

Christine Soler - 2011

D.U : « Psychiatrie, psychothérapies médiatisées et Art-thérapie »

*« A la naissance on inspire, à la mort on expire, entre les deux il y a la création. »
La création est ce lieu où tous les souffles de l'être humain peuvent s'extérioriser ;*



souffle de vie, souffle d'expression, souffle d'harmonie, dernier souffle.. (Anonyme)

le 08 Août 2011

A l'attention du lecteur

Ce mémoire n'a pas la prétention de démontrer quoi que ce soit, son désir est d'écrire et d'essayer de transmettre au plus juste une tranche de vie, à un moment donné.

Son écriture a été laborieuse, longue et difficile. Il a fallu en extraire plusieurs possibilités avant de faire le choix décisif.

Les hésitations, les doutes n'ont fait que retarder la question du choix, à vouloir bien faire.

L'écoute musicale a été mon meilleur remède, la musique a jalonné mon travail.

Bref ! le thème de ce mémoire s'est orienté vers l'expérience clinique vécue au sein d'une maison d'accueil spécialisée durant neuf années.

Aussi, c'est de cette basse expérience que je souhaite témoigner à travers l'écriture de ce mémoire.

Je souhaite également remercier toute l'équipe du docteur Granier pour son attention, sa disponibilité, son écoute.

I Introduction:

Nous pouvons nous demander quelles sont les conséquences de la relation contre-transférentielle du soignant lorsque celui-ci accompagne au quotidien, sûr du long terme, des personnes en fin de vie.

Nous pourrions nous demander comment les soignants peuvent exprimer leurs souffrances face à la mort.

Nous pourrions nous demander si l'employeur a une part de responsabilité lorsque survient une décompensation chez le soignant.

Repérer un paradoxe dans le monde du travail du secteur de la psychiatrie c'est s'interroger : le cordonnier n'est-il pas parfois le plus mal chaussé .

Comment donner à l'accompagnant un temps de récupération, de récréation pour sortir de l'impasse .

Relation contre-transférentielle / Comment dépasser ses résistances.

J'ai donc choisi d'aborder la question de la relation thérapeutique au quotidien dans une maison d'accueil spécialisée.

Reconsidérez ainsi ma posture en tant que « soignante » dans une M.A.S..

Pourquoi un atelier d'expression médiatisée au coeur de ce lieu.

Comment remobiliser le désir du professionnel, sa créativité .

Oser parler de la mort, du deuil, de la souffrance de la perte d'un autre semblable, de la solitude du soignant et... partir.

« Un point dans le chaos : le point gris établi, sauté par-dessus lui-même dans le champ où il crée l'ordre...» Paul Klee.

- « L'accompagnement de personnes lourdement handicapées est souvent considéré comme source d'épuisement professionnel par les étudiants et professionnels du travail social. De fait, il présente de grandes difficultés : les corps à corps sont difficiles et éprouvants (les résidents doivent souvent être portés, lavés, nourris...) ; de nombreux résidents n'ayant pas de langage verbal, la communication peut sembler difficile ; les troubles associés (autisme, épilepsie..) sont difficiles à gérer.... .

Pour Jean-Pierre Regourd, directeur de la MAS Perce-Neige de Bois-Colombes le discours fataliste et dévalorisant concernant les personnes très lourdement handicapées contribue à l'idée que le travail auprès d'elles est forcément épuisant. Heureusement, grâce à de nombreuses études, des pistes ont été élaborées pour travailler avec ces résidents. Soins, bien-être, confort des résidents, activités plaisantes, vie sociale ouverte sur l'extérieur sont les maîtres mots de l'équipe qu'il dirige. Une équipe qui prend plaisir à travailler avec ce public, réduisant ainsi les risques d'usure professionnelle.

Pour Philippe Chavaroche, formateur en travail social , travailler auprès de personnes lourdement handicapées peut être passionnant à condition que le personnel bénéficie de lieux de parole, réflexion, soutien, de formation continue et de reconnaissance professionnelle. Un souci que partage Damien Gillot, chef de service éducatif de la MAS de la Plantade pour lequel comprendre le comportement des résidents est primordial pour éviter les risques d'usure professionnelle. Le personnel de la MAS de la Plantade bénéficie d'une formation qui lui permet de mieux comprendre le comportement du résident, donc de moins le subir, de mieux savoir faire et au final de trouver davantage de sens à son travail.

Ces témoignages nous montrent combien l'accompagnement des personnes résidant en maison d'accueil spécialisée s'est modifié. Ils nous montrent comment les professionnels ont su s'adapter

aux besoins et désirs de leurs hôtes. »

Comme le rappelle Emmanuel Levinas, la vulnérabilité est le propre de tout être humain. Elle en est une de ses caractéristiques et le définit. En ceci, elle appartient à la fois à la personne handicapée et à nous-mêmes, et si la vulnérabilité de celle-ci nous est perceptible, si nous la ressentons et nous sentons dans l'obligation d'y répondre, c'est qu'elle interpelle notre propre vulnérabilité, y trouve une résonance, qui nous permet d'entendre et d'accueillir cette fragilité.

La souffrance est le travail de deuil des soignants, elle englobe des sentiments qui passent par la colère, le refus, le repli sur soi, la culpabilité, le déni, la dépression en un mot, c'est l'usure professionnelle. La décompensation psychique est un risque possible.

L'usure est donc d'autant plus rapide et douloureuse lorsque l'institution réfléchit sur le travail de la mort.

Je considère l'écriture de ce mémoire comme un acte nécessaire à la reconstruction d'un projet. Aller ainsi jusqu'au bout du processus « Créer-détruire » D.Anzieu

« Freud, rappelons-le, faisait du renversement dans le contraire et du retournement contre soi les mécanismes primaires du fonctionnement psychique, antérieurs au refoulement des représentations et aux sublimations culturelles ». J.B Pontalis

Une perspective s'est alors pointée à l'horizon, une formation spécifique complémentaire à ma formation d'éducatrice spécialisée, pour une expression au-delà des mots. J'ai choisi un diplôme universitaire au centre hospitalier universitaire « Paul Sabatier » au cœur du service Psychiatrie adultes et art-thérapie animée par l'équipe du Dr François Granier.

« La conscience se sait responsable d'une tâche de régénération en un projet organique et répétitif qui va du symbole au mythe jusqu'au bout de la parole, et du mythe au rite jusqu'au bout de l'action. » Paul Klee

" À la mémoire de Marine, Pierre, Michel, Margueritte, Jacques, Louis."

« Définir l'Humanité à partir de ses fonctions cognitives est réducteur et amène à concevoir la démence comme la perte du statut d'humain, le processus démentiel sont en fait à comprendre comme l'expression d'une désintégration progressive, mais globale de la structure psychique. Sous l'effet d'une perte de la position de vie du sujet, la personne devient incapable de maintenir son unité identitaire. de se positionner dans l'ordre de la temporalité, de mobiliser son énergie de manière adaptée dans des objectifs socialisés. Ce qui explique la symptomatologie démentielle ». Michel Cariou (Psychiatrie et Psychologie médicale n° 20 - septembre 1998)

II/ Histoire de la Psychiatrie :

1) comment remobiliser le désir du professionnel vers un ailleurs?

a) Antiquité

Dans l'antiquité les questions psychiatriques ne sont pas traitées en tant que telles pour deux raisons majeures :

- *La pensée religieuse qui englobe tout ne reconnaît pas les troubles psychiatriques, mais des manifestations du divin*
- *Il n'y a pas dans ces époques de différenciations entre psychisme et soma. Tout est traité dans le corps.*

Hippocrate apportera un début de différenciation en distinguant des troubles mentaux tels la phrénétis, la manie ou la mélancolie et l'hystérie en interprétant ce trouble par un déplacement de l'utérus dans le corps de la femme. Les transes hystériques quasi identiques aux crises d'épilepsie. Il avait été ainsi établi un lien de nature divine. Il a mis en place la théorie des 4 humeurs.

La théorie des humeurs fut l'une des bases de la médecine antique. Hippocrate en particulier en formula les principes. Ainsi, selon cette théorie, la santé (celle de l'esprit comme celle du corps) est fonction de l'équilibre des quatre humeurs dans le corps : le sang, le flegme [lymphe], la bile jaune et la bile noire [atrabile]. Ces humeurs correspondent elles-mêmes aux quatre éléments : le feu, l'air, la terre et l'eau. Ces quatre éléments se voient à leur tour attribués une qualité propre : chaud, sec, froid et humide - qui détermineront alors, selon leur prédominance, les quatre tempéraments fondamentaux : le bilieux (chaud et sec), l'atrabilaire (froid et sec), le flegmatique (froid et humide) et le sanguin (chaud et humide). Quand déséquilibre il y a, parce qu'une humeur l'emporte sur tous les autres, ou que l'influence d'un élément est excessive, apparaissent alors les maladies physiques, mais aussi les troubles psychiques.

C'est précisément à l'un de ces troubles que le philosophe Aristote s'intéresse : la mélancolie.

Les affections mentales ont longtemps été considérées comme des aliénations, la possession d'un être par une entité démoniaque, diabolique.

b) Moyen Âge:

Les malades mentaux restent auprès de leurs proches. Pour éviter qu'ils ne s'automutilent ou lors des crises ils sont attachés avec un luxe de précautions pour qu'ils ne blessent pas. Seuls les malades les plus dangereux sont emprisonnés . Des institutions laïques ou religieuses peuvent s'en occuper. L'exorciste est mis à contribution. Des « traitements » fantaisistes fleurissent par exemple l'extraction de la pierre de la folie. Dans certaines situations en cas d'échec c'est le bûcher pour sorcellerie qui est appliqué.

c) La Renaissance:

Les médecins Jean Wier et Juan Luis Vives s'insurgent contre la pratique du bûcher pour les fous. Ils estiment que ces derniers doivent être traités avec bienveillance et qu'il y a espoir de guérison. La folie passe du surnaturel au rang de maladie. Saint-Jean-de-Dieu, qui est considéré comme le saint patron des hôpitaux psychiatriques.

d) Fin du XVIIIe siècle:

Après la révolution de 1789, les fous sortent des prisons pour les asiles d'aliénés. Le personnel n'était toutefois que des gardiens. Le souhait des psychiatres de l'époque est de faire de ces maisons d'aliénés un lieu de guérison. Ayant précédemment exercé à l'asile de Bicêtre, Philippe

Pinel, nommé médecin-chef de la Salpêtrière en [1795](#) et [Jean-Baptiste Pussin](#), son surveillant, décide de retirer leurs chaînes aux fous après avoir constaté que certains le sont par période et d'autres continuellement. Ils entreprennent de classer les maladies mentales en catégories selon leurs signes cliniques, leur continuité ou discontinuité, les crises de folie, etc. La psychiatrie est née.

Cependant, le concept de lésion = maladie perdure, on ne parle pas encore de maladies à causes psychiques.

e)XIX^e siècle:

En [1820](#) [Jean-Étienne Esquirol](#) succède à Pinel à la Salpêtrière. Esquirol reprend les idées de son prédécesseur pour donner naissance à la réglementation psychiatrique de [1838](#), restée en vigueur jusqu'en 1990. Un hôpital psychiatrique par département et deux [mesures](#) d'internement : le placement d'office (PO) et le placement volontaire (PV) de par la volonté du peuple). Il s'agit là d'une loi de protection de la société avant tout. Un malade peut être hospitalisé avec son consentement . Il est alors en service libre .

La vie dans les grands hôpitaux psychiatriques (ou asiles) était rythmée de façon immuable. Toute transgression était sévèrement punie, les traitements curatifs peu nombreux. Des méthodes comme l'utilisation de l'eau pour ses vertus relaxantes côtoient des méthodes barbares (comme faire frôler la mort au malade pour provoquer un état de choc). Le choix du personnel commence à évoluer. Ces grands hôpitaux vivent en autarcie. Les malades, le personnel, les médecins vivent ensemble à l'intérieur des murs. Les sorties sont rares et les malades sont souvent internés à vie.

Jean-Martin Charcot, éminent clinicien et anatomo-pathologiste et chef de file de l'[École de la Salpêtrière](#), déclare suite à ses études sur l'aphasie, le sommeil et l'hystérie, que pour certaines maladies mentales, il n'y a aucune lésion organique.

Il invente alors le concept de lésion dynamique fonctionnelle. Puis, il se prononce en faveur d'une étiologie psychique des maladies mentales. Il fait notamment des représentations pour expliquer le déroulement des crises hystériques, auxquelles Sigmund Freud, alors jeune médecin, assiste. C'est à la suite de ceci qu'il étudiera l'effet de pratiques comme l'[hypnose](#) sur les malades et, n'étant pas satisfait par cette méthode, décide d'écouter et de faire parler les personnes atteintes de pathologies mentales. Il crée ainsi la psychanalyse.

f)XX^e siècle:

Au début du XX^e siècle, on trouve encore dans certains ouvrages de médecine les traitements suivants : Bromure de potassium, valériane, opium, morphine. Pour le traitement de la crise : Eau froide, compression des ovaires, flagellation.

La [lobotomie](#) (aussi appelée leucotomie), opération chirurgicale du cerveau qui consiste en une section ou une altération de la substance blanche d'un lobe cérébral, est formalisée en 1935 par les neurologues portugais Egas Moniz et Almeida Lima de l'Université de Lisbonne, ce qui leur vaut un Prix Nobel en 1949. Entre 1933 et 1944, certains médecins allemands nazis s'essayaient à la lobotomie, souvent sans anesthésie ni antiseptique, sur les prisonniers des camps de concentration.

La lobotomie connaît son essor après la Seconde Guerre mondiale, notamment avec l'invention américaine de Walter Freeman : le pic à glace. On estime que quelque 100 000 patients furent lobotomisés dans le monde entre 1945 et 1954 dont la moitié aux États-Unis. Freeman parcourt les États-Unis dans les années 50 dans un autocar équipé pour pratiquer des lobotomies « en série », enfonçant ce pic à glace dans le lobe orbitaire des patients après avoir soulevé la paupière (lobotomie trans-orbitale), moyennant parfois une anesthésie locale. Cette pratique, le

plus souvent combinée à des électrochocs, a alors un grand succès (grand mouvement de « l'hygiène mentale ») et on estime que Freeman à lui seul lobotomisa quelque 2 500 patients. La lobotomie est alors utilisée pour traiter les maladies mentales, la [schizophrénie](#), l'[épilepsie](#) et même les maux de tête chroniques. Dès les années 1950, de sérieux doutes concernant cette pratique commencent à se faire entendre et avec la découverte des produits neuroactifs plus efficaces et moins dangereux (les [neuroleptiques](#)), cette pratique décline dès les années 60.

Les abus de ces méthodes discréditeront un temps les tenants de la [psychiatrie organiciste](#) (en faveur d'une causalité biologique des troubles mentaux et d'un traitement spécifique).

D'autres traitements sont utilisés, comme la cure de Sakel (abandonné aujourd'hui) et la [sismothérapie](#) qui n'est plus utilisée aujourd'hui que dans des conditions rigoureuses lors de cas très précis (accès [mélancolique](#) grave ou schizophrénie résistante aux traitements médicamenteux).

En 1952, [Henri Laborit](#) observe par hasard que le [largactil](#) a des propriétés [myorelaxantes](#) et le propose en psychiatrie pour calmer les agités . C'est l'arrivée des [neuroleptiques](#) qui révolutionnent la psychiatrie. [Jean Delay](#) et [Pierre Deniker](#) envisagent une resocialisation pour des milliers d'internés. [Roland Kuhn](#), psychiatre suisse, découvre le premier antidépresseur (imipramine).

Vers les années 60, des méthodes plus douces sont également utilisées en traitement des psychoses comme les [packs](#) (méthode d'enveloppement humide). Des techniques de soin par la parole et les [psychothérapies](#) font leur apparition.

De nombreux courants d'idées souvent antagonistes ont lieu ([psychiatrie organiciste](#) contre [psychiatrie psychanalytique](#), ambulatoire contre institution par exemple).

En France, une circulaire ministérielle de mars 1960 crée la politique de [secteur psychiatrique](#) grâce à l'action des médecins [désaliénistes](#). Les grands [hôpitaux psychiatriques](#) et le [cadre unique](#) cèdent la place aux petites structures et au maintien des malades mentaux au sein de la cité. Les infirmiers psychiatriques deviennent [infirmiers de secteur psychiatriques](#) (dont la formation spécifique s'arrêtera en 1992) et les [psychologues](#) deviennent de plus en plus présents dans les services. Peu à peu, les [aides soignants](#), les [aides médico-psychologiques](#) et les [agents des services hospitaliers](#) sont inclus dans les services ainsi que du personnel spécialisé ([ergothérapeutes](#) [assistants sociaux](#), [éducateurs spécialisés](#))

parallèlement la loi de 1838 va céder la place à celle du 27 juin 1990 en mettant l'accent sur le [soin](#) et le renforcement des droits du malade. Elle conservera toutefois les deux modes d'[hospitalisation sans consentement](#). Le placement d'office est remplacé par l'hospitalisation d'office. Le placement volontaire (sous-entendu, par la volonté du peuple) cède la place à l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Les patients ayant donné leurs consentements sont en hospitalisation libre.

La psychiatrie est toujours en pleine évolution, doit faire face aux nouveaux maux de la société actuelle entraine une série de réformes comme le [plan santé mentale 2005/2008](#).

Des faits divers comme le [drame de Pau](#) en 2004 et de Grenoble le 12 novembre 2008 (ou un étudiant, Luc Meunier a été tué par un schizophrène) relancent régulièrement les débats sur la prise en charge des malades mentaux et la sécurité. Ainsi, dès le 2 décembre 2008 Sarkozy [Nicolas](#) qui veut une réforme du droit pour la psychiatrie, annonce un nouveau un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques devant un parterre de médecins : - 30 millions seront débloqués pour "mieux contrôler les entrées et les sorties des établissements et prévenir les fugues". - Mise en place "dispositif de géo-localisation" qui, s'ils sortent du périmètre autorisé par le médecin, déclenchera l'alerte. - Des unités fermées, équipées de portes et de systèmes de vidéosurveillance, seront installées dans chaque établissement qui le nécessite. - 200 chambres d'isolement seront aménagées pour les "patients qui peuvent avoir des accès de violence envers

le personnel".

De nombreuses voix s'élèvent contre ces réformes et cela prend même une tournure politique (opposition du parti socialiste en particulier)

III. Origine de la psychiatrie

1.L'histoire de la psychiatrie est relativement brève.

a) Une discipline jeune.

En 1656, Louis XIV décréta l'ouverture des hôpitaux de France, dans le but d'enfermer toute personne qui n'est pas en ligne avec la société de l'époque : des "débauchés", des pères dépensiers, des fils prodiges, des blasphémateurs, etc... Ceci marqua le début de "l'emprisonnement à grande échelle des fous".

Ces hôpitaux n'étaient enclins à aucune thérapie. Les conditions qui y régnaient faisaient leur réputation. Les détenus sont enchaînés, mal traités, et y sont flagellés. Ces détenus vivaient dans des conditions insalubres. C'est dans ces conditions que les gardiens de ces hôpitaux développaient leur "expertise en psychiatrie". Les détenus sont souvent jetés dans une fosse grouillante de serpents afin de les ramener à la raison.

Bien que travailler dans les asiles ne soit pas le plus valorisant, ces gardiens se positionnaient comme porteurs exclusifs et légitimes d'une discipline médicale nouvellement créée. D'après eux, c'est un art et une science aussi complexes que la chimie...

Le mot "psychiatrie", inventé en 1803 par Johann Christian Reil, signifie "étude de l'âme". Il fut le premier à affirmer que les méthodes de traitement psychique relevaient des méthodes médicales et chirurgicales les mieux étudiées. Ces traitements consistaient en massages, corrections, flagellation et opium. D'autres méthodes consistaient à faire tourner les "fous" jusqu'à ce que du sang coulait de leurs bouches, oreilles et nez.

Emil Kraepelin en 1918 a défini le psychiatre comme un chef qui pourrait intervenir sans pitié dans les conditions de vie des gens et obtiendra sûrement la diminution de la folie.

b) Après la Révolution française

la psychiatrie s'est érigée en discipline médicale et le statut de malade a remplacé celui de « fou ». Dans l'esprit de rupture de la Révolution, ce n'est plus l'État qui décide de l'internement, mais le préfet (dans l'intérêt général) et le médecin (dans l'intérêt du malade). La folie ne pouvant être un crime, un statut médical est créé ainsi que des hôpitaux correspondants qui sont en fait souvent des établissements privés. Cette nouvelle perception de la folie et les lois qui en découlent sont imputables au mouvement dit des "aliénistes" dont on peut notamment citer Pinel ou Esquirol. La loi du 30 juin 1838 peut se résumer à une législation qui doit veiller à ce que les maux d'un homme souffrant et malheureux soient adoucis, et sa guérison obtenue si possible, et en même temps prendre des mesures qui ôtent à un être dangereux pour les autres ou pour lui-même les moyens de faire le mal". À cette époque, les malades mentaux étaient considérés comme aliénés, c'est-à-dire non soumis à la raison et en quelque sorte esclaves de leur déraison.

Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés : Les résultats thérapeutiques étaient relativement isolés, la pharmacopée était peu développée et les cures morales nécessitaient un grand investissement souvent réservé aux privilégiés. En pastichant Michel Foucault on pourrait dire que le rôle des psychiatres, des asiles puis des hôpitaux psychiatriques (HP) était de surveiller, isoler, classier et ramener à la raison les malades. Leur condition de vie était souvent déplorable, les progrès dans l'hébergement ou dans la prise en charge se sont faits par paliers. Les grands ensembles

hospitaliers, éloignés des villes, vivant en autarcie étaient souvent la règle. Ce n'est que dans la deuxième partie du XX^e siècle que certains hôpitaux seront construits en ville dans le but affirmé de désenclaver la folie.

On retiendra notamment qu'en France, durant la Seconde Guerre mondiale, dans les hôpitaux psychiatriques, 40 000 patients sont morts parce qu'ils avaient été négligés, oubliés et parfois tout bonnement privés de nourriture.

c) Avènement de la pharmacopée et de la psychanalyse

L'apparition de traitements psychotropes efficaces date des années 1950, et leur diffusion s'étend jusqu'aux années 1960 voire 1970. Certains psychiatres comme Henri Baruk et, dans une moindre mesure, Henri Ey s'opposaient à leur utilisation, les considérant comme une camisole chimique et disant que l'on ne peut se limiter à la prescription sans traiter les symptômes. L'introduction des premiers neuroleptiques, le largactil puis l'halopéridol, fut une véritable révolution dans les services de psychiatrie et dans la prise en charge des malades psychotiques. Ces nouveaux médicaments permettaient de calmer les malades agités, délirants, hallucinés et ainsi permettre d'envisager et de généraliser des traitements psychiques dans des conditions plus réalistes ou encore, lorsque c'était possible, d'envisager un retour au domicile ou dans des structures intermédiaires.

En France, le scandale de l'abandon des malades pendant la guerre, le renouveau démocratique et l'engouement pour les idéaux humanitaires d'égalité, de solidarité a donné naissance à des expériences de structures thérapeutiques très originales, dans et hors des murs de l'hôpital. La question du « malade mental » est complètement repensée. Alors que jusque-là prévalaient surtout les dogmes d'internement ou d'enfermement des malades, un processus d'externalisation et de désinstitutionnalisation a été entrepris. Ce processus aboutira en France notamment à la création du système dit de psychiatrie de secteur avec l'adoption d'une circulaire en 1960. On peut définir le secteur comme une zone géodémographique, la continuité de la prise en charge globale de la santé mentale d'une population par la même équipe dans un esprit de rupture avec la pratique ségrégative et hospitalocentriste d'avant la deuxième guerre mondiale. Avec des services dotés de beaucoup moins de lits, mais de davantage de structures alternatives, intermédiaires (hôpitaux de jour, etc.) à l'hospitalisation. Le rôle des patients est aussi devenu plus actif par le biais d'associations ou encore de clubs de sociothérapie.

Le mouvement se poursuit dans les années 1970, en partie du fait de l'avènement des psychothérapies notamment psychanalytiques et des courants de l'antipsychiatrie et du mouvement désaliéniste.

d) Évolutions et situation actuelle

Actuellement, la situation de la psychiatrie varie d'un pays à l'autre. Dans certains, des progrès sont encore réalisés et dans d'autres, on observe des stagnations ou même des régressions en fonction du désengagement des États, du manque chronique de spécialistes, psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers, éducateurs spécialisés et des restrictions budgétaires.

En France la situation est différente. Outre les maladies mentales classiques, les affections encourues par la population soignée ont changé : les praticiens font face à la prise en compte de détresses sociales croissantes qui semblent davantage résulter de la situation économique, à des interventions lors de catastrophes, des deuils, des migrations, ou encore à la prévention, au dépistage précoce, au « traitement » de l'échec scolaire, à l'excitation psychomotrice, l'apathie, les dépressions, la fatigue professionnelle.

La demande de soins augmente, à l'instar d'une baisse de la démographie médicale. Les grandes villes de France, de Suisse et de Belgique sont actuellement parmi les plus psychiatriées

d'Europe. En France par exemple, on compte 12 000 praticiens (1 pour 5 000 habitants, soit bien plus que chez nombre de ses voisins européens). Par ailleurs, la fermeture de lits de psychiatrie a été telle qu'actuellement, notamment en Suisse, ou encore en Italie où tous les hôpitaux ont été fermés (la loi Franco Basaglia), il devient parfois difficile d'hospitaliser les patients qui en auraient besoin. Les durées d'hospitalisation tiennent aujourd'hui compte d'une rationalisation financière, déterminée entre institutions hospitalières et assurances sociales ou maladie. Christian Müller écrivait en 1982 : « quels que soient le temps et les modes, ce sont toujours les malades psychiques graves qui font les frais des idéologies, des mesures d'économies et autres décisions qui finissent par constituer des discriminations. »

e) Normal et pathologique:

La question de la norme a été amplement discutée sans qu'on ne soit arrivé à un minimum de consensus. C'est peut-être encore Georges Canguilhem qui en a donné les meilleures définitions même si elles sont datées. Cet auteur est médecin et il a aussi envisagé la question de la définition des maladies. En matière de troubles psychiques, la notion de maladie n'est pas univoque.

Est-ce qu'un TOC, un TDA, une psychose et une anorexie ou des addictions sont bien des maladies ?

Dans un autre écrit ancien, Georges Lanteri Laura revient sur ces questions et constate qu'il existe plusieurs modèles médicaux et que la sémiologie psychiatrique peine toujours à trouver son référent. La situation n'a guère évolué et on pourrait même craindre qu'elle ait empiré avec les confusions de niveaux, la maladie, les traitements, les droits à être différent, sans subir de ségrégation à être guéri, le devoir de soigner; de se soigner.

IV. Histoire de la folie

1.L'intervention des mauvais esprits

a) De l'homme primitif à l'homme moderne

la pluie, le vent, la chaleur ou le froid viennent récompenser ou punir. La maladie est envoyée par des êtres surnaturels invisibles ou provoquée par les pratiques magiques des ennemis. Le comportement anormal du malade mental s'explique par l'intervention de mauvais esprits, de forces mauvaises et démoniaques qui ont pris possession de la personne. Comment influencer ces démons pour faire reculer la maladie ? En s'y prenant comme avec les humains, par des incantations, des prières, des menaces, par la soumission et l'expiation : le chamanisme.)

Les Hébreux:

c'est un seul dieu qui régit la santé et la maladie. «C'est moi qui fais mourir et qui fais vivre, quand j'ai frappé, c'est moi qui rends la santé», dit le Deutéronome. La maladie est destinée à punir l'homme de ses péchés et la guérison est un attribut de la divinité. « Yahvé te frappera de délire, d'aveuglement et d'égarement des sens», dit encore le Deutéronome. Les démons qui provoquent la folie ne font qu'obéir aux ordres de Dieu.

Les croyances qui vont de l'homme primitif à l'époque moderne sont apparues, pendant la Grèce antique et la Rome antique, un courant de rationalité scientifique basée sur l'observation.

Au V^e siècle av. J.-C., Pythagore a été le premier à dire que le cerveau est l'organe de l'intelligence humaine et le siège des maladies mentales.

Puis Platon affirme que le principe vital du corps est l'âme. Le conflit existant entre les appétits inférieurs, désordonnés, et les fonctions organisatrices supérieures de la raison, constitue le fondement de la psychologie platonicienne.

Au IV^e siècle av. J.-C., [Aristote](#) décrit le contenu de la [conscience](#). Se fondant sur l'observation [introspective](#), il distingue ainsi entre la conation [sensation](#) (effort par lequel la volonté se détermine) et l'[affectivité](#). Aristote considère que la pensée dirige la conation vers l'obtention du plaisir et l'élimination de la douleur. Pourtant, la raison, l'intelligence active ne sauraient elles-mêmes être expliquées, car elles sont absolues : elles ne dépendent pas de l'expérience. Comme pour Platon, la raison est d'origine divine.

Pendant l'Antiquité grecque et romaine, les philosophes ne se contentent donc plus d'observer le monde qui les entoure, ils se mettent à s'observer eux-mêmes, à décrire leur propre fonctionnement. Mais leur observation s'arrête où commence le domaine réservé à la divinité.

[Cicéron](#), I^{er} siècle av. J.-C., est peut-être le seul auteur de l'Antiquité à avoir exprimé que l'homme est seul responsable de son propre [comportement](#), normal ou morbide. Pour lui, ce n'est pas Dieu qui brouille l'intelligence et cause la maladie, mais bien l'erreur de l'homme lui-même et c'est la [philosophie](#) qui peut le guérir.

Un autre Romain, [Soranus](#) (93-138 après J.-C.), a combattu la démonologie et fait usage de tout traitement dont l'expérience avait montré la sûreté ou l'efficacité. Selon l'Histoire de la psychiatrie, écrite en 1966 par Alexander et Selesnick, Soranus estimait pouvoir réduire l'état de malaise des malades mentaux en parlant avec eux de leurs occupations ou d'autres sujets susceptibles de les intéresser. Soranus a réduit au minimum l'usage des médicaments et des autres méthodes physiques, pour souligner l'importance de la [relation](#) existant entre le médecin et son patient.

En 312, l'empereur [Constantin](#), après sa victoire contre [Maxence](#) ("Par ce signe tu vaincras"), fait du [christianisme](#) la religion officielle de l'empire. Désormais les intérêts de l'[Église](#) se confondent avec ceux de l'État, pour le meilleur ou pour le pire.

C'est en 354 que naît [Saint Augustin](#), en Afrique romaine, d'une mère chrétienne, sainte Monique, dont l'influence sur son fils se révéla plus forte que celle de son père voluptueux. Saint Augustin a décrit, dans ses confessions, son conflit intérieur entre son amour de Dieu et son désir de donner libre cours à ses passions charnelles. Ce livre introspectif est en fait une psychanalyse réalisée sans psychanalyste et représente une étape importante du développement de la psychologie. Pour dominer ses passions, l'homme doit se livrer à un examen rigoureux de lui-même, mais aussi bénéficier de l'aide surnaturelle de la grâce divine.

b) « Le fou est celui qui dit en son cœur que Dieu n'existe pas »

Puis les invasions barbares, les épidémies de peste, les famines, les tyrannies, l'insécurité généralisée, les malheurs de toutes sortes ont poussé les hommes à rechercher un réconfort dans les croyances surnaturelles. Les pratiques magiques, mystiques et démonologiques font alors un retour en force et le christianisme apporte à l'humanité souffrante le message d'espoir qu'elle attendait, celui d'une vie meilleure dans l'au-delà. Le dogme chrétien prédomine dans tous les domaines de la vie, y compris la santé. Les saints protègent contre les maladies, les prêtres chrétiens soignent les corps et les âmes, les malades se réfugient dans les églises, les [monastères](#) et les hôpitaux construits à proximité.

Il semble que, pendant le Haut [Moyen Âge](#), l'esprit chrétien de charité ait profité aux malades mentaux auxquels il apportait soutien et réconfort. Selon certains auteurs, l'assistance apportée aux malades à cette époque était supérieure à celle pratiquée aux XVII^e et XVIII^e siècles. Mais, au fil des siècles, au fur et à mesure que s'impose le dogmatisme chrétien, se développent la démonologie et l'exorcisme.

« Le fou est celui qui dit en son cœur que Dieu n'existe pas », dit le Psaume 53. Le fou, c'est donc l'athée. Et le chapitre 20 de l'Apocalypse précise que le diable a été enchaîné pour mille ans, mais qu'il doit être ensuite relâché pour un peu de temps. C'est donc au début du deuxième

millénaire que son règne peut commencer. Le diable choisit sa proie, pénètre en elle et la personne est possédée. « Le diable peut arrêter complètement l'usage de la raison en troublant l'imagination et l'appétit sensible, comme cela se voit chez les possédés », dit saint Thomas d'Aquin.

Les causes de la possession sont les péchés. Cela peut être le péché du possédé lui-même, souvent la luxure ou le blasphème, mais aussi le péché d'un membre de la famille ou d'un proche. Par exemple, un mari dit à son épouse : « Va au diable ! » et celle-ci sent instantanément le démon entrer en elle par son oreille. Souvent aussi, lorsqu'aucune faute majeure ne peut être reprochée à la personne qui perd la raison, c'est le péché de l'humanité en général que le possédé doit expier.

Les hommes aussi bien que les femmes peuvent être saisis par Satan, dont le but est de nuire à toute l'espèce humaine : chevaliers, gens du peuple, moine et prêtre, vieillards, adultes ou enfants. Pour une fois, tout le monde se trouve logé à la même enseigne.

*On lutte contre la possession par l'[exorcisme](#). Le Moyen Âge compte un très grand nombre de saints dont les exorcismes sont notamment décrits dans les *Acta Sanctorum*. Saint Antoine est l'un des plus connus, mais il en existe beaucoup d'autres, de notoriété plus ou moins locale. C'est donc le démon que l'Église et les théologiens combattent dans la personne du possédé, ce dernier étant d'abord considéré comme une victime. Le besoin de spiritualité est si grand qu'aujourd'hui encore chaque diocèse est doté d'un exorciste prêt à intervenir dans les cas avérés de possession. Comment ces exorcistes d'aujourd'hui distinguent-ils les cas de possession de ceux de maladie psychique ? Ce sujet mériterait une étude approfondie.*

c) L'amalgame entre sorciers, hérétiques et malades mentaux

Mais il arrive aussi que ce soit l'homme qui recherche le commerce avec le diable. On a alors affaire à un sorcier. Dès le XI^e siècle, des sorcières sont brûlées vives. Ce n'est pas l'Église, mais l'opinion publique qui est à l'origine de la répression : face à un malheur survenu sans raison apparente, la foule en impute la responsabilité à une sorcière supposée.

À partir du XIII^e siècle, l'autorité ecclésiastique prend le relais, notamment parce que les sorcières s'enquêtent de l'avenir auprès des démons alors que l'avenir est réservé à Dieu. La répression s'abat. Les sorcières et sorciers seront, dans toute l'Europe, torturés, excommuniés, mis au pilori, fouettés, emmurés, brûlés vifs.

Au XIII^e siècle aussi se produit l'amalgame entre sorciers, hérétiques et malades mentaux. En 1239 et 1245, des cathares accusés de sorcellerie sont condamnés par les tribunaux de l'Inquisition. En 1258, le pape Alexandre IV confie officiellement aux inquisiteurs italiens la répression de la sorcellerie.

Or ces prétendus sorciers sont souvent des patients psychiques, ou du moins des gens au psychisme fragile. Voilà ce qu'en dit Muriel Laharie, auteur français qui a écrit un livre documenté sur la folie au Moyen Âge :

« Leurs transes, leurs expériences oniriques et leurs hallucinations (favorisées parfois par la consommation de plantes ou de [champignons hallucinogènes](#)) entrent dans le cadre d'états hystériques ou dépressifs, ou bien de psychoses délirantes, aiguës ou chroniques. Mais leur mythomanie, leurs affabulations, leurs discours naïfs, confus ou incohérents sont expliqués par une pseudoalliance avec le diable. »

«... Sous les tortures, de malheureuses femmes déséquilibrées et impressionnables avouent n'importe quel crime. (...) La «chasse aux sorcières», qui battra son plein seulement à partir de la fin du XIV^e siècle, connaît ainsi ses premières manifestations à l'époque féodale. Elle doit être, à l'évidence, replacée dans le contexte de l'exclusion dont sont victimes au XIII^e siècle à la fois

les hérétiques et les fous dans leur ensemble ; la folie ayant simplement, dans ce cas précis, pris le masque de la sorcellerie. »

d) Les humanistes

Dès le XIV^e siècle, les premiers humanistes (Boccace, Pétrarque, Dante) vont s'attaquer aux doctrines rigides et autoritaires des scolastiques et substituer à l'autorité de l'Église celle des anciens. Mais la renaissance scientifique n'a vraiment commencé que lorsque les hommes se sont trouvés de nouveau capables de faire davantage confiance à leurs propres expériences qu'à celles des anciens, au temps des génies de la Renaissance tels que, Bacon, Copernic, Léonard de Vinci, Machiavel, Montaigne, Érasme.

Au début du XVI^e siècle, Thomas Platter chevrier haut-valaisan illettré, quitte sa vallée natale pour mener dans toute l'Europe une vie d'adolescent gyrovague et chapardeur. Il survit aux maladies, au froid, à la faim ainsi qu'aux brutalités policières et à celles de ses camarades de rencontre. Il se fixe finalement à Bâle, où il monte une imprimerie, se convertit au protestantisme puis étudie la médecine. Il devient l'un des grands intellectuels humanistes de son temps. Son fils, Félix Platter (1536-1614), suit la voie paternelle et accomplit ses études de médecine à Montpellier. De retour à Bâle, il s'efforce de classer les maladies mentales et applique des méthodes précises dans l'observation des malades. Il passe beaucoup de temps dans les prisons, où sont enfermés de nombreux malades mentaux. Il considère que la plupart des maladies mentales sont dues à des lésions du cerveau, mais en bon calviniste, estime que les fantasmes sexuels sont le résultat de l'intervention du diable ou d'un châtement de Dieu.

Jean Wier (1515-1588), un Hollandais, a lutté pour démontrer que les sorcières étaient des malades mentales et devaient être soignées par des médecins au lieu d'être interrogées et brûlées par des ecclésiastiques. Il publia en 1563 son « De praestigiis daemonorum » (De l'imposture des démons) qui réfute point par point le Malleus Maleficarum (Le marteau des sorcières), qui est un code de la chasse aux sorcières, ouvrage pornographique élaboré en 1487 par deux Allemands.

Certains des contemporains de Wier le surnommèrent « Weirus hereticus » et son livre fut mis à l'index par l'Église. Paracelse, né à Einsiedeln en 1493, a aussi pris clairement position contre les principes des brûleurs de sorcières.

e) Le grand enfermement.

L'« Histoire de la psychiatrie » parle du XVII^e siècle comme de l'âge de la raison et de l'observation parce que ce siècle a développé la tradition empirique et permis une approche plus réaliste de la psychiatrie. Les maladies mentales ont aussi été arrachées un peu plus à la superstition et aux erreurs doctrinales, par exemple avec le philosophe Spinoza (1632-1677).

Mais, pour les patients psychiques de cette époque, la vie quotidienne a sans doute été davantage marquée par un décret de 1656 de Louis XIV créant à Paris l'Hôpital Général. Divers établissements préexistants (la Salpêtrière, Bicêtre, la Pitié, etc.) sont regroupés sous une administration unique baptisée l'Hôpital Général. Le but est d'y enfermer tous les pauvres de Paris pour les éduquer et les mettre au travail. Cette mission est confiée à des directeurs nommés à vie « qui ont tout pouvoir d'autorité, de direction, d'administration, commerce, police, juridiction, correction et châtement sur tous les pauvres de Paris, tant au-dehors qu'au-dedans de l'Hôpital Général. » Le décret royal ajoute : « Auront pour cet effet les directeurs : poteaux ; carcans, prisons et basses-fosses dans ledit Hôpital Général et lieux qui en dépendent comme ils aviseront, sans que l'appel puisse être reçu, des ordonnances qui seront par eux rendues pour le dedans dudit Hôpital... »

C'est là le début de ce que [Michel Foucault](#) a appelé le grand renfermement, dont allait hériter le XIX^e siècle médical. Mais, en 1656, les objectifs de l'Hôpital Général n'ont rien de médical. C'est en fait un instrument du pouvoir pour contrôler les mendiants, les malades mentaux et les invalides qui hantent les rues de Paris. Cela n'empêche pas le préambule du décret royal d'affirmer : « Considérons ces pauvres mendiants comme membres vivants de Jésus-Christ et non pas comme membres inutiles de l'État. Et agissons dans la conduite d'un si grand œuvre non par ordre de police, mais par le seul motif de la charité. »

Le 13 mai 1657, on chanta une messe solennelle du Saint-Esprit dans l'église de la Pitié et le 14, l'enfermement des pauvres fut accompli sans aucune émotion, c'est en tout cas ce qu'affirme une brochure anonyme publiée vingt ans après.

Il faut dire que, sur les 40 000 pauvres dénombrés à Paris au début de 1656, 35 000 s'enfuirent de la capitale pour se réfugier en province avant l'entrée en vigueur du décret. Seuls 4 ou 5 000 mendiants incapables de fuir, « eurent le grand bonheur de trouver retraite à l'Hôpital ». Cette structure étend bientôt son réseau sur toute la France. En 1676, un nouvel édit du roi ordonne la création d'un Hôpital Général dans chaque ville du royaume.

[Jean-Étienne Esquirol](#) a retrouvé, un siècle et demi plus tard, après la [Révolution française](#), ces mendiants et malades mentaux enfermés pour leur bien :

« Je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer ; d'eau pour éteindre leur soif et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enfermés dans des antres où l'on craindrait de renfermer des bêtes féroces, que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales. »

S'il est vrai que [Pinel](#) a déchainé les patients des asiles parisiens, il ne faut pas croire que cela a signifié, en France, la fin de la contention à l'égard des patients psychiques. Les patients sont restés enfermés dans les asiles, avec la panoplie des traitements médico-baroques plus ou moins sophistiqués pratiqués pendant tout le XIX^e siècle. Ce qui frappe, quand on étudie cette époque, c'est que la plupart des traitements prétendument thérapeutiques sont aussi utilisés pour intimider, terroriser et punir, pour faire régner l'ordre dans l'asile.

Tels sont notamment les bains froids ou chauds prolongés, les purgatifs et émétiques, les saignées, les irritants, le fauteuil rotatoire, le bain de surprise, les attachements, les isolements, les galvanisations et autres électrothérapies. Les médecins eux-mêmes ne craignent pas de le dire. Par exemple, dans un ouvrage paru en 1859, un certain Dr Teilleux écrit :

« L'électricité offre aussi l'avantage immense de pouvoir être employée comme agent de coercition. Depuis notre séjour à Maréville, nous nous sommes très bien trouvés des électrisations que nous avons données avec l'intention de réagir contre l'esprit d'indiscipline. »

Le film : [Vol au-dessus d'un nid de coucou](#), montre que ces pratiques ont perduré fort longtemps. (le livre de Pierre Morel, psychiatre, et Claude Quétel, historien : Les médecines de la folie).

Pourtant, dans toute l'Europe, se fait jour la volonté politique d'améliorer le sort des malades mentaux internés. Pestalozzi fut l'un de ceux qui luttèrent contre les traitements inhumains qui leur étaient infligés. Dans le [canton de Vaud](#), le Grand Conseil vote en 1810 la création d'un hospice des aliénés. À [Lausanne](#), on aménage une ancienne propriété située au [Champ-de-l'Air](#), en bordure de la route de Berne « dans une situation très agréable et très salubre, dont la vue embrasse tout le bassin du [Léman](#) ».

En 1830, le directeur du [Champ-de-l'Air](#), Charles-Albert Perret-Porta, a sous ses ordres trois

infirmiers, deux infirmières, une cuisinière et un boulanger. Voici ce qu'il dit de son asile, qui accueille à ce moment une centaine de malades :

« Les dortoirs ou chambres à coucher sont au nombre de 32, 18 pour les hommes, 14 pour les femmes. Il y a de plus trois chambres fortes qui servent momentanément de séjour à l'aliéné furieux... Ce sont des cellules solidement boisées, que l'on peut rendre complètement obscures. Une seule est munie d'une double grille intérieure en fer ; pour les cas où les barreaux ordinaires deviendraient insuffisants. »

« La plupart des dortoirs sont des chambres riantes et gaies, plafonnées et à parois glacées, peintes en jaune. Elles contiennent de un à quatre lits. Les malades ne les occupent guère pendant le jour, à moins d'être alités. Elles sont toujours aérées, et on y observe la plus grande propreté. On dirait, en visitant ces cellules, qu'elles appartiennent à des personnes dont on respecte les habitudes, qui tiennent à une bonne éducation... »

« Une chambre de bains située au rez-de-chaussée est encore un établissement nouveau, aussi indispensable aux soins de propreté qu'au traitement des aliénés. »

f) Naissance de l'institution psychiatrique:

C'est au milieu de XIX^e siècle que sont construits en Suisse les grands hôpitaux qui ont marqué l'histoire des patients psychiques et celle de la psychiatrie :

le Burghölzli à Zurich, Préflagier à Neuchâtel en 1849, la Waldau à Berne en 1855, Cery à Lausanne en 1873.

Ces institutions vont être reconnues par la faculté de médecine, développer et appliquer des traitements à la fois plus scientifiques et plus humains.

La psychologie, l'ergothérapie, les médicaments calmants. Les grands noms suisses sont Eugène Bleuler, Auguste Forel, Jean Piaget, Hermann Rorschach, Adolph Meyer.

Malheureusement pour les patients, ces institutions n'ont pas toujours su éviter des aventures dangereuses comme celle de la psychochirurgie, errances d'apprentis sorciers prétentieux et irresponsables (Gottlieb Burckhardt, 1888, Préflagier).

Un rapport de 1874, concernant Cery, montre à quel point le vent a tourné. Il y est fait état d'un certain nombre d'évasions, mais, celles-ci étant liées à une plus grande liberté laissée aux malades, c'est un petit mal pour un grand bien.

L'augmentation du personnel, ajoute le rapport, a permis de réaliser ce que chacun souhaitait depuis longtemps : la suppression graduelle des moyens de rigueur telles qu'entraves, camisoles de force, douches par contrainte, etc.

Le directeur type est un médecin énergique, bienveillant et paternaliste, qui habite l'institution avec sa famille et se bat pour obtenir de l'État les moyens financiers nécessaires pour un meilleur traitement des malades.

g) XX^e siècle:

C'est au début de notre siècle que survint ce qu'il convient d'appeler la révolution psychanalytique.

Sigmund Freud, né en Moravie en 1856, d'une famille de commerçants israélites, obtient son grade de docteur en médecine à l'université de Vienne en 1880. Dès le début de sa carrière, il veut comprendre la maladie mentale avant de la soigner et se met à observer les phénomènes d'une manière systématique. Il réussit ainsi, pour la première fois, à expliquer le comportement humain en termes psychologiques dans une théorie fondée sur l'observation et non seulement

sur l'hypothèse.

Si la notion d'inconscient ne date pas de Freud, il lui a donné un sens particulier en l'investissant du rôle de siège des pulsions de vie, de mort et sexuelles, ainsi que d'expériences accumulées dans la petite enfance et même avant la naissance. La psychanalyse, méthode dont il est le père, est le moyen qui permet de comprendre, de déchiffrer les messages de l'inconscient. Pour lui, l'analyse des rêves, qu'il a beaucoup développée, est la voie royale qui mène à l'inconscient.

Avec Freud, on peut comprendre la folie comme un comportement dicté par les forces refoulées de l'inconscient.

En Suisse, Carl Gustav Jung divergea des théories de Freud en introduisant la notion d'un inconscient collectif.

En 1912, pendant que Freud développait sa théorie psychanalytique, le prix Nobel de médecine était attribué à un chirurgien et physiologiste français, Alexis Carrel. Né en 1873 dans une famille de la grande bourgeoisie lyonnaise, il était devenu directeur de l'Institut Rockefeller de New York. En 1935, Carrel publie un ouvrage qui connaît un grand succès d'édition: «L'homme cet inconnu».

Que dit Carrel ?

«Il y a encore le problème non résolu de la foule immense des déficients et des criminels. Ceux-ci chargent d'un poids énorme la population restée saine. Le coût des prisons et des asiles d'aliénés, de la protection du public contre les bandits et les fous est, comme nous le savons, devenu gigantesque.»

Un effort naïf est fait par les nations civilisées pour la conservation d'êtres inutiles et nuisibles. Les anormaux empêchent le développement des normaux. Il est nécessaire de regarder ce problème en face.» (...) Il ne faut pas hésiter à ordonner la société moderne par rapport à l'individu sain. Les systèmes philosophiques et les préjugés sentimentaux doivent disparaître devant cette nécessité. »

Ces thèses sur l'inégalité biologique des individus s'accordaient avec les thèses racistes des nazis. En octobre 1939, Hitler décréta l'euthanasie des malades après examen critique de leur état pathologique par des médecins. Ses acolytes Bouhler et Brandt constituèrent une équipe de médecins et l'opération T4 pût commencer en janvier 1940. Près de 100 000 personnes, principalement des patients psychiques et handicapés mentaux, furent euthanasiées en Allemagne, puis dans les territoires occupés à l'Est. Ces «bouches inutiles», comme disaient les nazis, furent exterminées par gazage, piqûres ou administration de médicaments à doses mortelles. Les corps étaient incinérés et les proches étaient informés du décès que l'on liait à des causes inventées, par exemple des épidémies. Mais le secret fut éventé et les familles, ainsi que des ecclésiastiques protestèrent. Hitler dut arrêter le programme d'euthanasie, du moins en Allemagne, en août 1941.

Après la guerre, 1952 voit l'apparition du premier neuroleptique, le Largactil. Nombre de médecins ont cru que l'on avait enfin trouvé le remède miracle qui allait définitivement résoudre les dysfonctionnements du cerveau. Pour d'autres, les neuroleptiques s'avèrent n'être qu'une camisole chimique. Il n'empêche que le visage de la folie a changé d'aspect. Si les patients sous neuroleptiques adoptent une démarche un rien robotisée, parfois appelée par les patients «le pas de Cery», cela n'a plus rien à voir avec le patient agité, hurlant et gesticulant dans tous les sens.

Au début des années 1960, sous le nom d'antipsychiatrie, se développe aux États-Unis et en Europe une contestation fondamentale de la psychiatrie classique hospitalière, qualifiée d'asilaire. On se souvient de Ronald Laing et David Cooper en Angleterre, Franco Basaglia en Italie, Thomas Szasz aux États-Unis. Selon ces auteurs, la psychiatrie n'est qu'un banal instrument de contrôle social fondé sur la coercition et paré des plumes de la science médicale.

En France, le médecin Lucien Bonnafé refuse les options extrémistes, mais soutient le mouvement désaliéniste en instaurant la psychiatrie de secteur.

Le discours sociologique antipsychiatrique pur et dur a sombré à la fin des années 1980, rattrapé par les réalités de la maladie mentale. À noter l'immense fiasco de la tentative italienne de désinstitutionalisation psychiatrique. Dans le reste de l'Europe, la psychiatrie hospitalière a résisté à des attaques polémiques extrêmement violentes, continuant d'abriter et de soigner, en période de crise, les patients et leurs souffrances

.Aujourd'hui, chimiothérapie et psychothérapie sont deux aspects complémentaires et indissociables du traitement en psychiatrie auquel vient s'ajouter enfin la psychiatrie sociale ou la psychiatrie de secteur, qui prend en compte l'environnement du patient, les proches, l'employeur, les amis.

V Les psychothérapies:

a) Histoire, origine et sens de psychothérapie

1) Définition et Références du Centre National de ressources Textuelles et Lexicales

Étymologie : Mot construit avec le préfixe psycho- et le substantif thérapie.

En médecine : thérapeutique (soin) des maladies psychiques, des troubles de la personnalité ou du comportement par des procédés psychiques, en particulier par le moyen de la parole.

La connaissance exacte des causes apportant des troubles permanents ou conditionnés permet une psychothérapie associée aux thérapeutiques médicales. Des conseils sont donnés aux parents, l'enfant est suivi par les médecins et les psychologues du centre, tout en poursuivant sa scolarité (Encyclop. éduc., 1960, p. 200). Le champ de la psychothérapie est très vaste, allant des troubles caractériels et des névroses jusqu'aux affections psychosomatiques et même aux psychoses (Sill. 1965).

La psychanalyse était, au commencement, pour Freud, une psychothérapie relativement brève (Ancelin 1971). En partic. Thérapeutique moins profonde, moins complète et moins intensive que la psychanalyse. Psychothérapie directive, relationnelle.

Dans la psychanalyse classique l'analysé est couché sur le divan et il parle seul. L'analyste derrière lui est invisible et muet. En psychothérapie l'analysé est assis en face de l'analyste. Il le voit et l'entend. L'analyste commente les rêves, explique et parfois dirige (Choisy, Psychanal., 1950, p. 205).

- Psychothérapie analytique/en profondeur. Thérapeutique utilisant partiellement les principes et les techniques de la psychanalyse. En psychiatrie infantile, la psychanalyse classique est généralement impossible (...) et la psychothérapie en profondeur doit s'adapter à la psychologie particulière des jeunes sujets (Porot 1960).

- Psychothérapie collective/de groupe. „Psychothérapie administrée simultanément à plusieurs malades, notamment des malades présentant des troubles du comportement et dont les caractères sont, autant que possible, différents et plus ou moins complémentaires, de façon à favoriser les discussions organisées.

Les psychothérapies de groupe sont destinées plus à des troubles du comportement et des relations avec autrui qu'à des états proprement névrotiques (Pédag. 1972).

2) Psychothérapie analytique

1913 - «Au sujet de la psycho-thérapie analytique enfin, Freud a guéri de nombreux malades. Mais les a-t-il guéris par transfert affectif et découverte des complexes et non par suite de ces

actions sentimentales dont nous ignorons complètement l'action ?» A. Hesnard, La théorie sexuelle des psycho-névroses (Psycho-analyse de Freud),

1971 - «Par contre, en psychothérapie on peut parfaitement donner un médicament, par exemple un tranquillisant, et en même temps ou alternativement mener une psychothérapie.

3) Origine:

Les psychothérapies (thérapies par la psyché), trouvent leur origine dans différentes pratiques dont l'analyse psychologique de Pierre Janet, la cure par la parole de Joseph Breuer, l'hypnose puis la psychanalyse.

Certaines sources désignent parfois les méthodes des thérapeutes d'Alexandrie dont rend compte Philon d'Alexandrie ou les travaux de Paracelse (1494-1541) comme les premières psychothérapies.

Le sens moderne est dû au psychiatre anglais Walter Cooper Dendy qui introduisit le terme psychotherapeia en 1853. Le terme définitif de psychothérapie aurait été inventé par Hippolyte Bernheim chef de file de l'École de Nancy « qui publia en 1891 un ouvrage intitulé Hypnotisme, suggestion, psychothérapie ».

Les psychothérapies ont pour vocation de « soigner par l'esprit » des souffrances tant psychiques que somatiques dans le cadre d'une relation à un psychothérapeute.

« La psychothérapie [est] souvent considérée à tort comme un soin de l'esprit ».

Résumant les indications de la psychothérapie Bernheim écrit dans "De la suggestion" :

"Le ténésme, la diarrhée, les vomissements liés à une affection organique peuvent aussi être exagérés par le psychisme et justiciables dans une certaine mesure de la suggestion. On le voit, le champ de la psychothérapie est très vaste ; elle peut intervenir utilement dans toutes les maladies qui s'inscrivent dans une dynamique psycho-somatique avec une prédilection pour l'élément psychonerveux de ces maladies".

Les approches sont nombreuses et correspondent à de nombreux modèles théoriques différents voire contradictoires.

La psychothérapie est distincte du counseling ou du coaching en vogue dans les pays anglo-saxons et qui ne présuppose ni formation universitaire ni formation à la psychopathologie, bien que ces activités soient parfois exercées par des psychologues et/ou des psychiatres de formation.

Ces dernières années ont vu de nombreux pays francophones réglementer le titre de psychothérapeute :

Au Québec, la loi 21 datant de 2009 institue un permis de psychothérapeute délivré par les ordres professionnels concernés.

En Suisse, la loi LPsy datant de 2010 réserve le titre de psychothérapeute aux titulaires d'un master de psychologie ayant effectué une formation supplémentaire agréée.

En France, à compter du 1er juillet 2010, l'usage du titre de psychothérapeute est protégé par la loi Hôpital. Son usage requiert d'être inscrit au registre national des psychothérapeutes.

Cette inscription implique de valider une formation agréée en psychopathologie qui n'est ouverte qu'aux médecins et aux titulaires d'un master de psychologie ou de psychanalyse.

Selon les pays, le titre de psychothérapeute est ou n'est pas protégé et, dans ce dernier cas, tout un chacun peut se prétendre psychothérapeute.

Le désir de guérir ou de « prendre soin des hommes » semble inscrit dans la nature humaine. C'est une aptitude que beaucoup de gens possèdent, mais qui, pour devenir une compétence,

demande à être développée par l'apprentissage de théories et de techniques.

Le mot psychothérapie est né à la fin du XIX^e siècle en Allemagne.

Mais les soins par la psyché étaient déjà connus des Grecs : le temple d'Epidaure en Grèce fut longtemps un lieu de pèlerinage pour les malades.

À la fin du XIX^e siècle, les progrès de la médecine et de la psychologie vont permettre le développement scientifique de techniques à proprement parler psychothérapeutiques.

Ces progrès sont sans cesse remis en cause, probablement du fait que la souffrance psychique est peu ou pas objectivable, à l'opposé de la souffrance physique qui est plus facilement identifiable.

b) Il existe plusieurs périodes dans l'histoire de la psychothérapie:

- L'origine se trouve dans les pratiques animistes, encore répandues, y compris dans les pays développés. Elles ont survécu jusqu'ici sous différentes formes qui coexistent avec d'autres plus récentes.
- À partir du XVII^e siècle et jusqu'en 1893, c'est le développement des traitements par la suggestion. L'intérêt pour les traitements psychiques des enfants apparaît à la fin de cette période.
- De 1886 à 1925, Pierre Janet met en place sa méthode psychothérapeutique, l'analyse psychologique, basée sur la notion d'automatisme psychique existant à des niveaux plus ou moins profonds du psychisme. Ces découvertes sont d'importance.
- 1925: Sigmund Freud a conceptualisé et systématisé l'inconscient et la sexualité infantile, notions fondamentales de la psychanalyse. Les conflits inconscients — résultant d'une dualité pulsionnelle — ne sont pas accessibles à la cure et doivent être mis à jour et élaborés durant le traitement psychanalytique. C'est une des premières fois dans l'histoire qu'on utilise scientifiquement la parole comme vecteur thérapeutique de manière aussi codifiée. Cet axe Paris - Vienne alors créé est très fécond à l'époque. En France, c'est entre autres sous l'impulsion de René Diatkine, de Serge Lebovici et de Françoise Dolto que la psychanalyse des enfants est devenue réalité.

c) Les précurseurs:

1: Les philosophes:

Bien avant les travaux précurseurs de Platon (-427, -348) et d'Aristote (-384, -322) en psychologie (le terme n'existera qu'à partir de 1575, Johannes Thomas Freigius, Ciceronianus), les hommes se sont intéressés à la perception, aux sensations, aux émotions, aux sentiments et à la pensée. Les traces s'en trouvent dans l'Iliade et l'Odyssée, dans les mythologies de tous les peuples ou dans les livres sacrés, la psychologie historique (Ignace Meyerson, 1888-1983) le montre bien. Les premiers textes connus qui évoquent une réflexion sur l'émergence de la pensée et de la conscience sont ceux que l'histoire a conservés, mais il est probable qu'ils s'appuyaient sur des travaux antérieurs que nous ne connaissons pas.

Ainsi Platon et Aristote apparaissent-ils en pleine lumière, alors que nous n'avons pas ou très peu de textes de leurs contemporains Démocrite (c-460, c-360) ou Épicure (-342, -270). Lucrèce (-98, -54), mieux connu, appartient à cet héritage de l'Antiquité qu'il faut compléter par les deux commentateurs d'Aristote, Ibn Rochd (Averroès, 1126-1198) et Thomas d'Aquin (1225-1274), qui reprendront des siècles plus tard ses travaux et constitueront le fonds de ce qui sera la scolastique.

Pour Pythagore (500 avant J.-C.), le cerveau est le siège de l'intelligence et de la folie.

Platon décrit une hiérarchisation du psychisme : l'âme supérieure (courage, ambition) localisée dans le cœur, l'âme inférieure nutritive dans le foie. Dans le Phédon, il sépare l'âme immatérielle, donc la pensée, du corps matériel et considère que l'âme pilote le corps. Ce dualisme idéaliste laissera des traces profondes jusque dans les divers courants de la psychologie du XX^e siècle. Aristote critique Platon. En effet, pour lui, l'âme n'est pas le pilote du corps.

Dans La Métaphysique, il pose la question :

« Comment les Idées, qui sont la substance des choses, seraient-elles séparées des choses ? »

Aristote introduit dans son Traité de l'âme une tripartition de l'âme, avec une perspective gradualiste : végétative, sensitive et cognitive, qui reproduit la partition des êtres vivants en végétaux, animaux et homme. (Les médecins parlent traditionnellement d'un « état végétatif ».) Il s'intéresse aux facultés de l'âme (la mémoire, le jugement, etc.) et s'interroge sur ce qui dans l'âme connaît et pense : il le nomme « poïêtikon », l'entendement poétique, qui doit être compris plutôt dans le sens moderne de « représentation mentale » que de poésie. La volonté vise l'obtention du plaisir et l'élimination de la douleur, dans une conception proche de l'épicurisme.

Ainsi en s'interrogeant sur les rapports entre corps et perception, corps et pensée, pensée et sujet, Aristote ouvre un débat, repris au fil des siècles, pour savoir si « l'intellect agent » et « l'intellect matériel » sont uniques et éternels (divins) ou si l'âme et l'intellect sont séparés. Sa réponse est que l'âme est au corps comme la forme est à la matière (distincte et inséparable).

Lucrèce tranche en affirmant que l'âme en tant que « souffle vital » (anima en latin) anime le corps et dans De natura rerum (De la nature des choses), il note que :

« Si nous ne posons d'abord cette base [la matière], nous ne saurons à quoi nous référer pour rien établir par le raisonnement, quand il s'agira des choses obscures. »

Les oppositions entre les conceptions monistes et dualistes sont anciennes et la grande difficulté pour définir les rapports entre le corps et la pensée vont occuper les psychologues des siècles suivants.

2) Les médecins:

L'autre versant de la science antique est celui des observations et des expériences des médecins. Dès la plus haute Antiquité, les interrogations sur la santé mentale et les troubles mentaux sont attestées : le papyrus Ebers (1550 avant J.-C.) contient une courte description clinique de la dépression, avec des recettes magiques ou religieuses pour la chasser.

Le papyrus Ebers est écrit en égyptien hiéroglyphique et représente la plus volumineuse compilation de connaissances médicales de cette époque connues à ce jour. Le parchemin de 110 pages, qui est long de 20 mètres, contient plus de 700 formules magiques et remèdes. Il contient d'innombrables incantations ayant pour but de détourner les démons qui causent les maladies, mais il démontre aussi une longue tradition de connaissances empiriques et d'observations.

Les poèmes d'Homère présentent la folie comme une offense des dieux.

La pensée médicale naît avec Empédocle, un philosophe et médecin grec du V^e siècle av.J.C ingénieur. (484-424 avant J.-C.) en Sicile avec sa théorie des qualités des quatre éléments (terre, eau, air, feu) dans ses rapports avec les quatre humeurs nécessaires au bien-être : sang, flegme, bile jaune et bile noire.

Hippocrate (c460-c370 avant J.-C.) effectue une classification des troubles mentaux comprenant la manie, la mélancolie, la paranoïa ou détérioration, l'épilepsie, en relation avec les tempéraments sanguin, colérique, flegmatique ou mélancolique. Il réunit ainsi les maladies de

l'âme et du corps, les maladies sont physiques, et ainsi il participe à démystifier la maladie mentale, qui était jusque là, plutôt liée à des manifestations démoniaques.

Arétée de Cappadoce (80-138) fut un célèbre médecin grec de l'Antiquité. Elle fait des descriptions fines de troubles mentaux, en particulier elle propose l'amorce d'une conception unitaire de la mélancolie et de la manie.

C'est Galien (131-201) qui rassemblera les connaissances antérieures (les travaux d'Hippocrate et ceux d'Aristote en particulier) et les étendra considérablement dans ce qui va devenir, pour quinze siècles, la source principale des connaissances médicales dans les sphères d'influence juive, chrétienne et musulmane. Ainsi, il ouvre une démarche d'expériences physiologiques, d'anatomie, de diagnostic et de thérapeutique, de pharmacologie et d'hygiène.

La médecine, dès Hippocrate, est préventive (hygiène) autant que curative. Les causes de la maladie et de la santé sont recherchées parmi des causes naturelles, rationnelles.

Galien distingue, comme Hippocrate, quatre tempéraments et les articule aux quatre éléments dans une combinatoire qui lui permet de classer les maladies selon les déséquilibres entre les diverses tendances, les bases de l'affectivité et du comportement apparaissant de nature biochimique. Ainsi l'excès de sang conduit au tempérament sanguin, de bile jaune au tempérament cholérique, de bile noire au tempérament mélancolique, etc. C'est cette approche qui se retrouve des siècles plus tard dans la caractérologie.

Alexandre de Tralles (525-605), médecin grec originaire de Lycie, développe la théorie de Galien et effectue une amorce des théories « localisationnistes » cérébrales.

L'héritage hippocratique de la médecine antique aboutit aux prémices d'une psychiatrie fondée sur quatre grandes maladies : la frénésie et la léthargie associées à des états toxi-infectieux, la manie et la mélancolie, « folies sans fièvre ».

L'héritage arabe ne sera transmis qu'au XI^e siècle, avec sa traduction en latin

VI Les différentes approches et techniques aujourd'hui:

Depuis la seconde moitié du XX^e siècle, le nombre d'approches psychothérapeutiques a crû de manière très importante. De nos jours, il existe trois groupes de psychothérapies sur lesquelles portent la quasi-totalité des études réalisées : les psychothérapies psychanalytiques (et celles qui en dérivent), les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies systémiques. De nombreuses autres thérapies sont apparues par la suite, certaines basées sur des théories qui n'ont reçu aucune évaluation, se constituant en petits groupes autour d'un gourou.

On compte aujourd'hui plus de 300 théories de la psychothérapie sans aucune base théorique commune. Des facteurs efficaces, communs aux diverses psychothérapies ont cependant été décrits, et sont utilisés dans l'approche intégrative et éclectique de la psychothérapie, puisant ce qu'il y a de mieux dans chaque école, en l'adaptant au service du patient (O.Chambon, "Les bases de la psychothérapie", Dunod, 3^e édition, 2010).

Seules quelques-unes ont fait l'objet d'évaluations selon le modèle scientifique : les thérapies psychanalytiques, les thérapies cognitivo-comportementales, systémiques et EMDR.

Les autres thérapies sont souvent des thérapies d'inspirations ou d'orientation psychanalytiques: École de Palo Alto

1) La psychanalyse proprement dite (cure-type)

Lors d'une cure psychanalytique, l'analysé (patient) est invité à s'allonger sur un divan de telle façon qu'il ne puisse pas voir le psychanalyste. Cette position serait propice à la détente, ainsi qu'à la régression. Elle facilite la mise en place de la condition optimale permettant l'accès à la

mémoire infantile, aux rêves et surtout à l'[association libre](#). Cette dernière est la première des [règles fondamentales](#) avec celles de l'[abstinence](#).

L'action thérapeutique du psychanalyste se joue dans l'analyse du [transfert](#) et [contre-transfert](#). Le thérapeute se veut ici le moins interventionniste possible, en favorisant et respectant la parole du patient, donc le surgissement progressif de son inconscient. Ce qui peut se résumer à l'exploration des "fantasmes" sous-jacents aux actions et souffrances du patient.

2) La psychothérapie psychanalytique individuelle

Basée sur la cure-type, la psychothérapie psychanalytique individuelle peut différer de celle-ci sur un ou plusieurs points, tels qu'un [entretien](#) fait en face à face, et/ou l'intervention du thérapeute de manière plus directive par exemple. Dès lors, elle peut s'appliquer à davantage de patients présentant des troubles variés, puisque la technique peut leur être adaptée. Ces modifications de la cure-type dépendent « en fait de l'organisation psychopathologique dont il s'agit et, dans une certaine mesure, du style et de la personnalité de l'analyste »

3) La psychothérapie psychanalytique des enfants

Les groupes avec médiateurs sont le plus souvent proposés à des enfants jeunes, dont les capacités d'élaboration doivent être soutenues. Elles le sont de deux façons : par le groupe, dans lequel l'enfant peut se fondre ou prendre le risque de se détacher ; par le médiateur, qui prête sa forme à la représentation de fantasmes ou de conflits. L'exemple type est l'atelier conte, dans lequel un couple de psychothérapeutes raconte une histoire à un groupe d'enfants, histoire qui est ensuite jouée « en semblant ». Le conte donne au groupe une représentation d'une situation conflictuelle et les moyens d'en sortir. Le jeu permet à l'enfant d'en expérimenter de nouvelles, d'achopper sur des difficultés prévues ou non, ou de répéter inlassablement la même chose. Le dispositif est en lui-même une interprétation : un couple et un groupe d'enfants rappellent la situation commune : nous venons tous d'une famille, nous avons tous des liens transgénérationnels, et cela nous pose des problèmes à tous. Les conflits sont représentés d'une façon plurifocale : dans le conte, dans le jeu, dans le groupe. Il y a donc une série d'enveloppes qui permettent de contenir et d'inscrire les différentes problématiques. Ces espaces sont représentés par la différence « espace du conte » et « espace du jeu ».

4) La psychologie analytique

La psychologie analytique est une approche [jungienne](#). Comme l'approche psychanalytique elle analyse les rêves de l'analysant (le patient), mais s'en distancie par les concepts sous-jacents. Il ne s'agit pas tant de permettre la levée d'un refoulement, que d'amener l'analysant à prendre conscience des exigences de ses dynamismes inconscients afin qu'il puisse librement se déterminer entre les exigences internes (de l'inconscient) et externes (ses investissements moïques du monde). Cette démarche n'exclut pas l'analyse de la sexualité infantile, mais ne se centre pas directement sur elle. Elle implique aussi une vision du [transfert \(psychanalyse\)](#) où analyste et analysant (patient) partagent un même réseau interprojectif.

5) L'approche cognitivo-comportementale.

Elle résulte de l'association des thérapies comportementales et des thérapies cognitives qui ont comme base des théories de la psychologie dite scientifique. Les thérapies comportementales ont donc pour socle théorique d'une part les théories du conditionnement ([béhaviorisme](#)) et de l'apprentissage social (Albert Bandura), d'autre part les théories de la cognition (psychologie cognitive). L'objectif est la guérison symptomatique : la phobie, l'[obsession](#), l'[addiction](#), le délire sont des symptômes cibles, résultant d'un désordre biochimique ou d'un mauvais apprentissage

qu'il convient de faire disparaître. Le thérapeute utilise pour ce faire l'immersion durable dans la situation pathogène, l'aversion, l'inhibition réciproque, le renforcement positif et négatif. Les thérapies cognitives s'inspirent des théories de la psychologie cognitive. Leur visée est la « restructuration cognitive ». Les « schémas cognitifs » sont stockés en mémoire et considérés comme déterminés par les prédispositions biologiques innées et l'apprentissage. Ils sont activés par des stimulations ou des émotions semblables à celles qui ont été vécues lors de leur stockage. Les distorsions cognitives (inférence, abstraction sélective, surgénéralisation, maximalisation, minimalisation, raisonnement dichotomique, personnalisation...) expliqueraient la pathologie mentale.

Le thérapeute est actif et directif et garde avec le patient une bonne relation ; il lui est lié par un contrat prévoyant les résultats escomptés, et il encourage le patient à prendre un rôle actif. Ses interventions sont centrées sur l'ici et maintenant. L'investigation sur les éléments cognitifs (pensées, images, comportements, émotions) induit un décentrement et donc une métacognition qui rend possible la restructuration cognitive. La formation aux Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC), impliquant le statut de [psychologue](#) ou de [psychiatre](#), peut être universitaire, en deux ou trois ans. Le psychothérapeute peut aussi se former par le biais de l'association française de thérapies cognitivo-comportementales (AFTCC), sur trois ans, laquelle est affilié à une association européenne cherchant à implémenter des standards assurant un gage de qualité.

6) Les psychothérapies d'inspiration systémiques

Les psychothérapies d'inspiration systémiques peuvent être individuelles ou familiales. Elles examinent les troubles psychologiques et comportementaux du membre d'un groupe comme un symptôme du dysfonctionnement du dit groupe (généralement la [famille](#)).

La thérapie familiale systémique implique un traitement du groupe et une participation de tous ses membres.

La thérapie systémique individuelle (Thérapie Brève de Palo Alto : P. Watzlawick, J. Weakland, D. Fisch etc.) diffère de la thérapie familiale dans le traitement. Elle a mis en évidence qu'il n'est pas nécessaire de convoquer tout le groupe pour opérer un changement. Elle affirme qu'il est possible de modifier unilatéralement ses relations avec les autres membres du groupe; ce qui peut avoir un effet sur le fonctionnement du groupe.

Parmi les thérapies familiales de différentes natures, il y a les thérapies systémiques familiales élaborées par [Paul Watzlawick](#), [Donald D. Jackson](#) et les autres dans une [approche écosystémique](#) [Jay Haley](#) a contribué par des interventions inventives, surprenantes et paradoxales.

7) La psychothérapie rogerienne et l'approche humaniste

On utilise fréquemment le terme de psychothérapie rogerienne, ou de thérapie humaniste, même si le nom qu'en a finalement donné Rogers, et qui est repris dans le monde entier, est Thérapie Centrée sur le client puis Approche Centrée sur la Personne (A.C.P). Fondée par C. R. ROGERS, cette technique repose sur le postulat de l'existence d'une tendance actualisante positivement orientée, inhérente à tout organisme vivant (principe de complexité ou d'auto-organisation). La thérapie contribue au dépassement constructeur de tout ce qui s'oppose à cette tendance, venant de l'intériorisation des conditions de valorisation provenant des parents et du milieu. L'attitude est non directive, et le thérapeute œuvre à la qualité relationnelle en installant trois conditions de base : la considération (ou acceptation) positive inconditionnelle sans réserve ni jugement ; la congruence (il est authentique, sans masque ni façade) ; et la compréhension empathique du monde subjectif et expérientiel du client. Il sollicite une prise de distance réflexive. Le processus thérapeutique contribue à un étayage qui promeut et renforce le potentiel d'actualisation du client.

8) Psychothérapie inspirée de l'école française

La théorie du détour a été élaborée par le psychologue du développement et clinicien Michel Cariou. C'est une théorie qui prend source dans les travaux de Henri Wallon, et se nourrit aussi d'autres conceptions et auteurs comme Charles Darwin (principe de l'adaptation au milieu), Kurt Lewin (mode de pensée galiléen), la Gestalttheorie (notion de conduite de détour), Erik Erikson (concept d'idéologie sociale). Ces derniers auteurs sont cependant réinterprétés dans une logique Wallonienne.

Cette théorie part du principe que tout organisme vivant doit survivre et pour cela doit s'adapter à son milieu, chez l'homme ce dernier étant le social.

Bien qu'aujourd'hui l'analyse psychologique de Janet ne soit plus appliquée, on constate un retour de cette approche clinique française.

Le but de cette psychothérapie est de « permettre à la personne de réactiver ses processus adaptatifs », et ceci à moyen (quelques mois) ou à long terme (quelques années) suivant les besoins.

Le psychologue issu de ce courant base son intervention sur l'analyse de la relation intersubjective (différent du transfert en psychanalyse) avec le patient, c'est-à-dire qu'il y a réelle interaction entre deux sujets à part entière, en prenant en compte « à la fois la psychogenèse et la structure du patient ». C'est pour cela que le patient et son thérapeute sont en face à face.

9) Psychothérapie médiatisée:

Les Psychothérapies médiatisées voient le jour début des années 2000. L'art-thérapie a disparu au profit de la psychothérapie, le trait d'union s'est transformé en médiatisée. Le concept évolue dans le temps pour recentrer l'art - thérapie sur la psychothérapie et se dégager de l'aura purement artistique.

L'utilisation de l'art permet de renouer la communication. Toute psychothérapie est en elle-même un processus créatif. Le psychologue donne au patient les moyens de créer, tout en étant instantanément vigilant, attentif à contrôler la relation psychothérapique. Le thérapeute doit maintenir la bonne distance avec le patient qui dessine, chante ou danse et qu'il (le psychologue) regarde ou écoute. L'apport des techniques peut être aussi un moyen défensif.

« La demande de pratiquer les thérapies médiatisées vient des soignants (qui se sont toujours intéressés aux productions des malades mentaux) et non des malades. Technique de médiation par l'art. Les thérapies médiatisées ou psychothérapies médiatisées sont des termes préférables à Art thérapie. C'est à travers la relation psychothérapique que l'art se met au service du soin. Il s'agit d'une thérapie, d'une technique de soin. Utilisations de techniques artistiques comme moyen thérapeutique (comme dans les autres psychothérapies) la relation patient-psychologue s'organise autour du transfert.

L'art permet de soigner. Il joue un rôle de médiateur, tout en étant le moyen de la communication. Ces techniques ne se réfèrent pas au verbe, mais à la sensorialité. » Michel Boudet.

VII L' Art:

a) Peut-on définir l'art ?

Etymologie : « ars » (latin) talent, savoir-faire.

Sens courant : savoir-faire (exemple : l'art de séduire)

Sens ancien : ensemble de procédés appliquant un savoir et permettant de produire un résultat (synonyme de technique).

sens moderne (depuis le 18ème siècle) ® les arts aus ens de beaux-arts ; activités ayant pour objet propre le beau, l'absence d'utilité pratique, la production désintéressée, visant à l'expression d'un idéal esthétique. En ce sens, si les arts (la peinture, la sculpture, la danse, etc.) exigent une technique, un savoir-faire, les oeuvres créées ne recherchent pas l'utilité, mais la beauté. C'est alors que se pose le problème du jugement de goût. S'il est de goût, repose sur la sensibilité et non de connaissance, s'il ne repose pas sur la raison qui pense les belles qualités de l'objet, n'est-il pas seulement subjectif?

Peut-on échapper au relativisme esthétique: rien n'est beau puisque ce qui est beau ne l'est que pour celui qui énonce ce jugement?

1) Art et gratuité

C'est d'abord un état d'esprit : l'artiste fait un travail qui n'est pas soumis à la nécessité matérielle. Il n'y a art que lorsque l'on sort de la réponse aux seuls besoins.

L'objet produit est une forme marquée par l'harmonie, l'équilibre et dont la contemplation procure du plaisir. Ce plaisir est formulé dans le jugement esthétique : « C'est beau ! ». Ce qui justifie l'origine du terme esthétique (la sensation).

Ainsi se trouvent posées deux questions : Qui est l'artiste ? Le beau qualifie-t-il l'oeuvre d'art ?

Que faut-il comprendre par gratuité en ce qui concerne les œuvres d'art ?

En somme, les œuvres d'art n'aurait aucune raison d'exister, elles seraient là pour l'ornement, pour la décoration, elles seraient de l'ordre du superflu, de l'inutile, elles seraient comme un corps étranger au monde habituel des objets de la vie quotidienne, elles ne serviraient qu'au plaisir des sens, qu'à la satisfaction esthétique. Il faudra donc observer ce qui est à l'origine de ce sentiment de gratuité.

« La couleur est la touche. L'oeil est le marteau. L'âme est le piano aux cordes nombreuses.

L'artiste est la main qui, par l'usage convenable de telle ou telle touche, met l'âme humaine en vibration. Il est donc clair que l'harmonie des couleurs doit reposer uniquement sur le principe de l'entrée en contact efficace avec l'âme humaine. Cette base sera définie comme le principe de la nécessité intérieure.»

La gratuité de l'oeuvre d'art à l'épreuve...

Il est évidemment facile de critiquer cet idée d'un art gratuit et formel qui finalement se dédouane de réfléchir sur l'évolution de la société, de prendre parti dans des débats et qui par conséquent se réduirait à une sorte de décoration, de fantaisie sans but.

En vérité seule la part décorative de l'art, certains aspects de l'art seraient gratuits.

2) Qu'est-ce qu'un artiste ?

L'artiste entre virtuosité technique et création:

Il s'agit d'un être doué d'un savoir-faire technique : cette virtuosité se traduit par une production d'illusion ("c'est ressemblant": l'art est alors imitation).

L'art est imitation et la condamnation de Platon est sans appel : l'artiste crée des illusions et doit être condamné pour cela.

L'imitation est au mieux inutile, au pire nuisible, car elle peut tromper (les oiseaux devant les raisins sculptés par Phidias ou les enfants et tous les êtres sans raison) en semant la confusion entre l'apparence et la réalité. La leçon sera conservée : l'art ne doit pas imiter, il doit montrer

quelque chose de plus que le simple témoignage factuel : ce quelque chose est le concept ou l'impression (dualité idéalisme/naturalisme de Panofsky).

Mais l'artiste est aussi un certain rapport à la nature, à la matière de son oeuvre. Alain distingue l'artiste de l'artisan dans ce volontarisme en action. L'artisan est celui qui modifie la nature pour qu'elle réponde à ses désirs et besoins alors que l'artiste, lui, va chercher dans la matière la source et l'inspiration de son oeuvre.

C'est ce rapport d'écoute et d'attention à la nature, ce souci de se changer plutôt que de changer le monde qui caractérise la singularité de l'artiste. L'artiste est ainsi, nous dit Alain, « spectateur de son oeuvre en train de naître ».

Cette analyse rejoint celle de Kant, l'artiste est le « favori » de la nature, il possède la « grâce de la nature ». Il s'agit là d'un don, d'une inspiration qui provient de la force créatrice de la nature. Ainsi, l'artiste peut aussi être un regard : l'objet manufacturé peut devenir oeuvre d'art du seul fait de la signature de l'artiste (le ready made). L'artiste est alors celui qui porte un autre regard sur le monde. Mais l'objet manufacturé doit pour cela perdre son usage premier, il doit devenir inutile (le porte-bouteilles de Duchamp n'est plus assigné à sa fonction première)

3) Qu'est-ce que le beau ?

Cela nous pose la question de la relativité du goût .

Est oeuvre d'art ce qui est socialement reconnu comme telle ? l'oeuvre d'art est donc ce qui est estampillé comme telle (ce qui figure dans les musées, les expositions, etc.). C'est donc un collègue d'experts (ou un seul) qui peut attribuer le label artistique (conservateurs, critiques, intellectuels, public, etc.). La BD est art, le Tag pas, Mozart, mais pas le Rap, etc. Mais on voit que ces frontières sociologiques sont mouvantes.

Quel est donc le critère retenu ? C'est le goût des experts. Qui en est dépositaire ? Comment se forme et se déforme-t-il (les impressionnistes exposent au salon des refusés, le terme lui-même n'est-il pas au départ péjoratif ?)

On voit le rôle de l'éducation, de la formation (c'est-à-dire l'inertie sociale, l'éducation transmet même si elle essaie d'intégrer les nouvelles conditions de vie, elle est par nature conservatrice, (Arendt).

Le goût est affaire de distinction, il est ce sens qui permet de savoir ce qui mérite l'intérêt.

Il valorise aussi celui qui le possède. Il ne peut faire l'objet d'une science, car il ne peut être mis en concepts et c'est ce qui lui donne son prix (une femme, un homme de goût est un jugement flatteur). Il s'agit d'un sens alliant raison et sensibilité et c'est d'ailleurs ainsi que le définit Kant, le jugement de goût est un jeu libre entre entendement et imagination. Mais par ce jeu, j'accède à des jugements qui ne sont pas singuliers, le goût est reconnu par tous (celle-ci s'habille bien, etc.) et ce jugement produit une appréciation de beauté.

b) Le jugement esthétique

1) Selon Kant :

Le beau fait l'objet d'un jugement sans concept, mais universel .

Pour Kant c'est le libre jeu de deux facultés humaines qui est requis pour produire un jugement esthétique. Il s'agit de l'imagination et de l'entendement. La première faculté à intervenir est l'imagination, l'oeuvre met en marche notre imagination et ceci se traduit par un rapport de familiarité avec l'oeuvre (« ça me rappelle », « j'ai l'impression de », etc.). Mais sur ce rapport intime et personnel avec l'art vient se greffer une intervention de l'entendement, il s'agit de dire ce que l'oeuvre d'art représente pour nous. Le jugement esthétique ne nous apprend rien sur l'oeuvre, mais sur notre rapport à l'oeuvre. Le jugement qui découle de cette expérience va être « c'est beau » (ou pas d'ailleurs). La beauté de l'objet vaut ainsi pour tous, du moins dans ses prétentions si ce n'est en fait. Il n'est pas beau pour moi comme ce que je juge être « bon » l'est pour moi (mon goût pour la moutarde ou la sauce à la menthe). Dire « c'est beau », c'est dire aussi que l'on devrait pouvoir s'entendre sur ce jugement. Le goût est le lieu d'une rencontre intersubjective, le beau peut mettre d'accord les hommes. D'où l'idée d'une fonction politique de

L'art : l'art instaure un monde commun, celui de la culture.

2) Le beau fait l'objet d'un jugement désintéressé :

Juger beau un objet c'est faire abstraction de son intérêt pour l'objet, il ne s'agit pas de vouloir le posséder (je peux trouver beau le château de Chambord sans pour autant vouloir en être propriétaire, le fait que je trouve beau ce château n'est pas exclusif du goût des autres).

Sartre dans l'imaginaire, montre le mécanisme en jeu dans le jugement esthétique, il s'agit de plaquer sur l'objet réel un objet imaginaire. D'où cette idée que le jugement esthétique, produit de l'imagination néantise l'objet réel (l'acteur réel disparaît derrière le personnage qu'il joue, il en est l'analogon). D'où aussi la distance infranchissable entre l'oeuvre d'art et le réel, distance déjà aperçue par Aristote (la charogne répugnante dans le monde réel peut devenir belle dans l'art). D'où aussi toute la difficulté de l'art à dénoncer l'art et à mettre en scène le laid, l'horrible, etc. (le cinéma de guerre est toujours soupçonné de complaisance, les scènes de violence, de viol nous placent dans une position inconfortable de « voyeurs », etc.). Le beau est aussi ce qui trompe : le laid devient beau sous le regard de l'artiste. Le jugement de beauté est distance vis-à-vis de l'objet, il est considération de l'objet en tant que tel et non dans mon rapport avec lui. Le jugement de beauté exclut de mon monde l'objet.

L'esthétique kantienne libère l'art de toute tutelle :

L'amateur : le goût est subjectif même s'il revendique l'universalité (on peut parler de l'art).

L'artiste : ce n'est plus l'ouvrier d'une cause : c'est la liberté de création qui donne de la valeur à l'oeuvre. L'oeuvre elle-même n'est plus imitation, mais elle rend visible un monde encore inconnu.

3) Hegel et le refus de l'autonomie de l'art

Hegel se fonde sur l'analyse aristotélicienne de la fonction cathartique de l'art. L'art permet à l'homme de se mettre à distance du réel grâce à l'interposition de cet objet imaginaire. Ainsi le spectateur de la tragédie antique, comme aujourd'hui celui du cinéma peut en s'identifiant aux héros vivre par procuration des drames qui procurent des sentiments, des passions, mais sans que la réalité ne nous atteigne. Le spectateur tremble, déteste, aime, mais tout ceci n'est « que du cinéma », l'engagement n'est pas total et le reste de lucidité du spectateur lui permet de se mettre à distance de lui-même comme il est à distance du réel, impunément assis dans son siège de spectateur.

Ainsi donc peut s'opérer une délivrance, une purgation des passions humaines par le biais de la tragédie (ou du cinéma aujourd'hui). L'art se voit donc assigné une fonction moralisatrice. L'art participe au processus d'humanisation qui est celui de la culture : il s'agit de se détacher de la nature, de maîtriser ces passions qui en sont l'expression. L'art est donc comme les autres activités humaines au service de la conquête de la liberté contre l'emprise de la nature sur nous. Hegel conteste la pertinence de deux thèses sur l'art : celle de l'art comme union avec la nature (le romantisme) qui ne serait qu'un retour à la grossièreté et l'animalité et celle de l'art pour l'art, de l'art qui ne trouverait sa justification qu'en lui-même. Cette liberté de l'art de tout assujettissement ne ferait que transformer l'art en un instrument dérisoire de plaisir, une occupation totalement superficielle et dont on peut se passer sans dommage.

Ainsi l'art vise le même résultat que la religion, la morale ou la philosophie, humaniser l'homme en le faisant pénétrer dans le monde de la culture. Ainsi donc le beau artistique est toujours supérieur au beau naturel, car il révèle une spiritualité. Au contraire, pour Kant c'est la beauté libre, celle qui ne correspond à aucune idée qui préside au jugement de goût pur. La beauté adhérente est la beauté d'un objet en plein accord avec sa destination, son concept (édifice, cheval, homme, femme, ...) Elle ne donne pas lieu à un jugement de goût pur (il est beau « pour », « en vue de »). Seul le désintéressement, l'inutilité caractérise la beauté pure. La conception kantienne du beau conduit les artistes lui faire prendre diverses formes, même non harmonieuses : Flaubert: « L'ignoble me plaît, c'est le sublime d'en bas », Kandinsky (« le beau intérieur »),

Baudelaire (« le beau est toujours bizarre »), « la beauté convulsive » des surréalistes, etc. puisque le beau est libéré de toute attache à un concept, une définition. Cette explosion du beau conduira d'ailleurs à la disparition de ce terme même si on doit se référer à ce concept pour comprendre les particularités de l'art.

4) Art et réalité :

L'imitation est décriée par Platon comme illusion, faux-semblant.

Mais l'art n'est jamais pure imitation, il vise à spiritualiser la réalité en transfigurant la forme sensible sous le concept, l'art est « cosa mentale » dit Leonard de Vinci. L'art n'est plus imitation de la réalité, il dépasse la réalité, y montre un ordre caché. Derrière l'art figuratif pointe toujours l'abstraction, d'où l'évolution du 20^e siècle, mais l'art abstrait est toujours présent dans l'art.

Mais l'art est aussi restitution d'une impression, d'une sensation. Il ne s'agit pas alors d'une imitation, mais de la restitution à fin de partage d'une expérience singulière. Il y a là aussi projet qui dépasse la simple reproduction d'un donné brut. L'art naturaliste vise à reconstituer un monde commun produit de notre sensibilité. C'est donc bien un projet politique qui est à l'oeuvre.

5) Apprendre à voir:

L'art est transformation de notre perception du monde, il y a plus de réalité dans l'art que dans la nature parce que l'art construit la réalité. Le réel est enrichi par l'art (« chaque artiste est un monde différent à notre disposition » Proust). Au fond « l'art ne reproduit pas le visible, il rend visible. » (Paul Klee).

Ce qui définit l'art c'est son souci de ne pas être au service d'une réalité triviale. Qu'il la transcende, la transforme, la restitue au travers du prisme de sa sensibilité, l'artiste nous donne à voir un projet ontologique et politique. L'artiste est un des acteurs fondamentaux de la construction d'un monde commun, il permet de mettre à nu les ressorts d'une réalité qu'il interroge dans sa réception singulière.

À chacun sa vérité esthétique! Cependant lorsqu'on dit : « j'aime les cerises », on n'attend pas de réponse. Ce que l'on dit est purement informatif. L'autre peut répondre par un « moi aussi ». À une information succède une autre. De cet échange ne résultera pas un approfondissement de la connaissance de la cerise. Par contre, lorsqu'on dit: « c'est beau », on attend une réponse, on désire partager l'émotion, la communiquer. Spontanément nous savons que le ressenti n'est pas de même nature, que le premier nous enferme en nous-mêmes alors que le second peut être l'occasion d'un partage source parfois de joies très profondes.

6) Une philosophie

Depuis au moins l'Antiquité, la philosophie s'interroge sur la nature de l'art. Platon dans l'Ion et l'Hippias majeur ou Aristote dans la Poétique s'interrogent sur l'art en tant que beau.

Toutefois, l'esthétique antique diffère parfois notablement des esthétiques et le mot grec τέχνη (technè), qui est l'équivalent le plus proche du français art, désigne dans la Grèce antique l'ensemble des activités soumises à certaines règles. Il englobe donc à la fois des savoirs, des arts et des métiers. Les muses grecques ne sont pas toutes associées aux arts tels qu'ils seront définis par la suite et la poésie, par exemple, n'est pas une «technè».

La civilisation romaine ne distingue pas non plus clairement le domaine de l'art de celui des savoirs et des métiers bien que Cicéron et Quintilien y aient contribué par leurs réflexions. Ainsi, chez Galien, le terme d'«art» désigne un ensemble de procédés servant à produire un certain résultat:

«Ars est systema praeceptorum universalium, verorum, utilium, consentientium, ad unum eundemque finem tendentium.»

«L'art est le système des enseignements universels, vrais, utiles, partagés par tous, tendant vers

une seule et même fin.»

Dans cette acception du mot, qui a prévalu jusqu'à la fin du Moyen Âge, l'art s'oppose à la fois à la science conçue comme pure connaissance, indépendante des applications, et à la nature qui produit sans réfléchir. À l'idée de règle de production s'ajoute la considération de l'effort requis dans cette activité. Lorsque le mot est employé, il lui est généralement attaché une épithète qui le précise pour former des expressions telles que «arts libéraux», «arts mécaniques», «art militaire», etc. Et s'il arrive parfois que les arts libéraux soient visés par l'emploi du mot non qualifié «ars», on est encore bien loin du sens contemporain; l'astronomie était un «art libéral» tandis que le spectacle de «theatrica» restait un «art mécanique».

Jusqu'à la Renaissance, il n'y a pas de différence précise entre l'artiste et l'artisan: on appelle « artiste » un artisan dont la production est d'une qualité exceptionnelle. La différence ne commencera à devenir plus précise que lorsque les artistes commenceront à s'émanciper des corporations pour faire allégeance aux académies et à la commande nobiliaire.

C'est alors que le sens maintenant familier du mot « art » commence à se dégager.

Non seulement de nombreuses techniques s'en séparent, mais de plus, après la découverte des règles de la perspective, l'aspect visuel y prendra une importance croissante. C'est du siècle des Lumières que date la notion d'art aujourd'hui communément admise.

Partant d'une réflexion sur les sens et le goût, une conception basée sur l'idée de beauté finit par s'établir. Avec Emmanuel Kant l'esthétique acquiert son sens propre d'une théorie.

L'art dont le mouvement romantique donnera les exemples paradigmatiques. L'importance de l'observation de règles passe alors au second plan tandis que l'intention de l'artiste, qui vise nos sens et nos émotions, devient primordiale.

Jérôme Bosch, le jardin des délices. (Tryptique)

Mais le XX^e siècle, par ses pratiques et ses idéologies, remet en question tout ce qui avait pu être retenu au siècle précédent. Il conteste en particulier l'existence d'une essence de l'art qui se retrouverait à travers les âges et les civilisations, et donc le rêve d'une définition universelle.

Il souligne également le caractère parfois ambigu du rapport entre «beauté» et «art», par exemple lorsque l'œuvre d'art représente la nature de manière effrayante, voire repoussante.

C'est pourquoi le discours européen contemporain sur l'art comporte un risque d'anachronisme dans la mesure où, selon ce discours, l'art impliquerait une intention qui n'existe pas forcément en d'autres époques ou en d'autres lieux.

c) Les différentes formes de l'art :

1) L'Art préhistorique:

Se réfère à des éléments artistiques comme des peintures ou des sculptures, mais aucun texte ne précise si ces éléments étaient destinés à la contemplation, à des célébrations rituelles ou à d'autres usages. Dans certaines cultures (par exemple indienne ou chinoise), de tels textes existent, mais il est difficile de déterminer dans quelle mesure les concepts utilisés, notamment ceux traduits en français par les mots «juste» ou «beau», sont identifiables à ceux utilisés en Occident. L'introduction d'une hypothèse d'art inconscient ou involontaire pourrait permettre de contourner ce type de difficultés.

On donne souvent des listes plus ou moins complètes de domaines constitutifs de l'art, en notant ce qu'à la suite de Wittgenstein on appelle des «ressemblances familiales»: l'art devient alors un ensemble de pratiques et de résultats qui partagent un certain nombre de traits, bien qu'aucun d'entre eux ne soit universel.

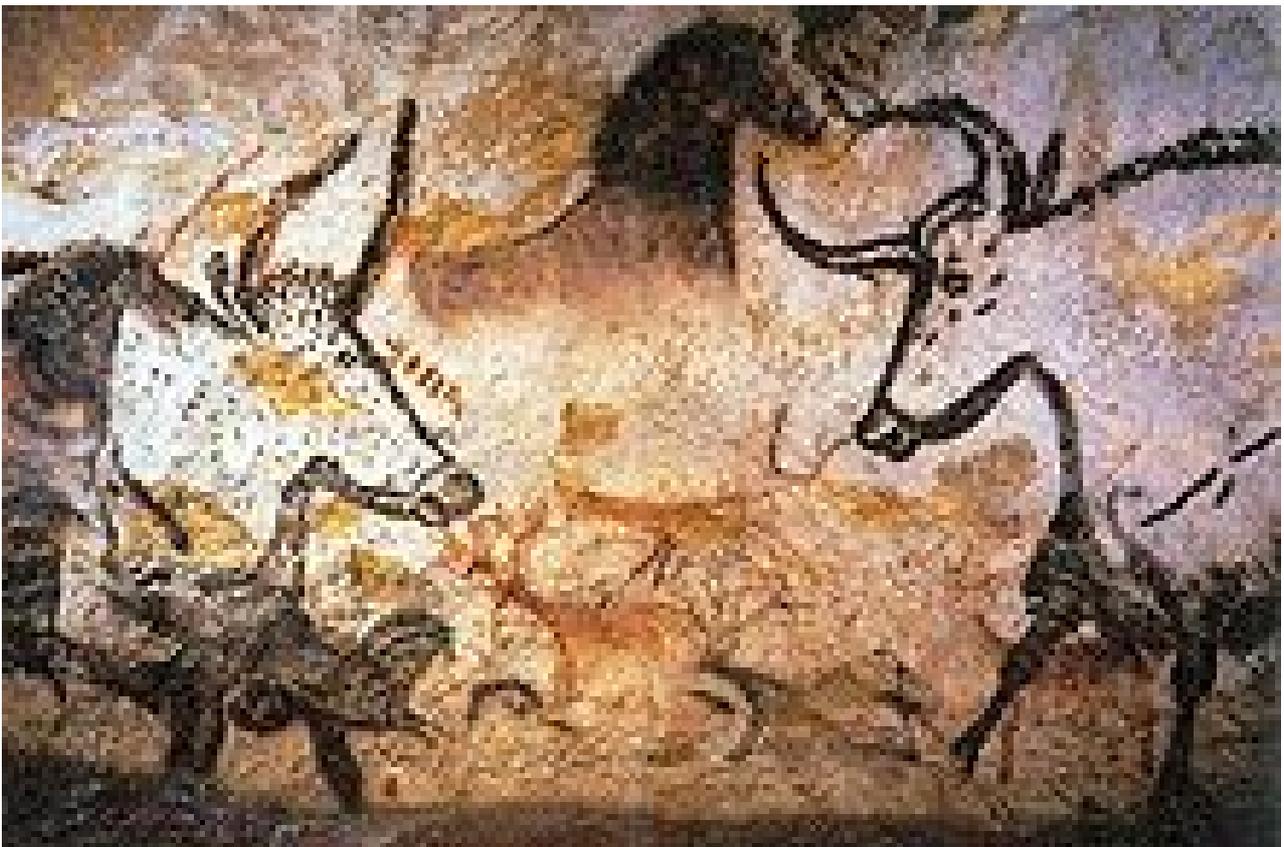
La liste classique des arts telle que proposée au XIX^{ème} siècle par Hegel dans Esthétique ou philosophie de l'art, continue cependant de servir de référence: Elle indique que les principaux arts sont au nombre de cinq: sculpture, peinture, littérature, musique, architecture

À partir d'eux, par combinaison ou par prolongement, on parvient à une liste plus exhaustive qui peut inclure par exemple la danse, le cinéma (souvent nommé «septième art»), la bande dessinée, l'opéra, la photographie, etc.

Si l'on considère que l'art consiste à bâtir, à sculpter, à réaliser des motifs ornementaux, l'existence d'un art préhistorique semble indiscutable.

La Préhistoire est généralement définie comme la période comprise entre l'apparition de l'Humanité et l'apparition des premiers documents écrits, même si cette définition n'est pas sans poser des problèmes.

La préhistoire est aussi la discipline scientifique qui étudie cette période .



Grotte de Lascaux

En revanche, si l'on voit dans l'art une sorte de luxe destiné aux musées et aux expositions, il est probable que les premiers peuples n'y aient jamais songé.

Enfin, si l'on considère, plus généralement, que l'art consiste à s'adresser aux sens et aux émotions de ceux qui en sont les spectateurs, il est difficile de ne pas qualifier d'artistes les auteurs d'un certain nombre de productions préhistoriques, comme les célèbres fresques de la grotte de Lascaux.

Quelle était la fonction exacte des sculptures et des peintures réalisés par ces artistes ?

Nous ne le savons pas avec certitude, même si les hypothèses de fonctions rituelles, magiques, symboliques ou d'enseignement ont souvent été envisagées.

Le travail de l'artiste aurait alors probablement eu comme visée première une efficacité «pratique», sans exclure pour autant une certaine recherche esthétique..

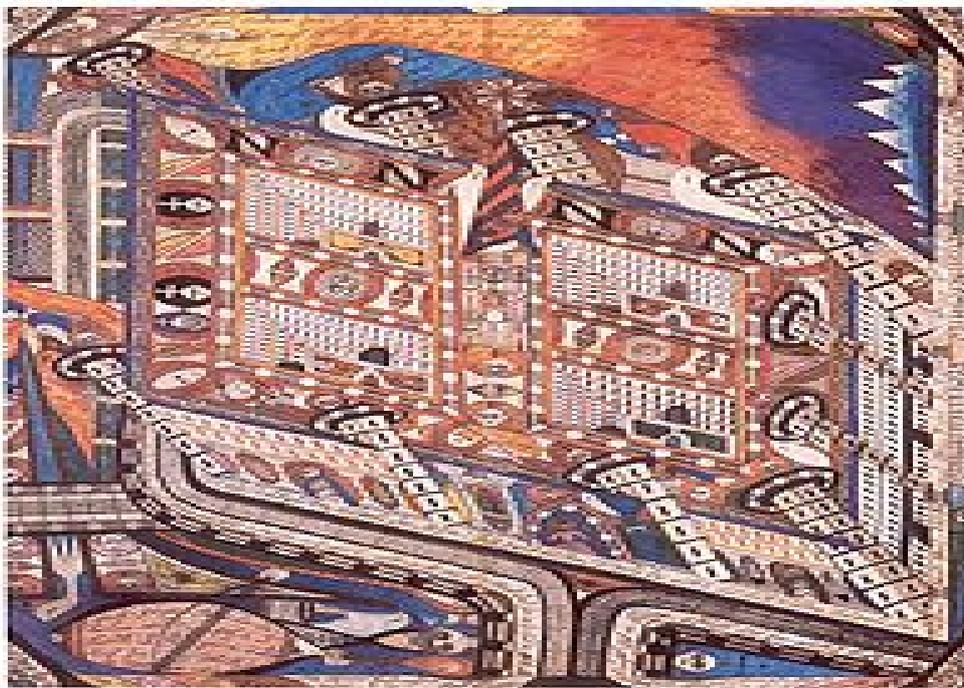
2) L'Art brut : une clinique ?

Clinique vient du grec ancien κλίνω, klinô (« incliner, faire pencher »).

Du grec "klinos" qui signifie "le lit". Nous héritons du terme de clinique des médecins de l'Antiquité grecque, notamment Hippocrate. Celui-ci s'appuie sur le sens premier pour définir ce qu'il nomme la « tekne klinike », la technique clinique, qui consiste à s'incliner (même origine) sur le lit (klinè) où la maladie, le handicap, les vacheries de la vie ont allongé celui qui souffre.

Le concept d'art brut a été inventé en 1945 par le peintre français Jean Dubuffet. Il aurait employé ce terme lors de son premier voyage en Suisse cette année-là avec Jean Paulhan, mais la première fois que l'expression apparaît, c'est dans une lettre qu'il adressa au peintre suisse René Auberjonois, le 28 août 1945.

Il prolonge ainsi les découvertes et les travaux faits par le Docteur Hans Prinzhorn dans les années 1920 sur l'art des « fous », mais aussi l'étude que le Docteur Morgenthaler consacra en 1921 à un interné psychiatrique qui deviendra un célèbre représentant de l'Art brut, Adolf Wölfli.



Adolf Wölfli , Band-Hain, 1910

Son père, Jakob Wölfli, tailleur de pierre de profession, est alcoolique, devient malfaiteur et finit en prison. En 1875, il retourne dans son pays natal où il succombe au delirium tremens. Adolf Wölfli prétend, dans sa biographie imaginaire, que ses parents eurent sept fils dont il était le cadet. Sa mère Anna était probablement blanchisseuse.

En 1872, le père abandonne sa famille à peine installée à Berne où elle meurt de faim malgré le dévouement d'Anna. En octobre de la même année, après que tout, ou presque, fut vendu aux enchères, la famille arrive à Schangnau, dans sa commune d'origine. L'assemblée communale, convoquée, place Adolph et sa mère chez un paysan, conseiller d'État et agriculteur à Cherlishof, commune de Bumbach. Ils seront séparés en janvier 1873.

Il va de ferme en ferme où, témoin de beuveries et obligé lui-même de boire, il est parfois maltraité au point de manquer l'école et parfois mieux reçu. À neuf ans, il apprend la mort de sa mère. D'abord chevrier, il est valet de ferme à partir de 1880.

Après plusieurs tentatives de viol sur de très jeunes filles, « cette tentation maléfique », il est

emprisonné en [1890](#), puis, après une dernière récidive, il est déclaré irresponsable et interné en [1895](#) à l'asile d'aliénés de la Waldau, près de Berne où il demeure jusqu'à sa mort.

En [1899](#), il commence à dessiner, écrire et composer de la musique. Pendant trente ans, Adolf Wölfli accumule 1 300 dessins, 44 cahiers où sont exposées ses nombreuses théories scientifiques et religieuses, au travers de longues emphases où les mots sont déformés ou créés, l'orthographe transformée, les voyelles et les consonnes doublées ou triplées pour accentuer le rythme des phrases et sa biographie imaginaire de 25 000 pages, « La Légende de Saint Adolf », dans laquelle il affirme une connaissance nouvelle, quasi encyclopédique.

Son œuvre est conservée pour l'essentiel au musée des Beaux-Arts de Berne, où elle est mise en valeur par la Fondation Adolf Wölfli. Elle est également très bien représentée à la [Collection de l'art brut de Lausanne](#), car elle l'une des plus puissantes et des plus emblématiques de ce mouvement que [Jean Dubuffet](#) a tenté de définir comme étant l'[Art brut](#).

Son œuvre est conservée également au [Lille Métropole Musée d'art moderne, d'art contemporain et d'art brut \(LaM\)](#) de Villeneuve d'Ascq.

Très vite, en parcourant les asiles psychiatriques de [Suisse](#) et de [France](#), puis en y intégrant des créateurs isolés et ceux que l'on a qualifié de « médiumniques », Dubuffet constitue une collection d'œuvres qui sera administrée par la Compagnie de l'Art brut (à laquelle sera associé un temps [André Breton](#)) à [Paris](#) et, après bien des péripéties, sera finalement hébergée à [Lausanne](#) en [1975](#), où elle se trouve toujours, sous l'appellation de la [Collection de l'art brut](#).

L'Art brut regroupe des productions réalisées par des non-professionnels de l'art, indemnes de culture artistique, œuvrant en dehors des normes esthétiques convenues (pensionnaires d'asiles psychiatriques, autodidactes isolés, médiums...). Dubuffet entendait par là un art spontané, sans prétentions culturelles et sans démarche intellectuelle.

La plupart des artistes qui se consacrent à l'art brut ont le plus souvent une démarche anecdotique; ils concrétisent leurs rêves plus qu'ils n'ont une démarche artistique. Ce n'est pas le cas pour deux d'entre eux qui émergent du lot.

Je veux parler d'Aloïse mais aussi de Gaston Chaissac. Chez eux, l'intellect prend autant de place que l'inconscient, ce qui n'est certainement pas le cas de leurs congénères. Ils ont une recherche purement picturale.

Voyage au pays de l'art brut

Aloïse Corbaz, dite Aloïse (1866-1964)



Aloïse est née à Lausanne, ville où elle fait ses études. Sa jeunesse sera marquée par le décès de sa mère, alors qu'elle est à peine âgée de onze ans. Après avoir obtenu son baccalauréat, elle rêve de devenir cantatrice. Mais c'est bien connu... les rêves restent dans la boîte à rêves... et Aloïse ne sera pas cantatrice, mais couturière.

À la suite d'une déception amoureuse, elle va s'expatrier en Prusse où elle occupera divers postes de gouvernante ou d'institutrice privée. C'est ici un des grands tournants de sa vie. Elle va être employée chez le chapelain de l'empereur Guillaume II.

Et voilà Aloïse amoureuse folle du roi de Prusse. Comme on peut s'en douter, Guillaume II a d'autres chats à fouetter. Nous sommes à la veille de la guerre. Et les amours d'Aloïse resteront des amours imaginaires. La guerre ayant éclaté, Aloïse se voit contrainte de retourner en Suisse dans sa famille. Là, elle manifeste avec tant d'exaltation ses sentiments religieux, pacifistes et humanitaires que tout le monde s'inquiète. En 1918, sa famille finit par la faire enfermer à l'asile d'aliénés de Cery.

Deux ans plus tard, elle sera internée à vie à la Rosière. C'est alors qu'elle commence à dessiner "en douce". Elle fera d'abord des dessins au crayon (à la mine de plomb comme on disait à l'époque). Elle écrit des petits textes, des poèmes, des lettres. Plus tard, elle écrira même une cosmogonie. Elle supporte difficilement les moments où elle est lucide.

Elle écrit à sa famille "Ici, on nous éteint le plus possible". Aloïse peint généralement sur du papier d'emballage avec tout ce qui lui tombe sous la main : craies, dentifrice, crayons...

Aloïse s'éteint en 1964. Une fois encore, c'est à Jean Dubuffet que nous devons la découverte d'Aloïse.



Pour réaliser de grands tableaux, elle coudra ensemble plusieurs dessins. Son médecin-traitant, Jacqueline Porret-Forrel s'intéresse tout particulièrement à son œuvre peinte mais aussi à ses écrits. C'est grâce à cette dernière qu'à compter de 1936 ses créations seront préservées de la destruction.

Dubuffet redéfinira souvent l'art brut, cherchant à le distinguer de l'art populaire, de l'art naïf, des dessins d'enfants, créant même la Neuve Invention au sein de sa collection.

«Nous entendons par là des ouvrages exécutés par des personnes indemnes de culture artistique, dans lesquels donc le mimétisme, contrairement à ce qui se passe chez les intellectuels, ait peu ou pas de part, de sorte que leurs auteurs y tirent tout (sujets, choix des matériaux mis en œuvre, moyens de transposition, rythmes, façons d'écriture, etc.) de leur propre fond et non pas des poncifs de l'art classique ou de l'art à la mode. Nous assistons à l'opération artistique toute pure, brute, réinventée dans l'entier de toutes ses phases par son auteur, à partir seulement de ses propres impulsions. De l'art donc où se manifeste la seule fonction de l'invention, et non, celles, constantes dans l'art culturel, du caméléon et du singe. » Jean Dubuffet, L'art brut préféré aux arts culturels.

3) L'art naïf:

Désigne les œuvres d'artistes, le plus souvent autodidactes, qui se trouvent en décalage avec les courants artistiques de leur temps, soit par maladresse, soit parce qu'ils en ignorent tout.

Au Québec, on emploie plus volontiers le terme d'« art indiscipliné », bien que celui d'art naïf soit parfois utilisé.

L'art naïf désigne aussi une école de peinture, nommée « peintres naïfs », prônant un style pictural figuratif. S'agissant d'un mouvement non académique, l'art naïf ne possède pas de définition propre. On peut toutefois observer que l'essentiel des caractéristiques de la peinture

naïve peut se rapporter au non-respect (par ignorance ou par choix) des trois règles de la perspective (telles que définies par [Léonard de Vinci](#)) :

- 1. diminution de la taille des objets proportionnellement à la distance ;*
- 2. atténuation des couleurs avec la distance ;*
- 3. diminution de la précision des détails avec la distance.*

Cela se traduit par :

- 1. des effets de perspective géométriquement erronés (caractère « ingénu » des œuvres, ressemblance avec des dessins d'enfants, ou des peintures du Moyen Âge, mais la comparaison s'arrête là) ;*
- 2. l'emploi de couleurs vives (souvent en aplats) sur tous les plans de la composition, sans atténuation à l'arrière-plan ;*
- 3. une égale minutie apportée aux détails, y compris ceux de l'arrière-plan qui devraient être estompés.*

L'art naïf se caractérise également par une représentation figurative de sujets populaires (paysages campagnards, costumes folkloriques, animaux domestiques ou sauvages).

4) L'Art-Analyse

L'utilisation de l'art comme médium à des fins thérapeutiques est utilisée de plus en plus fréquemment dans les milieux hospitaliers, sociaux, médico-sociaux, comme en cabinet chez les Psychothérapeutes, Psychologues et Psychiatres.

Les techniques éphémères vont être vécues dans l'instant, mais seront souvent plus empruntées d'une expression vocale et corporelle (expression libre d'interprétation, danse, chant...). De ce fait, sous l'effet de l'action physique, le ressenti, le gain ou la libération énergétique seront vécus en profondeur, et intégré corporellement, sans être appelés à l'interprétation.

Cependant, les techniques privilégiées restent le dessin, la peinture, le collage pour un travail en 2 dimensions, et l'assemblage et l'argile pour ce qui est du travail en 3 dimensions. Ces techniques sont employées pour leur facilité d'usage et la qualité de leurs possibilités d'expression, mais aussi parce que ces techniques laissent une trace, ce qui va permettre à la personne d'enrichir sa propre expression par le sentiment après-coup qu'elle ressent à la vue de ses productions. On peut alors accéder à un niveau de conscience lié à la prise de recul sur le sentiment exprimé dans la production.

Certaines écoles préconisent la destruction systématique de ces productions, qui ne doivent rester que le reflet de la catharsis dans l'instant et ne doivent pas amener à l'interprétation.

Un travail d'accompagnement thérapeutique comporte plusieurs temps, plusieurs périodes, à savoir :

1) Une première prise de contact qui va permettre au thérapeute d'entendre la demande de la personne et de déterminer avec elle une proposition d'intervention sur une durée courte (6 mois). (Ici l'objet d'étude est le trouble, le symptôme)

2) Après cette période de 6 mois, un premier bilan est établi, sur la base du premier contact, et la personne choisit ou non de continuer le travail selon son désir de s'en tenir au symptôme ou de vouloir approfondir son niveau de conscience sur l'apparition de son trouble. Si elle souhaite continuer, elle entre alors en thérapie moyenne. Tout les 6 mois, un bilan général est proposé avec la possibilité à chaque fois pour la personne de choisir de continuer ou d'arrêter. Il est bien entendu possible et même conseillé de proposer des bilans intermédiaires qui auront plus vocation d'ajuster les propositions thérapeutiques. (ici, l'objet d'étude est le patient, sa vie, son histoire)

3) *Après une période de travail psychothérapeutique total de 2 ans, on peut estimer que le lien thérapeutique est engagé. En effet, cette durée est définie par l'école psychanalytique comme étant celle où s'opère le transfert et le contre-transfert entre le patient et le thérapeute. L'objet d'étude est ici le lien transférentiel, qui va permettre de déterminer la structure affective du patient...)*

L'activité artistique pourrait-elle être envisagée comme un trait d'union entre le thérapeute et le patient ? Ce qui permettrait aux personnes qui n'ont pas accès à la parole d'accéder à la psychanalyse...

VI Une maison d'accueil spécialisée

a) un lieu d'accueil:

La maison d'Accueil Spécialisée où j'exerce mon métier d'éducatrice spécialisée a vocation d'accueillir des personnes adultes dont la dépendance est quasi totale. Elle les accompagne dans les actes de la vie quotidienne grâce à une surveillance médicale et des soins constants adaptés.

Sa capacité d'accueil est de 69 places (63 places d'internat et 6 d'externat) dont 12 réservées à des personnes dites autistes (T.E.D)

Les lieux de vie se répartissent dans 6 bâtiments implantés dans un environnement naturel proche de Pau. Les résidents accueillis le sont après orientation prononcée par la MDPH. Ils peuvent bénéficier d'un accueil en internat ou en externat.

Les objectifs de la prise en charge s'articulent autour de :

L'action éducative qui vise à développer les potentialités et à maintenir les acquis.

L'action thérapeutique qui vise à la recherche d'un mieux être au travers d'activité de soins.

L'action de socialisation qui vise l'appropriation et l'investissement de l'environnement humain du résident.

L'établissement propose des activités spécifiques telles que :

Animation équestre

Rééducation aquatique

Espace multi-sensoriel

Animation musicale

L'équipe pluridisciplinaire est constituée d'accompagnants qualifiés, de personnel infirmier, de médecins, de thérapeutes, d'une assistante sociale, de personnels des services généraux et administratifs dont les actions se coordonnent selon le Projet individuel du résident.

b) Approche psychopathologique:

La définition suivante permet de sortir du dilemme de la question sans fin de la relativité des normes :

« La psychopathologie peut être définie comme une approche visant une compréhension raisonnée de la souffrance psychique. » ([René Roussillon](#) et coll. dans le Manuel, 2007).

Polyhandicap : Psychose? Autisme ? psychose déficitaire grave..?.. Troubles envahissants du développement..?.. Que peut-on en penser aujourd'hui?

c) Histoire du concept de polyhandicap:

La définition du polyhandicap est assez récente et regroupe des caractéristiques diverses qui associent déficience intellectuelle, sensorielle, physique, psychique, somatique de façon interactive.

Les personnes atteintes d'un polyhandicap étaient, jusque dans les années 80, appelées « encéphalopathes » ou « arriérés profonds ». Pour ces personnes, dont la mortalité reste très élevée, les pronostics d'évolution étaient considérés comme quasi nuls et ils étaient qualifiés « d'inéducables ».

Il faudra attendre 1989 pour qu'une définition officielle soit adoptée dans le cadre des annexes 24.

À partir de cette date, un texte officiel, [l'annexe 24 ter](#) crée et organise des conditions particulières de soins et d'accompagnement pour les personnes polyhandicapées.

Des établissements, services et sections spécifiques ont de ce fait pu être créés en France.

***** La définition du polyhandicap selon l'annexe 24 ter du 29 octobre 1989**

Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples, dans lequel une déficience mentale sévère et une déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie

Cet handicap affecte à la fois :

- La motricité , d'où paralysies (hémiplégie, paraplégie, tétraplégie...)*
 - L'intellect avec trouble de la conscience du corps, absence de langage articulé avec le risque de repli sur soi et de troubles du comportement*
 - La sensibilité , d'où perte d'un ou plusieurs sens : le toucher, la vue, l'ouïe, la perception du corps... etc.*
-
- elles ont souvent des malformations associées, cardiaques, digestives ou autres.*
 - elles ont des déformations des membres et du rachis , dues à leurs paralysies et sont souvent astreints à un appareillage volumineux : fauteuil, attelles, coquilles, cadre de verticalisation, respirateur.*
 - elles ont souvent une épilepsie associée et peuvent faire dix, voire vingt crises par 24 heures (souvent la nuit).*
 - ne peuvent donc ni marcher, ni faire fonctionner leur fauteuil roulant, ni se servir de leurs mains avec agilité.*
 - elles ne parlent pas et souffrent donc d'une très grande difficulté à communiquer avec le monde ; seuls les proches, parents ou professionnels aidant peuvent décoder les signaux qu'ils envoient pour détecter leurs envies.*
 - Il s'agit là de la forme de polyhandicap la plus complète puisque les personnes qui en sont atteintes ont besoin de l'assistance constante d'une tierce personne voir deux pour tous les actes de la vie quotidienne:*

d) La déficience mentale sévère articulée au concept de psychose:

En ce qui concerne la déficience mentale profonde, qui nous intéresse plus particulièrement ici, le niveau mental ne dépasse pas deux à trois ans.

On note dans la petite enfance un retard massif de toutes les acquisitions, qui restent souvent incomplètes. L'autonomie des conduites de la vie quotidienne est partielle (alimentation, toilette, contrôle sphinctérien), mais peut toutefois être améliorée dans le cadre d'une bonne relation.

Le langage est quasi inexistant, souvent réduit à quelques mots. . Enfin, l'existence d'anomalies morphologiques, de troubles neurologiques, de crises épileptiques associées est fréquente.

Ayant rappelé quelques notions concernant la déficience mentale, voyons ce que signifie le mot psychose.

La psychose est une maladie qui se traduit par l'altération de la structure de la personnalité avec l'installation et le développement d'idées délirantes permanentes.

Il est important de noter que le psychotique n'a pas conscience de sa maladie.

e) La psychose déficitaire grave:

Cette notion va donc reposer sur l'association des 2 concepts précédemment définis : celle de déficience mentale, et celle de psychose.

Selon la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, la psychose précoce déficitaire représente l'« Intrication d'un retard mental sévère, et d'emblée présent, avec des traits autistiques ou psychotiques, notamment des accès d'angoisse psychotique associés à des régressions et à des comportements auto-agressifs.

Ces signes témoignent de l'existence d'un noyau psychotique, dont l'expression peut varier avec l'âge (des phénomènes dissociatifs ou des épisodes de délires peuvent survenir aux alentours de la puberté).

C'est le caractère massif et la survenue d'emblée, qui justifie l'individualisation de ces formes de psychoses, sachant que par ailleurs, dans la plupart des cas d'autisme ou d'autres psychoses de l'enfant, coexistent habituellement un retard mental ou des troubles cognitifs (TED).

VII/ Manifestations clinique : Les troubles envahissants du développement.

a) Les troubles envahissants du développement.

1) Troubles organiques ou physiques associés:

Certaines des personnes accueillies dans notre établissement présentent des dysmorphies physiques et organiques telles que des rétractions posturales et articulaires. Elles peuvent également souffrir de malformations cardiaques, dentaires et oro-pharyngées (fente labiale, palatine), d'affections neurologiques ou du rachis (scoliose, cyphose), d'un mauvais état bucco-dentaire.

Troubles psychomoteurs:

Troubles pyramidaux:

Déficits moteurs à type d'hémiplégie, paraplégie ; des troubles des réflexes.

Troubles extra-pyramidaux:

Un syndrome parkinsonien (tremblement de repos, akinésie, avec ou sans une hypertonie plastique) est très courant.

Troubles du comportement:

La présence de ces troubles est sinon constante, du moins très fréquente. Leurs manifestations cliniques dépendent en partie de la profondeur du déficit cognitif.

Ils sont également la conséquence de l'atteinte cérébrale. Ils se manifestent par :

Des troubles de l'attention sélective : les capacités de concentration sont limitées avec une tendance à la dispersion, la distraction, l'impatience.

Des capacités mémorielles et d'apprentissage réduites : les processus d'intégration et de stockage nécessitent la répétition des consignes, des demandes et des actions.

Ces patients ont un accès à la symbolisation et à l'abstraction très limité d'où des difficultés à comprendre leur environnement.

L'angoisse:

Classification de l'angoisse

Il y a trois structures psychopathologiques auxquelles correspondent trois types d'angoisses :

<i>Névrose :</i>	<i>... relation triangulaire</i>	<i>... angoisse de castration.</i>
<i>État limite :</i>	<i>... relation anaclitique</i>	<i>... angoisse de perte.</i>
<i>Psychose :</i>	<i>... relation fusionnelle</i>	<i>... angoisse de morcellement.</i>

L'anxiété, ou plus encore l'angoisse est presque toujours présente chez les psychotiques déficitaires et peut avoir de nombreuses causes pas toujours identifiables.

Elle est souvent liée à une frustration, des troubles de la perception, un changement dans les habitudes de vie ou dans l'environnement.

L'angoisse est également liée à la structure psychotique de ces patients correspondant à des frustrations précoces et à une impossibilité fonctionnelle de l'Enfant de dégager son propre Moi de celui de l'autre.

Il y a fixation à ce stade, pré-organisant le Moi de manière psychotique. L'angoisse est alors dite « de morcellement ».

Les manifestations d'angoisse que j'ai pu observer étaient le plus souvent de l'agitation psychomotrice avec stéréotypies et rituels, constants, ou déclenchés par une situation donnée. Il s'agissait de balancements, de déambulation, de déplacement d'objets, de frottements.

Je me souviens par exemple d'un patient qui prend la main des soignants et la tapote pour s'apaiser lorsqu'il est angoissé.

Troubles affectifs et relationnels :

On relève toujours des troubles émotionnels se manifestant tantôt par des affects négatifs (dépression, tristesse, inhibition psychomotrice, colère, cris, pleurs...), tantôt par des affects positifs (rires, euphorie, excitation maniaque...).

Les troubles relationnels :

Soit leur conduite est fusionnelle et se manifeste par des comportements de collage, d'agrippement, de pénétration du regard ; soit leur conduite est schizo-paranoïde et se manifeste par une attitude de retrait, un désintérêt, un repli autistique, une irritabilité, une intolérance à la

frustration au changement, à la séparation, une ambivalence relationnelle. Les interactions sociales sont pauvres et entraînent des difficultés à échanger, à investir l'autre.

Passage à l'acte agressif: Il s'agit de décharges agressives d'une grande impulsivité, en particulier en cas de malaise ou de frustration.

On distingue habituellement :

Les automutilations :

elles renvoient souvent à des angoisses de morcellement (je me touche donc j'existe). Les zones d'élection sont la tête avec le front (cognements) et le nez (frottements répétitifs), les mains, les régions pelvienne et anale.

L'hétéro agressivité :

contre des objets animés ou inanimés non différenciés.

Troubles de l'alimentation :

Très fréquents, à type d'anorexie, de boulimie, de coprophagie, de potomanie, de pica, ou de mérycisme.

Conduites sphinctériennes perturbées :

énurésie, encoprésie, incontinence, jeux fécaux.

Troubles du sommeil :

insomnie, retard d'endormissement, rituels (portes, lumière)

Troubles de la conduite sexuelle :

masturbation compulsive.

Troubles du langage :

Troubles dans la perception et l'expression verbale avec néanmoins un niveau de compréhension adapté aux messages simples. Leur langage verbal est limité à des stéréotypies, des logorrhées, des palilalies, des jurons non fonctionnels.

On retrouve généralement une communication non verbale à type de cris, pleurs, et gestes sujets à interprétation.

Enfin, le patient s'exprime souvent à travers des troubles du comportement source de malentendus, d'incompréhension et de difficultés relationnelles au quotidien.

Troubles sensoriels et de l'éprouvé corporel:

On observe un trouble du schéma corporel et des troubles de la sensibilité corporelle se manifestant de différentes façons :

L'accessibilité restreinte à la conscience de soi fait que la personne ne peut se tenir debout, pieds joints, les yeux fermés.

Pour le patient seul, cette instabilité à la position debout, et les difficultés ajoutées pour se repérer dans le temps et l'espace peuvent être source d'angoisse.

Leur capacité à différencier le chaud du froid est limitée. Ces distorsions thermiques présentent des risques évidents liés aux variations ou expositions thermiques.

Leur toucher et leur sensibilité à la douleur est également différente.

Ils peuvent présenter une diminution de la sensibilité de l'ensemble des fonctions sensorielles sous ses diverses formes.

ainsi, à l'occasion de traumatismes, ils ne manifestent aucune réaction de souffrance (cri, mimique, conduite d'évitement).

À l'inverse, ils peuvent souffrir d'hyperesthésie : leur seuil de tolérance de la douleur est alors plus bas, et ils sont sensibles au moindre contact. Généralement, leur capacité à distinguer deux sensations simultanément est limitée. Les autres sens peuvent être également perturbés : leur regard est pénétrant, ils ont tendance à renifler et à toucher les personnes et les objets, et leur goût se tourne plutôt vers le sucré et le tabac. Enfin, s'ils sont difficiles à mettre en évidence : des troubles de la perception à type d'hallucinations visuelles et auditives sont probablement présents et source d'agitation psychomotrice.

Elisabeth Zucman, psychiatre aujourd'hui à la retraite, décrivait dans un long dossier paru dans le numéro 263 de Lien Social les circonstances tragiques qui avaient présidé à l'évolution des milieux médicaux dans lesquels elle évoluait dans les années 60. C'est en effet la mort d'un jeune patient confié à une équipe pourtant tout à fait compétente d'un hôpital qui permit alors de comprendre: "qu'un enfant qui a tout reçu de sa seule maman 24 heures sur 24 pendant 10 années, devenait inapte à vivre sans elle du jour au lendemain. "

C'est ainsi qu'est né en 1965 le service d'Aide Educative à Domicile, l'une des premières structures préfigurant les SESSAD.

Quoiqu'il faille parfois passer par certaines extrémités pour ouvrir les yeux, toutes les expériences qui virent le jour n'eurent bien sûr pas à leur origine de tels drames.

Dans les années qui suivirent, aux quatre coins du pays, des expérimentations eurent lieu afin d'envisager les modalités de création de services susceptibles de proposer une authentique alternative au placement en établissement. Les publics visés par ces nouveaux dispositifs étaient des plus diversifiés : problèmes physiques ou mentaux, difficultés caractérielles ou scolaires, conflits relationnels ou retard dans l'accession à l'autonomie.

A chaque fois, il s'agissait bien d'une volonté à la fois de faire sortir l'action médico-sociale hors des murs de l'institution et d'entrer dans une relation interpartenariale afin de répondre au plus près des difficultés des enfants ou adolescents avant que celles-ci ne nécessitent un internat spécialisé.

CONCLUSION :

1) Pourquoi un Atelier d'expression médiatisée au coeur d'une maison d'accueil spécialisée?

Selon Paul Ricoeur : « Vivre c'est désirer, c'est-à-dire ne jamais coïncider avec soi, lancer des projets et entreprendre, échouer et réussir, aimer bien sûr et souffrir. »

Dans tous les cas, l'éthique vise à répondre à la question « Comment agir au mieux ? »

En France, l'éthique sociale est placée au coeur de la loi 2002-2 avec « la charte des droits et libertés de la personne accueillie » qui garantit à la personne accueillie l'usage de son pouvoir de citoyen (valeur informative) Cette chartre est remise au moment de l'accueil, c'est un acte symbolique.

Les 12 droits essentiels sont :

- *Le principe de même discrimination*
- *Le droit à une prise en charge, à un accompagnement adapté*
- *Le droit à l'information*
- *Le principe du libre choix du consentement éclairé et de la participation de sa personne.*
- *Le droit à la renonciation (dire non)*
- *Le droit aux respects des droits familiaux*
- *Le droit à la protection*
- *Le droit à l'autonomie*
- *Principe du soutien*
- *Droit à l'exercice des droits civiques*
- *Droit à une participation religieuse*
- *Droit au respect, à la dignité et à l'intimité*

« Je vais donc vous raconter une histoire...»

Historique de la création d'un atelier d'expression médiatisée en maison d'accueil spécialisée:

Il était une fois,

après avoir exercé mon métier de monitrice-éducatrice pendant près de quinze années dans différentes structures :maisons d'enfants à caractère social, foyers d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Je postule un jour au sein d'une maison d'accueil spécialisée. Ma candidature est retenue grâce à cette expérience. Je suis alors désignée pour rejoindre l'équipe d'un des cinq pavillons de cet établissement. Il se trouve que quelques mois auparavant je venais de m'inscrire dans une démarche de formation afin d'obtenir le diplôme d'éducatrice spécialisée. Ce nouveau lieu de travail m'accorde alors la possibilité de continuer à accroître mes connaissances dans le domaine de l'éducation spécialisée et me permet grâce à un aménagement de mon temps en cours d'emploi de suivre ce cursus. Nous sommes en Septembre 2002. Cette date n'est pas anodine puisqu'elle vient marquée la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Je plonge donc durant ces deux années avec un nouveau regard sur l'accompagnement personnalisé. Cela me permet de confronter ma pratique avec ces nouvelles dispositions. Le projet individuel personnalisé est au coeur de nos préoccupations sur le terrain où j'exerce. Rapidement, et en accord avec mon cadre hiérarchique, je recommence à construire et à mettre en place, ce que dans notre jargon d'éducateur , nous appelons une action socio-éducative. Je m'engage également en parallèle, afin de faire vivre cette action, dans une formation en interne nommée « Snoëzelen » qui signifie « sentir – somnoler » puis un an plus tard dans une autre formation nommée « l'eau, un outil thérapeutique et/ou éducatif ». Me voilà donc prête à proposer aux résidents avec qui je partage des temps de mon quotidien, des activités d'éveil, de

découverte, de confort et de bien-être.

Leur vie est donc rythmée par des temps clefs comme le lever, le petit déjeuner, le repas, la toilette, le coucher et des soins médicaux. Ceci dans un collectif entre douze et quatorze personnes par pavillon. L'action que je propose est donc de venir agrémenter ces journées par des temps d'animation en lien avec leurs besoins, leurs pathologies, leurs désirs : un projet individuel et personnalisé. Cette proposition est bien reçue par la direction et nous arrêtons un jour, le mercredi, pour ces activités. Chemin faisant, le diplôme d'éducatrice spécialisée obtenu, alors que je suis à mon poste depuis maintenant près de cinq ans, un service d'accueil de jour ouvre ses portes dans l'établissement. Je postule en tant que nouvelle diplômée mais ma candidature ne sera pas retenue en tant que telle. La directrice me propose pourtant, si je suis d'accord, d'intégrer ce service et de continuer à animer les projets de chacun par des activités, ce que j'accepte.

Malheureusement ...? ou heureusement... ? Un conflit au sein de l'équipe de ce service va faire bouger les choses, notre direction afin de résoudre cette situation nous demande de lui proposer une issue qui soit favorable à tous...

Voilà donc, dans quel contexte, au mois de juin 2007, je propose la création et la mise en oeuvre d'un atelier d'expression médiatisée. Un soin à travers l'expression créatrice pour une amélioration des conditions de vie des résidents avec les professionnels et avec pour objectif de soutenir le langage analogique (non verbal) grâce à des médiations comme, la musique, la peinture, le conte, l'eau... Un éveil des cinq sens afin de soutenir l'expression et la recherche d'épanouissement et de bien être de chacun.

Aujourd'hui, à nouveau inscrite dans un cursus de formation « Psychiatrie, psychothérapies médiatisées et art-thérapie », diplômée éducatrice spécialisée depuis six ans, après avoir développé grâce au soutien de mes collègues, une action socio-éducative adaptée aux besoins des personnes que nous accompagnons au quotidien, j'espère encore la reconnaissance officiel du statut d'éducatrice spécialisée...

Il est vrai que je me suis impliquée différemment, prête à proposer une représentation différente de la tâche attribuée jusqu'à présent aux éducateurs spécialisés de cette maison d'accueil spécialisée; pourtant prête aussi à répondre de mes actions : Rapports d'activités de 2007 à 2010, comptes rendus d'observations, participation aux réunions de coordinations, réunion de projet individuel, réunion d'analyse de la pratique..etc.

Consciente de la nécessité de devoir lutter pour avoir le droit à la différence que ma pratique clinique me dicte; portée et traversée par un processus de création et de transformation, voici donc la présentation de ce dispositif d'accompagnement personnalisé, conformément à la loi, au sein d'une maison d'accueil spécialisé où j'exerce mon métier d'éducatrice de façon informelle:

L'atelier d'expression médiatisée

Orientation : Culture et Handicap.

Supports:

Référence à la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Référence à la loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Cette loi affirme les droits fondamentaux en termes: d'emploi, de scolarité, d'accessibilité et d'accès à de nouvelles prestations sociales.

Référence à la loi 2005-102 du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Cette loi s'applique à l'insertion éducative, professionnelle et sociale des personnes handicapées et accorde une place essentielle à l'accessibilité.

Définition:

L'atelier d'expression médiatisée est la mise en oeuvre d'un dispositif technique et humain d'accompagnement personnalisé afin de tenter d'apporter une réponse adaptée à la demande de la loi 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Le sujet est : Comment mettre en oeuvre le projet individualisé et répondre au besoin d'un accompagnement personnalisé ?

Ce dispositif est un service adapté à la personne , il se transforme au fil du temps...

Parce que l'institution est une communauté, l'expression individuelle n'est pas toujours aisée mais pourtant souhaitable, elle apporte :

-Une réduction des tensions

-L'entraide, le partage, l'émulation

-Une reconnaissance et une valorisation

L'objectif fondamental de l'atelier : L'insertion sociale par l'Art.

Développer une approche humaniste et intégrative de la personne. Pour cela nous proposons d'ouvrir nos pratiques à des médiations artistiques, culturelles, concrètes, pertinentes et valorisantes pouvant contribuer au maintien ou à l'amélioration de l'état physique et psychique de la personne : la spécificité de cet atelier est de susciter des capacités d'expression, d'échange, de relation et des capacités à développer des habiletés sociales. Ces actions éducatives et/ou thérapeutiques sont complémentaires des autres démarches de soins organisées dans les services et sont définies en concertation avec les équipes éducatives, médicales et thérapeutiques. Elles s'inscrivent surtout dans l'histoire singulière de chacun. L'être humain est considéré dans toutes ses dimensions : physique, affective, cognitive, sociale et poétique.

Ses objectifs spécifiques: Le cadre de l'atelier

Initier les participants à l'expérience significative d'un cadre et d'un dispositif centrés sur la personne.

Eveiller et développer en chacun un état de liberté propice au travail de création.

L'atelier d'expression est un espace dans lequel chacun s'exprime librement.

La personne y est mise à l'abri des pressions et des influences.

Le rôle de l'animateur est celui d'un « servant ».

La finalité : Créer un pont entre le dedans et le dehors.

Créer un lieu d'expression, d'écoute, d'observation et de communication en lien avec l'environnement social au coeur de l'institution ouvert vers l'extérieur.

Proposer à des personnes adultes en situation de handicap un accompagnement adapté à leurs besoins, envies, désirs.

Nous tentons de développer une clinique du sujet et notre travail s'inscrit dans une démarche de co-éducation .

A) Pourquoi un Atelier d'expression médiatisée?

Au-delà de la loi 2002-2 et de la loi Handicap 2005; les droits de l'homme.

La liberté d'opinion et d'expression est généralement considérée comme une des libertés fondamentales de l'être humain. Elle est citée à l'article 19 de la déclaration universelle des droits de l'homme comme suit :

«Tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression, ce qui implique le droit de ne pas être inquiété pour ses opinions et celui de chercher, de recevoir et de répandre, sans considérations de frontières, les informations et les idées par quelque moyen d'expression que ce

soit».

«La liberté d'expression vaut non seulement pour les « informations » ou « idées » accueillies avec faveur ou considérées comme inoffensives ou indifférentes, mais aussi pour celles qui heurtent, choquent ou inquiètent : ainsi le veulent le pluralisme, la tolérance et l'esprit d'ouverture sans lesquels, il n'est pas de « société démocratique »

B) Pourquoi la médiation ?

Pour produire du sens, le médiateur est celui qui aide à la re-présentation.

« Comme le dit l'adage humoristique : « Tout est dans tout et réciproquement »

Le monde est dans le chaos et le non-sens. La médiation est donc au principe de la structuration psychique et de l'organisation sociale. Le terme « médiation » trouve son origine dans une racine indo-européennes « médio » qui désigne le fait d'être au milieu.

Passant dans la langue latine, il donnera naissance à des mots comme médium, média au pluriel; méditerranéus, au milieu des terres; méridies, méridien; et midi au milieu du jour.

Tous ces termes qui marquent le territoire éducatif sont connotés par la notion de tiers, de triangulation, et donc de liaison sociale.

Ne dit-on pas aujourd'hui que l'éducateur est celui qui s'interpose, celui qui se situe dans l'entre-deux?

Les médiateurs culturels sont donc de “ nouveaux intermédiaires culturels “ qui viennent occuper un terrain sur lesquelles ont devancés auparavant les instituteurs, les animateurs, les éducateurs... Ils reprennent ainsi cette fonction pédagogique.

Ils donnent du sens, transmettent des clés de compréhension.

Cependant la médiation culturelle s'inscrit dans le champ de ce que l'on appelle l'éducation informelle.

A la différence de l'éducation, au sens usuel du terme, l'éducation informelle n'est ni obligatoire, ni contrainte par un programme exhaustif à dispenser, ni par une validation des acquis à organiser. Ces visées sont tout à la fois éducatives (sensibilisation, initiation, approfondissement...), récréatives (loisir) et citoyennes.

Pour Bourdieu : « la culture n'est pas un privilège de nature mais il faudrait et suffirait que tous possèdent les moyens d'en prendre possession pour qu'elle appartienne à tous » => fonction éducative.

La loi du 29 juillet 1998 sur la lutte contre les exclusions : « légal accès à tous, tout au long de la vie, à la culture ». => fonction citoyenne.

Constat:

*De la loi 2002-2 à la loi 2005 : **L'évolution des pratiques.***

En référence à la loi, support de notre travail, nous transmettons quelques informations.

***La loi handicap 2005** vise l'insertion éducative, professionnelle et sociale des personnes en situation de handicap.*

Elle accorde une place essentielle à l'accessibilité :

L'accessibilité jusqu'alors physique est renforcée par une dimension intellectuelle pour permettre à chacun de se repérer et de s'orienter dans la cité par l'offre de la création d'un dispositif technique et humain aux pratiques artistiques et culturelles.

L'art enrichit la vie de tous, mais pour certaines personnes, identifiées par l'appellation « handicapées », il est thérapeutique. Selon Donald Winnicott (pédiatre et psychanalyste britannique), « la créativité est inhérente à chaque être humain, c'est un mécanisme qui permet à l'individu de communiquer ce qu'il ressent au-delà de la parole ».

A travers la musique, la peinture, le collage, le modelage, les participants sont encouragés à découvrir leur voix artistique. La médiation artistique reste un outil thérapeutique essentiel.

Thérapeutique :

Prendre soin de. Il est une notion d'individualisation qui prend en compte la singularité de chacun et qui favorise l'autonomie.

Autonomie :

Retrouver en soi-même les critères pour penser, agir, et par là même, les valeurs qui font avancer.

L'entrée dans l'art peut-il alors nous aider à sortir du handicap et des conséquences à long terme de ces accompagnements de proximités sur les professionnels : épuisements, dépression, démission, repli sur soi, isolement..?

Artistes, cliniciens et travailleurs sociaux ont cherché à comprendre ce qui dans l'acte créatif permet incontestablement à la personne en difficulté d'évoluer. (Lien social : Dossier n°536, 22 juin 2000)

Les psychothérapies à médiations artistiques appelées aussi art-thérapies sont de plus en plus souvent utilisées dans le secteur médico-social. Après avoir situé ces différentes techniques thérapeutiques au sein des autres traitements et au sein des autres psychothérapies, leurs particularités sont décrites.

L'accent est porté sur la diversité des pratiques et des références théoriques auxquelles elles se réfèrent. Il est donc indispensable que les art-thérapeutes aient une formation qualifiante, à la fois artistique et thérapeutique, et que les indications soient posées de façon précise.

L'art-thérapie est une forme de psychothérapies qui utilise la création artistique, peinture, musique, danse, terre... et autres approches corporelles pour prendre contact avec son intériorité, l'exprimer et se transformer sans se préoccuper de la qualité ou de l'apparence de l'oeuvre finale, la démarche thérapeutique consiste à laisser progressivement surgir ses images intérieures qui peuvent être autant le reflet d'expériences du passé que de rêves auxquels on aspire.

Le geste créateur fait appel au corps qui se met en mouvement pour créer une oeuvre concrète; dans le même élan, il sollicite l'imagination, l'intuition, la pensée et les émotions. Les images ou les formes ainsi créés, en plus de dévoiler certains aspects de soi, peuvent générer une vision et des comportements nouveaux qui contribueront à une amélioration de l'état de santé.

Certaines écoles de pensées considèrent que l'art-thérapie peut dépasser le cadre de la psychothérapie et avoir des visées humanitaires et thérapeutiques plus larges.

Enfin,

Le Projet mis en oeuvre : une passerelle vers la cité.

1er mouvement:

Création de l'association « Les coccinelles » le 15 Septembre 2010, qui a pour but de favoriser la mixité, la diversité, l'échange autour de la culture et du handicap.

Associer Art – Action sociale – Education spécialisée :

l'accès aux pratiques artistiques et culturelles pour tous.

Ouverture le 15 Octobre d'un atelier d'expression médiatisée dans la cité en partenariat avec des artistes de la région, des collectivités territoriales. Son siège est au coeur de la ville dans un centre social.

2ème mouvement:

Demande de mobilité en interne acceptée.

Nouveau poste, nouveaux rôles, nouvelles tâches, nouvelles missions... ailleurs.

L'insertion sociale par l'Art et la Culture : l'art est-il alors un critère de guérison ?

QUAND TU AIMES IL FAUT PARTIR

*Quand tu aimes il faut partir
Quitte ta femme quitte ton enfant
Quitte ton ami quitte ton amie
Quitte ton amante quitte ton amant
Quand tu aimes il faut partir*

*Le monde est plein de nègres et de négresses
Des femmes des hommes des hommes des femmes
Regarde les beaux magasins
Ce fiacre cet homme cette femme ce fiacre
Et toutes les belles marchandises*

*Il y a l'air il y a le vent
Les montagnes l'eau le ciel la terre
Les enfants les animaux
Les plantes et le charbon de terre*

*Apprends à vendre à acheter à revendre
Donne prends donne prends*

*Quand tu aimes il faut savoir
Chanter courir manger boire
Siffler
Et apprendre à travailler*

*Quand tu aimes il faut partir
Ne larmoie pas en souriant
Ne te niche pas entre deux seins
Respire marche pars va-t'en*

*Je prends mon bain et je regarde
Je vois la bouche que je connais
La main la jambe le l'œil
Je prends mon bain et je regarde*

*Le monde entier est toujours là
La vie pleine de choses surprenantes
Je sors de la pharmacie
Je descends juste de la bascule
Je pèse mes 80 kilos
Je t'aime*

BLAISE CENDRARS

Bibliographie

- *Être psychanalyste : Georges Favez, Didier Anzieu, Annie Anzieu, Nicole Berry, Jean-Bertrand, Pontalis, Victor N.Smirnoff. ED. Dunod.*
- *Mon atelier magique : Noor-Zadé Brener. Buchet/Chastel.*
- *« Parole d'éduc » Educateur spécialisé au quotidien : Joseph Rouzel. Erès.*
- *Le corps de l'oeuvre : Didier Anzieu. ED. Gallimard.*
- *L'autiste, son double et ses objets : sous la direction de Jean-Claude Maleval. Presse universitaires de Rennes.*
- *Figures de la dépression : Catherine Chabert, René Kaës, Jacqueline Lanouzière, Alexandrine Schniewind. ED. Dunod.*
- *Des paradis plein la tête : Edouard Zarifian. Odile Jacob.*
- *La face cachée des soins : Jocalyn Lawler. Seli Arslam.*
- *L'exil intérieur. Schizoïdie et civilisation : Roland Jaccard. Points.*
- *Femmes qui courent avec les loups : Clarrissa Pinkola Estés. Le livre de poche.*
- *Le plaisir : Dr Alexander Lowen. Tchou.*
- *Le corps et l'eau : Catherine Potel. Erès.*
- *Petit poucet deviendra grand : Pierre Lafforgue. Petite bibliothèque Payot.*
- *La méthode Schopenhauer : Irvin D. Yalom. Points.*
- *Mensonges sur le divan : Irvin D. Yalom. Points.*
- *Au fil du contre-transfert : Diane L'Heureux-Le Beuf. Texte conférence Sté Psychanalytique.*
- *Asphyxiante culture : Jean Dubuffet. Les éditions de minuit.*
- *L'art-thérapie/ Manuel alphabétique: Dr Jean Rodriguez - Geoffroy Troll. Thesus ellébore.*
- *L'art-thérapie : Richard Forestier. Favre.*
- *La femme sans ombre : Hugo De Hofmannsthal. Stock.*
- *Travail social : Actes de résistances : Sous la direction de Joseph Rouzel Un atelier d'expression médiatisées en M.A.S : Christine Soler. PSF.*

- *Chamane au fil du temps : Jeremy Narby, François Huxley. Albin Michel.*
- *L'imprudence : Baschung. CD. Universal.*
- *La marche de l'empereur : Emilie Simon. CD. Universal.*

Nombreuses sources de sites internet, notamment « Wikipedia » pour l'histoire et l'origine de la psychiatrie, de la psychothérapie; l'histoire de la folie, de l'art sont des « copiés-collés » ce qui explique les nombreux mots soulignés dans certains paragraphes.

ANNEXE



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

*Le Ministre de la Culture
et de la Communication*

*Le Ministre délégué à la Sécurité sociale,
aux Personnes âgées,
aux Personnes handicapées et à la Famille*

CONVENTION CULTURE ET HANDICAP

Préambule

Considérant l'accès des personnes handicapées à la culture comme une exigence de la démocratie culturelle, en référence à la résolution 48/46 du **20 décembre 1993**, les règles pour **l'égalisation des chances des personnes handicapées** ont été adoptées par **l'assemblée générale des Nations Unies** à sa quarante-huitième session.

Selon cette résolution, " Les Etats feront en sorte que les personnes handicapées soient intégrées dans les activités culturelles et puissent y participer en toute égalité.

Les Etats devraient faire en sorte que les personnes handicapées aient la possibilité de mettre en valeur leur potentiel créatif, artistique et intellectuel, non seulement dans leur propre intérêt, mais aussi dans celui de la collectivité.

Les Etats devraient veiller à ce que les personnes handicapées aient accès aux lieux d'activité culturelle, tels que les théâtres, les musées, les cinémas et les bibliothèques. (...)"

" La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation..... "

Considérant la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, votée à l'unanimité qui tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, notamment la culture.

Considérant que la loi n°2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît à toute personne handicapée le droit à la solidarité de la collectivité nationale qui lui garantit l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.

*3, rue Valois 75001 Paris
14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP - Téléphone : 01 40 56 60 00*

Considérant que permettre aux personnes handicapées de développer et d'utiliser leur créativité reconnue comme autant de démonstrations de la diversité culturelle, constitue une source d'enrichissement du rapport à l'art et à la culture de tout un chacun.

Considérant que l'information sur l'accès à la culture et à la pratique culturelle est indispensable et peut être relayée par les maisons départementales des personnes handicapées prévues par les articles L. 146-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles ; à ce titre, les directions régionales des affaires culturelles sont invitées à apporter leur soutien aux démarches des maisons départementales des personnes handicapées en ce sens, selon des moyens définis par conventions.

Considérant le développement de la culture dans les établissements médico-sociaux comme une mission d'intérêt général ;

Considérant la volonté des ministres chargés de la culture et des personnes handicapées d'accorder une priorité à la mise en place de projets culturels intégrés au projet d'établissement médico-social, avec d'une part, des jumelages entre des structures culturelles et des établissements d'accueil, et d'autre part, l'intervention d'artistes auprès des personnes handicapées.

Ces actions constituent autant d'éléments de nature à faire de l'institution un lieu où la culture est présente.

Considérant l'attention portée, au sein de la " loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées ", au projet de vie de la personne handicapée, dont la pratique artistique et culturelle constitue une des composantes possibles ;

Les ministres chargés de la culture et de la communication et des personnes handicapées s'engagent au développement des activités culturelles dans les institutions médico-sociales et souhaitent définir, dans la présente convention, les axes principaux de leur politique commune, afin d'aider lesdites institutions à se doter d'une véritable politique culturelle en lien avec le projet de vie des personnes handicapées.

Définitions

Le terme " institutions médico-sociales " fait référence à tout établissement d'accueil des personnes handicapées.

Le terme " équipement culturel " fait référence à des lieux culturels sous tutelle de l'Etat ou/et des collectivités, proposant des programmes d'action et de diffusion culturelles : théâtres, bibliothèques, musées, centres et écoles d'art ou de musique, centres culturels, monuments historiques, etc....

Article 1 : Jumelages entre institutions médico-sociales et équipements culturels

Afin de permettre aux personnes handicapées accueillies ou accompagnées en établissements ou services médico-sociaux d'accéder à la culture ou à la pratique culturelle ou artistique, des conventions ou des jumelages peuvent être mis en place entre une institution médico-sociale et un équipement culturel proche qui pourra proposer à celle-ci certaines de ses ressources. Ces jumelages seront établis sur la base d'accords conclus entre l'institution, l'équipement culturel et éventuellement d'autres partenaires locaux et selon un modèle de convention élaboré conjointement par les deux ministères.

Les actions mises en œuvre peuvent prendre la forme d'ateliers de pratique artistique (ouverts à toutes les disciplines artistiques), d'actions de sensibilisation (rencontre avec une œuvre), d'organisation de temps de rencontre avec des compagnies artistiques en amont ou en aval d'une présentation de spectacle ou d'une exposition.

Les jumelages obéissent à quatre critères :

- ils se déroulent sur une durée minimale d'un an, éventuellement renouvelable
- ils favorisent des échanges entre l'institution médico-sociale et l'équipement culturel
- ils permettent l'organisation d'un atelier de pratique artistique auprès des personnes handicapées, en lien avec des artistes professionnels et sous l'égide de l'équipement culturel
- ils intègrent l'organisation de temps de rencontres avec des compagnies artistiques en amont ou en aval de la présentation de spectacle ou d'une exposition à l'extérieur de l'institution médico-sociale, en lien avec l'équipement culturel partenaire.

Les jumelages peuvent s'associer à tout partenaire susceptible d'apporter son concours à de telles opérations.

Article 2 : Référents culture dans les institutions médico-sociales

La coordination d'activités culturelles appelle un professionnalisme et une expérience reconnue. La conclusion de jumelages s'accompagnera de la désignation de " référents culture " au sein ou auprès des institutions médico-sociales concernées qui assurera le lien avec le milieu culturel professionnel local.

Article 3 : Conventions régionales

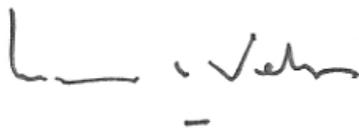
Afin de conforter au niveau régional les politiques culturelles en direction des personnes handicapées accueillies ou accompagnées en établissements ou services médico-sociaux, des conventions pourront être signées entre la DRAC, la DRASS, la DDASS et les collectivités territoriales concernées. Ces conventions viseront à décliner localement les différents articles de la présente convention.

Article 4 : Evaluation

Les ministres chargés de la culture et des personnes handicapées, via leurs services déconcentrés, s'engagent à fournir une évaluation annuelle à la fois statistique et qualitative des actions auxquelles fait référence la présente convention.

Fait à Paris, le - 1 JUIN 2006

Le Ministre de la Culture
et de la Communication



Renaud Donnedieu de Vabres

Le Ministre délégué à la Sécurité sociale,
aux Personnes âgées,
aux Personnes handicapées et à la Famille



Philippe Bas

