

OBJECTIFS DES PSYCHOTHERAPIES

MEDIATISEES

Dr F. GRANIER

Janvier 2011

I Se situer dans l'évolution contemporaine.

L'art-thérapie est à la fois une discipline jeune, mais prise dans le mouvement très rapide de l'évolution contemporaine. Le contenu de ce mot change très vite, comme les pratiques, les demandes, les milieux, sans que de vrais repères structurants fassent à ce jour l'unanimité. Donc problèmes de définition, et de positions à choisir.

1) Pressions économiques sur les soins :

C'est l'évaluation sous toutes ses formes, dans tous les domaines de la vie institutionnelle (ex. les accréditations). Mise en place des A.R.S. (Agences Régionales de Santé) qui remodelent le paysage sanitaire et médico-social. Diminution du personnel médical et paramédical. Evaluation relevant avant tout de la quantification informatisée. L'art-thérapie n'y existe pas de façon individualisée (les actes). L'action culturelle vouée à l'humanisation y suit une autre voie, contractuelle et externe.

2) Compétition avec le milieu de l'art.

L'artiste est de plus en plus considéré comme un médiateur social, donc impliqué dans tous les domaines. Ses fonctions d'intermédiaire thérapeutique viennent palier les carences du système social d'aide. Stratégies immédiates qui n'ont plus à s'appuyer sur les modèles antérieurs du soin, en particulier théoriques. Contrairement à l'âge moderne où l'art s'engageait, l'art contemporain oscille entre deux extrêmes opposés, briller au sommet du marché, ou se rabattre sur cet ersatz de rôle social. Culture pour tous et crise économique, rapports ambigus, délégations incertaines.

3) Problèmes identiques du côté des psychothérapies.

Leur foisonnement a abouti à une dilution des théories et pratiques qui a obligé le législateur à intervenir. L'art-thérapie se prête encore plus aux dangers en retour pour la discipline de l'auto-institutionnalisation, cf. le nombre de formations, la dérégulation de ce marché. Sa clientèle doit fournir un effort de plus en plus important pour s'informer dans la presse et les médias. Le cursus de l'art-thérapie ne forme pas un psychothérapeute, pas plus d'un autre côté qu'elle n'a besoin de former techniquement un artiste. C'est impossible dans ces délais, inutile quant à son objet, ces deux

formations existent par ailleurs. La spécificité de l'art-thérapie est au-delà même de leur complémentarité. Et elle n'en est pas un substitut au rabais.

4) Variété des nouvelles indications.

L'art-thérapie ne concerne plus seulement la psychiatrie, mais toutes les tranches d'âge jusqu'aux plus extrêmes, toutes les pathologies (du cancer à la pathologie familiale...), tous les terrains (jusqu'aux guerres et catastrophes pourvoyeuses de P.T.S.D....). Où se situerait dans cet univers en extension une véritable démarche psychothérapique au sens classique, entre la remédiation cognitive, la catharsis accompagnée, l'accompagnement au mourant... Chacun devra y choisir une nouvelle sous-spécialisation. Le seul point commun ne sera peut-être bientôt plus que la nécessité d'un cadre strictement matériel minimal.

5) Evaluation.

Bête noire de l'art-thérapie, l'évaluation (qui doit toujours être double, sur les mécanismes et sur les résultats) est quasiment absente, du moins dans la culture francophone. Des efforts ponctuels sont pourtant louables, ne fut-ce que pour s'informer sur la diversité des pratiques. Nous sommes encore loin de certaines publications anglo-saxonnes avec leur précision méthodologique et leurs exigences éditoriales. Mais on peut redouter qu'un jour les organismes payeurs des soins ne s'y intéressent. De plus cela pourrait aider à formaliser une typologie des pratiques. Et on nous demande de plus en plus de justifier nos interventions selon des programmes ou des projets, qui eux sont soumis à l'évaluation.

II Constats en 2011

1) L'art-thérapie n'est jamais citée, référencée comme moyen thérapeutique dans aucun ouvrage de psychiatrie ou de psychopathologie, même récent. Elle n'y est pas reconnue. On se contente de citer les « ateliers » ou les « activités » créatifs, occupationnels, expressionnels. La question du rapport proprement thérapeutique à l'art n'y figure pas. Depuis le temps, les art-thérapeutes y tenaient-ils vraiment ? Absence qui constitue un lourd handicap pour l'acquisition de budgets spécifiques, ou l'accès à la recherche.

2) L'art-thérapie souffre d'une carence en recherche théorique spécifique.

La seule notion nouvelle en plusieurs décennies qui a eu un écho important, a été celle de médiation que nous avons apportée à partir des années 80. D'autres auraient pu émerger. Les pathographies

d'artistes constituent à ce jour le créneau dominant des communications et des publications, mais ne sont souvent malheureusement que des formes de psychanalyse appliquée, qui n'apportent aucune réelle nouveauté. L'écriture d'une réflexion à partir du terrain de l'atelier est encore rare. La clinique de l'esthétique serait une intouchable. Chez l'animateur, comme chez beaucoup d'artistes, la qualité du travail en atelier ne s'accompagne souvent pas du travail d'élaboration secondaire. Difficulté du passage d'un fonctionnement à l'autre, ou tradition pesante de l'aura de mystère autour de la création. La confrontation interdisciplinaire, en particulier avec le cognitif, est évitée. Reste le bon sens, l'étalage des notions de plaisir et de bien-être. Les art-thérapeutes, peut-être malgré eux du fait d'une discipline qui impose plus l'action, ne se sont pas encore suffisamment imposé cet effort. Peut-être la part de filiation psychanalytique est-elle trop pesante, soit sur le mode de la répétition, en particulier du côté des auteurs universitaires, soit sur celui du rejet, du côté des acteurs.

3) La demande est croissante.

Un abîme se creuse entre sociétés savantes et demandes sur le terrain. Plusieurs types de demande, d'abord l'illusion d'apprendre un savoir faire en particulier technique, puis au fil des années et des déceptions un besoin de compréhension psychothérapeutique, puis une réflexion plus globale sur le sens de la place institutionnelle de l'art-thérapie. Le grand problème est bien sûr de savoir que faire par rapport à la limite que constitue l'interprétation. Question difficile car cela suppose un bagage de départ, mais peut concerner des non-soignants avertis, expérimentés qui ont alors à envisager une certaine forme de reconversion. Par exemple des acteurs sociaux, des enseignants, ou des artistes, qui ont dépassé le stade de l'agir pour s'intéresser à la question du sens. Dans l'état actuel, il est difficile de dire, mais espérons pas impossible, que l'art-thérapie offre des réponses consensuelles à la demande. Le chemin de la formation devra passer par plusieurs types de confrontations, parfois contradictoires sur les différents terrains.

4) La définition de l'artiste elle-même fait défaut.

Sans s'étaler ou reprendre ce vieux débat, à travers toutes les candidatures que nous voyons passer, s'agit-il d'un jeune diplômé d'une école de multimédia contemporaine, d'un ancien malade, d'un soignant qui découvre sa propre créativité, d'une honnête et cultivée bénévole, d'un artiste qui a su traverser les difficultés de l'expérience de la vie, des reconversions professionnelles de l'ANPE... Encore faut-il aussi distinguer sensibilité artistique, que l'on peut faire partager, et réalisation artistique, pour laquelle la technique est d'ailleurs inutile pour bon nombre de nos malades. Si nous exposons aux côtés de l'Art Brut, soyons logiques n'attendons aucune technique, s'il s'agit de découvrir son vrai self, demandons plutôt un environnement thérapeutique « suffisamment bon » pour

cette démarche. Les art-thérapeutes ne peuvent pas ne pas se poser ces questions d'identité, sans compter même celles sous-jacentes qui les ont poussés à ce type de choix et de sublimation. Ces questionnements qu'il nous semble légitime d'attendre, nous paraissent d'ailleurs pouvoir être un critère différentiel entre l'art-thérapeute, et l'artiste qui lui n'y est pas obligé dans la pure quête de son travail esthétique.

5) Le rapport des usagers à la maladie est en train de changer.

Les droits des malades, la déstigmatisation, l'entraide, l'empowerment, l'information, les associations, l'alliance thérapeutique fut-elle sous contrainte, visent à permettre à l'utilisateur d'améliorer ses capacités de choix dans l'offre de soin, et à le rendre participatif. Mais l'art-thérapie risque là de n'y être une fois de plus qu'occupationnelle. De plus travailler la création au contact de la maladie n'est pas sans risque, et peut bien bénéficier d'un accompagnement psychothérapeutique. Sans oublier que créer est une chose, gérer le métier de créateur en est une autre, véritable principal handicap par défaut fréquent de compétences sociales et qui demande le soutien d'un cadre. Ainsi l'art-thérapie doit aussi se présenter comme ce nouveau type de soin, de co-création, de partenariat, elle doit informer autant sur la maladie que sur l'évolution de ce soin. Ce qui n'a rien à voir avec le monde des collectionneurs, ni celui du marché. Exposer une œuvre en soi ne nous dit rien du processus. Les aspects proprement muséographiques que pose la réalisation d'une exposition d'art-thérapie sont un bon critère pour réfléchir à la mise en valeur de ces nouvelles relations entre art et soin.

III Objectifs

1) Selon les indications.

a) Indications médicales, au sens classique, en milieu hospitalier temps plein ou temps partiel. Rares sont les services qui ont mis en place une politique de soin intégrant en profondeur dans leur organisation l'art-thérapie. La difficulté principale est dans le travail intra-institutionnel de coordination, de synthèse, de liaison avec l'atelier. Il faut une organisation spécifique et une équipe entraînée. L'intérêt est non seulement la qualité d'un tel cadre psychothérapeutique, mais aussi l'apport d'un matériel clinique fiable, retravaillé dans une optique de recherche. Cela demande la capacité à un double fonctionnement à la fois de rigueur médicale, méthodologique et

organisationnelle, et d'une disponibilité de qualité dans le travail artistique dont témoigne ensuite la qualité des œuvres.

b) Les « ateliers » de réinsertion, terme volontairement large, puisqu'il est celui le plus souvent utilisé, l'équivalent des fameuses « activités » réclamées par les familles. Atelier de resocialisation dans de multiples formes de structures intermédiaires, post-cure, réinsertion... C'est le vaste domaine de la réhabilitation, qui ne concerne pas de nos jours que la psychiatrie, qui peut demander autant d'efforts d'organisation, mais où l'objectif n'est pas tant psychologique qu'intégratif. C'est le domaine du médico-social, avec souvent le problème de la continuité avec le sanitaire.

c) L'animation, à un niveau encore plus large, a pour objectif l'humanisation par l'intervention culturelle. Allant de la pédiatrie, à l'hôpital général, à la prison, à l'action sociale, à la vie associative, ..., elle n'a plus tant un objectif individuel, que collectif selon les secteurs ciblés. Le véritable métier d'animateur n'est pas pour autant plus facile, quand il peut se retrouver à l'occasion d'une activité culturelle confronté à l'émergence d'un questionnement personnel nouveau par un usager. Position carrefour entre demande de la collectivité et demande personnelle, situation propre à un bon nombre d'associations de terrain qui vont au devant de pathologies ou d'équilibres instables. Alors peut apparaître un retour vers une demande plus psychothérapique, qu'il faut savoir reconnaître et amener à formuler.

2) Selon les milieux.

a) En milieu institutionnel. L'art-thérapie est née en milieu hospitalier, en particulier avec les psychanalystes d'enfants. Puis le courant des psychothérapies institutionnelles ne parlait que d'ateliers, pas d'art. La confusion fut également longtemps entretenue avec l'ergothérapie. L'art ne pouvait être médical. Très longtemps rares ont été les services qui revendiquaient l'art-thérapie à proprement parler. Depuis c'est le temps des interventions culturelles extérieures avec des artistes sous contrat. Comme si fonction soignante et fonction artistique étaient inconciliables, de nature trop différente, ou qu'un soignant ne puisse être créatif. Les contraintes budgétaires évoluant, un clivage s'opère, gestion par les administratifs des Commissions Culturelles. Clivage entre activités d'animation, de vitrine, et véritable psychothérapie par l'art. Articulations certes possibles mais superficielles qui souvent ne s'inscrivent pas dans la durée, et qui posent toujours le problème de la reprise.

b) En milieu extra-hospitalier, pour les structures intermédiaires, le risque est le même. Vu de l'extérieur en non-soignant, et en particulier aux yeux de nos responsables administratifs, il est certes tout à fait légitime de penser qu'une intervention externe peut avoir du bon pour stimuler autant les patients que les structures de soin, pour susciter l'esprit de curiosité, et l'intérêt pour le monde extérieur, ouvrir l'hôpital sur la ville, agrémenter l'approche par le public des problèmes de santé publique. Le problème n'est pas là. Il est à la possibilité ensuite de reprise de ce qui aura été vécu, expérimenté et donc de nouveau à la relation thérapeutique, pour recontextualiser et trouver un sens singulier dans une histoire personnelle. Position difficile pour l'artiste lui-même qui a le droit de se demander ce que l'on attend exactement de son intervention. D'ailleurs les exemples ne manquent pas d'artistes qui ont accédé à une autonomie de fonctionnement suffisante, qui rejettent toute idée de dépendance de l'art par rapport à la psychologie. Mais sur le marché du travail, les ambiguïtés inhérentes à ces situations intermédiaires qu'offre l'art-thérapie pèsent peu, comme nous le voyons si souvent parmi nos candidatures. L'art-thérapie n'est alors qu'un nouveau débouché.

3) Selon les niveaux des mécanismes d'action,

a) Soit c'est simplement le niveau conscient. L'expression, la catharsis, le bien-être, le plaisir...L'auto-thérapie du peintre du dimanche en fait partie. Discours purement descriptif d'un ici-et-maintenant de l'action, plein d'humanité et d'humanisme. Ancienne stratégie des premiers ergothérapeutes, travailler pour ne pas penser à sa folie, depuis le Moyen-Âge. Réactualisée dans la catharsis de Moreno, et aujourd'hui dans les notions (trop rapidement utilisées) d'empathie ou de charisme. Mais ces qualités personnelles n'appartiennent ni aux artistes, ni aux soignants, les bénévoles les possèdent, et l'humanitaire en use. Ce niveau peut parfaitement suffire dans certains cas, doit-on alors seulement parler de psychothérapie. Dans d'autres, ce sont les risques des débordements de l'affect qu'il faut apprendre à gérer pour respecter la position de neutralité dans l'aide à la création.

b) Soit c'est le niveau inconscient, avec l'interprétation du latent sous le manifeste. Mais alors qui, à quel titre, de quelle place, et surtout avec quel bagage théorique assume-t-il cette fonction ? C'est alors l'orientation psychothérapique classique qui semble primer. Encore que les écoles sont nombreuses avec des registres d'interprétations variés, et s'y rajoutent des formes de psychothérapies nouvelles qui ne se réfèrent même plus au modèle analytique. Certes il n'est pas de vérité unique, et c'est le procès qui compte davantage, mais ici plus qu'ailleurs l'expérience et la supervision deviennent nécessaires. Garanties comment ? Un corpus théorico-clinique important, si

solide soit-il, trouve toujours sa fragilité dans les failles qui à la longue créent ses écoles, portes ouvertes à la sectarisation, et surtout à la dévalorisation globale de la discipline. Pensons à la psychanalyse.

c) Soit c'est le niveau cognitif. Il n'y aura bientôt plus de maison pour personnes âgées, tous types confondus, sans son atelier. Rôle d'animation, soin palliatif aux absences familiales, et espoir d'entretien d'une vie psychique qui s'affaiblit. L'art-thérapeute peut se trouver mal à l'aise entre les véritables déficits cognitifs d'un Alzheimer, et de l'autre côté les états émotionnels d'une fin de vie où la dimension psychothérapique peut encore avoir sa place. Une fois de plus passant par-dessus ce qui pourrait être polémique entre approche cognitive et psychothérapique, c'est l'obligation pragmatique pour les directions d'établissement à présenter des instruments d'animation dans leurs programmes, qui règle le problème. Les critères de choix pour employer un animateur peuvent ne plus rien avoir avec ceux d'un art-thérapeute.

Mais plus important pour nous est la part grandissante accordée aux déficits cognitifs dans l'adaptation sociale décrite par les spécialistes de la réhabilitation pour les patients psychiatriques. Il n'est plus possible d'omettre cette dimension cognitive, en précisant bien qu'elle concerne spécifiquement la réalisation pratique des œuvres, et donc leur style, et les capacités de motivation à s'y engager. On retrouve là l'intérêt de la clinique transversale des styles pathologiques qui repère des constantes indépendamment de l'histoire individuelle. Malheureusement trop souvent existe une méconnaissance ou une confusion entre la part cognitive dans le travail de création, c'est-à-dire les compétences à la réalisation concrète de l'œuvre, et la fonction économique de ce travail de création dans la vie du sujet en fonction des relations objectales qu'il a pu se créer. Or un grand nombre d'échecs de l'art-thérapie viennent de ces déficits souvent durablement fixés plutôt que de ces relations qui peuvent être retravaillées dans le processus psychothérapique. Enfin les programmes des cognitivistes n'hésitent pas de leur côté à inclure des activités d'atelier ; pour faciliter la remédiation et les réapprentissage. Se pose bien ici la question des deux formes de l'art-thérapie, l'art-thérapie d'imitation, ou l'art-thérapie de créativité.

4) Selon le niveau de fonctionnement objectal et transférentiel.

a) Soit il existe une réelle capacité d'investissement de la création par le sujet, et qui dure au-delà des phases de crise. Le projet thérapeutique devient double, médical et psychothérapique, et existentiel grâce à l'intermédiaire de cette création. C'est loin d'être le cas général. Un perversissement peut même apparaître sous forme de mégalomanie, d'illusion de réussite. Il faut une

relation à l'objet-crédation réaliste, qui commence souvent par une suffisamment bonne capacité au lien transférentiel. Même dans ces cas, l'objet-crédation peut-être progressivement désinvesti pour investir d'autres secteurs ou activités dans la réalité ou le quotidien. Le problème devient alors éthique, pour l'art-thérapeute, de respecter un tel changement aux dépens de l'art, fut-ce pour la routine, mais dont on perçoit la fonction défensive.

b) Soit il n'existe aucune capacité d'investissement autonome du travail de création. Ce peut-être le cas de l'autiste qui produit de façon chaotique, ou au contraire du handicapé mental qui produit soumis à la demande. Situation bien différente de nos psychotiques qui eux peuvent souvent encore dire non. Le problème nous paraît tout autant d'ordre éthique. Certes belles images, colorées et lumineuses, bonnes pour le marché, mais quelle place pour le jugement esthétique, et pour discuter de la valeur de l'œuvre. Acteurs jusqu'à quel point, et comment en rendre compte.

Plus subtile avec nos patients psychiatriques est la question de la représentation d'un public (cf. la théorie de l'esprit). Trop souvent l'œuvre s'avère n'être qu'un prolongement de soi, sans destinataire véritable, au point même que l'œuvre elle-même n'agit pas en miroir réflexif. L'expérience acquise au fil des expositions le confirme très bien. C'est ici la question de la tiercéité à l'occasion de la production de l'œuvre qui est posée. Et donc d'une certaine façon des limites de l'art-thérapie par rapport au bloc autistique, et à l'illusion sur le fond de constituer un véritable moyen pour créer le fameux lien social. Les initiatives collectives sont le plus souvent décidées et organisées par l'environnement. Derrière l'apparente collaboration, dans l'arrière cour de la maladie, le noyau de solitude reste intact. Celui que les soignants auront toujours à aider quand les feux de la fête se seront éteints. Ceci existait déjà avant l'art-thérapie, les créateurs solitaires, ceci existe au fond de tout artiste quand il se retrouve seul dans la niche de son atelier, ceci existera toujours et justifie la prudence de l'accompagnement par l'art-thérapie. Respecter les défenses si l'on espère des bribes de réelle ouverture sociale pour les psychotiques.

5) Les évaluations

Contraste évident entre les mondes de l'histoire de l'art, de l'archéologie qui s'entourent des meilleurs laboratoires scientifiques, mais aussi bon nombre d'artistes en particulier à la Renaissance ou à la fin du XIX^e qui ont revendiqué l'étude scientifique pour leurs propres recherches esthétiques, et le monde de l'art-thérapie. Comme si art et science étaient incompatibles. S. FREUD nous avait bien prévenus de la « douce narcose » de la jouissance fournie par l'œuvre de l'artiste, « doucement enivrante »... Il se heurtait au « roc du biologique », et au problème maintes fois répété de la « constitution » de l'artiste. D. WINNICOTT a eu la prudence de déclarer préférer

s'intéresser à la créativité dans le quotidien, plutôt qu'à la création artistique. Evaluation - sujet tabou, balayé d'un revers de main, réservé à quelques collègues spécialisés, pourtant bien agréables à entendre quand leurs conclusions confirment les indications thérapeutiques. La question est de savoir si pour accéder à une reconnaissance et un statut l'art-thérapie ne doit pas un jour adopter la démarche évaluative. Il faut savoir par expérience qu'un bon nombre de nos candidats n'y sont pas indifférents. Pourquoi laisserait-on la seule évaluation quantitative de l'art aux statistiques du marché.

6) Approches théoriques et recherche.

a) L'athéorisme.

C'est le discours des formations qui rejettent les psychothérapies et se centrent sur les techniques, et celui des artistes qui interviennent uniquement pour la réalisation d'une œuvre ou d'un spectacle, réalisation qui se suffirait en elle-même pour être thérapeutique. C'est toujours en partie vrai. L'art-thérapie serait efficace par le seul apprentissage ou par le seul plaisir du résultat. Finalement position proche de l'athéorisme en psychiatrie sous la forme du DSM et de ses dérivés. Les extrêmes se rejoignent, on décrit un fonctionnement. L'une des images traditionnelles de l'artiste, celui qui n'a rien à dire sur l'art ni sur la création. Image qui n'est pas très éloignée non plus de certains paradoxes contemporains de l'utilisation réciproque de l'art et de la science. L'art est commandité pour animer, illustrer, attirer le public dans les manifestations scientifiques, festivals, presse, soit comme médiateur dans la muséographie des expositions scientifiques. Inversement la haute technicité multimédia et numérique a remplacé la main de l'artiste dans l'univers artistique contemporain. Mais rien sur les apports de la science pour que l'art se pense lui-même, et inversement.

b) Les méthodologies d'observation clinique.

Précédées par l'ancienne discipline des tests de dessin, et des projectifs, elles ne sauraient constituer pour la majorité une lecture de l'œuvre d'art. Réservées aux sémioticiens, structuralistes ou historiens d'art, c'est-à-dire à ceux qui n'ont pas à se confronter au mythe de l'inaccessibilité de l'art, ou à la singularité de la relation psychothérapeutique. C'est l'ombre du besoin médical de classification. Pourtant les publications ne manquent pas où de bonnes méthodologies apportent des confirmations aux hypothèses dynamiques. D'autres n'ont pas cet objectif, et cherchent surtout à montrer des résultats thérapeutiques, ce qui est une validation de la démarche art-thérapeutique. Pourtant dans d'autres domaines, telle que l'étude des interactions précoces, les psychanalystes

n'ont pas hésité à s'engager dans un travail de recherche structuré et pluridisciplinaire. Du temps semble nécessaire à l'art-thérapie chez nous pour accepter ce type de démarche. Le pragmatisme anglo-saxon y est déjà engagé, et la production de ses ouvrages déjà abondante. L'un des principaux écueils est d'accepter la transversalité du regard, le passage du cas particulier à l'étude de séries. Il existe encore comme un arrière-plan où s'opposent l'idéalisation du créateur et l'anonymat du comportement créatif. On le perçoit très bien dans le succès renouvelé de films consacrés à des créateurs malades, où le moteur de l'action et du succès réside dans la romantisation d'une biographie, plus que dans la présentation clinique. L'art-thérapie ne s'est pas encore dégagée de ces ambiguïtés.

c) Les recherches cognitives actuelles.

Autre expression de ce paradoxe, nombre d'artistes ont voué leur existence à une conception, ou des recherches scientifiques pour leur art. Exemple du passage de la figuration à l'abstraction. Mais l'art-thérapie est prise dans le conflit entre cognitif et dynamique. Or il existe déjà la discipline de la neuro-esthétique. Elle est proche d'autres disciplines comme la neuro-économie, et la neuro-éthique qui ont déjà des applications étendues dans leurs domaines respectifs. On parle aujourd'hui de la naturalisation de l'esprit humain. Mais alors la sublimation échapperait au sublime. Concrètement la connaissance des récents travaux sur la sensorialité, les fonctions exécutives, les fonctions associatives, la théorie de l'esprit avec les capacités de représentation de l'autre, et surtout les travaux actuels sur les relations émotions-cognitions, ne peuvent laisser indifférents les art-thérapeutes. Surtout en ce qui concerne les limites et les échecs de l'art-thérapie avec nos patients. Qui plus est, plutôt que de ne s'opposer que par a-priori, la plongée dans ces travaux par celui qui possède par ailleurs une bonne connaissance des approches psychodynamiques révèle des ponts fructueux. Le premier problème est avant tout un problème de traduction pour passer d'un champ à l'autre, y repérer les questions communes et les schémas d'élaboration, ce qui suppose une bonne connaissance des deux. Le second problème réside dans la confusion fréquente quant à l'utilisation thérapeutique des résultats. Les thérapies cognitives n'ont pas la prétention d'aller au-delà d'objectifs ciblés, tandis que les thérapies dynamiques visent davantage la transformation d'un fonctionnement d'ensemble. Les unes ne sont pas meilleures que les autres, elles ont des objectifs différents. Mais les premières tirent leur force apparente d'une possibilité d'objectivation sous réserve de qualité méthodologique d'évaluation, les autres souffrent d'avoir longtemps évité de s'y confronter. Là encore l'effet du temps et de la confrontation fera son action dans les applications à l'art-thérapie.

d) La philosophie de l'esthétique.

Un renouveau s'est opéré avec la philosophie anglosaxonne, marquée comme il se doit, par le pragmatisme, et en l'occurrence le recours aux nouveaux apports des sciences cognitives. Il ne s'agit plus de la classique philosophie continentale du beau, dominée par l'œuvre de KANT. L'un des intérêts majeurs pour l'art-thérapie est de poser la question de la nature de la relation d'esthétique, de la relation esthétique et pas seulement artistique à l'objet. C'est bien de l'activité psychique dans cette relation qu'il s'agit, d'une métareprésentation du travail de création, du plaisir né du travail psychique lui-même bien plus que de l'œuvre. Ce qui ne peut laisser indifférent les psychanalystes. Ce qui vient éclairer d'un jour nouveau les difficultés de nos patients dans la situation de création, précisément du fait de leurs difficultés de métareprésentation. L'autre aspect important est l'importance réaccordée au rôle cognitif des émotions, dans le jugement de valeur, et dans leur potentiel d'influer la pensée formelle. Enfin la philosophie américaine, à la suite de N. GOODMAN, pose la question du dispositif. Certes à la suite des transformations dans l'art contemporain induites par M. DUCHAMP. Quand le dispositif institue-t-il un objet comme œuvre d'art ? Nous pensons bien sûr à la gestion et aux relations à l'intérieur de nos cadres d'atelier, mais aussi à l'individualisation de l'art-thérapie par rapport aux autres techniques du soin. Ces approches actuelles sont bien différentes de celles des philosophes critiqués par S. FREUD auparavant, et nous paraissent pouvoir intéresser le psychothérapeute. Il leur reprochait de méconnaître l'inconscient, mais celles-ci laissent la place à l'approche des relations objectales.

e) Les psychothérapies

Il est difficile de dire qu'il y ait eu des approches dynamiques récentes de l'art très nouvelles. La notion de médiation a été largement exploitée. L'œuvre de D. WINNICOTT domine largement par ses applications sur la créativité, et la dimension relationnelle. Elle est cependant difficile et mérite des approfondissements (exemple, le féminin pur). Malheureusement le succès de mots-clés qui en ont été tirés, laisserait à penser qu'elle est facilement accessible. La principale raison de ce ralentissement des nouveautés dans ce domaine vient du fait que peu de psychanalystes se confrontent aux types de patients difficiles hospitalisés mais au plus près des processus primaires, et en les observant sur le terrain même de l'atelier. Certes il existe toujours le cas clinique, la vignette, mais moins l'observation transversale entre patients et entre styles, croisée à la richesse de la transformation longitudinale d'œuvres de long cours. Peut-être l'atelier d'art-thérapie ne fait-il pas suffisamment partie des applications hors-champ de la psychanalyse. C'est un objectif qui nous paraît indispensable, supposant au préalable un travail d'observation spécifique et le non-rejet de l'interdisciplinarité. Quel regard en atelier pour cet analyste.

BIBLIOGRAPHIE

1 - CASTORIADIS Cornélius :

Fenêtre sur le chaos.
Seuil, La couleur des idées, Paris, 2007.

2 - CAUQUELIN Anne :

Fréquenter les incorporels. Contribution à une théorie de l'art contemporain.
P.U.F., Paris, 2006

3 - CHNEIWEISS Hervé

Neuro-sciences et neuro-éthique.
Alvik Ed., Paris, 2006

4 - ESCANDE M., GRANIER F., GIRARD M. :

Art-thérapie. Aspects communs et spécifiques des différentes techniques.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Paris – 37 – 820 - B – 60

5 - FREUD Sigmund.

Le malaise dans la culture. Oeuvres complètes Tome XVIII.
P. U. F., Paris, 1994.

6 – GIRARD Martine

L'accueil en pratique institutionnelle
Immaturité, schizophrénies et bruissements du monde
2006, Champ social Editions, Nîmes

7 - GOODMAN Nelson :

Manière de faire des mondes.
Folio essais, n° 483, Paris, 1992.

8 - GRANIER F., GIRARD M., JACOMINI V., ESCANDE M.

Les Psychothérapies médiatisées.
Annales médico - psychologiques, 1987 – 145 – 8 – 675/677

9 - GRANIER F., GIRARD M., ESCANDE M.

Aménagement de l'espace psychothérapique pour une utilisation thérapeutique de l'esthétique.
Psychol., Médicale ; 1990 – 22 - -11 – 1133/1135

10 - GRANIER François.:

Art et schizophrénie

Ed. Lilly, Paris, 2000

11 - GRANIER F., BOUCARD J., LUMBROSO E., CERCOS-SEVERAC D.

L'art-thérapie comme vecteur de réhabilitation en socio-thérapie
Annales médico-psychologiques, 2001 – 159 – 216/220

12 – GRANIER F.,

Art-thérapie et troubles bipolaires
Santé Mentale n° 56 – mars 2001

13 – JEAMMET Philippe :

Les aménagements de la séparation à l'adolescence : place des médiations.
In. CHOUVIER Bernard et Coll. : Les processus psychiques de la médiation.
DUNOD, Paris, 2002.

14 – LEAVY P.

Method meets art. Arts-based Research Practice.
Guilford Press – New-York – 2009

15 - POUIVET Roger:

Le réalisme esthétique.
P.U.F., Paris, 2000

16 – POUIVET Roger:

Qu'est-ce qu'une oeuvre d'art?
Ed. VRIN, chemins philosophiques, Paris, 2007

17 - RAMACHANDRAN Vilayamur :

Le cerveau, cet artiste.
EYROLLES, Paris, 2005

18 – RUBIN J. :

Introduction to art therapy. Sources and ressources.
Routledge – New-York - 2010

19 - RUBIN J.:

Approches to art therapy. Theory and technique.
Brunner – New York – 2001

20 - SCHAEFFER Jean-Marie:

Adieu à l'esthétique
P.U.F., Paris, 2000

21 - VIDON Gilles :

La réhabilitation psychosociale en psychiatrie.
Ed. FRISON ROCHE, Paris, 1995

