons par politique les négociations nécessaires entre responsables de la société civile et politique (en l'occurrence : directeurs d'Institutions, responsables de projets du secteur de la Culture et de la Santé, instances subsidiaires de l'État).

Cette pratique de l'art à l'hôpital existe depuis plus de quinze années. Actuellement, des initiatives qui sont d'inégales valeurs se multiplient. Il s'agira pour le réseau « Art et Santé » de rédiger un code de déontologie commun qui implique le respect du patient et une certaine adaptabilité au milieu de soins. Ce texte, nous tentons pour le moment d'en constituer les linéaments.

Il est certainement l'heure de faire le point. Comment se positionner ? Quelles sont les différences entre les diverses disciplines pratiquées en milieu de soins ? Comme nous l'avons dit, c'est en aval d'une pratique que nous nous autorisons d'en dire quelque chose. Il

ne s'agit pas ici de poser a priori un texte théorique résultant d'une analyse de l'art et de la santé mais de procéder en une description minutieuse du travail en cours, comme nous venons, d'une certaine manière, de le faire.

Comme l'a dit un directeur de clinique lors d'une des cinq rencontres : « Au travers d'entretiens, et via le retour du service, des décisions peuvent être prises en faveur de projets artistiques s'insérant dans un service. Il faut connaître et préciser les limites, le rôle, le cadre, le règlement. Il doit exister une convention, un contrat, une description de la fonction élaborée conjointement entre l'artiste ou l'association qui le représente et le milieu de soins. ».

À partir de là, tout commence... Reste à intervenir auprès de ce public singulier : les patients. Reste à diffuser notre rapport, afin de prendre connaissance de son éventuelle force : celle d'être la pétrification d'un accord.

b. En synthèse

L'art en milieu de soins n'est pas complémentaire à la médecine (comme si dans sa méthode et son objectif, la médecine manquait de quelque chose...) mais un supplément. Ce supplément d'art se vit toujours dans un lieu d'interaction et non dans un atelier d'artiste solitaire, ce qui ouvre l'art, en tant que tel, à une dimension plus sociale. Celle-ci serait-elle également d'ordre pédagogique ? Dans quelle mesure peut-on l'évaluer ?

Il est en effet commun d'évaluer une peinture ou un dessin. Mais qu'est-ce qui est évalué lorsque l'on apprend le dessin à un enfant cancéreux, par exemple. Qu'est-ce qui est évalué quand on transforme un conte en collage auprès de psychotiques ? La relation au patient ? Son mieux-être ? La qualité des productions ?

Quand un geste d'artiste auprès de patients hospitalisés est-il réussi ?

Nous avons déjà, d'une certaine manière, cherché la réponse : lorsque le patient participe à celle-ci et devient co-créatif, lorsqu'il se donne les moyens de faire de l'instant quelque chose et lorsqu'il peut se passer de l'artiste pour que son travail perdure pour lui-même dans un acte de vie, pour ne pas dire de guérison. Aussi, que l'artiste n'ait pas cette ambition trop rapide d'avoir pour horizon d'élever son art à la thérapie, bien qu'il puisse espérer que la santé vienne *par surcroît* de l'activité artistique. Son art n'a pas besoin d'être élevé car ce serait bien au contraire le réduire que de le limiter au seul champ de la santé. Cependant, comme l'artiste travaille dans un milieu singulier, il est légitime que ce milieu réclame de lui une connaissance et une prudence inscrites dans un protocole déontologique.

Peut-on évaluer l'artiste à l'hôpital par la production de ses œuvres ?

Le plus important est d'être en interaction. Cependant, un art ne se partage que dans la seule et unique mesure où l'artiste en a une réelle maîtrise et qu'il tente, individuellement, de s'approcher de l'excellence. Car ce n'est peut-être qu'avec cette excellence qu'il arrivera à mobiliser le patient dans l'apprentissage de sa technique.

L'artiste doit-il prendre en considération les contraintes thérapeutiques que subit le patient ? Par précaution, mais aussi pour prendre acte des possibilités de faire son travail. Un patient indisponible pour des raisons médicales ne pourra évidemment pas entrer en interaction.

Si ces conditions sont réunies, c'est un artiste qu'il doit être, un artiste en dialogue, qui met son art en relation.

ANNEXE 1

Réseau « Art et Santé » Questions pour l'atelier de réflexion

Attention, les questions sont à suivre dans l'ordre. Le débat qui s'en suivra donnera l'opportunité d'approfondir certaines questions, voire de les systématiser.

- Question 1 : Décrivez-moi votre travail.
- Question 2 : Quel est le regard que pose le milieu hospitalier à l'endroit de votre activité artistique ?
- Question 3 : Quel est le regard que vous posez sur le milieu hospitalier ?
- Question 4 : Le fait de faire votre art dans un environnement hospitalier, vous positionne-il comme artiste ou comme thérapeute ?
- Question 5 : En aval de cette discussion, pourriez-vous définir des frontières à partir desquelles vous vous positionnez mutuellement, artiste/hôpital ?
- Question 6 : Le patient est-il actif dans votre intervention artistique ?
- Question 7 : Comment le patient perçoit-il votre intervention ? Comme une opportunité de faire de l'art ? Comme une action thérapeutique ?
- Question 8 : Comment percevez-vous le patient ? Comme un malade que vous soignez par de l'art ? Comme un artiste « en herbe » qui a l'occasion de déployer son art en germe ?
- Question 9 : Comment sentez-vous le patient ? Faut-il que vous le receviez suffisamment "en bonne santé" pour entreprendre une activité artistique ? Quel est la limite que vous vous assignez à cet endroit ?
- Question 10 : Faites-vous la demande d'un diagnostic du patient auprès des médecins avant d'intervenir ? Quels sont les limites du secret professionnel ?
- Question 11 : Comment modulez-vous votre intervention artistique au regard du patient et suivant sa pathologie ?