

52^e Colloque du Groupement des hôpitaux de jour psychiatriques

Quand la culture s'invite dans les hôpitaux de jour
Bourges, France

10 et 11 octobre 2025



CENTRE
HOSPITALIER

George Sand

REVUE N° 27
ISSN 2112-6798

Éditée par le Groupement
des Hôpitaux de Jour Psychiatriques
- ASBL -



BELGIQUE • FRANCE • SUISSE • LUXEMBOURG



**Groupement des Hôpitaux
de Jour Psychiatriques ASBL**

**153, Boulevard de la Constitution
4020 LIÈGE
BELGIQUE**

URL : <https://www.ghipsy.org>

REVUE DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THÉRAPIES INSTITUTIONNELLES

**N° 27
OCTOBRE 2026**

SOMMAIRE

Président

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX
Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : +32 (0) 4 342 65 96
Courriel : jm.triffaux@hjulacle.be

Secrétariat général

Madame Stéphanie NOIRFALISE
Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : +32 (0) 4 342 65 96
Courriel : ghipsy@hjulacle.be

Vice-Président français

Professeur Ludovic GICQUEL
Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie
de l'Enfant et de l'Adolescent
Centre Hospitalier Spécialisé Henri Laborit
CESAM - Avenue Jacques Cœur, 370
86000 Poitiers - France
Téléphone : +33 (0) 5 49 44 57 57
Courriel : ludovic.gicquel@ch-poitiers.fr

Vice-Présidente suisse

Madame Muriel REBOH-SERERO
Institut Maïeutique
Rue Sainte-Beuve, 4
1005 Lausanne - Suisse
Téléphone : +41 (0) 21 323 17 00
Courriel : muriel.reboh-serero@maieutique.ch

Vice-Président belge

Docteur Jean-Benoît DESERT
Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : +32 (0) 4 342 65 96
Courriel : jb.desert@hjulacle.be

Comité scientifique

Professeur J. BERTRAND	Liège
Docteur H. BORREMANS	Bruxelles
Docteur M. CANDELAS	Bruxelles
Professeur E. CONSTANT	Glain
Docteur S. DAL	Leuze-en-Hainaut
Docteur J.-B. DESERT	Liège
Professeur L. GICQUEL	Poitiers
Monsieur B. HUNZIKER	Lausanne
Monsieur J.-P. LECLERCQ	Thieulain
Monsieur J. LEMOINE	Bruxelles
Docteur V. LUSTYGIER	Bruxelles
Docteur Ch. MONNEY	Lausanne
Madame S. NOIRFALISE	Liège
Madame M. REBOH-SERERO	Lausanne
Professeur Ph. REY-BELLET	Corsier-sur-Vecvey
Docteur I. SCHONNE	Mons
Madame Olga SIDIROPOULOU	Lausanne
Docteur A. STRUYE	Uccle
Professeur J.-M. TRIFFAUX	Liège
Monsieur J. VAGNIERES	Vevey
Docteur C. VAILLANT	Bourges
Docteur A. VERNET	Bourges

THÈME DU 52^E COLLOQUE DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

Dr Aminata TEMBELY 3

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU COLLOQUE

Madame Marie ROULX-LATY 5

ALLOCUTION DE BIENVENUE

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX 7

CULTURE, ART ET PHÉNOMÉNOLOGIE DE L'AFFECT DANS L'ART-THÉRAPIE OCCIDENTALE

Corinne VAILLANT, Jean-Paul LECLERCQ, Nathan LEROY,
Jean-Marc TRIFFAUX 9

POUR SOIGNER, SEMONS LA CULTURE

Vanessa VEZ 20

LA CULTURE COMME VOIE D'ACCÈS À L'INTERSUBJECTIVITÉ ÊTRE ENSEMBLE TOUT EN ÉTANT DIFFÉRENTS

Bernard GOLSE 24

LÀ OÙ NAÎT LA CRÉATIVITÉ : DE L'AUTRE CÔTÉ DU MIROIR QUE FAIT-ON DU TEMPS ?

Olivier ARTIELLE, Sylvain DAL, Camille DEJAEGER, Gaëtane DERMOND,
Charlotte LEFEBVRE, Sophie VANDENNIEUWENBROECK,
Karima ZAABOURI 30

UNE « EXPOMOBILE »... DE LIÈGE À BOURGES : QUAND LE COLLOQUE SE FAIT MOTEUR D'UNE EXPÉRIENCE THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

Jean-Benoît DÉSSERT, Mélissa JOURDEVANT, Gauthier HERMAN,
Viviane LOMBART, Christelle LEJEUNE 37

QUAND LA CULTURE BRETONNE ET LA PSYCHIATRIE S'ENTRECHOQUENT ET S'ENTREMÊLENT : DE L'HISTOIRE À LA CLINIQUE QUOTIDIENNE D'UN HÔPITAL DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES

Mélissa DAYOT, Isabelle NICOLAS, Anne CAMUS et Catherine HAMON .. 43

DE LA CULTURE À LA CRÉATION : MÉDIATIONS ARTISTIQUES ET CLINIQUE DU LIEN EN HÔPITAL DE JOUR PÉDOPSYCHIATRIQUE

Sophie SYMANN, Danièle VAN DEN BROECK, Céline VERDYS 50

LES PRESCRIPTIONS MUSÉALES : UN OUTIL D'ACCÈS À LA CULTURE

Quiterie MAUCOTEL, Jean-Jacques PARMENTIER 57

HISTOIRE PARALLÈLE DU CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND DES THÉORIES RELATIVES À L'ART-THÉRAPIE ET AUX GROUPES THÉRAPEUTIQUES

Alain VERNET, Corinne VAILLANT 64

« LA CULTURE, CONTREPOINT AU SELFIE ? »

Elisabeth DUCHÊNE, Nathalie MACHIELS, Guiseppe FULCO,
Gregory MALEF, Alain ROZENBERG 72



© La Revue des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques
et des Thérapies Institutionnelles

ISSN 2112-6798

est éditée par
Le Groupement des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques ASBL
- Octobre 2026 - Liège
BELGIQUE

© La Revue des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques
et des Thérapies Institutionnelles
ISSN 2112-6798

Rédacteur en chef de la Revue 2026
Prof. J.-M. TRIFFAUX, Liège

Rédacteurs en chef adjoints de la Revue 2026
M. J.-P. LECLERCQ, Thieulain
Dr. A. VERNET, Bourges

Comité éditorial de la Revue 2026
Mme S. CARBONEL-RABOCELLI
Mme C. GUYOT, Liège
Mme S. NOIRFALISE, Liège
Mme E. SKIRAK, Liège
Mme L. STERCK, Liège

Secrétariat pour ce numéro de la Revue
Mme S. NOIRFALISE

Mise en page

BRADFER Bérengère

Reproduction du visuel du colloque 2025,
réalisé par le service communication
du CH George Sand

Les numéros antérieurs "papier" peuvent être
commandés au secrétariat général du
Groupement des Hôpitaux de Jour Psy-
chiatriques sous réserve de leur disponibilité.

**Tous droits de reproduction strictement
réservés.**

Toute reproduction d'article à des fins de vente,
de location, de publicité ou de promotion est
réservée au Groupement des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques.

Toute reproduction d'article dans un autre
support (papier, internet, etc.) est interdite sans
l'autorisation préalable de la rédaction de la
Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et
des Thérapies Institutionnelles.

Les articles sont publiés sous la responsabilité de
leurs auteurs.

D'IMPRESSIONS EN EXPRESSIONS : L'ART PLASTIQUE, UNE FORME D'EXPRESSIVITÉ CORPORELLE

Amandine DUBOIS, Delphine DEWACHTER, Laurence HUORT,
Louise MAURICE 79

UNE FRESQUE EN SOI : LA RENCONTRE DE SOI ET DE L'AUTRE DANS LA CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE À L'ADOLESCENCE

Anne-Charlotte GUÉRIN, Victoire DEBONO 85

L'ATELIER PERCUSSION AU CONSERVATOIRE ET LES EXPOSITIONS DU COLLECTIF LE VILLAGE, DEUX EXPÉRIENCES ARTISTIQUES SINGULIÈRES

Catherine MELEROWICZ, Charline MEYER, Elise CORDIER, Sophie ERNY .. 91

L'ENSEIGNEMENT CULTUREL PAR LES AÎNÉS : UNE APPROCHE INNOVANTE EN HÔPITAL DE JOUR

Eftychia VALASSOPOULOU 98

TRANSCULTURALITÉ EN HÔPITAL DE JOUR : UN PROCESSUS D'ACCULTURATION ET D'ALTÉRITÉ

Aminata TEMBELY, Sylviane MICHAUD, Elise GAUVIN, Charlotte BILLON,
Aline PLEUCHOT, Elizabete CATALDI 106

L'ADAPTATION CULTURELLE DES DISPOSITIFS DE SOINS EN SANTÉ MENTALE VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ, ACCEPTABILITÉ ET EFFICACITÉ DES SOINS

Sydney GAULTIER 111

QUAND LE CORPS PREND LA PAROLE : RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR UN ATELIER DANSE AUPRÈS D'UN PUBLIC EN EXIL

Lola ATGER-HAESSIG, Juliette ATGER, Catherine MAUPETIT,
Mélanie JABLONSKI 118

LE VÊTEMENT COMME ANALYSEUR INSTITUTIONNEL EN HÔPITAL DE JOUR PSYCHIATRIQUE

Jonathan DRAI, Lucia KOZIC, Lorane MARQUES, Julien VAGNIÈRES,
Aliénor VUADENS 125

EN QUOI L'ÉCRITURE FAIT LIEN ?

Charlotte BRIDON, Sylvie BOULAY LE SOLLEUZ, Stéphane BRANGER 131

QUAND LA CULTURE SOIGNE : RENCONTRE INÉDITE ENTRE PATIENTS, SOIGNANTS ET L'ASSOCIATION BELGE ARTICLE 27

Adèle STRUYE, Laura RODRIGUEZ VALLINA, Laurent PIRAT 137

FACE À LA PÉDOPSYCHIATRIE : LA CULTURE TAMOULE ENTRE AUTISME ET MÉDIATIONS DE SOIN

Nikita BERGEN 143

POLYPHONIE, CONSONANCE DES VOIX EN THÉRAPIE

Hugues LIBERT 150

LE MOT DE LA FIN...

Professeur Philippe REY-BELLET 156

ARGUMENT DU COLLOQUE 2026 – LIÈGE

LA CRÉATIVITÉ DANS LE COLLECTIF : IMMERSION AU CŒUR DES SOINS EN HÔPITAL DE JOUR

Docteur Jean-Benoît DÉSSERT, Professeur Eric CONSTANT 158

MONOGRAPHIES DES COLLOQUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES 1973-1997

..... 159

REVUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THÉRAPIES INSTITUTIONNELLES - 1998-2025

..... 160

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

..... 161

ADHÉSION

..... 164

THÈME DU 52^E COLLOQUE DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

Quand la culture s'invite dans les hôpitaux de jour

- Dr Aminata TEMBELY -

Lors du colloque des hôpitaux de jour en psychiatrie sur la culture, nous mettrons en avant l'importance de la prise en compte des **C**royances, des **U**s et coutumes, des **L**angues, des **T**raditions, de l'**U**tilisation des ressources, des **R**elations interculturelles, de l'**E**xpression artistique et de la **S**piritualité dans la prise en charge des patients.

LA CULTURE COMME LEVIER THÉRAPEUTIQUE EN HÔPITAL DE JOUR

L'intégration de la culture au sein des structures hospitalières de jour crée un environnement thérapeutique inclusif et diversifié, favorisant ainsi le rétablissement et la résilience des patients. Cette approche permet d'accueillir l'altérité en tenant compte de la dimension culturelle du patient dans son accompagnement. En admettant la diversité culturelle dans nos hôpitaux de jour, nous nous engageons à respecter les différentes cultures, croyances, valeurs et traditions de chaque individu, ce qui favorise une alliance thérapeutique et le respect de son identité et de ses représentations.

La culture exerce une influence significative sur la perception de la santé mentale, l'expression des émotions et la gestion des difficultés psychologiques. En comprenant la culture de leurs patients, les professionnels de santé peuvent adapter leur approche thérapeutique pour répondre à leurs besoins spécifiques. La culture joue un rôle crucial en tant que déterminant social de la santé, influençant l'accès aux soins, la compréhension des symptômes et la participation au traitement. En intégrant la dimension culturelle dans la prise en charge, on favorise des soins plus adaptés et efficaces, tout en luttant contre les préjugés, les stigmatisations et les discriminations liées à la santé mentale.

En 2019, l'Organisation mondiale de la Santé publiait son rapport de synthèse¹ mettant en évidence le rôle bénéfique des arts dans la santé et le bien-être. En effet, une approche culturelle peut contribuer à réduire les obstacles à la prise en charge et à favoriser l'inclusion sociale des patients. Les médiateurs culturels tels que la musique, la danse et l'art-thérapie aident les patients à s'exprimer émotionnellement, à communiquer, à développer leur créativité et à renforcer leur bien-être.

Il est argumenté que l'art-thérapie, incluant la danse et la musique, est une approche thérapeutique utilisant la créativité artistique pour favoriser le bien-être émotionnel, mental et physique des individus. La médiation artistique, par le biais de la danse et de la musique, offre un espace d'expression non verbale permettant aux patients de communiquer et d'explorer leurs émotions de manière unique et profonde.

La danse permet aux individus d'exprimer des sentiments et des expériences difficiles à verbaliser. En explorant des mouvements corporels, les patients peuvent libérer des tensions, renforcer leur estime d'eux-mêmes et améliorer leur connexion avec leur corps et leurs émotions. De même, la musique offre un moyen de communication et d'exploration émotionnelle. En écoutant, en jouant ou en créant de la musique, les patients peuvent exprimer des sentiments profonds, revisiter des souvenirs et expérimenter un soulagement du stress et de l'anxiété.

¹ Organisation mondiale de la santé, Health Evidence Network Synthesis Report 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review.

En combinant la danse et la musique en art-thérapie, les patients bénéficient d'une approche holistique engageant à la fois le corps et l'esprit. Cette approche favorise la créativité, l'expression de soi et la transformation personnelle, offrant un espace sûr pour explorer et guérir. Les cas cliniques où la littérature, les arts plastiques, la musique et la danse permettent résilience ou sublimation abondent, mais pas seulement.

L'art-thérapie stimule la créativité en favorisant la sublimation des espaces meurtris dans la psyché, offrant ainsi un moyen thérapeutique à travers la beauté, la provocation et parfois la violence, remettant en question les idées préconçues et les stéréotypes. L'intégration de la culture et de l'art dans les objectifs institutionnels est essentielle pour enrichir l'univers psychique de manière différente.

De nombreuses modalités culturelles et artistiques interviennent dans le quotidien des patients et des professionnels des hôpitaux de jour. Inscrits dans la conception même de la psychiatrie, l'art et la culture se réinventent aujourd'hui tant dans les observations que dans les approches thérapeutiques. Quelle histoire entre culture et soins ? Quelles pratiques expérimentées pouvons-nous partager ? Qu'attendons-nous aujourd'hui de l'art et de la culture dans les hôpitaux de jour ? Quelles difficultés, mais aussi quelles perspectives culturelles et artistiques novatrices, sont en jeu pour demain dans les hôpitaux de jour ?

Permettant une compréhension de soi et du monde dans un concept de réciprocité et d'humanisme, art et culture sont des principes révélateurs, libérateurs et thérapeutiques.

Racontons comment nos hôpitaux de jour s'en saisissent.

L'AUTEUR :

Docteur Tembely Aminata
Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent - Médecin cheffe de pôle
Centre Hospitalier George Sand
Rue Louis Mallet 77, 18000 Bourges (France)
aminata.tembely@ch-george-sand.fr

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU COLLOQUE

- Madame Marie ROULX-LATY -

Bonjour à toutes et à tous,

Merci beaucoup d'être si nombreux aujourd'hui et demain.

Je vous accueille au nom du Centre Hospitalier George Sand (CHGS), de sa communauté de professionnels, de patients, de familles et de proches.

Merci au Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques (GHJPSY), au Professeur Jean-Marc Triffaux, d'avoir choisi Bourges pour ce magnifique colloque, à la suite d'échanges avec le Docteur Corinne Vaillant, qui s'est engagée avec ferveur et détermination pour qu'il puisse se tenir ici, à Bourges.

Je sais que, pour certains, vous avez fait un très long chemin pour nous rejoindre. Dans cette salle, il y a des professionnels qui arrivent d'hôpitaux de Belgique, de Suisse, et d'un peu partout en France.

Un sincère merci pour votre venue. Merci à tous les conférenciers qui vont prendre la parole aujourd'hui, ainsi qu'à toutes les personnes qui vont animer les ateliers.

Je remercie enfin la Ville de Bourges, le Département et le Conservatoire pour leur accueil.

Merci également à celles et ceux qui ont porté ce projet pour l'hôpital George Sand, notamment notre comité d'organisation, pour une préparation d'envergure. Nous n'avons pas l'habitude de telles organisations, et cela a fortement mobilisé les équipes. Merci au Docteur Tembely Aminata d'avoir placé au cœur du colloque la question si importante de la transculturalité et de son nécessaire développement.

Pendant deux jours, nous allons parler des cultures au pluriel, des arts, de la santé mentale, des patients, de la psychiatrie, des soignants.

Seront mis à l'honneur la danse, la musique, l'écriture, les arts plastiques, mais aussi les pratiques de médiation culturelle, les prises en charge transculturelles, les prescriptions muséales, et encore l'histoire.

Car l'histoire, sur ce sujet, est importante. Pour la psychiatrie, elle est émouvante, et elle doit sans cesse être rappelée.

N'étant pas historienne, je vous promets de ne pas me lancer dans une fresque remontant aux débuts de l'art asilaire et du « traitement moral » selon Pinel.

Et pourtant, constatons encore que l'accès à l'expression des patients s'est développé sous l'effet du traitement

moral et de l'évolution vers une reconsidération humaine et bienveillante des patients.

Oui, l'accès aux droits, et aux droits culturels des patients, a toujours accompagné le chemin vers la dignité. Alors oui, psychiatrie et culture doivent aller de pair.

Pour la psychiatrie, penser l'amélioration des conditions de prise en charge comme un enjeu culturel, voire civilisationnel, nous met également sur la bonne voie.

Au sein du CHGS, nous poursuivons ce chemin, pas à pas, avec patience et rigueur, malgré toutes les embûches ; nous ne souhaitons aucun retour en arrière.

Le CHGS poursuit la création d'un tiers-lieu « Arts, cultures et santé mentale », associé à la création d'une antenne de la « Chaire de philosophie à l'hôpital » du Groupe Hospitalier Universitaire Paris, afin d'accompagner ce projet de réflexions éthiques, philosophiques et historiques, pour ne pas perdre de vue les priorités et le sens de notre action soignante et culturelle.

Ces perspectives, au-delà d'être précieuses et stimulantes, sont nécessaires.

Dans le cadre de la création du tiers-lieu « Arts, cultures et santé mentale », il m'a été récemment demandé si la création de ce tiers-lieu, à la fois résidence artistique permanente et lieu de rencontre des partenaires autour des projets des patients, ne bouleverserait pas l'hôpital.

Je ne le crois pas.

Je crois que celles qui seront bouleversées en profondeur sont les institutions culturelles qui vont travailler avec nous, car nos patients sont des publics qu'elles connaissent encore mal.

Quand l'accès aux soins des patients est un combat, l'accès à la culture n'est pas nécessairement une priorité, et pourtant il y a tant à faire.

Par exemple, il n'existe pas encore, à ma connaissance, d'audioguide ou de visite commentée de musée réellement adaptés aux conséquences du handicap psychique. Nous avons tant à faire.

Si les institutions culturelles seront bouleversées par nos échanges, je crois que les prises en charge en psychiatrie sont, elles, bouleversées depuis bien des années par l'entrée de la culture et des artistes en leur sein, même si les situations entre établissements demeurent contrastées.

Les institutions hospitalières ont une longue tradition d'accueil des artistes en leur sein.

Au-delà des hospitalisations longues de certains artistes, rappelons-nous ensemble aujourd'hui l'histoire récente.

En France, de nombreux artistes ont trouvé refuge dans les asiles au moment de la Seconde Guerre mondiale, pour échapper à la répression politique et intellectuelle.

Pendant la même période, les patients des asiles mouraient massivement de malnutrition car, moins considérés que d'autres populations, ils n'avaient pas le même accès aux tickets de rationnement alimentaire.

« *Extermination douce* » : c'est ainsi qu'a été nommée historiquement cette période. On pense ce que l'on veut de cette douceur ; pour ma part, il n'y en a aucune.

« *Extermination douce* » est en effet l'expression forgée pour dénoncer l'abandon, la mort lente, de faim, de froid et de carence de soins, des malades dans les hôpitaux psychiatriques français durant l'Occupation. Les historiens chiffrent à environ 50 000 morts ces décès au sein des asiles.

Alors oui, assister à un colloque, 80 ans après 1945, qui valorise notamment les droits culturels des patients et leur culture propre, constitue une avancée de l'histoire dont nous devons rester particulièrement conscients.

Il y a 80 ans, c'était la nourriture même qui leur était refusée. Il y a 80 ans, c'étaient aussi les débuts de la Sécurité sociale, soucieuse d'égalité, quoique cette égalité puisse être discutée au regard de l'offre de soins sur les différents territoires.

En 2025, avec ce colloque, nous voilà donc sur le bon chemin, le juste chemin de la dignité, pour que les pages à venir de notre histoire ne permettent jamais de retour en arrière vers un passé bien sombre d'indignité et de condamnation d'office de ces patients en période difficile.

D'un point de vue plus simple et quotidien, je n'ai jamais vu, dans mon expérience de directrice, les patients et résidents aussi heureux que dans les moments où ils avaient accès à l'expression d'eux-mêmes, par la musique, la danse, la présentation de leurs œuvres, de leurs envies et de leurs sensibilités.

Ce sont des moments d'une importance rare, qui doivent être particulièrement protégés.

Tâchons ensemble, grâce à vos interventions aujourd'hui, de ne jamais revenir en arrière en matière de respect, de dignité et de possible expression de soi.

À tous, un excellent colloque et de belles réflexions sur ce chemin de dignité.

Merci pour les patients.

L'AUTRICE :

Marie ROULX-LATY
Directrice Générale

Centre Hospitalier George Sand
Rue Louis Mallet 77, 18000 Bourges (France)
direction.generale@ch-george-sand.fr

ALLOCUTION DE BIENVENUE

- Professeur Jean-Marc TRIFFAUX -

Chères Collègues, chers Collègues,
Chères Amies, chers Amis,

C'est avec une grande joie que je vous souhaite la bienvenue à ce **52^e colloque du GHJPSY** dans cette terre d'accueil remarquable qu'est la ville de Bourges.

Si, comme l'écrivait Jules César, « De tous les peuples de la Gaule, les Belges sont les plus braves » — une antique fake news, convenons-en — c'était sans doute sans compter sur la ténacité des Bituriges, peuple fier dont Bourges fut l'écrin. Peut-être est-ce pour cela que ses habitants se proclamaient jadis les rois du monde : ils croyaient en leur destin.

Et ils n'avaient peut-être pas tort.

Car depuis plus de deux millénaires, cette ville n'a cessé de faire vivre la culture, de transmettre la création, de nourrir l'esprit. Il suffit d'ouvrir les yeux pour mesurer la richesse de son patrimoine.

Aussi n'est-il pas étonnant que Bourges ait été choisie pour devenir **capitale européenne de la culture en 2028**.

Quel plus beau symbole pour accueillir aujourd'hui notre colloque ?

Car cette ville continue d'inventer. Elle vient même de lancer un programme au nom inspiré : **CRI** — *Contributions pour Réinventer les Imaginaires*. Tout un programme.

Votre présence nombreuse ici, aujourd'hui, témoigne de l'attachement fidèle que vous portez à nos rencontres. Mais elle témoigne aussi d'une réalité plus profonde : celle d'une culture vivante au sein de nos équipes, d'un désir de penser ensemble, de créer ensemble, d'avancer ensemble.

Je souhaite adresser nos plus sincères remerciements à Madame Marie Roulx-Laty, dynamique directrice générale du Centre hospitalier George Sand, à Monsieur François Guillamo, ainsi qu'à Madame Stella Carbonel-Rabocelli, pour leur accueil généreux et la qualité remarquable de cette organisation.

Je veux saluer tout particulièrement Stella Carbonel-Rabocelli qui, avec Stéphanie Noirfalise, notre secrétaire générale, a constitué un tandem d'efficacité redoutable. Merci à toutes deux.

Mes remerciements vont également au Dr Aminata Tembely, qui a proposé le thème de ce colloque : un thème dense, audacieux, profondément actuel.

Merci aussi au Dr Corinne Vaillant — vaillante, donc, par définition — ainsi qu'à Alain Vernet, véritables passeurs entre notre Groupement et l'équipe organisatrice.

J'en profite pour recommander la lecture du dernier ouvrage d'Alain Vernet : *Parcours de la folie*, belle traversée philosophique et sociale de la psychiatrie à Bourges et dans le Cher.

Cet après-midi, nous aurons le privilège d'entendre trois conférenciers de grande qualité : Vanessa Vez, Bernard Golse et Jean-Michel Longneaux. Qu'ils soient d'ores et déjà remerciés de nourrir notre réflexion avant les travaux de demain.

Revenons maintenant au thème qui nous rassemble :

« Quand la/les culture(s) s'invite(nt) dans les hôpitaux de jour »

Quel magnifique sujet de réflexion.

Car qu'est-ce que la culture ?

Dr Aminata Tembely nous en propose une lecture féconde à travers un acronyme original :

Croyances, **U**s et coutumes, **L**angues, **T**raditions, **U**tilisation des ressources, **R**elations interculturelles, **E**xpression artistique et **S**piritualité.

Autrement dit, la culture n'est pas seulement affaire de musées, de bibliothèques ou de chefs-d'œuvre.

La culture, c'est ce qui structure silencieusement nos existences.

C'est ce qui relie.

C'est ce qui transmet.

C'est ce qui humanise.

Comme le disait Édouard Herriot :

« La culture est ce qui reste quand on a tout oublié ».

Elle est le socle invisible du lien collectif.

Une société sans culture serait-elle encore une société ?

Sans mémoire, sans symboles, sans langage commun, elle ne serait plus qu'un agrégat d'individus juxtaposés.

Et comme le rappelait Claude Lévi-Strauss :

« Sans culture, il n'y a pas de société ».

Pourtant, nous assistons aujourd'hui à un inquiétant dépérissement culturel se traduisant par l'appauvrissement des liens humains, l'effacement des traditions, la perte du sens existentiel, l'accélération du temps, l'amnésie sociale...

Une société peut sans doute survivre ainsi. Mais cette survie s'apparente à une coquille vide.

Alors, après le *désenchantement du monde* décrit par Marcel Gauchet, assisterons-nous prochainement à l'écervellement du monde ?

Si notre intelligence a la faculté de nous rendre pessimistes, il importe de conserver l'optimisme de la volonté, pour paraphraser l'aphorisme d'Antonio Gramsci (1929).

Car si nous sommes ici, c'est précisément pour faire acte de résistance.

Résister par la pensée.

Résister par la créativité.

Résister par la rencontre.

Résister par le soin.

Durant ces journées, nous explorerons ensemble :

- ♦ Comment psychiatrie, culture et création se sont toujours rencontrées ;
- ♦ Comment la musique, la danse, la peinture, la sculpture, l'écriture ou le cinéma deviennent, dans nos ateliers, des médiations thérapeutiques majeures ;
- ♦ Comment continuer à inventer des pratiques nouvelles afin que les hôpitaux de jour demeurent des espaces transitionnels où règnent la liberté, l'inventivité et la bienveillance.

Depuis hier, la **Revue 2025** est disponible sur le site de notre Groupement. Vous y trouverez une véritable mémoire vivante de nos débats passés.

Merci à toutes celles et ceux qui contribuent, année après année, à laisser une trace de notre travail collectif.

Et puisque la mémoire se construit dans l'écriture, la **Revue 2026** est désormais entre vos mains... et entre les nôtres.

N'attendez pas : écrivez.

Car personne ne lira jamais les mots qui ne seront pas écrits.

Que la culture du Groupement continue à nous apporter cette dose d'utopie qui transforme le présent et nous entraîne vers le futur, en même temps qu'elle entretient nos souvenirs, nos débats, nos émotions, nos regards croisés et nos fous rires.

Que ce colloque soit donc un espace de dialogue, de créativité et d'humanité, à l'image de ce que nous voulons pour nos hôpitaux de jour.

Je vous souhaite à toutes et à tous d'inspirantes rencontres et de fructueux travaux.

L'AUTEUR :

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX

Président du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques
Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »
Boulevard de la Constitution 153, 4020 Liège (Belgique)
jm.triffaux@hjulacle.be

CULTURE, ART ET PHÉNOMÉNOLOGIE DE L'AFFECT DANS L'ART-THÉRAPIE OCCIDENTALE

- Corinne VAILLANT, Jean-Paul LECLERCQ, Nathan LEROY, Jean-Marc TRIFFAUX -

RÉSUMÉ - SUMMARY

À la suite de la conférence du Pr J.-M. Longneaux, cet article propose de nouvelles réflexions, éclairées par de larges extraits de l'un de ses écrits dans lequel il exposait les effets positifs de l'art dans le cadre des soins.

Le conférencier s'appuie sur les philosophes de l'École de Francfort pour démontrer que la culture occidentale est surtout dominée par la rationalité, déclinée à travers les seuls discours scientifique, économique et juridique. De ces auteurs, il reprend l'idée du risque totalitaire d'une telle raison, qui conduit à l'aliénation et à la dépersonnalisation des individus, ceux-ci étant réduits à des objets.

Dans ce contexte, l'art est un véritable acte de résistance. Il permet aux personnes de se reconnecter à l'essence et aux mouvements de leur vie affective, fondements de leur subjectivité. Le recours à l'art est ainsi un véritable réflexe vital qui déjoue la raison. L'art refuse de se laisser « arraisonner », au sens heideggérien du terme, par la rationalité. Il permet à chacun de se réapproprier sa place singulière de sujet, acteur de sa vie, et de sortir du monde impersonnel du « on » pour accéder à celui du « je ». Dans le domaine du soin psychique, l'art-thérapie contribue à un processus de subjectivation grâce à la création dans un contexte relationnel.

MOTS CLÉS : Culture occidentale - Rationalité instrumentale - Dépersonnalisation - Vie affective - Subjectivation - Art-thérapie

CULTURE, ART, AND THE PHENOMENOLOGY OF AFFECT IN WESTERN ART THERAPY

Following Professor J.-M. Longneaux's lecture, this article offers new perspectives, informed by extensive excerpts from one of his writings in which he outlined the positive effects of art within a healthcare context.

Drawing on the critical theory of the Frankfurt School, Longneaux argues that contemporary Western culture is dominated by a form of instrumental and totalizing rationality expressed primarily through scientific, economic, and legal discourses. By reducing persons to objects of knowledge, utility, and regulation, this rationality produces alienation and depersonalization and obscures the lived experience of subjectivity. Against this background, art emerges as a privileged form of resistance. It enables individuals to reconnect with the affective life that constitutes the phenomenological ground of selfhood and subjectivity. As a vital reflex that eludes instrumental reason, art resists being captured within the framework of rationality and restores the individual's capacity to experience themselves as a singular subject and agent of their own existence. In Heideggerian terms, it opens a path from the impersonal world of the they (das Man) to the first-person experience of the I.

Within the field of mental healthcare, art therapy contributes to a process of subjectivation through creative activity embedded in a relational context. By reactivating affectivity, creativity, and personal agency, it offers a counterpoint to the objectifying tendencies of contemporary institutions and supports the emergence of individuals as subjects of their own lives.

KEY WORDS: Western culture - Instrumental rationality - Depersonalization - Affective life - Subjectivation - Art therapy

PRÉAMBULE

Le Pr J.-M. Longneaux, pris notamment par de nouvelles charges académiques à l'Université de Namur et par sa fonction de rédacteur en chef de la revue « Ethica Clinica » — dont un numéro est consacré à notre sujet (1) —, n'a pas pu disposer du temps nécessaire à l'écriture d'un texte rendant compte de sa conférence.

Un article déjà publié, intitulé « L'effet placebo » (2), envoyé par ses soins au Groupement des hôpitaux de jour psychiatriques, exposait certaines idées formulées lors de son intervention à Bourges.

À partir de sa conférence, les auteurs ont rédigé un texte regroupant ses idées principales, en les illustrant et en les complétant par des extraits du texte susmentionné, repris en italique. Une structuration différente de celle qui a prévalu lors de la présentation orale du conférencier est ici proposée, dans un texte qui intègre également des réponses aux questions posées en fin d'exposé.

En assumant la responsabilité « déléguée » par le Pr J.-M. Longneaux d'écrire cet article, les rédacteurs ont pu expérimenter ce que le conférencier identifiait comme « la souffrance » inhérente à l'acte créateur et « la jouissance » de son aboutissement. Le plaisir récompense un travail qui s'achève par quelques éléments de discussion des propos du conférencier.

INTRODUCTION

Philosophe réfléchissant principalement aux questions de santé, notamment à celles relatives à la santé mentale, le Pr J.-M. Longneaux annonce d'emblée qu'il convoque des références différentes de celles qui ont cours dans les champs de la psychologie et de la psychiatrie.

Son intervention s'inscrit dans le thème d'un colloque articulé autour du concept de culture. Il précise toutefois que son exposé s'attache surtout à réfléchir aux fonctions de l'art, qu'il distingue de la culture, dont il est une composante.

Le mot **culture** peut avoir plusieurs sens. Il est généralement admis que la culture regroupe l'ensemble des représentations d'une communauté, ses usages, ses pratiques, ses croyances et l'imaginaire collectif construit dans son univers particulier. Partagée par une collectivité au titre de représentation du monde, elle organise sa vie sociale. Cela explique qu'il n'existe aucun peuple dépourvu de culture même si les déplacements de population nous confrontent

actuellement à des croisements culturels mêlant différentes représentations du monde.

Quant à **l'art**, avec ses différents systèmes, il n'est qu'une des composantes de la culture d'une population. Le propos du conférencier s'attache à comprendre dans notre contexte culturel occidental les ressorts de l'art, d'abord, de l'art-thérapie, ensuite. À cet égard, il pense que ce n'est peut-être pas un hasard si le concept d'**art-thérapie** s'est développé dans notre « culture occidentale », afin de rendre sa place au sujet.

LE CARACTÈRE TOTALITAIRE ET RÉDUCTEUR DE LA CULTURE OCCIDENTALE

L'affirmation du caractère totalitaire de la culture occidentale fut formulée par les philosophes de l'École de Francfort. Celle-ci connut son heure de gloire au XX^e siècle à travers des auteurs et penseurs comme Theodor W. Adorno et Max Horkheimer (3). Le Pr J.-M. Longneaux considère que certaines idées de Heidegger (4) peuvent également être rapprochées de cette école, du moins durant sa première période. Plus récemment, et d'une certaine façon, Jürgen Habermas (5), grand philosophe occidental contemporain, s'y inscrit également.

Le Pr J.-M. Longneaux nous invite à lire ces différents auteurs et leur description de la culture dans laquelle nous vivons pour ensuite comprendre la place de l'art et le rôle qui, selon eux, lui est assigné.

Depuis le début du XX^e siècle, ces auteurs dénoncent le caractère essentiellement rationaliste de notre culture. Ce rationalisme initié par les philosophes grecs a, selon ces auteurs, pris au XIX^e et au XX^e siècle des proportions redoutables en organisant toute notre culture autour de la seule raison. Pour eux, cette **raison** est **totalitaire** dans la mesure où elle refuse ce qui lui échappe. Pour la raison, ne pas comprendre est insupportable, intolérable.

Le conférencier adhère à cette idée d'une culture occidentale essentiellement rationnelle qui se déploie dans tous les secteurs de notre vie, avec le souci de vouloir tout maîtriser et comprendre, de « tout mettre dans de petites cases ». Il lui semble d'actualité que seuls trois discours¹ rationnels organisent notre monde :

- ◆ le discours scientifique se veut une compréhension rationnelle du monde ;
- ◆ le discours économique organise le monde et lui impose sa rationalité mercantile ;

1 La critique de la raison instrumentale et de ses risques totalitaires peut aujourd'hui être élargie à l'informatique qui s'impose obligatoirement dans tous les rouages de la société, y compris dans le domaine de la santé. Certaines administrations accordent plus d'importance à l'enregistrement du moindre acte médical ou infirmier qu'à son utilité, au risque de faire « écran » à la relation thérapeutique. Faut-il considérer que l'informatique est un quatrième discours totalitaire ou un simple outil démultipliant les effets des trois totalitarismes identifiés par le conférencier ? Quoi qu'il en soit, il est permis de penser que le « langage » binaire de l'informatique est un parfait exemple d'une velléité de maîtrise absolue enfermant la réalité dans la prévisibilité des petites cases. Les enjeux de l'intelligence artificielle, qui repose sur algorithmes et statistiques, doivent également interroger notre sens critique et notre éthique.

- ♦ le discours juridique organise les rapports humains tels qu'ils doivent être, et détermine quels sont les bons ou mauvais comportements.

Lors de son intervention à Bourges, le Pr J.-M. Longneaux formule ses idées en référence aux analyses de Theodor W. Adorno qu'il avait développées dans son article publié sous le titre « L'effet placebo » (2). Il y écrivait notamment :

*« Pour Adorno, la culture occidentale voit triompher la raison instrumentale. Depuis le siècle des Lumières (XVIII^e siècle), le progrès s'identifie à celui de la raison qui veut tout savoir, tout organiser, tout administrer, tout surveiller, tout démontrer. Tout, absolument tout doit avoir du sens et servir à quelque chose. C'est le règne de la transparence et de l'utilitaire. La raison ne supporte pas ce qui lui échappe. Le mystère, qui conduit à l'obscurantisme, est fait pour être dénoncé et élucidé. Ce triomphe de la raison instrumentale s'observe concrètement dans les discours qui aujourd'hui structurent les sociétés occidentales. **La science**² réduit ce qu'elle étudie à la loi de la causalité : tout ce qui se produit dans le monde est nécessairement un effet renvoyant à une cause ; **l'économie** réduit tout à de la valeur monétaire : ce qui n'a pas de valeur n'a pas d'intérêt ; et **la justice** ramène l'ensemble de nos comportements à des procédures à suivre : à peu près tous les domaines de notre vie sont encadrés par un ensemble de lois. On devine ce qu'Adorno va dénoncer : une telle société qui s'organise autour de cette raison instrumentale est une **société aliénante**. (...) tout y est réduit à de l'objectivable. On doit pouvoir voir ce dont on parle, on doit pouvoir le mesurer, le juger. Ce qui n'est pas observable n'existe pas » (2).*

Ces trois discours culturels sont justifiables. Le propos n'est évidemment pas de nier la puissance incroyable et bienfaisante de la science. Grâce à cette pensée rationnelle déployée dans de multiples domaines, une culture d'une efficacité redoutable s'est développée. Le propos ne qualifie pas non plus les professionnels de la santé de « dictateurs ». Le propos ne dénonce pas plus la posture politique légiférante. Il ne vise qu'à dénoncer le fait que ces trois discours confisquent toutes les autres possibilités de mettre du sens dans notre monde. Quel que soit le sujet abordé, ces trois discours s'imposent et prennent toute la place. Il est impossible d'en sortir, d'avoir une autre vision des choses jusque dans le champ de la santé mentale également structuré par eux, sans échappatoire.

Ainsi le discours scientifique réduit la première approche

d'un patient à identifier sa souffrance, à déterminer exactement ce dont il souffre. Si le professionnel de santé n'y parvient pas, ce sera intolérable pour son approche rationnelle qui nécessite compréhension et anticipation. Dans ce cas, incapable de supporter que cela lui échappe, il enverra son patient consulter un confrère, voire un troisième... Si la souffrance reste toujours incompréhensible, « une petite case sera créée pour y mettre toutes les choses actuellement inexpliquées ».

Le discours économique construit un tissu de langage qui réduit la personne à sa valeur productive et à son éventuel coût pour la société³. Êtes-vous rentable pour la société ou êtes-vous à sa charge en relevant de la sécurité sociale ? Ce discours peut être très culpabilisant. Certaines personnes atteintes de pathologies lourdes en viendront à se demander si, étant donné leur poids pour la société ou leurs enfants, il faut continuer à s'acharner à les faire vivre. D'autres, pour ne pas tomber dans cette catégorie et rester rentables, accepteront de faire n'importe quel travail. Ce discours économique peut menacer les plus vulnérables d'entre nous en les amenant à s'interroger sur le sens de leur vie.

Le discours juridique aura une forte tendance à enfermer les individus dans la prévisibilité et le respect de la loi. Dans ce contexte, la notion de personne se dilue pour ne plus être qu'« un facteur », c'est-à-dire, pour le philosophe, un individu qui fonctionne comme attendu dans le système.

Le Pr J.-M. Longneaux rapproche également certaines analyses de Heidegger (4) de celles développées par les penseurs de l'École de Francfort. Sans appartenir à cette école, ni partager ses fondements théoriques, Heidegger développe en effet une critique de la rationalité technicienne et de l'« arraisonnement » du monde qui présente certaines convergences avec la critique de la raison instrumentale formulée notamment par Horkheimer et Adorno.

Ce que montrent ces philosophes, selon des voies distinctes, c'est que cette triple rationalité est une catastrophe pour qui essaie de se comprendre soi-même. Être amené à se comprendre à travers les catégories de ces trois discours totalitaires fait payer un prix important en raison de l'objectivation et de la dépersonnalisation qu'entraînent les discours scientifique, économique et juridique. Le sujet se retrouve réduit aux critères définis par ces discours. Il n'existe plus, jusqu'à en devenir impensable.

« L'homme n'est plus lui-même qu'un objet défini

2 La mise en évidence de certains mots des extraits du texte relève du choix des auteurs de l'article.

3 Un exemple de cette rationalité économique peu respectueuse des impératifs de la clinique nous est donné actuellement en Belgique : comme les patients en souffrance et les cliniciens le savent pertinemment, le temps du soin psychique n'est pas celui des horloges, ni celui de la bourse... Un projet de réforme de la nomenclature des prestations médicales envisage de limiter le temps de la consultation psychiatrique à une unité « standard » de 20 minutes, au risque de priver les plus démunis d'accès à des soins de qualité.

de part en part par la science, l'économie et la justice. Or, en se considérant de la sorte, c'est **le sujet** qu'il ne cesse pourtant d'être qui **devient impensable** (...). Notre culture, qui veut tout connaître et tout réduire à sa connaissance objectivante rend inaudible le sujet vivant que nous sommes » (2).

Appliquée au monde de la santé, l'illustration donnée par le Pr J.-M. Longneaux dans son article « L'effet placebo » est particulièrement parlante.

« La réflexion d'Adorno s'applique extraordinairement bien au monde de la santé. Lui aussi est organisé autour de la science, de l'économie et de la justice. Le patient y devient une pathologie à soigner, des paramètres à équilibrer. Il représente un coût ou un bénéfice pour l'hôpital et la société et il jouit de droits qui lui permettent, au moindre faux pas, de porter plainte. Dans cet univers, les soignants sont des techniciens qui n'ont plus le temps, qui représentent aussi un coût pour la société, et qui doivent suivre scrupuleusement les procédures en vigueur. Comment ne pas se laisser enfermer par cette organisation du soin ? » (2).

Selon le Pr J.-M. Longneaux, évoquant le vocabulaire de Heidegger (4), il faudra bien admettre que, pris dans cette culture dépersonnalisante, le sujet se retrouve à vivre dans **le monde du « On »** (das Man). « On » vit sa vie comme tout le monde. « On » va à l'école. « On » fait des études car c'est ainsi dans son milieu. Et puis, après les études, « on » doit bien travailler. Et pendant les vacances, « on » part dans les bouchons, comme tout le monde. Et finalement, vient le temps de la retraite et se pose alors la question formulée par Heidegger de savoir si ce « on » a vécu sa vie ou la vie que son siècle lui a dit qu'il fallait vivre...

Subsidiairement, y a-t-il un espace de liberté qui permet de vivre sa vie de sujet ? Où se situerait cet espace et quand adviendrait-il ?

« Une deuxième difficulté est dénoncée par Adorno. Si pour avoir du sens, tout doit être soumis à la loi de la cause et de l'effet, si tout doit devenir prévisible et gouvernable, alors il n'y a **plus aucun espace de liberté possible**. Tout est encadré, tout est surveillé, tout est ramené à des procédures à suivre. Ce qui sort du cadre devra ou rentrer dans le rang, ou être éliminé. Le développement exponentiel de l'organisation administrative et sécuritaire du vivre en commun en est la traduction immédiate : la liberté, l'imprévu sont déclarés dangereux » (2).

Et, citant Emmanuel Levinas (6) :

« Levinas conclura que la raison instrumentale qui domine la culture occidentale est **une raison totalitaire** : elle ne supporte pas que quelque chose lui échappe ».

QUI SUIS-JE ?

Le Pr J.-M. Longneaux répond à cette question relative à l'espace de liberté des individus en s'inspirant très librement de l'ensemble de l'œuvre du philosophe Michel Henry. Dans une partie de l'article « L'effet placebo » (2), intitulée « **L'essence de l'homme : sa vie affective** », il invite à mener une démarche rigoureuse inspirée de la phénoménologie :

« Lorsque j'essaie de savoir ce que je suis, j'essaie de me représenter mon existence soit en me remémorant ma vie, soit en consultant des livres scientifiques ou spirituels, etc. Ou, plus simplement encore, en me regardant dans un miroir. Dans tous les cas, on conviendra sans peine que ce que je connaîtrai de moi par de tels moyens est un savoir construit : je verrai défiler en quelque sorte sous mes yeux telle partie de mon passé sous la forme d'un souvenir, ou j'aurai telle vision théorique de ce qu'est l'homme à partir des connaissances de mon temps, ou plus exactement à partir de ce que j'en aurai compris ou de ce que j'imagine. Ou encore, je me verrai en face de moi-même, sous la forme d'un reflet dans le miroir. Dans la première situation, j'ai reconstruit une image de ma vie sur la base de ce que j'ai gardé en mémoire, et cette image est « dans ma tête ». Lorsque j'élabore une théorie ou un rêve éveillé, j'ai de nouveau « dans ma tête » une certaine conception de ce que je suis comme être humain. Lorsque je me regarde dans le miroir, j'ai un reflet en face de moi. Or, nous en conviendrons tous, nous ne sommes ni un reflet, ni un souvenir, ni une théorie quelconque, quand bien même chacun d'entre eux serait fidèle à la réalité. Ce ne sont là que des doubles, des avatars, des représentations de ce que nous vivons. Mais alors, « **qui sommes-nous pour du vrai ?** » (2).

Le Pr J.-M. Longneaux établit que chacun a le sentiment d'exister par ce qu'il ressent de lui-même. Ce qu'il appelle « l'épreuve de soi » ne relève ni de l'artefact d'un jeu de miroir, ni de notre pensée, ni de notre volonté, mais d'une « passivité radicale » liée aux affects, et ce, dès notre enfance. Ce sont les affects qui permettent l'émergence de la conscience de soi et du sentiment d'exister.

« Ensuite, tout donne à penser que notre vie s'élève à partir de ce sentiment d'exister. Avant, nous ne sommes rien. Ou, en tout cas, il n'y a rien dans notre expérience réelle qui nous permettrait de croire que nous serions d'abord un sujet, un je, un moi, un esprit ou une conscience qui pourrait en un second temps ressentir ou non des affects. Sous quelle forme concrète vivrions-nous un tel « je » qui n'aurait aucune idée de soi et ne se ressentirait en aucune façon ? **Nous venons à la vie par les affects** qui nous étreignent, nous commençons d'exister à partir d'eux. Autant nous n'existons plus si nous n'avons plus aucun sentiment de nous-mêmes,

autant nous pouvons très bien vivre sans jamais nous voir dans un miroir, ni avoir une connaissance savante de nous-mêmes, ou même en ayant perdu tout souvenir de notre passé » (2).

En nous libérant du flux de nos pensées et de l'exercice de la conscience, dans une posture de passivité totale proche de la méditation, les réductions phénoménologiques qui décrivent simplement notre expérience vont révéler ce qui reste de nous, les sujets que nous sommes, le matériau inaliénable à partir de quoi nous existons.

Ce **sentiment d'exister est éminemment singulier et donc subjectif** car il est ce par quoi nous nous éprouvons nous-mêmes. Nous nous ressentons dans la singularité de notre subjectivité alors que la pensée nous situe le plus souvent dans le registre du commun. La subjectivité humaine, fondée sur ce sentiment d'exister, est, à la racine, « une épreuve de soi » nous dit le Pr J.-M. Longneaux, qui se décline sous la forme de tous les affects possibles.

Ce sentiment d'exister est toujours vrai, qu'il soit causé par une réalité ou par une confusion. La peur d'avoir cru voir passer une souris alors qu'il ne s'agissait que du vol d'une feuille emportée par le vent n'empêche pas que le sentiment de peur ait été réel. L'inexistence de la cause d'un sentiment n'implique pas que ce sentiment ne soit pas vrai.

Savoir qui nous sommes n'est possible que sur le fondement du ressenti de notre vie affective, de nos émotions vivantes et mouvantes⁴.

Ensuite, à partir de la racine de ce noyau affectif, nous pourrons nous déplacer dans le monde et y déployer nos pouvoirs.

Et **le monde est lui-même affectif** puisque nous le voyons à partir de sens chargés d'affects. Même dans le cas d'une personne anesthésiée dans une sorte de déni affectif, une personne qui arrive à vivre sans affects, il y a des affects qui lui font voir un monde qui le laisse de marbre. Donc, même en l'absence d'affects apparents, le monde continuera à parler à l'être affectif que nous sommes.

« Notre vie, entièrement affective, se déploie à travers chacun de nos actes, jusque dans nos rapports au monde et aux autres. Nietzsche l'affirmait déjà : les scientifiques qui ne jurent que par l'objectivité, et méprisent les émotions toujours trop subjectives à leurs yeux, sont en réalité des amoureux passionnés des vérités théoriques et abstraites. C'est encore un affect qui les transporte » (2).

LES FONCTIONS DE L'ART

Les lignes précédentes ont planté le décor dans lequel réfléchir aux fonctions de l'art. Un premier tableau a peint une culture occidentale essentiellement rationalisante et, de ce fait, totalitaire. Sous ses trois déclinaisons hégémoniques — scientifique, économique et juridique —, cette culture est objectivante et dépersonnalisante. Un second tableau a présenté les modalités phénoménologiques permettant la subjectivation par l'accès aux ressentis, aux sentiments et aux émotions de la vie affective.

Dans ce contexte culturel, avec Heidegger, le Pr J.-M. Longneaux dénonce **le risque que l'art soit également « arraisonné »**, terme renvoyant à une maîtrise par les déclinaisons juridique, scientifique ou économique de la raison. Le discours rationnel économique peut réduire l'art à sa valeur commerciale. L'art n'a alors d'intérêt que si les productions peuvent être vendues, si elles rapportent. Dans le champ du discours scientifique, l'art peut ne devenir intéressant que s'il produit un effet thérapeutique. On se situe alors dans une vision réductrice de l'art-thérapie. Dans ces deux champs, l'art n'est intéressant que s'il est productif et produit des effets.

Ainsi arraisonné, contrôlé par une culture qui veut tout exploiter, l'art est dépouillé de son essentiel pour n'être plus qu'un jeu social normatif qui peut même attirer des touristes et, à ce titre, devenir rentable et efficace. Pour l'École de Francfort, cet arraisonnement est une catastrophe pour l'art.

Mais, chez plusieurs de ces philosophes, l'art peut aussi constituer **un moyen de résister** à la culture dominante. Ce serait même le seul moyen à notre disposition, au XX^e siècle, pour essayer de rendre aux personnes, aux individus dépersonnalisés et anonymisés, une place de sujet en nourrissant leur vie subjective. Il s'agit alors, bien évidemment, d'une autre logique, qui abandonne les critères dominants de notre culture. Il s'agit de retrouver en quoi l'art est peut-être le premier langage, le plus facile pour exister comme sujet dans un monde qui n'en a que faire. Dans cette optique, l'art peut être considéré comme **un réflexe vital qui déjoue la raison**. Cette hypothèse trouve sa source dans l'art contemporain, dont la caractéristique est de démettre la raison, d'obliger à cesser de chercher du sens.

Ainsi, le regard porté sur une toile contemporaine sur laquelle « il n'y a que des taches » oblige, peut-être pour la première fois, à voir la couleur pour elle-même, alors que celle-ci s'effacerait derrière une scène figurative. De même, la musique atonale défait le sens et constitue une expérience qui n'est qu'esthétique

⁴ Le Pr Longneaux a fait référence à la racine étymologique latine du mot « émotion ». « Ex-movere » se traduit « se mouvoir en dehors » et rend bien compte de l'idée que la vie affective est mouvement.

pure, sans raison. L'art contemporain serait une tentative de sortir d'un monde totalitaire objectivant pour trouver un autre rapport au monde. L'art serait **le lieu qui permettrait de rendre sa place au sujet** dans une culture où la tendance générale est à la dépersonnalisation. L'art serait donc un espace de liberté profonde de la subjectivité.

L'art est **le langage le plus proche de la vie affective**, du noyau affectif à partir duquel nous éprouvons le monde, nous nous y déplaçons et y déployons nos expériences. L'art nous permet de donner forme à l'expérience, y compris à la souffrance, et d'en transformer le vécu. Il peut ainsi conduire le sujet au-delà du simple plaisir esthétique, vers une expérience affective plus intense où plaisir et souffrance peuvent paradoxalement se côtoyer.

Lors de son intervention, le Pr J.-M. Longneaux prend l'exemple de « l'Adagio assai »⁵ (7) de Ravel. Pour le conférencier, cette musique évoque la tristesse dans laquelle ce morceau l'emporte. Elle l'emmène à éprouver la tristesse sous la forme de la beauté. La musique ne supprime donc pas l'affect douloureux : elle lui donne une forme esthétique qui permet de l'approcher, de l'intensifier et de le vivre autrement. La souffrance peut ainsi être portée jusqu'aux limites de ce que l'auditeur peut éprouver, tandis que le plaisir esthétique vient paradoxalement se mêler à elle.

Le Boléro de Ravel offre un autre exemple de cette mobilisation des affects. Ce chef-d'œuvre musical a l'art de générer une mise en tension progressive d'un désir qui se creuse et se relance dans la répétition. L'insistance presque obsédante du même motif musical, progressivement amplifié par l'orchestration, conduit l'auditeur vers une tension croissante jusqu'à son dénouement final, susceptible d'être vécu sur le mode de l'exaltation, voire de l'extase.

Ces exemples témoignent de la **capacité de l'art** – ici musical – **d'élever notre vie affective**, de l'éveiller, de la nourrir pour qu'elle puisse jouir d'elle-même. Et comme cette expérience est éminemment subjective, elle **permet de se savoir sujet singulier**.

Le conférencier cite également Michel Henry (8) qui, dans son ouvrage sur Kandinsky, montre comment la peinture abstraite, à l'instar de la musique, nous permet de révéler nos émotions, notre être le plus profond.

« C'est d'ailleurs une des forces de l'art – y compris de l'art contemporain – de nous permettre de regarder en face ce qui nous répugne, et dont naturellement on se détournerait. (...) La **sublimation** accomplie par le beau consiste bien plutôt à donner à voir le tragique comme tel, à le révéler pour le donner à sentir et à vivre dans sa chair » (2).

« Nietzsche (9) le disait à sa façon lorsqu'il expliquait que l'art nous propose des mondes imaginaires qui donc n'existent pas, ou des **interprétations libres du monde** dans lequel nous vivons. Il n'a aucune prétention à révéler la vérité de quoi que ce soit. Mais c'est précisément en cela qu'il est plus vrai que la science, car lorsqu'on regarde une œuvre d'art, on sait que ce que nous voyons n'est qu'une interprétation de l'artiste, alors que la science, qui elle aussi, ne propose que des interprétations savantes du monde, se fait passer abusivement pour LA vérité, ce en quoi elle se trompe » (2).

Enfin, le Pr J.-M. Longneaux nous rappelle que Vladimir Jankélévitch (10), quant à lui, parle de « supplément d'âme » à propos de l'art.

ET L'ART-THÉRAPIE ?

Aux procédures déshumanisées et déshumanisantes dans lesquelles le soin est trop souvent enfermé, le Pr Longneaux oppose l'art-thérapie.

« Le détour par le beau, sous quelque forme que ce soit – qui ne se réduit bien évidemment pas à l'art abstrait – peut nous aider à nous souvenir qu'aussi bien les patients que les soignants sont avant tout des personnes. Mais surtout, ce que nous enseigne ce détour nécessaire, c'est que si l'on veut que le soin soit l'œuvre de personnes s'adressant à des personnes, il ne peut être réduit à de simples processus techniques, comptables et procéduriers. On l'a suffisamment expliqué, ces processus-là, aussi indispensables soient-ils, sont déshumanisants lorsqu'ils sont laissés à eux-mêmes. Pour que les soins restent humains, il faut y ajouter un langage spécifique qui s'adresse aussi à la personne comme telle. Ce langage est celui de nos affects, dont l'art est un révélateur privilégié » (2).

Si l'art-thérapie a pour fonction d'aider des personnes, si l'on veut parler en ces termes d'aide et de soins, il s'agit d'une **aide à devenir acteur de sa vie** et à se reconnecter à ses émotions pour retrouver le mouvement constitutif de la vie.

Dans le champ de la santé mentale, guider et conduire une personne grâce à la relation en donnant des codes et des matières permet d'éviter les stratégies mises en place dans notre culture pour éviter et refouler la confrontation à la souffrance. Selon certains, celle-ci n'aurait plus lieu d'être.

Mais surtout, l'art révèle au sujet l'étincelle de la création et donc sa vie propre, relançant sa pensée et structurant ses affects.

« L'art-thérapie met **l'individu en situation de créateur**. En peinture ou en écriture, il sera face à

5 « Adagio » signifie « lent » et assai « très ». Dans le présent cas de figure, il s'agit donc de « très lent ». Il existe nombre d'Adagio dont le plus connu est, à tort, attribué à Albinoni.

une page blanche. En musique ou au chant, face au silence. En sculpture ou en modelage, face à la matière informe. Si quelque chose se produit, c'est de lui et de lui seul que cela viendra. Cette mise en situation oblige donc le participant à réveiller en lui le pouvoir de faire, de produire, de créer, d'agir, de se mettre en mouvement, plutôt que d'être fait, produit, créé, agi, mis en mouvement par la maladie ou l'institution de soins qui impose ses contraintes inévitables. Ainsi l'art-thérapie se présente comme une voie royale pour sortir d'une certaine passivité aliénante – où l'on n'est plus qu'un objet de soins, objet des circonstances de la vie – et de se redécouvrir capable d'initiatives, « acteur » de ses créations. Certains puiseront là, dans cette énergie et dans cette confiance retrouvée, la force de redevenir aussi acteurs de leur vie » (2).

Cette invitation pressante à sortir des formatages normatifs amène le Pr J.-M. Longneaux à célébrer **les vertus thérapeutiques de l'imprévu**. À cet égard, il ne pense pas, comme Hannah Arendt (11) — et comme cela a été évoqué dans une question —, que, dans un océan d'incertitudes, il soit pertinent de toujours se raccrocher à des îlots de certitude. Pour avoir côtoyé des milieux de santé mentale, il retient que le propre de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique est, au contraire, d'attendre « le surgissement de l'événement ». Ce pourrait, par exemple, être un émerveillement ou une révélation lors d'une visite de musée.

Dans un univers de la santé où les procédures font de plus en plus loi, le Pr J.-M. Longneaux considère l'art-thérapie comme le « trublion » qui ouvre un espace de liberté et permet le surgissement de l'imprévu nécessaire à l'émergence de la personne en tant que sujet, acteur de sa propre vie.

L'accompagnement relationnel en art-thérapie permet de démultiplier les occasions offertes aux personnes accompagnées d'être secouées par le surgissement d'un **événement imprévisible**, tel que le qualifie l'École de Francfort.

Sur le plan thérapeutique, cette position ne permet pas de considérer que l'art révèle l'intimité. Ce serait autant illusoire que déplacé. L'intimité est, par excellence, ce qui reste invisible et que l'art n'arrivera jamais à trahir. L'histoire de l'art ne cesse de montrer qu'aucun artiste n'arrive jamais à exprimer parfaitement la beauté qui l'anime ou qu'il tente d'exprimer. Par principe, la création échappe à son créateur et ce d'autant plus que la vie intérieure est mouvante.

CONCLUSION

Le questionnement sur le risque totalitaire de notre culture occidentale dominée par la raison, le rapport de l'individu à son environnement culturel et la place singulière qu'occupe l'art comme espace de liberté et de résistance nous invitent à considérer avec prudence nos modalités thérapeutiques. Le recours incessant aux procédures, aux bilans normés et standardisés, ne peut-il être conceptualisé comme l'expression de cette raison juridique et comptable qui, de surcroît, s'appuie sur une raison scientifique ? Cette triple rationalité hégémonique, aux buts purement utilitaires, peut-elle suffire à organiser les soins de la souffrance humaine ? Le conférencier répond par la négative en soutenant que la culture et l'art eux-mêmes n'ont pas à se limiter à un objectif utilitaire ou thérapeutique : cela dénaturerait la relation consubstantielle à l'art-thérapie. Cette dernière remarque justifie d'ailleurs la participation d'artistes aux ateliers d'art-thérapie, pratique développée dans un certain nombre d'équipes en psychiatrie en vue d'ouvrir des possibilités de surgissement de l'inattendu (12).

En bon philosophe, le Pr J.-M. Longneaux conclut son exposé par un dialogue avec le public. Une question est posée pour savoir si nous sommes simplement « Libres d'obéir » (13) dans notre monde occidental aux relents totalitaires.

Le Pr J.-M. Longneaux convoque Boris Cyrulnik et l'un de ses derniers ouvrages, « Le laboureur et les mangeurs de vent » (14). Cet ouvrage, qu'il relie à certains écrits de Spinoza, souligne l'importance des enjeux affectifs de la prime enfance dans la construction identitaire de toute personne. On ne peut désobéir qu'à la condition d'avoir acquis une confiance en soi. Or, la confiance en soi se construit par une relation « qui m'a permis de penser que je pouvais avoir confiance en l'autre ». Au-delà de la critique des hypothèses spéculaires qui nous rappellent le stade du miroir (15), et s'appuyant en philosophie sur Lévinas pour comprendre l'apparition, chez l'être humain, de l'impression d'exister par lui-même, le Pr Longneaux rejoint les théories développementales de l'enfance (16). Il conclut que « la construction d'une personne libre et fidèle à elle-même réside dans le fait d'avoir été aimée par une personne qui lui a aussi proposé un langage adapté à son âge pour décrire le spectacle du monde et, de ce fait, lui offrir la possibilité de se construire comme un sujet irréductible ». Selon les auteurs du présent article, la relation thérapeutique et l'art-thérapie, dont l'aspect relationnel (17) est fondamental, sont appelées à aider à combler les failles de cette construction identitaire lorsqu'elles existent et induisent une souffrance.

DISCUSSION

À PROPOS DE LA JOUISSANCE, DES AFFECTS, DU PLAISIR ET DE LA RAISON

Les auteurs de l'article adhèrent aux propos du Pr J.-M. Longneaux. En leur qualité de cliniciens, ils ne peuvent qu'applaudir à la reconnaissance des notions d'affects et d'émotions. Elles rendent leur place aux sujets dans le cadre d'une culture dépersonnalisante, car trop souvent dominée par une raison aux forts relents totalitaires. Cette adhésion les a amenés à illustrer, dans des notes de bas de page, certaines affirmations du conférencier par des exemples tirés de leur expérience.

Les notions de plaisir et de jouissance, convoquées à propos de l'expérience artistique, gagnent à être distinguées. Dans la tradition philosophique, d'Épicure à Aristote, le plaisir ne se réduit pas à la recherche d'une satisfaction immédiate : sa valeur dépend de sa juste mesure et de son inscription dans une existence accomplie, autrement dit, d'avoir le sentiment agréable de « jouir de sa vie ».

La psychanalyse introduit une distinction supplémentaire. Chez Freud, le principe de plaisir tend à réguler l'excitation psychique en maintenant celle-ci dans certaines limites ; mais la compulsion de répétition le conduit à reconnaître l'existence de processus qui semblent se situer « au-delà du principe de plaisir » (18). Lacan prolongera cette réflexion en élaborant le concept de jouissance : loin de constituer simplement un plaisir plus intense, celle-ci désigne une forme paradoxale de satisfaction qui excède les limites imposées par le principe de plaisir et peut ainsi côtoyer le déplaisir, voire la souffrance (19).

Les travaux de René Roussillon permettent de prolonger cette réflexion en distinguant plus précisément plaisir et satisfaction. La pulsion ne rechercherait pas seulement le plaisir ou l'objet, mais le « plaisir avec l'objet » : la satisfaction implique ainsi la réponse de l'objet et la possibilité d'un plaisir partagé (20).

Cette perspective trouve un prolongement dans les travaux d'Albert Ciccone consacrés aux processus psychiques précoces et au soin. L'intersubjectivité, le partage affectif et la rythmicité y occupent une place essentielle dans les conditions permettant la croissance et la transformation psychique (21). Dans cette perspective, l'expérience artistique peut être envisagée non seulement comme mobilisation ou intensification de l'affect, mais comme possibilité de lui donner une forme, de le transformer et de le rendre psychiquement

appropriable et partageable.

Concernant la prépondérance des affects, il semble également important d'apporter quelques nuances supplémentaires. Le Pr J.-M. Longneaux lui-même a brièvement reconnu les avancées considérables permises par la triple rationalité qu'il dénonçait.

Plus fondamentalement, il nous semble légitime de nous interroger sur l'apparition d'un nouveau risque totalitaire, cette fois, irrationnel, de certaines évolutions sociétales identifiées sous le terme générique d'« émocratie »⁶. Sans entrer dans les détails, qui pourraient être explorés dans un autre colloque, nous formulons quelques questions.

Si les émotions et les affects sont de l'ordre de la singularité du sujet, celui-ci peut-il se priver de l'éclairage de la raison en matière d'entendement, de raisonnement, de réflexion et de discernement, soutenus, si besoin et dans certains cas, par le principe de collégialité ?

Les processus individuels ne peuvent-ils être entravés par des biais cognitifs et des émotions sources de souffrance ? À cet égard, la tendance excessive à la victimisation ne complique-t-elle pas le processus identificatoire d'une personne ainsi réduite à la passivité ? Ne vise-t-elle pas aussi parfois à prendre le pouvoir en jouant de l'empathie et de la confusion ?

Notre société offrant une large place à l'émotion-nel et au sensation-nel, le sujet ne peut-il être impacté par les réseaux sociaux et se retrouver noyé dans la masse des influence(ur)s et y perdre son identité ? À cet égard, ne pouvons-nous pas regretter la trop grande place donnée, jusque dans certaines législations, aux revendications et ressentis individuels prenant leur source dans le pulsionnel mal limité et nourrissant l'individualisme ambiant ?

Comment donner sa juste place à la singularité des sujets sans transiger sur les valeurs universelles parfois mises à mal par des revendications communautaristes ?

En réponse à ces questions, nous pourrions soutenir que la raison peut aider à encadrer les affects dans la recherche d'un juste milieu (22). Un mouvement dialectique tel que défini par Hegel⁷ (23) pourrait aider à trouver le point d'équilibre d'une **affectivité raisonnable**.

La gestion des affects dans un équilibre préconisé tant dans les philosophies occidentales qu'orientales (cf. la Voie du Milieu) est d'ailleurs l'objet fréquent de démarches thérapeutiques en psychiatrie.

6 Ce néologisme définit un mode de gouvernance où les décisions et les débats publics sont dictés par l'émotion populaire souvent relayée par les médias plutôt que par la raison, la rationalité ou un débat démocratique contradictoire.

7 La dialectique telle que conceptualisée par Hegel montre qu'une idée ou une situation simple rencontre sa contradiction, puis se transforme et progresse en dépassant ce conflit pour arriver à une réalité plus riche. La synthèse naît de la confrontation de la thèse et de l'antithèse.

Habermas, dont le Pr J.-M. Longneaux nous dit que, « d'une certaine façon », il s'inscrivait dans les travaux de l'École de Francfort, avait une position qui nous semble proche de notre proposition de réponse. S'il reconnaissait le caractère totalitaire de la raison instrumentale, Habermas avait également développé le concept de rationalité communicationnelle. Ce concept, fondé sur une intercompréhension, nous semble en lien avec celui d'intersubjectivité. Il dégagait les conditions permettant à la **rationalité communicationnelle** de résister aux processus de réification et de colonisation du monde vécu (24).

La réflexion développée à partir de la conférence du Pr J.-M. Longneaux conduit à interroger moins la rationalité elle-même que la place qu'elle occupe dans nos représentations contemporaines du soin. La science, l'économie et le droit sont indispensables à l'organisation des systèmes de santé ; ils deviennent cependant réducteurs lorsqu'ils prétendent rendre compte, à eux seuls, de l'expérience humaine de la souffrance et des soins psychiques.

À défaut de dialogue entre, d'une part, les scientifiques, économistes et juristes chargés de la politique des soins de santé et, d'autre part, les cliniciens, les budgets alloués à la santé mentale risquent de manquer leur cible.

À PROPOS DE CULTURE ET D'ART DANS LE SOIN

La culture n'a été abordée par le Pr J.-M. Longneaux que dans son introduction, pour la différencier, à juste titre, de l'art. Les auteurs tiennent à souligner combien elle permet non seulement de partager du commun, mais aussi de participer à la structuration des personnes et à l'organisation de la société. Son rôle dans le soin psychique nous paraît également fondamental. Elle permet aux individus de s'ancrer dans une histoire, d'identifier leur place dans le monde et d'en comprendre les règles et les codes en vigueur.

Dans son principe, un tel maillage est recherché dans une démarche thérapeutique. C'est ainsi, par exemple, que les mythes, les contes et les légendes offrent des possibilités d'identification, d'imitation et d'opposition permettant aux individus et aux groupes de dépasser leurs difficultés. Le champ des possibilités thérapeutiques offertes par la culture est infini et reconnu de longue date par la psychanalyse. Il est maintenant reconnu en psychiatrie comme facteur de réhabilitation psychosociale. L'anthropologie sociale et culturelle permet une ouverture, au-delà de « la culture », « aux cultures », dans un mouvement bienveillant. L'ethnopsychiatrie a un bel avenir devant elle.

Une œuvre artistique mobilise le corps et l'esprit, les affects et la raison, tant de son créateur que du public qui la reçoit. L'art permet de « *libérer la vie, là où elle est prisonnière* » (12). Le Pr J.-M. Longneaux a bien décrit cette mobilisation de l'énergie créatrice conduisant à un processus de libération notamment recherché dans le cadre des soins psychiques par l'art-thérapie. Cette **libération** peut intervenir tant au niveau du monde interne que du monde externe.

Chez chaque individu, l'art peut susciter une « révélation » par le surgissement de l'inattendu ou de l'imprévu, amorces possibles d'une rencontre différente avec soi-même et avec le monde. L'expression de ses propres affects par une médiation artistique permet à l'artiste de mieux se connaître lui-même et de modifier sa relation aux autres. La singularité d'un sujet, y compris sa souffrance ou son isolement, devient pour lui une inspiration permettant de partager, dans une œuvre, la modalité d'un vécu. À ce titre, l'art est à la fois source d'émancipation individuelle et porte d'intégration⁸ dans la société.

D'autre part, en art-thérapie, le patient est placé en position de créateur. Ses pulsions créatives passent au premier plan et lui permettent de ne pas être réduit à sa pathologie. Dans ce cadre thérapeutique, être capable de créer du beau — même si ce n'est pas le but recherché — est un signe de sublimation et donc d'évolution favorable du processus de soin. Sur un versant plus contemplatif ou intériorisé, pouvoir s'émerveiller devant le beau n'est-il pas un signe d'amélioration de l'état psychique ?

Sur le plan collectif, la société accepte que les artistes s'affranchissent des critères sociaux normatifs, ce qui, en fonction de leur sensibilité, peut les placer dans une position avant-gardiste par rapport aux évolutions sociétales. Les valeurs d'une époque ou d'une culture évoluent, y compris les critères définissant le beau. Cette évolution est souvent annoncée, voire provoquée, par des artistes.

Vibrer d'émotion face à l'œuvre créée par un artiste permet de conscientiser la société à des affects qu'elle évite, craint ou combat : la colère, la tristesse, l'angoisse, la culpabilité

Si l'art est rencontre avec soi-même, il est aussi rencontre du public avec l'œuvre, rencontre de l'artiste avec son public, rencontre interpersonnelle des spectateurs. Quand il s'agit d'art-thérapie, l'œuvre est aussi rencontre avec l'artiste compagnon, avec les soignants, avec les autres patients. Ces rencontres, grâce aux liens humains et thérapeutiques, sont de précieuses sources de soutien et d'étayage pour la mobilisation créatrice et vitale des patients.

8 L'intégration d'une personne nous semble d'autant plus facile que celle-ci bénéficie d'une identité assurée. Le processus d'émancipation d'un sujet **actif** la conforte.

L'art-thérapie trouve alors sa spécificité à l'articulation de trois dimensions : l'affectivité, la création et la relation thérapeutique. Elle ne vise pas seulement à produire un effet sur un patient, mais à créer les conditions dans lesquelles celui-ci peut éprouver sa capacité d'agir, donner forme à son expérience et se reconnaître comme sujet singulier dans un monde partagé.

Un soin pleinement humain ne peut se limiter à ce que l'on sait, mesure ou organise d'une personne, mais doit également préserver une place pour ce qu'elle éprouve, crée et devient.

Dans le cadre des soins psychiques, la médiation artistique peut aussi s'envisager dans des activités thérapeutiques comme la visite de musées — dont il fut question dans certains ateliers à Bourges —, mais encore dans des activités de groupe autour d'œuvres littéraires ou cinématographiques, ou de chansons de variétés. Ces arts peuvent également constituer des outils de libération et de mobilisation des affects.

Le roman de Günter Grass « Le tambour » (25), adapté à l'écran par Volker Schlöndorff sous le titre éponyme, en est un parfait exemple, alliant libération d'affects individuels et groupaux. L'écriture de ce roman par un écrivain engagé dans les jeunesse hitlériennes peut être considérée comme une œuvre rédemptrice face à son sentiment de culpabilité. Le retentissement du film, consacré par une Palme d'or à Cannes en 1979, a sans doute contribué à ce que le peuple allemand reconnaisse une responsabilité collective jusque-là souvent déniée.

Cet exemple montre que l'art permet non seulement de ne pas oublier, mais aussi de dépasser, à titre individuel et collectif, les blessures de l'histoire et de l'Histoire. Il témoigne de la rencontre d'un écrivain avec son histoire, de la rencontre d'un artiste avec son peuple et de la rencontre d'un peuple avec l'Histoire.

Écrire cet article fut aussi une agréable rencontre d'un quatuor d'auteurs, rencontre qu'ils espèrent porteuse de sens humaniste et clinique.

Ainsi, l'art permet au sujet le double mouvement sur lequel s'appuie l'art-thérapie. Il permet au sujet l'émergence de son intériorité authentique, le conduisant à la paix avec lui-même. Il lui révèle aussi que « *l'être est extériorité* » (6).

L'art donne un accès symbolique au « face-à-face », à l'Autre, offrant relation et transcendance. Ce « face-à-face » trouve sa source dans la relation inaugurale des débuts de la vie, quand « *un bébé se découvre exister dans le premier miroir des yeux de sa mère, dans leur contemplation émerveillée réciproque* » (26). Il se répète irréductiblement dans toute rencontre, toute conceptualisation. Tout concept se trouve aussitôt face à un nouvel interlocuteur, ce qui fait du « face-à-face » la racine du pluralisme (6).

Pour le sujet, l'art est révélateur.

Pour la société, il est une possibilité d'opposition au totalitarisme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Longneaux JM. Éditorial. Quelle place pour l'art-thérapie dans les institutions de soins ? *Ethica Clinica*. Septembre 2015;(79):2-3.
2. Longneaux JM. L'effet placebo. In: Fourny M, Bolly C, editors. *S'ouvrir à la beauté pour réinventer le soin ?* Neuchâteau: Weyrich; 2016.
3. Horkheimer M, Adorno TW. *La dialectique de la raison : fragments philosophiques*. Kaufholz E, Laizé J, traducteurs. Paris: Gallimard; 1974. 21-62.
4. Heidegger M. *Être et temps*. Vezin F, traducteur. Paris: Gallimard; 2010. 150-158.
5. Habermas J. *Théorie de l'agir communicationnel*. Tome 2, Pour une critique de la raison fonctionnaliste. Schlegel JL, traducteur. Paris: Fayard; 1987.
6. Lévinas E. *Totalité et infini*. Paris: Le Livre de Poche; 1990. 250-270.
7. Ravel M. Concerto en sol majeur pour piano et orchestre. II, Adagio assai <https://youtu.be/OosOYhizkHA>
8. Henry M. *Voir l'invisible : sur Kandinsky*. Paris: Presses Universitaires de France; 1998. 216-227.
9. Nietzsche F. *La généalogie de la morale*. Albert H, traducteur. Paris: Gallimard; 1967.
10. Jankélévitch V. *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*. Paris: Presses Universitaires de France; 1957.
11. Arendt H. *La condition de l'homme moderne*. Fradier G, traducteur. Paris: Pocket; 2015. 267.
12. Talbot P. *L'art, la thérapie et la Cité*. In: *Traversées, mémoires de maux, mots du mal*. Bourges: Centre hospitalier George Sand, ENSA Bourges; 2005. 20.
13. Chapoutot J, Girard P. *Libres d'obéir*. Bruxelles: Casterman; 2025.
14. Cyrulnik B. *Le laboureur et les mangeurs de vent : liberté intérieure et confortable servitude*. Paris: Odile Jacob; 2022.
15. Wallon H. *Les origines du caractère chez l'enfant*. 6e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1976.
16. Winnicott DW. *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Kalmanovitch J, traductrice. Paris: Payot; 1974. 10.
17. Vaillant C, Dessessarts J, Fauville B. *Les hôpitaux de jour de demain : état d'art humaniste de la psychiatrie*. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles*. 2023;(24):109-117.
18. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir*. Laplanche J, Pontalis JB, traducteurs. Paris: Payot & Rivages; 2010.
19. Lacan J. *Le Séminaire, livre VII : L'éthique de la psychanalyse, 1959-1960*. Miller JA, éditeur scientifique. Paris: Seuil; 1986.
20. Roussillon R. Satisfaction et plaisir partagé. *Rev Fr Psychanal*. 2010;74(1): 21-38. doi:10.3917/rfp.741.0021.
21. Ciccone A. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. 2e éd. Paris: Dunod; 2014.
22. Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Paris: Flammarion; 2026. 93-131.
23. Hegel GWF. *La phénoménologie de l'esprit*. Hyppolite J, traducteur. Paris: Aubier-Montaigne; 1975. 2 vol.
24. Habermas J. *Théorie de l'agir communicationnel*. Tome 1, Rationalité de l'agir et rationalisation de la société. Ferry JM, traducteur. Paris: Fayard; 1987.
25. Grass G. *Le tambour*. Amsler J, traducteur. Paris: Éditions du Seuil; 1961.
26. Leclercq JP. Du greffon à la colonne psychique (social et psychique). *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles*. 2008;(10): 19-26.

LES AUTEURS :

Corinne VAILLANT,
Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent - Ancienne cheffe de pôle Bourges PMPEA, CH G. Sand
Rue Jean de Berry 9, 18000 Bourges (France)
corinnevaillant.bourges@gmail.com

Jean-Paul LECLERCQ,
Psychologue clinicien
Rue Humont 30, 7901 Thieulain (Belgique)
jpleclercq@mail.com

LEROY Nathan,
Philosophe - Étudiant en psychologie (Faculté Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU.Leuven)
MwamiMutaradreef 15, 3140 Keerbergen (Belgique)
48nathan48@gmail.com

Prof. Jean-Marc TRIFFAUX
Psychiatre
Hôpital de Jour Universitaire « La Clé » - Université de Liège
Boulevard de la Constitution 153, 4020 Liège (Belgique)
jmtriffaux@uliege.be

POUR SOIGNER, SEMONS LA CULTURE

- Vanessa VEZ -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Lors de ce colloque, nous avons exploré la place essentielle de la culture au sein de notre hôpital de jour. Là où le soin s'accomplit dans un quotidien partagé, s'occuper de la souffrance psychique signifie également s'occuper du contexte social et culturel de l'institution et de ses membres. Les soins s'incarnent alors dans un terreau riche et varié, qui soutient le processus de rétablissement.

La culture, par l'ouverture au monde interne et externe qu'elle éveille, représente ainsi une médiation précieuse. Comme la maladie entraîne souvent un renfermement sur soi, la culture permet une ouverture. Les propositions culturelles favorisent les rencontres, les liens avec les autres et aussi avec soi.

Notre réflexion a été enrichie par les témoignages de patients et de soignants, recueillis sous forme d'un podcast diffusé lors de ce 52e colloque du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.

MOTS CLÉS : Culture et soin - Hôpital de jour psychiatrique - Médiation thérapeutique - Lien social

SOWING CULTURE TO HEAL

During this symposium, we shared the essential role of culture within our day hospital. In a setting where care unfolds through a shared daily life, attending to psychological suffering also means attending to the social and cultural context of the institution and its members. Care is therefore embedded in a rich and varied foundation that supports the recovery process.

Culture, by cultivating openness to inner and outer worlds, serves as a valuable mediating force. As mental illness often leads to withdrawal into oneself, culture enables an opening outward. Cultural initiatives promote encounters, connections with others and with oneself.

Our reflection was enriched by testimonials from patients and caregivers, collected in the form of a podcast that was broadcast during the symposium.

KEY WORDS : Culture and care - Psychiatric day hospital - Therapeutic mediation - Social connection

INTRODUCTION

Lors de cette conférence, nous avons partagé la manière dont la culture s'intrique dans le quotidien institutionnel de notre hôpital de jour et comment des événements culturels peuvent constituer un levier thérapeutique dans l'accompagnement de la souffrance psychique. Nous n'avons pas présenté un modèle théorique ou un programme formalisé, mais rendu compte d'une pratique vivante, inscrite dans une histoire institutionnelle et portée collectivement par l'équipe et les patientes.

PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL DE JOUR

L'Institut Maïeutique est une fondation créée en 1955, située au cœur de Lausanne. Cette structure comprend un hôpital de jour avec des hébergements thérapeutiques qui lui sont liés. La volonté d'être implanté dans la cité a toujours été centrale et demeure

une valeur fondamentale de notre pratique de soin. L'institution se veut à la fois un lieu protégé et ouvert sur l'extérieur.

Nous accueillons principalement des jeunes à partir de 16 ans. Bien qu'il n'existe pas de limite d'âge formelle, la majorité de nos patientes ont entre 18 et 25 ans. Il n'y a pas de critère diagnostique d'admission, et le groupe de patientes est hétérogène sur le plan psychopathologique. Les soins peuvent s'effectuer en hôpital de jour seul ou être articulés à un hébergement.

L'équipe est pluridisciplinaire et comprend des psychologues, des infirmières, des éducateur·rices, une sexologue, une musicothérapeute, une art-thérapeute, une pair-praticienne, deux médecins responsables, ainsi qu'une équipe de veilleurs et une équipe administrative et logistique.

Les soins s'organisent principalement autour des médiations thérapeutiques et du partage de la vie quotidienne et culturelle.

LES MÉDIATIONS AU CŒUR DU DISPOSITIF

Comme dans tout hôpital de jour, la médiation est au centre de notre dispositif, elle lui est même intrinsèque. Lorsque les patientes arrivent à l'hôpital de jour, leur première demande est souvent de reprendre un rythme et de retrouver, ou parfois de trouver, des contacts sociaux avec des pairs. Ce qu'ils souhaitent avant tout changer, c'est l'impact de leurs troubles psychiques sur leur fonctionnement quotidien.

L'organisation générale de l'hôpital de jour répond à cette demande concrète, tout en ouvrant un accès progressif au travail de symbolisation. Nos interventions cherchent un équilibre sensible entre des actions ancrées dans la réalité et une reprise sur le plan psychique. Le soin en hôpital de jour vise ainsi à favoriser la liaison psychique à partir d'une mobilisation dans la vie concrète et quotidienne, dans l'esprit de la psychothérapie institutionnelle [1].

Les groupes thérapeutiques à médiation constituent une part importante de notre « caisse à outils institutionnelle » : théâtre, écriture, psychodrame, photolangage, art-thérapie, musicothérapie, groupes corporels ou cognitifs, activités sportives comme l'aviron, la natation ou encore la marche. Ces groupes, proposés par l'équipe soignante, ont lieu chaque semaine et structurent les journées, généralement entre 10 h et 16 h, selon un programme personnalisé. Les médiations offrent une approche accessible pour les patients et soutiennent la rencontre, en matérialisant l'activité de symbolisation [2].

LE PARTAGE DU QUOTIDIEN

Au-delà des groupes thérapeutiques, le partage du quotidien occupe une place essentielle dans le soin : les repas, les pauses, les temps interstitiels, les événements ponctuels comme les anniversaires. Ces moments contribuent à faire de l'hôpital de jour un lieu de soin, mais aussi un lieu de vie, d'accueil et de rencontre. Ils participent de cette clinique du quotidien qui, en institution, engage des circulations discrètes, des appuis ordinaires et des formes de contenance souples [3].

La souffrance psychique s'accompagne souvent d'un isolement, et la demande de remise en mouvement et de rétablissement du lien social est centrale. Venir à l'hôpital de jour, c'est avoir une place parmi les autres, dans le groupe et dans l'institution, et progressivement s'ouvrir à nouveau au monde.

DEDANS ET DEHORS : PENSER LES MURS DE L'INSTITUTION

Il est important que l'équipe pense et prenne soin des aspects accueillants de l'institution afin qu'elle puisse constituer un lieu de sécurité et d'étayage psychique [4]. Prendre soin des patientes suppose de prendre soin du contexte général afin que les soins s'incarnent dans un tissu social et culturel riche.

Mais l'équipe se préoccupe également du dehors et de la liaison avec l'extérieur. Les murs contenant de l'institution doivent comporter des ouvertures. Cette articulation entre dedans et dehors s'inscrit dans l'histoire même de l'institution et dans sa culture.

LES ÉVÉNEMENTS CULTURELS

C'est à partir de cette perspective que nous avons abordé plus spécifiquement la question des événements culturels. Ces derniers sont à la fois des temps thérapeutiques et des temps interstitiels, sans se confondre totalement avec l'un ou l'autre. Nous les considérons comme des activités transversales, reliant différents espaces institutionnels et différents niveaux cliniques. Ils peuvent être compris comme des médiations au sens large, favorisant des processus psychiques de déplacement, de figuration et d'élaboration [5].

Ces événements sont souvent initiés par des membres de l'équipe, mais peuvent également l'être par des patients. Ils font partie intégrante du cadre institutionnel, avec des frontières parfois perméables avec d'autres espaces de soin. La place qu'ils occupent dans notre pratique est liée à l'histoire de l'institution et à son intégration, dès sa création, dans le tissu urbain.

Actuellement, les événements culturels prennent des formes variées : à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution, sur un mode passif ou actif, avec ou sans intervenant·e extérieur·e, concernant un petit groupe ou l'ensemble de l'institution, sur une base volontaire ou intégrée à une activité.

Parmi les exemples évoqués lors de la conférence : des visites d'expositions et de musées, des concerts, des sorties au théâtre, des conférences avec des écrivain·es, des cinéastes, des chercheur·ses ou des scientifiques. Chaque lundi matin, les activités culturelles du week-end à venir sont annoncées.

Dans ce sens, nous avons également porté une attention particulière à la place de la littérature dans notre institution. Au fil du temps, nous avons mis en place un club de lecture, une bibliothèque de prêt, une boîte à livres, une semaine biannuelle de la lecture, des visites de bibliothèques, des capsules littéraires hebdomadaires. Ces initiatives, d'abord portées par

des membres de l'équipe, ont progressivement été reprises par des patientes, et un comité littéraire a été créé afin de coordonner ces différents projets.

Du point de vue institutionnel, la promotion de la culture fait partie de notre ADN. Il n'existe pas de consigne formalisée, de procédure ou d'objectifs chiffrés concernant les apports culturels. Il ne s'agit pas d'une stratégie de communication ni d'un faire-valoir institutionnel, mais d'un état d'esprit partagé. Chaque membre de l'équipe peut se sentir légitime pour proposer un projet culturel transverse. Collectivement, nous portons la responsabilité d'infuser de la culture dans notre terreau institutionnel. Pour cela, il est nécessaire que l'institution facilite l'accessibilité, en offrant du temps, des moyens pratiques et financiers.

Du côté des soignants, ces pratiques reposent sur la conviction que l'on exerce pleinement son métier lorsqu'on accompagne un groupe de patientes dans une activité culturelle, en s'appuyant à la fois sur ses compétences professionnelles et sur ses intérêts personnels. Une vigilance reste toutefois nécessaire afin que la culture soutienne le soin sans devenir un évitement de la souffrance psychique [6].

Pour les patientes, la culture est associée à la vie et aux ressources. Elle permet un réinvestissement du désir, du plaisir et de la motivation, dans un contexte où la maladie psychique, et parfois les soins, peuvent rendre passifs. Lorsque le monde interne est vécu comme trop menaçant, l'ouverture sur l'extérieur peut constituer un détour nécessaire avant une ouverture à soi.

LE PODCAST

Dans le cadre de la préparation de cette conférence, un travail de réflexion a été mené avec les patientes autour des effets de la culture dans leur parcours de soin. De cette élaboration collective est née la réalisation d'un podcast, médiation initialement mise en place durant la période du Covid afin de maintenir le lien entre les personnes accompagnées et de continuer à « faire groupe » malgré les contraintes sanitaires.

La création de ce podcast s'est inscrite dans un processus pleinement collectif, depuis le brainstorming initial jusqu'à l'enregistrement, au montage, puis à l'écoute partagée. Chaque étape du projet a été l'occasion d'échanges, de discussions et de décisions communes, soutenues par l'implication de chacun·e. Le podcast a ensuite été diffusé lors de la conférence, accompagné d'un diaporama conçu par le groupe pour en soutenir l'écoute.

Ce podcast donne la parole aux patients, aux soignants, mais aussi à des personnes rencontrées dans l'espace public, offrant ainsi une pluralité de regards

sur la place de la culture dans les soins psychiatriques. Ces témoignages mettent en évidence la pertinence des propositions culturelles dans les parcours de soin. Les troubles psychiques s'accompagnent en effet fréquemment d'un isolement social ; être encouragé à sortir, à participer à des activités culturelles en groupe et à découvrir d'autres horizons apparaît alors comme un soutien précieux dans le processus thérapeutique.

Ces propositions ont également un effet déstigmatisant, tant sur le regard que les patients portent sur eux-mêmes que sur celui de l'extérieur à l'égard de l'hôpital de jour. La culture devient ici un levier pour sortir des représentations d'enfermement souvent associées à la psychiatrie et pour « dédiaboliser » l'image de l'hôpital de jour, loin des clichés de lieux clos et de patientes réduits à leur pathologie.

Les soignants soulignent leur mission de soin à travers l'organisation de ces événements : ouvrir des portes, créer des ponts avec l'extérieur, insuffler un élan de vie et une curiosité pour la découverte, tout en enrichissant le bagage culturel et relationnel des personnes. Les patientes, quant à elles, témoignent du plaisir de découvrir de nouveaux univers, de « se prendre au jeu » et de vivre ces expériences comme des moments ludiques, différents du soin traditionnel. Ces temps partagés rompent la routine, améliorent l'humeur du moment et prennent tout leur sens lorsqu'ils sont vécus collectivement, dans un cadre pensé et soutenu par le groupe.

Un message central se dégage de ces échanges : la fonction structurante du groupe. Les sorties et activités culturelles ne s'inscrivent pas dans une démarche individuelle ; la dynamique groupale qu'elles mobilisent constitue un appui pour traverser et élaborer certaines difficultés liées à la souffrance psychique. Si la pathologie psychiatrique tend au retrait, l'incitation, sans injonction, à s'engager dans ces propositions, éprouvante parfois dans l'immédiat, est reconnue, dans l'après-coup, comme soutenance pour le processus de soin.

Enfin, le podcast est ponctué de musiques et de jingles qui condensent l'esprit du projet, tels que : « Prenez soin de la culture pour votre futur ! » ou « Pour être plus rusé, va au musée ! »

Cette production sonore a permis de mettre en avant la place essentielle de la culture dans les parcours de soin en psychiatrie et son rôle pour créer du lien, donner du sens et faire évoluer les regards aussi bien pour les patientes que pour la société.

CONCLUSION

À travers un partage d'expériences, cette conférence a montré comment les événements culturels peuvent constituer de véritables leviers thérapeutiques lorsqu'ils sont pensés, construits et portés par l'institution dans son ensemble. Loin d'être des actions périphériques, ils participent pleinement au soin en soutenant la vie psychique, en favorisant le lien social et en réaffirmant la place du sujet dans la cité.

En ouvrant des espaces d'expression, de rencontre et de reconnaissance, ces dispositifs culturels contribuent à modifier les représentations de la psychiatrie et des personnes qui y sont accompagnées, tant au sein de l'institution que dans la société.

Nous avons conclu notre présentation par la parole d'un jeune patient : « Les événements culturels sont des actes médicaux. On n'est pas des cas désespérés, on est des égarés ; il faut nous guider, et nous guider avec des actes culturels. » Cette phrase résume avec force l'enjeu central de ces démarches : reconnaître chaque patient comme un sujet à part entière, porteur d'une histoire, d'une sensibilité et d'une place dans le monde, au-delà du diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

1. Delion P. *Fonction phorique, holding et institution*. Toulouse: Érès; 2018.
2. Brun A. *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse: Érès; 2011.
3. Fustier P. *Les corridors du quotidien: clinique du quotidien et éducation spécialisée en institution*. Paris: Dunod; 2019.
4. Winnicott DW. *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard; 1971.
5. Chouvier B. *Les processus psychiques de la médiation*. Paris: Dunod; 2012.
6. Sassolas M. *La psychose à rebrousse-poil*. Paris: Érès; 2009.

L'AUTRICE :

Vanessa VEZ

Fondation Institut Maïeutique
Rue Sainte-Beuve 4, 1005 Lausanne (Suisse)
vanessa.vez@maieutique.ch

LA CULTURE COMME VOIE D'ACCÈS À L'INTERSUBJECTIVITÉ

Être ensemble tout en étant différents

- Bernard GOLSE -

INTRODUCTION

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour moi d'avoir été invité à participer à ce colloque consacré à un thème si beau et si important.

Mes remerciements vont donc aux organisateurs, et en particulier au Dr Aminata TEMBELY et au Dr Corinne VAILLANT, qui m'ont les premières parlé de ce 52^e colloque du GHJPSY lorsque je suis venu à Bourges l'an dernier.

La culture n'est pas un simple passe-temps ni un simple divertissement, c'est un moyen essentiel, central, de différenciation, notamment pour les patients en grande souffrance psychique. Il a d'ailleurs été rappelé au cours des échanges que, pour André Malraux, l'art vaut comme un anti-destin.

Après cette belle première intervention, la mienne s'inscrira dans un point de vue peut-être plus développemental sur la place de la culture dans le champ du soin psychique. J'essaierai de montrer comment la culture partagée et la co-création peuvent avoir un impact positif sur les processus d'accès à l'intersubjectivité et donc à la subjectivation.

A propos des bébés, j'ai souvent eu l'occasion de parler de la culture en soulignant le fait qu'entre autres choses, elle permettait une découverte progressive et douce de l'autre comme un autre-que-soi et donc aussi une prévention de l'intolérance et de la violence.

C'est pourquoi il est si important d'introduire la culture aussi précocement que possible dans la vie des bébés.

Mais les réflexions sur les bébés et la culture peuvent également nous être utiles, me semble-t-il, pour penser le rôle de la culture dans le soin psychique en général. C'est pourquoi je m'exprimerai ici en tant que fondateur de l'ICE¹ et en tant que Président de l'AEPEA² et de la CIPPA³.

Ces trois structures partagent en effet la même perspective d'un soin humain et humaniste, qui est hélas si malmenée actuellement ...

Tout ceci tourne, on le sent bien, autour de la question des liens qui me mobilise depuis longtemps à propos du développement précoce (instauration des liens), à propos des troubles du spectre autistique (échec total ou partiel de cette instauration des liens) et à propos enfin de l'adoption (liens de l'enfant avec des adultes qui ne l'ont pas engendré).

TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE, PSYCHOSES AUTISTIQUES ET NON AUTISTIQUES

Dans la mesure où je souhaite parler de la culture en tant qu'aide à la différenciation et à l'accès à l'intersubjectivité, je voudrais dire tout d'abord un mot des troubles du spectre autistique, concept qui rend actuellement les choses extrêmement confuses.

L'Institut Contemporain de l'Enfance organise depuis maintenant plus d'un an un séminaire très suivi sur le thème de l'histoire, des destins et de l'avenir du concept de psychose infantile qui nous manque tant aujourd'hui.

Nous proposons de distinguer les psychoses autistiques et les psychoses non autistiques, le terme de psychose renvoyant dans les deux cas à une altération du rapport à la réalité d'un point de vue phénoménologique.

Il y a un échec de l'accès à l'intersubjectivité dans les psychoses autistiques, et seulement une fragilité de cet accès dans les psychoses non autistiques.

En référence aux apports de D. Meltzer (1980), on peut dire que les psychoses autistiques fonctionnent dans la bidimensionnalité psychique (avec accrochage à la surface de l'objet) alors que les psychoses non autistiques fonctionnent plutôt dans la tridimensionnalité psychique (avec une perception du dedans de soi et de l'autre).

De ce fait, les identifications adhésives sont prévalentes dans les psychoses autistiques alors que ce sont les identifications projectives qui dominent dans les psychoses non autistiques.

1 Institut Contemporain de l'Enfance

2 Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent

3 Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes autistes (CIPPA)

Les angoisses sont également différentes dans ces deux cadres comme l'a souligné G. Haag (1985) avec surtout la peur d'être lâché dans les psychoses autistiques et surtout celle d'être pénétré dans les psychoses non autistiques.

Le rapport au langage et la question de la subjectivation ne se posent pas de la même manière dans ces deux cadres.

Cela étant, dans les deux cas, on est en présence d'un trouble plus ou moins profond de l'accès à l'intersubjectivité et c'est pourquoi la culture s'avère ainsi un possible levier thérapeutique extrêmement intéressant.

DE L'ÊTRE À L'EXISTENCE

Il s'agit là d'une distinction qui m'aide beaucoup actuellement et qui permet, me semble-t-il, de mieux comprendre l'importance de l'accès à la culture.

À la fin de sa vie, entre 1967 et 1971, D.W. Winnicott (1988, 1990) a proposé un autre concept, le « sense of being ».

Il s'agit d'un concept très important qui a été repris et travaillé ensuite en France par A. Green (2010).

En français, nous avons la chance de pouvoir traduire les termes « sense of being » de deux manières différentes qui sont incluses dans le concept de D.W. Winnicott : on peut dire soit « sentiment d'être » (du verbe anglais « to be »), soit « sentiment d'exister » (du verbe anglais « to exist »).

Or, les termes d'être et d'exister ne sont pas du tout synonymes car dans exister, il y a le préfixe « ex » qui renvoie à l'extérieur, à l'environnement, à l'entourage, à l'autre, tandis que dans « être », il n'y a pas cette référence à l'objet externe (B. Golse, 2020).

Pour se sentir être, il n'y a besoin de personne et tout organisme vivant peut sans doute avoir un sentiment d'être.

Ce sentiment d'être du fœtus est plus que plausible en tant que ressenti de sa sensorialité, éprouvé de ses sensations, simple vécu d'être vivant sans réflexivité aucune.

Il est même quasi certain quand on observe à l'échographie les activités du fœtus qui colle son dos à la paroi utérine, qui s'en détache, qui attrape le cordon placentaire, s'en saisit, le lâche, le reprend ou qui « joue » avec un petit hématome qui s'est formé par exemple à la suite d'une amniocentèse ...

Il est donc tout à fait possible de penser que le fœtus puisse d'ores et déjà se sentir être, comme tout organisme vivant peut-être.

En revanche, pour se sentir exister il faut avoir découvert et rencontré l'autre, ce qui n'est pas le cas du fœtus encore inclus dans le corps de sa mère.

Il ne peut donc pas se représenter l'objet alors que pour accéder au sentiment d'exister, il faut précisément avoir découvert l'autre, passer par l'autre, repérer que l'autre est un autre, rencontrer le regard et la pensée de l'autre (D.W. Winnicott, 1971).

Notre narcissisme, sentir qu'on existe, aimer, exister, passe par la rencontre avec le regard, la pensée, le travail psychique d'autrui.

Cela étant dit, il importe que le passage du sentiment d'être au sentiment d'exister se fasse sans traumatisme, sans intrusion, sans violence, sans discontinuité développementale.

Autrement dit, pour « être » on n'a besoin que de soi, pour « exister » on a besoin de l'autre, et l'on sait que c'est ce processus qui est en souffrance chez certains enfants autistes.

QUELQUES RAPPELS PRÉALABLES SUR L'ACCÈS À L'INTERSUBJECTIVITÉ

L'instauration de l'écart intersubjectif et la mise en place des liens préverbaux sont des préalables nécessaires au fait de pouvoir penser à l'autre, de pouvoir lui parler et de pouvoir partager avec lui des intérêts communs – ce qui est presque de l'ordre d'une évidence - mais à l'inverse, l'accès au langage et à la culture sont aussi des moyens d'ancrer et de stabiliser cette intersubjectivité.

LA NOTION D'ÉCART INTERSUBJECTIF

Il importe tout d'abord, dans le cadre du double mouvement de différenciation inter et intrasubjective qui permet la croissance et la maturation psychiques de l'enfant ainsi que son accès progressif à l'intersubjectivité, de bien distinguer la mise en place des enveloppes, des liens primitifs et des relations proprement dites.

Quoi qu'il en soit, c'est l'instauration d'un écart intersubjectif qui confèrera peu à peu à l'enfant, le ressenti d'être un individu à part entière, non inclus dans l'autre, non fusionné à lui, préalable évidemment indispensable à la possibilité de pouvoir penser à l'autre et de pouvoir s'adresser à lui, préalable qui fait si gravement défaut, on le sait, aux enfants autistes ou symbiotiques.

L'ÉTABLISSEMENT DES LIENS PRÉVERBAUX

En même temps que se creuse l'écart intersubjectif, l'enfant et les adultes qui en prennent soin se

doivent, absolument, de tisser des liens préverbaux qui permettent à l'enfant de rester en lien avec le (ou les) objet(s) dont il se différencie, à savoir les liens de l'attachement (J. Bowlby, 1978, 1984), l'accordage affectif (D.N. Stern, 1989), les processus d'imitation immédiate, les mécanismes de l'empathie en lien avec le fonctionnement des neurones-miroirs (G. Rizzolatti et C. Sinigaglia, 2008), le dialogue tonique (H. Wallon, 1945) ou tonico-émotionnel (J. de Ajuriaguerra, 1970), les identifications projectives normales (W.R. Bion, 1962, 1963, 1965) ...

LA PARABOLE DE L'ARAIGNÉE

Quand l'araignée souhaite quitter le plafond pour descendre par terre, elle ne se jette pas du plafond, elle tisse des liens grâce auxquels, tout doucement, elle descend du plafond vers le sol.

De la sorte, une fois parvenue à terre, elle est certes séparée du plafond qu'elle vient de quitter mais elle reste reliée à celui-ci tant et si bien que, si elle souhaite remonter jusqu'à lui, elle pourra le faire en utilisant les fils qu'elle vient elle-même de sécréter.

Tous les liens préverbaux évoqués ci-dessus fonctionnent à l'image des fils de l'araignée, en permettant à l'enfant de se différencier sans se perdre, c'est-à-dire de se distancier de l'autre tout en demeurant en relation avec lui, c'est-à-dire encore de se détacher sans s'arracher (comme disent, plus tard, les adolescents !).

C'est, en fait, à cette condition expresse que l'infans pourra s'avancer vers la parole en reconnaissant l'existence de l'autre et la sienne comme séparées mais comme non radicalement clivées et une fois advenu, le langage verbal tout à la fois vient marquer l'écart intersubjectif (on en peut parler à l'autre que si nous l'éprouvons tout d'abord comme un autre) et le masquer (en passant en pont par-dessus celui-ci).

Certains enfants autistes échouent à creuser l'écart intersubjectif et, pour eux, l'objet demeure, en quelque sorte, une question sans objet (autisme typique), tandis que d'autres, ou les mêmes après un certain temps d'évolution, sont capables de prendre en compte cet écart intersubjectif, mais ne tissent aucun lien préverbal, ce qui les confine dans une grande solitude, de l'autre côté de la rive de l'écart intersubjectif, en quelque sorte.

La mise en jeu de ces liens préverbaux ne s'éteindra pas avec l'avènement du langage verbal qu'ils doubleront, telle une ombre portée, tout au long de la vie.

On sait bien en effet que durant la vie on ne communique pas qu'avec des mots mais avec tout le corps, et dès lors, la communication préverbale

n'est pas un précurseur, au sens linéaire du terme, de la communication verbale, mais bien plutôt une condition préalable de celle-ci.

LES RACINES DU LANGAGE VERBAL AU REGARD DE L'INTERSUBJECTIVITÉ

D'un point de vue psychodynamique, il n'y a pas de progrès qui puisse être créatif sans être aussi défensif à l'égard de l'éloignement, ou de la perte de l'objet primaire, et tel est le cas, par exemple, de l'accordage affectif, de la marche et, pour ce qui nous concerne, ici, du langage voire de la culture en général.

Le langage constitue un système incroyablement puissant et économique pour peu que l'on accepte son apparente dimension réductrice (du fait du défilé obligé par le signifiant), bien que ceci puisse sembler quelque peu paradoxal.

C'est pourquoi il n'y a pas d'accès au langage sans une certaine forme de violence, ne serait-ce que parce que la pensée est surtout synchronique, alors que le langage verbal est, quant à lui, principalement diachronique.

Ce passage d'une pensée synchronique à un discours diachronique, passage qui a valeur de transformation, fonde la problématique de la transitionnalité.

LA NOTION DE TRANSITIONNALITÉ

Ce concept est dû aux travaux de D.W. Winnicott.

LES OBJETS ET PHÉNOMÈNES TRANSITIONNELS

On distingue habituellement les objets transitionnels (ours en peluche et doudou) et les phénomènes transitionnels (langage et culture) comme tiers reliaisons.

La culture fait partie des phénomènes transitionnels au sens winnicottien du terme et dans un article de 2020 dans la revue « Spirale » (B. Golse, 2020), je faisais l'hypothèse qu'elle valait au fond comme une sorte « d'ours en peluche » collectif.

Pour accéder à l'intersubjectivité et se différencier de l'autre sans arrachement ni traumatisme, nous avons vu l'importance de la mise en place de liens primitifs au sein même de l'écart intersubjectif en cours de creusement.

Cet écart et ces liens définissent, délimitent et composent ensemble l'espace transitionnel tel que l'a défini D.W. Winnicott (1969) et qui est appelé à être progressivement occupé par des objets et des phénomènes transitionnels.

Cette distinction rejoint la question de la différenciation, qui doit pouvoir se faire de manière non-traumatique

et D.W. Winnicott a ainsi beaucoup travaillé la fonction développementale de l'ours en peluche⁴ et des objets transitionnels en général.

Se distancier sans se perdre, se différencier sans se lâcher, se détacher sans s'arracher, telle est la fonction de l'ours en peluche, objet qui est choisi par l'enfant selon certaines caractéristiques de surface du corps de la mère (telle que la douceur et la capacité de se laisser manipuler sans risque d'être détruit), « first-not-me-possession », selon le terme de DW. Winnicott, qui matérialise en quelque sorte un espace commun (n'appartenant ni à la mère, ni à l'enfant mais conjointement aux deux) et qui fait pont entre l'enfant et l'adulte.

- ♦ De ce point de vue, la culture fonctionne donc bien comme un objet transitionnel social, un ours en peluche collectif en quelque sorte, qui assure des liens dans le groupe et dans le socius en reliant entre eux les membres du groupe autour d'un vécu partagé qui respecte toutefois certaines différences interindividuelles sur le plan affectif et émotionnel.
- ♦ Sur le plan cognitif, la culture est par ailleurs un « objet d'attention conjointe » au sens de J.S. Bruner (1983, 1987) qui favorise la découverte par l'enfant du fait que l'autre fonctionne comme lui en termes d'états mentaux et ceci ouvre tout naturellement sur la question de la réflexivité (P. Fonagy, 1999) et sur l'émergence de la théorie de l'esprit (U. Frith, 1992).

Les enjeux de la culture sont donc immenses : ressentir et respecter la vie psychique d'autrui, partager des émotions, s'apercevoir que soi et l'autre pouvons vivre des choses différentes, comparer des idées, se sentir ensemble et distincts en même temps, vivre la pensée à la fois comme un plaisir et comme un jeu.

La culture vaut ainsi très tôt comme un *tiers reliant* (et non pas comme un *tiers séparateur*) entre l'enfant et les adultes et à ce titre, elle peut être rangée dans le registre des triangulations précœdipiennes, le père précœdipien n'étant pas séparateur de la mère et de l'enfant mais contextualisateur ou nourricier de la dyade qui peut ainsi se différencier en sa présence.

Quoi qu'il en soit, se différencier de l'autre en présence de l'autre est un processus délicat et émouvant auquel la culture peut contribuer efficacement pour aider l'enfant à passer graduellement du sentiment d'être au sentiment d'exister (B. Golse, 2020) via un vécu que les auteurs anglo-saxons appellent la « *wenness* » (« sentiment de nous ») (B. Golse, 2018) en tant que schéma précoce d'être-ensemble permettant à l'enfant

de ne plus se vivre comme seulement un, mais pas encore comme tout à fait deux.

LA CULTURE EN PARTAGE, CRÉER ENSEMBLE

DES MOMENTS DE MUTUALITÉ DIFFÉRENCIATRICE

Qui dit « mutualité » ne dit pas exactement « réciprocité ».

La réciprocité suppose une symétrie qui n'est pas toujours de mise dans la mutualité qui est un très beau terme pour parler des interactions précoces entre le bébé et ceux qui en prennent soin (ses « *caregivers* »).

Partager du plaisir, partager des émotions (même si celles-ci ne sont pas encore aussi différenciées chez le bébé que chez l'adulte) permet à l'enfant de s'apercevoir qu'il ne se passe pas nécessairement la même chose dans sa tête et dans celle de l'autre, mais que ceci n'empêche en rien d'être ensemble affectivement parlant.

UN EXEMPLE DE CULTURE PARTAGÉE : LIRE AVEC LES BÉBÉS

Il y a là un paradigme utile pour penser la culture partagée dans le cadre du soin psychique.

La lecture avec les très jeunes enfants comporte des enjeux considérables impliquant l'accès au langage et au récit, mais plus globalement l'accès à la culture.

La narrativité engage, en effet, la notion « d'identité narrative » (P. Ricœur, 1990) et ses éventuels empêchements.

Il y a, en effet, tout un chemin développemental qui va des histoires qu'on raconte aux histoires qu'on se raconte à soi-même, chemin maturatif que le bébé doit parcourir avec l'aide de l'adulte compte tenu de la place de l'autre face à la néoténie humaine (immaturité physiologique, physique et psychique, spécifique du bébé humain en comparaison avec les bébés appartenant aux autres espèces mammifères).

Lire ensemble est une manière de raconter, de se raconter et de raconter à l'autre, dans le plaisir d'une co-construction narrative (B. Golse, 2018).

Lire avec les bébés offre, en effet, une occasion merveilleuse de mettre en œuvre un espace interactif fonctionnant comme un espace de récit à double sens (chacun parle de lui à l'autre) et comme un espace au sein duquel le bébé peut aussi déployer des figurations

⁴ On remarquera de manière amusée que cette problématique de l'ours en peluche se trouve en quelque sorte inscrite dans le nom même de D.W. Winnicott puisqu'en anglais, Winnie signifie l'oursin et cot, le berceau ! D.W. Winnicott aura ainsi passé toute sa vie à explorer son propre patronyme ...

corporelles présymboliques qui formeront le socle de ses processus ultérieurs de symbolisation.

C'est donc bien une aide à l'accès à l'intersubjectivité et à la subjectivation.

Le livre apparaît très tôt, pour ne pas dire d'emblée, comme un objet d'attention conjointe et de plaisir partagé.

Lire avec les bébés n'est donc pas seulement une aide à l'avènement du langage, c'est également une aide à la construction de la personne.

CRÉER ENSEMBLE

Diverses expériences me semblent importantes dans l'optique de mon propos.

Je pense d'abord à tout ce que nous dit G. Schneider quant à la musicothérapie, terme qu'elle réfute car selon elle, c'est la relation qui s'instaure entre le musicien et le patient qui peut être thérapeutique et non pas la musique en tant que telle.

Je pense ensuite à l'art-thérapie dans son ensemble et à sa place si importante dans le champ du soin psychique.

Je pense enfin à tout ce que les clowns peuvent apporter au sein d'un hôpital de jour ou d'un centre de soins, comme nous en faisons actuellement l'expérience dans le cadre du CEREP que je préside.

Si le travail des clowns est bien connu en pédiatrie comme outil de diversion par rapport à la douleur et aux angoisses de mort, en milieu pédopsychiatrique, leur rôle peut être très important également comme occasion de rencontre émotionnelle, d'ajustement de la distance relationnelle et de communication préverbale.

Par ailleurs, l'acte créateur a été fort bien décrit par D. Anzieu (1981), dans son livre *Le corps de l'œuvre*.

Il s'agit au fond d'une plongée régressive et dépressive de l'artiste à la recherche de l'archaïque au fond de lui-même, archaïque qui s'était constitué en lui lorsque, précisément, il était encore un bébé.

D. Anzieu distingue cinq étapes à ce mouvement dont la première vaut comme un saisissement, une crise interne avec sa dimension régressive.

Créer ensemble, c'est donc vivre collectivement ce processus régressif de retrouvailles avec les parties les plus archaïques et infantiles du patient comme du soignant.

J'ajoute enfin qu'à l'hôpital de jour du Boulevard Brune (dans le 14^e arrondissement de Paris) qui avait été créé par le Pr Michel Soulé pour y accueillir de jeunes enfants autistes et dont j'ai eu la responsabilité médicale de 1983 à 1993, j'ai pu observer que les soignants dont le langage touchait le plus les enfants étaient souvent ceux qui, dans leur vie extra-professionnelle, avaient des activités artistiques (musique, peinture, arts plastiques, activités cinématographiques ...).

Il me semble en effet que leur langage était particulièrement incarné, « embodied » comme disent les auteurs anglo-saxons, ce qui illustre bien la dialectique très précieuse qui existe entre la créativité artistique et la créativité thérapeutique.

CONCLUSION

Le soin culturel n'est ni un luxe, ni une utopie.

Il fait partie intégrante de la psychothérapie institutionnelle car c'est une occasion rêvée de faire fonctionner la constellation transféro-contre-transférentielle chère à P. Delion (2022).

L'intolérance et l'inculture allant toujours de pair, l'accès du bébé aux activités culturelles et aux espaces culturels le plus tôt possible apparaît alors comme une « œuvre de civilisation » pour reprendre ici, dans un autre contexte, les mots de Bernard Martino (2014) qui ne sont pas anodins dans le climat socio-politique qui est actuellement le nôtre ...

Au-delà de tout ce qui vient d'être évoqué il faut rappeler que la culture des bébés n'est en rien superposable à celle des adultes.

Alexandre Jardin (2004) a ainsi pu dire : *L'enfance n'est pas seulement une saison de la vie, c'est une culture à part entière* (in : « Les colorés »).

C'est pourquoi la clinique avec les tout-petits, qu'ils soient d'ici ou d'ailleurs, se doit toujours d'être transculturelle comme nous ne cessons de le répéter avec Pr Marie Rose Moro (B. Golse et M.R. Moro, 2014).

Cela étant, pour en revenir au rôle de la culture dans le soin psychique, l'accès des patients à la culture les ouvre en outre à la question du « conflit esthétique » (D. Meltzer, 1988 ; D. Meltzer et M.H. Williams, 2000) qui sous-tend l'émergence du sentiment de la beauté, et ceci n'est pas rien...

BERNARD GOLSE

Pédopsychiatre-Psychanalyste (Membre de l'Association Psychanalytique de France) / Ancien Chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) / Professeur émérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris-Cité / Fondateur de l'Institut Contemporain de

l'Enfance / Président de l'Association Pikler Lóczy-France (APLF) / Président de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA) / Président de la Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes autistes (CIPPA)

BIBLIOGRAPHIE

1. Ajuriaguerra J de. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson; 1970.
2. Anzieu D. *Le corps de l'œuvre : essais psychanalytiques sur le travail créateur*. Paris: Gallimard; 1981.
3. Bion WR. *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses Universitaires de France; 1979.
4. Bion WR. *Éléments de psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France; 1979.
5. Bion WR. *Transformations : passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris: Presses Universitaires de France; 1982.
6. Bowlby J. *Attachement et perte*. 3 vol. Paris: Presses Universitaires de France; 1978-1984.
7. Bruner JS. *Le développement de l'enfant : savoir-faire, savoir-dire*. Paris: Presses Universitaires de France; 1983.
8. Bruner JS. *Comment les enfants apprennent à parler*. Paris: Retz; 1987.
9. Delion P. *La constellation transférentielle*. Toulouse: Érès; 2022.
10. Fonagy P. La compréhension des états psychiques, l'interaction mère-enfant et le développement du Self. *Devenir*. 1999;11(4):7-22.
11. Frith U. *L'énigme de l'autisme*. Paris: Odile Jacob; 1992.
12. Golse B. L'accès au langage : acquisition, apprentissage ou plaisir partagé ? In: Ben Soussan P, Rayna S, directeurs. *Le programme « Parler bambin » : enjeux et controverses*. Toulouse: Érès; 2018. 187-204.
13. Golse B. La « weness » ou le schéma précoce d'être ensemble : plus tout à fait un, pas tout à fait deux. *Spirale*. 2018;(88):107-112.
14. Golse B. La culture comme objet transitionnel collectif : une découverte de l'autre, une prévention de l'intolérance et de la violence. *Spirale*. 2020;(93):58-64.
15. Golse B. *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*. Toulouse: Érès; 2020.
16. Golse B, Moro MR. *Le développement psychique précoce : de la conception au langage*. Paris: Elsevier Masson; 2014.
17. Green A. Sources and vicissitudes of the sense of being in D.W. Winnicott's work. *Psychoanalytic Quarterly*. 2010;79(1):11-35.
18. Haag G. De l'autisme à la schizophrénie chez l'enfant. *Topique*. 1985;(35-36, Voies d'entrée dans la psychose):47-65.
19. Jardin A. *Les coloriés*. Paris: Gallimard; 2004.
20. Martino B. Lóczy, une école de civilisation : de la pouponnière à la crèche. Association Pikler International, Association Pikler Lóczy-France; 2014.
21. Meltzer D, et coll. *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris: Payot; 1980.
22. Meltzer D. Le conflit esthétique : son rôle dans le processus de développement psychique. *Psychanalyse à l'université*. 1988;13(49):37-57.
23. Meltzer D, Williams MH. *L'appréhension de la beauté : le rôle du conflit esthétique dans le développement psychique, la violence, l'art*. Larmor-Plage: Éditions du Hublot; 2000.
24. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990.
25. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *Les neurones miroirs*. Paris: Odile Jacob; 2008.
26. Stern DN. *Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
27. Wallon H. *Les origines de la pensée chez l'enfant*. 4e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1975.
28. Winnicott DW. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1975.
29. Winnicott DW. Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In: Winnicott DW. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1975. 153-162.
30. Winnicott DW. *La nature humaine*. Weil B, traducteur. Paris: Gallimard; 1990.

L'AUTEUR :

Pr Bernard GOLSE

Institut Paris Brune
Boulevard Brune 26, 75014 Paris (France)
bernard.golse@icloud.com

LÀ OÙ NAÎT LA CRÉATIVITÉ : DE L'AUTRE CÔTÉ DU MIROIR

Que fait-on du temps ?

- Olivier ARTIELLE, Sylvain DAL, Camille DEJAEGER, Gaëtane DERMOND, Charlotte LEFEBVRE, Sophie VANDENNIEUWENBROECK, Karima ZAABOURI -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Dans le débat éternel qui polarise ce qui se passe en hôpital de jour entre occupationnel et thérapeutique, la culture, sous forme d'activités créatives notamment, vient prendre une place des plus intéressantes. En effet, il est évident que créer, c'est s'occuper, car il faut y passer du temps ; mais cela peut déboucher sur bien plus : venir toucher, voire éveiller, une dimension plus essentielle de la vie, dans le fait d'animer des émotions, des idées, des formes.

Pour éviter de nous engouffrer dans ce débat avec nos idées toutes faites, nous avons décidé de questionner les premiers intéressés : nos patients. Qu'est-ce que la créativité pour eux ? Quelle place a-t-elle ? Est-ce une dimension importante de leur vie ? Que perçoivent-ils de l'affairement de l'équipe autour de cette dimension ? Est-ce contraignant ? Ou porteur d'ouverture ?

Nous prendrons comme illustration la réalisation de « Dingue de fringues », une activité autour du vêtement étalée sur plusieurs semaines et transversale à plusieurs ateliers. Imaginer, dessiner, découper, assembler, défiler, se montrer, regarder les autres, penser le lien entre le corps et l'habit... autant de lignes de fuite qui fument d'une activité créative en apparence pragmatique. Bien au-delà des savoirs théoriques ou scientifiques, ce sont là des savoirs pratiques et des savoirs de la vie qui sont mobilisés, souvent dans l'anté-verbal, pour lesquels on pourrait parler de pensée en action.

Riches de ces quelques détours et réflexions, nous tenterons alors de retourner à la question initiale, occupationnel versus thérapeutique, pour tenter d'y substituer des alternatives.

MOTS CLÉS : Créativité - Groupe - Animation - Finalisation - Aboutissement

WHERE CREATIVITY IS BORN : ON THE OTHER SIDE OF THE MIRROR

In the ongoing debate that polarizes what happens in day hospitals between occupational and therapeutic activities, culture, particularly in the form of creative activities, takes on a most interesting role. It is obvious that creating means keeping busy, as it requires time, but it can lead to more than just filling a schedule, touching or even awakening a more essential dimension of life: bringing something to life, whether emotions, ideas, or forms.

To avoid getting bogged down in this debate with our preconceived ideas, we decided to ask those most directly concerned : our patients. What does creativity mean to them? What place does it have ? Is it an important part of their lives ? How do they perceive the team's focus on this aspect? Is it restrictive ? Does it promote openness ?

We will use the example of " Dingue de fringues " (Crazy about clothes), an activity spanning several workshops over several weeks, focused on clothing. Imagining, drawing, upcycling, cutting, assembling, modeling, showing off, watching others, thinking about the link between the body and clothing... so many lines of flight that spring from a seemingly pragmatic creative activity. Far beyond theoretical or scientific knowledge, it is practical knowledge and life experience that are mobilized, often in the anteverbal, for which we could speak of thinking in action.

Enriched by these few detours and reflections, we will then attempt to return to the initial question, occupational vs. therapeutic, in order to try to replace it with some alternative questions.

KEY WORDS : Creativity - Group - Animation - Finality - Achievement

INTRODUCTION

Le problème avec le chaos en soi,
C'est que c'est pas marrant tous les jours.
Manu Larcenet (1)

À la lecture de l'argumentaire nous invitant à ce colloque, notre intérêt s'est porté vers un terme récurrent, celui de créativité. Il y était notamment écrit :

« Les médiateurs culturels tels que la musique, la danse et l'art-thérapie aident les patients à s'exprimer émotionnellement, à communiquer, à développer leur **créativité** et à renforcer leur bien-être. »

Bien qu'ils soient ici cités dans la même lancée, créativité et bien-être relèvent de deux registres différents, et l'examen des relations entre eux nous semble des plus pertinent pour notre activité clinique.

Avant de poursuivre, il convient néanmoins de prendre comme point de départ une certaine **définition** de la créativité : Juptner (2) en donne une explicitation assez séduisante : « Créativité et création ne définissent pas des champs identiques. En dehors du sens esthétique, créer signifie créer des liens et des transformations. La créativité, pour sa part, (...) définit la capacité à trouver des techniques et des procédés nouveaux pour résoudre un problème. C'est inventer, en sollicitant son imaginaire, en dehors de l'intelligence mesurable. Pour être créatif, nous n'avons pas besoin du savoir, ni de l'expérience. »

Située dans un tel entre-deux, on imagine aisément que la créativité va être convoquée dans le débat éternel concernant ce qui se joue en hôpital de jour, polarisé **entre occupationnel et thérapeutique** (3). Il est évident que créer c'est s'occuper, il faut y passer du temps ; mais il est clair également que créer requiert quelques conditions de possibilité, et peut déboucher sur plus qu'un emploi du temps, venir toucher, voire éveiller, une dimension plus essentielle de la vie : animer quelque chose : des émotions, des idées, des formes. La créativité peut alors être favorable, faire sens, pour nous et pour les patients.

Nous allons ici tenter, au-delà d'une vision théorique de la créativité, d'aller « de l'autre côté du miroir », c'est-à-dire auprès des patients, chercher à mieux comprendre la place que la créativité prend pour eux, quelles sont les conditions pour qu'elle s'épanouisse, et préciser quelles questions pourraient se substituer à la traditionnelle opposition entre « occupationnel » et « thérapeutique ».

MÉTHODOLOGIE

La créativité au sens large a déjà fait l'objet de très nombreuses études, se penchant notamment sur les liens entretenus avec la maladie mentale ou sur la nature même de la créativité (4 à 8). Il nous a semblé intéressant pour ce colloque d'y jeter un regard neuf en questionnant les premiers intéressés : nos patients. Plutôt que de retrouver en eux ce que nous connaissons en nous de la créativité, nous avons préféré aller voir de l'autre côté du miroir : qu'est la créativité pour eux ? Quelle place prend-t-elle ? Est-ce une dimension importante de leur vie ? Que perçoivent-ils de l'affairement de l'équipe autour de cette dimension ? Est-ce contraignant ? Porteur d'ouverture ? Cette ouverture les branche-t-elle sur l'extérieur ? Sur du bien-être ?

Notre façon de procéder s'est déployée en 3 processus parallèles :

1. Une activité créative : « Dingue de fringues », explicitée ci-dessous ;
2. Un projet de réalisation d'un podcast autour des liens entre l'art et la santé mentale ;
3. Un questionnaire concernant la créativité suivi d'un dépouillement en équipe. Cette séquence a amené une nouvelle série de questions, conduisant à une table ronde en compagnie des patients ; le tout a abouti à des synthèses dont nous extrairons les éléments les plus marquants.

DINGUE DE FRINGUES

Le projet « Dingue de fringues », une activité impliquant plusieurs ateliers, répartis sur plusieurs semaines, axés sur le thème du vêtement, a été une des occasions offertes par l'hôpital de jour de mettre en œuvre la créativité : imaginer, dessiner, upcycler, découper, assembler, défiler, se montrer, regarder les autres, penser le lien entre le corps et l'habit... autant de lignes de fuite qui fusent d'une activité créative en apparence pragmatique. Bien au-delà des savoirs théoriques ou scientifiques, ce sont là des **savoirs pratiques** et des **savoirs de la vie** qui sont mobilisés, souvent dans l'**anté-verbal**, pour lesquels on pourrait parler de **pensée en action** (9).

La créativité y entre en effet en action d'emblée, à plusieurs niveaux :

Partant d'un simple don, quelques vêtements déposés par une patiente au goût affirmé pour la mode, « Dingue de fringues » a débuté comme un fil tenu qui s'est tendu et a entraîné tout l'hôpital de jour, doucement mais sûrement, dans une aventure humaine collective et créative. Celle-ci a amené certains à la découverte de la couture, en tissant au fil des mois une trame autour de l'habit, devenu central dans la vie de l'Escalette.

Au-delà de **l'activité** en tant que telle, c'est aussi la **réflexion** sur le vêtement, cette seconde peau, qui s'est mise en chemin : l'habit peut constituer un abri, une armure, un artifice, un moyen de communication subtil (10). La tenue révèle ce que les mots parfois taisent. Elle nous permet tantôt d'exister aux yeux de l'autre, de nous affirmer, de nous dévoiler, de prendre soin de nous ou de nous dissimuler, autant de variations pouvant exprimer le désir de vivre et ses ambiguïtés. De fil en aiguille, à travers des choix de tissus, ce sont aussi les thèmes du corps, de l'image de soi, de la consommation de substances, du soin porté à l'apparence ainsi que concernant la signification de « faire partie du monde » qui sont mobilisés.

On voit donc ici le réseau des champs mobilisés par la **mise au travail créative** à partir d'une idée initiale, sur laquelle viennent se greffer par association d'autres thématiques. Ce mouvement ne s'arrête pas à la sphère individuelle, mais la dépasse par une réflexion **éthique** : positionnement par rapport à la fast fashion et à l'uniformisation des styles, questionnement de la possibilité de penser la mode différemment : comment créer un vêtement esthétique et unique à partir de matières ou d'habits ayant déjà leur passé ? Comment réutiliser l'ancien pour créer du neuf, personnalisé ?

Tout cela s'inscrit dans un mouvement d'ensemble, qui mobilise patients et équipes, mettant les mains, les idées, les émotions en effervescence, suscitant une véritable ruche créative. Les problèmes techniques amènent à **oser**, à se **révéler** voire à **se dépasser** et **mobilisent des ressources** insoupçonnées. Entre aide, soutien, adaptation et ressources mises en œuvre, la créativité opère partout dans l'aboutissement de ce projet commun.

PODCAST : ART ET SANTÉ MENTALE

En parallèle du grand projet multiforme exposé ci-dessus un podcast impliquant les différentes unités de l'hôpital est réalisé par l'Écheveau¹, autour de thématiques liant santé mentale et société. Son thème, « **Art et santé mentale** », a permis de recueillir les réflexions et vécus des uns et des autres, notamment autour de l'expérience « Dingue de fringues ».

Une première rencontre a lieu avec l'ensemble du groupe hospitalisé à l'Escalette. Cette séance visait à présenter le concept du podcast, à susciter la curiosité et réaliser un brainstorming collectif. À partir de photographies, les participants sont invités à réfléchir et à formuler de grandes questions autour des liens entre culture et santé mentale.

À la suite de cette séance, sept personnes ont souhaité s'impliquer activement dans le projet. Ensemble, elles ont affiné des thématiques et des questions, en vue d'interviews dont des axes ont été définis. Elles ont ensuite dressé une liste de personnes ressources à rencontrer : une art-thérapeute, la directrice d'un centre culturel, plusieurs patients, le responsable culturel de l'Écheveau, l'ergothérapeute de l'Escalette et la coordinatrice d'Article 27 Wallonie Picarde, une association régionale soutenant l'accès à la culture pour tous.

Ce projet s'est construit sur une période de cinq mois, alternant temps de préparation, découverte du matériel audio, réalisation d'interviews, ainsi que moments de partage agrémentés d'humour et de convivialité.

La phase d'écoute collective du montage final dans un espace commun de l'hôpital a suscité à la fois une réelle fierté chez les participants, et une légère frustration face aux choix inévitables et nécessaires pour condenser les interviews réalisées.

QUESTIONNAIRES ET RENCONTRES

Avec la visée de mieux comprendre comment les activités créatives et artistiques étaient vécues par les patients, au plus près de leur expérience, nous avons enfin élaboré un questionnaire en équipe, conscients que les réponses à celui-ci pourraient s'inspirer du vécu de « Dingue de fringues » et des échanges liés au podcast.

Ce questionnaire a été complété dans le cadre d'entretiens individuels menés par les soignants avec chacun des patients, afin d'à la fois recueillir les ressentis, expériences, points de vue autour des ateliers d'expression proposés pendant leur séjour ; mais aussi de questionner notre pratique, l'accompagnement de chacun dans son cheminement et la valorisation ou la création d'espaces d'expression.

Nous reproduisons ici tel quel le contenu de notre questionnaire :

- ◆ Pour vous, quand on dit « expression artistique », à quelles activités pensez-vous ?
- ◆ Avant votre séjour à l'hôpital de jour, en avez-vous déjà fait l'expérience ?
- ◆ Quelle place prennent l'art, la culture, les activités artistiques dans votre quotidien, à l'heure actuelle ?
- ◆ Et dans le milieu dans lequel vous avez évolué ? Avez-vous le souvenir que ça prenait une place dans votre entourage ?

¹ Lieu de médiation culturelle dans l'hôpital, au sein duquel sont organisés des événements ouverts à tous, ateliers de découverte, radio, vidéo, danse, théâtre, marionnettes, travail de la terre, céramique, tissus, land-art...

- ♦ C'est quoi pour vous la créativité ?
- ♦ Quelle place prend la créativité dans votre vie ? A votre arrivée, vers quelles activités vous êtes-vous orienté ? Par besoin, envie ou suggestion recommandée par l'équipe ?
- ♦ Quelles ont été vos appréhensions, doutes face aux activités axées sur l'expression créative ?
- ♦ Qu'est-ce qui a favorisé votre engagement dans les activités créatives ?
- ♦ Comment avez-vous vécu les propositions de l'équipe de participer à certains ateliers ?
- ♦ Pour ceux qui ont participé à Dingue de fringue : Comment avez-vous vécu le fait de vous mettre en projet sur une thématique spécifique ?
- ♦ Quelles émotions avez-vous ressenties dans les différents ateliers ? De ce point de vue, est-ce qu'il y a un atelier qui vous a particulièrement marqué ?
- ♦ Par rapport aux difficultés qui vous ont amené(e) à l'hôpital de jour (HDJ), avez-vous le sentiment que les propositions d'ateliers vous ont aidé(e) à évoluer ?
- ♦ Dans votre parcours à l'hôpital de jour, qu'est-ce que cela vous a apporté ? Quel bilan en faites-vous ?
- ♦ Avez-vous envie de poursuivre ces activités en dehors de l'hôpital de jour ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi pas ?
- ♦ Est-ce que cette expérience a changé votre perception sur les activités d'expression artistique ?
- ♦ Avez-vous des suggestions afin d'améliorer la façon dont les ateliers sont organisés ?

Lors du premier dépouillement en équipe, nous avons été étonnés de certaines réponses qui nous laissaient sur notre faim et avons organisé une table ronde, qui nous a permis d'interagir avec le groupe des patients pour un peu mieux préciser certains points en formulant de nouvelles questions :

- ♦ En dehors des activités, lors des temps informels, comment vivez-vous l'ennui, le vide, le fait de ne rien faire ? Est-ce que ces moments peuvent nourrir votre créativité ?
- ♦ Si non, quelles sont vos difficultés ?
- ♦ Arrivez-vous à faire des ateliers d'expression ou des activités à l'extérieur de l'hôpital de jour ?
- ♦ Avez-vous un espace pour créer chez vous ? Que pensez-vous de cette idée ?

- ♦ Qu'est-ce qui peut être soutenant dans l'expression de votre créativité ?
- ♦ Comment vivez-vous le regard que porte l'autre sur votre expression créative ?
- ♦ Est-ce que dans les différentes activités à médiateur d'expression vous rencontrez de la frustration ? Comment l'exprimez-vous ? Si oui, comment la vivez-vous ? Est-ce que cela vous stimule ou au contraire vous freine ?
- ♦ Pensez-vous avoir une compétence créative à transmettre ?

RÉFLEXIONS

Que pouvons-nous extraire de toute cette recherche fort peu conventionnelle, mélangeant allègrement expériences, questionnements mutuels, éclaircissements, étonnements, incompréhensions, surprises, introspection, actions aux multiples intervenants ?

Nos premières réflexions en lien avec le thème de la créativité, antérieures à ce travail, se dirigeaient surtout sur des questions plutôt individuelles, psychologisantes, imaginant un rapport des patients à la créativité assez peu différencié de celui des soignants.

Néanmoins, après les deux aller-retours de questions-réponses entre l'équipe et les patients, ce qui nous a semblé marquant s'est révélé être d'un autre ordre : ces derniers ont surtout mis l'accent sur **l'étroite intrication** de quelque chose se déroulant en eux, **au contact** du groupe et de l'équipe. Pour les patients, la créativité en hôpital de jour ne relève pas tant d'un **processus individuel, sans finalité**, mais plutôt dans le contexte **groupal**, d'une créativité **très dirigée, orientée par un objectif précis**, visant un **aboutissement** de leurs différents projets personnels.

Trois dimensions nous paraissent centrales dans ces constats :

- ♦ L'importance du **contact** (davantage que le lien) à **l'animateur**, comme **catalyseur de la créativité** ;
- ♦ L'importance du **contact au groupe**, comme **espace de résonance** et **scène renarcissisante** ;
- ♦ L'importance pour les patients du **résultat** et de **l'aboutissement**, plus que du processus.

L'ANIMATEUR CATALYSEUR

Peu de patients de notre service disent avoir connu une expérience de découverte ou d'exploration dans le domaine culturel ou artistique dans leur enfance et/ou adolescence.

Or, nous indique Guy Lafargue (11), « *l'être humain est porteur d'une compétence créatrice innée, immédiatement mobilisable, pour peu qu'on lui en donne les moyens* ». De quels **moyens** s'agit-il ? Ils ne sont évidemment pas que matériels ou contextuels, ils sont aussi humains. Le patient nous indique que le **point d'ancrage humain**, d'accompagnement, est décisif dans le processus, d'ouverture à la créativité. Au contraire de ce qui est avancé dans de nombreuses autres activités thérapeutiques, ce n'est pas l'**analyse** qui est requise, mais la **catalyse** !

En chimie, un catalyseur est défini comme étant une substance qui **augmente la vitesse d'une réaction chimique en diminuant son énergie d'activation, sans être consommée dans le processus**.

Voilà une métaphore qui illustre bien une forme de mise à disposition, suivant l'idée de Bion selon laquelle le thérapeute prête son espace de penser. Pour Claudine Juptner (1) : « *le regard du thérapeute soutient la recherche plus ou moins inventive (...), il matérialise aussi ce qui (...) est essentiel : son investissement. Sans sympathie, pas de guérison (...) le thérapeute prête son espace de pensée.* » et un peu plus loin : « *La créativité se situe aussi bien du côté du thérapeute que du patient* ».

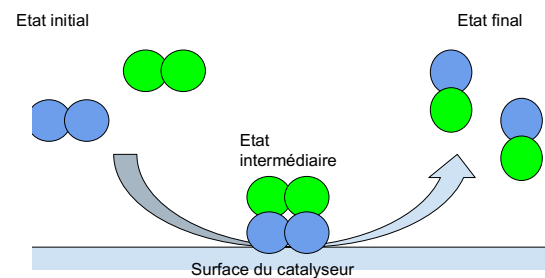
Comme le rappelle Aubert (12), si le patient est responsable du contenu, et surtout libre quant à celui-ci, l'animateur est quant à lui invité à garantir la **sécurité du parcours**, autrement dit un certain **cadre**, qui **oriente** le processus. Il vise une certaine **influence**, à travers un **cheminement**. Quant à cette responsabilité du cheminement, l'animateur doit être capable d'en réaliser **les dangers** : intervenir quand la peur se fait trop forte ou que l'épuisement menace.

Contrairement à une idée reçue, selon nos patients, il ne semble pas que **l'ennui en tant que tel** soit un arrière plan agissant, duquel la créativité pourrait émerger. Ce n'est pas **le vide** qui opère, mais **la présence**. S'il y a un « besoin d'être activé », celui-ci semble se nouer autour d'une sortie de la passivité, en lien avec un élément qui « active » et qui permet, par « une forme de magie », de décoller de la réalité vers l'imaginaire (13), le tout en prise avec la matière.

Pour filer la métaphore avec la catalyse chimique, on pourrait ainsi se représenter l'animateur comme **surface de contact** entre d'une part un **indifférencié mélangeant ennui, vide, chaos** ; et d'autre part un **contenu construit et élaboré**, produit par

le patient au contact de l'animateur, celui-ci venant guider une appréhension de la transformation qui peut s'y opérer.

Comme l'indique Nadia Kacha (14) : « *La mission première du thérapeute est de permettre de penser,*



mais, comme le souligne D. Anzieu, « penser est affaire de fermeté ». Tout l'art du thérapeute est dans cette faculté de tenir fermement la main tout en passant un message de chaleur et d'empathie. Le thérapeute est le premier de cordée à qui on s'accroche et en qui on a confiance. Il est celui qui conjugue le verbe tenir dans toutes les acceptions du terme, puisqu'il est celui qui tient, maintient, retient, détient, soutient, contient et entretient ».

LE GROUPE CONTENANT

Bien plus que la disponibilité d'un **espace** qui contiendrait un **lieu**² permettant la créativité, nos patients insistent sur **l'aspect contenant du groupe**. On pourrait dire que les lieux importent peu, mais que **l'entourage** est crucial. Faire ou faire en groupe, ce n'est pas la même chose.

Que permet la présence d'un groupe ?

Tout d'abord, et tout simplement, être avec les autres fait **sortir de l'isolement**, d'un certain **vide de liens**. Quand autrui est présent, certaines choses se mettent en œuvre, sans que nous puissions ici préciser si ce qui est opérant est la présence, la bienveillance, la disponibilité, le regard, ou d'autres dimensions encore, mobilisées dès la sortie de la solitude.

Ensuite, les autres participants au groupe renvoient à **Autrui** en général, en reposant les enjeux de la créativité sur des bases saines : il ne s'agit pas d'être un génie, d'inventer de l'inouï, mais dans un processus de bricolage, de faire preuve d'inventivité avec pas mal d'**emprunts**, d'**inspirations**, d'**influence** de ce qu'autrui a déjà produit auparavant. Juptner (2) le rappelle : « *Créer n'est donc jamais créer réellement à partir de rien. Car l'auto-engendrement, s'il n'est pas un leurre, est du moins un fantasme* ». Grâce au

2 Martin Heidegger effectue une distinction entre espace (Raum) et lieu (Ort). L'espace n'est pas d'abord une étendue mesurable, mais une abstraction : il sert à situer les objets entre eux, fournit un cadre vide. Le lieu, en revanche, est existentiel : il rend possible la présence, la rencontre et l'expérience. Dans sa conception ontologique, le lieu est l'horizon de l'être, alors que l'espace est un concept dérivé et secondaire.

groupe, il y a une forme de **dédramatisation** de la créativité, qui permet de reconnaître l'importance de la transmission et du partage.

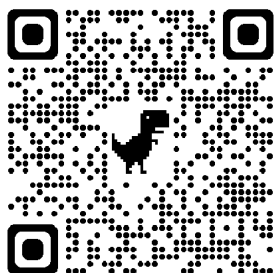
Comme l'indique Laurent P. (15), on se construit dans et par les groupes : dès la famille puis dans d'autres groupes, chacun **se forge son identité** et apprend à **se différencier** des autres. Le groupe va de plus servir de **contenant psychique** : il permet durant la croissance d'accueillir et de transformer les émotions brutes que l'enfant seul n'arrive pas à gérer.

Enfin, le groupe est aussi à la fois un lieu de **restauration narcissique** (16), et de prise de risque, la rencontre de l'autre nécessitant de se soumettre à l'épreuve d'un **jugement**, pouvant déboucher sur l'expérience esthétique.

LE RÉSULTAT FINAL

Dans les deux expériences que nous avons évoquées, un aboutissement assez visible et public a pu avoir lieu : pour « Dingue de fringues », un défilé et une bourse de vente de vêtements, ouverte aux autres patients de l'hôpital ; pour le podcast, une diffusion au sein de l'institution et sur une plateforme audio publique, disponible via le QR code ci-dessous.

Alors que bien souvent les animateurs vont dire que c'est **le processus, le cheminement** qui compte,



et que peut-être le **rythme** mérite plus d'attention que le **résultat**, d'après nos patients cette **finalité** est capitale. Si du côté de l'animateur, on trouve donc une **garantie de moyens**, on voit ici que le patient souhaite quant à lui une **garantie de résultat**. Plus que la démarche ou le chemin parcouru, ce serait donc le résultat espéré, collectif ou individuel, qui primerait !

Comment comprendre cela ? Une première hypothèse serait que, face à une série de déconvenues, il importerait

que quelque chose aboutisse, comme une forme d'**expérience réparatrice**. Cela pourrait également témoigner d'un besoin de **renarcissisation** : finaliser un objet qui suscite un **regard admiratif**, regard qui rejaillirait sur son créateur. Enfin, autre piste : être capable de **dépasser l'angoisse** qui se manifeste à l'approche d'un aboutissement, vécu sous l'angle de l'échéance.

Pour Broustra et Lafargue (11) : « Les ateliers d'expression créatrice permettent la production d'objets et/ou d'actions qui peuvent aboutir à être présentés au public, il se compose d'un temps de création suivi d'un temps d'expression et permettent la reprise du lien social par une participation active à la création artistique, ils permettent de mieux se connaître pour qu'une recreation de l'identité aide la personne à se risquer vers le monde. »

Notons que face au résultat, certains patients restent dans une forme d'**insatisfaction**, face à laquelle le groupe peut jouer un rôle de **modulation**. Enfin, petit bémol pragmatique : il peut être intéressant de se fixer un objectif « **en cours de route** », afin d'éviter l'effet trop **sidérant** d'un objectif important fixé initialement et lointain.

CONCLUSION

Riches de ces quelques détours et réflexions, revenons à cette question épineuse : le temps passé en hôpital de jour est-il du registre occupationnel ou thérapeutique ?

Face à ce que vit un patient à l'HDJ, il nous semble que plutôt que de s'engouffrer dans ces considérations qui charrient beaucoup d'a priori et de jugements, il serait plus pertinent d'évoquer les questions suivantes :

1. Que se passe-t-il pour le patient **au contact des animateurs** ? Qu'est-ce qui est mobilisé, ou pas ?
2. Que se passe-t-il **au contact du groupe** ?
3. Parvient-il à mettre en place ou participer à des **projets** pour lesquels **un aboutissement est possible** ?

On peut espérer que ces questions soient plus porteuses d'ouvertures, indispensables pour une mise au travail fertile.

BIBLIOGRAPHIE

1. Larcenet M. *Thérapie de groupe. Tome 1: L'étoile qui danse*. Bruxelles: Dargaud; 2020. 14.
2. Juptner C. L'histoire du loup qui devient végétarien. Transformation et créativité dans un groupe. In: Chapelier JB, Roffat D, editors. *Groupe, contenance et créativité*. Toulouse: Érès; 2011. 203-221. doi:10.3917/eres.chape.2011.01.0203.
3. De l'occupationnel au thérapeutique. *Soins en psychiatrie*. 2019;(323).
4. Andreasen NC, Canter A. The creative writer: Psychiatric symptoms and family history. *Compr Psychiatry*. 1974;15(3):123-131.
5. Andreasen NC. Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry*. 1987;144(10):1288-1292.
6. Sass LA. Romanticism, Creativity, and the Ambiguities of Psychiatric Diagnosis: Rejoinder to Kay Redfield Jamison. *Creat Res J*. 2001;13(1):77-85.
7. Sass LA, Schuldberg D. Introduction to the Special Issue: Creativity and the Schizophrenia Spectrum. *Creat Res J*. 2001;13(1):1-4.
8. Andreasen NC, Ramchandran K. Creativity in art and science: are there two cultures? *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(1):49-54.
9. Henry M. *La Barbarie*. Paris: Grasset; 1987.
10. Masson C. *Phénoménologie du vêtement*. Conférence CEBDA; 5 mai 2025.
11. Broustra J, Lafargue G. *L'expression créatrice*. Paris: Morisset; 1995.
12. Aubert C. *Les 4 réalités de la psychiatrie*. Paris: Georg; 1999.
13. Chapelier JB, Roffat D, editors. *Groupe, contenance et créativité*. Toulouse: Érès; 2011. doi:10.3917/eres.chape.2011.01.
14. Kacha N. La fonction contenant du thérapeute. In: Chapelier JB, Roffat D, editors. *Groupe, contenance et créativité*. Toulouse: Érès; 2011. 85-96. doi:10.3917/eres.chape.2011.01.0085.
15. Laurent P. Le groupe comme contenant. In: Chapelier JB, Roffat D, editors. *Groupe, contenance et créativité*. Toulouse: Érès; 2011. 97-108. doi:10.3917/eres.chape.2011.01.0097.
16. Chapelier JB. Chaos, contenance et créativité. In: Chapelier JB, Roffat D, editors. *Groupe, contenance et créativité*. Toulouse: Érès; 2011. 55-68. doi:10.3917/eres.chape.2011.01.0055.

LES AUTEURS :

Olivier ARTIELLE, Sylvain DAL, Camille DEJAEGER, Gaëtane DERMOND, Charlotte LEFEBVRE,
Sophie VANDENNIEUWENBROECK, Karima ZAABOURI

Hôpital de Jour « L'Escalette » - Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu,
Rue de Loudun 126, 7900 Leuze-en-Hainaut (Belgique)
lescalette.stjdd@acis-asbl.be

UNE « EXPOMOBILE »... DE LIÈGE À BOURGES : Quand le colloque se fait moteur d'une expérience thérapeutique individuelle et collective

- Jean-Benoît DÉSSERT, Mélissa JOURDEVANT, Gauthier HERMAN,
Viviane LOMBART, Christelle LEJEUNE -

RÉSUMÉ - SUMMARY

L'appel culturel lancé par l'équipe de Bourges, dans le cadre du colloque des hôpitaux de jour psychiatriques, a constitué une opportunité pour interroger la place des médiations artistiques au sein de notre dispositif de soins. En équipe, et avec les patients fréquentant notre hôpital de jour, nous avons élaboré un projet d'exposition collective et mobile visant à présenter non seulement les œuvres réalisées, mais également le processus créatif, groupal et institutionnel ayant rendu possible cette expérience, de Liège à Bourges.

À travers cette initiative, l'objectif de cet article est de partager une expérience clinique et institutionnelle mettant en lumière les apports thérapeutiques des ateliers artistiques (terre, mosaïque, artisanat), envisagés non comme de simples activités occupationnelles, mais comme de véritables médiations favorisant la symbolisation, l'expression subjective et le lien à l'autre. Le projet d'exposition a mobilisé les patients à différents niveaux : création, choix des œuvres, scénographie, accueil du public et réflexion autour de la valeur symbolique et parfois marchande des productions.

L'analyse s'appuie sur les retours des patients recueillis lors d'entretiens, ainsi que sur une réflexion théorico-clinique inscrite dans le champ de la psychothérapie institutionnelle et des médiations thérapeutiques. Elle met en évidence les effets de ces dispositifs sur l'apaisement émotionnel, l'estime de soi, l'engagement dans un processus créatif et la dynamique groupale.

Ce travail souligne enfin comment une exposition collective peut constituer un dispositif thérapeutique à part entière, soutenant à la fois les trajectoires individuelles des patients et la vitalité institutionnelle de l'équipe soignante.

MOTS CLÉS : Exposition - Projet collectif - Hôpital de jour psychiatrique - Interviews patients - Art-thérapie

AN "EXPOMOBILE" ... FROM LIÈGE TO BOURGES: WHEN THE SYMPOSIUM BECOMES THE DRIVING FORCE BEHIND AN INDIVIDUAL AND COLLECTIVE THERAPEUTIC EXPERIENCE

The cultural initiative launched by the Bourges team, as part of the psychiatric day hospital conference, provided an opportunity to reflect on the place of artistic mediation within our care setting. Together with the care team and patients attending our day hospital, we developed a collective and mobile exhibition project designed to present not only the artworks produced, but also the creative, group, and institutional processes that made this experience possible, from Liège to Bourges.

The aim of this article is to present a clinical and institutional experience highlighting the therapeutic contributions of artistic workshops (clay, mosaic, and craft activities), understood not as simple occupational activities but as genuine mediations fostering symbolization, subjective expression, and relational processes. The exhibition project engaged patients at multiple levels, including creation, selection of artworks, scenography, reception of visitors, and reflection on the symbolic and, in some cases, economic value of their productions.

The analysis draws on patients' feedback collected through interviews, as well as on a theoretical and clinical reflection rooted in institutional psychotherapy and therapeutic mediation frameworks. It highlights the effects of these interventions on emotional regulation, self-esteem, engagement in the creative process, and group dynamics.

Finally, this work emphasizes how a collective exhibition can function as a therapeutic setting in its own right, supporting both patients' individual therapeutic trajectories and the institutional vitality of the care team.

KEY WORDS : Exhibition - Collective project - Psychiatric day hospital - Patient interviews - Art therapy

INTRODUCTION

Notre hôpital de jour propose aux patients qui le fréquentent des activités thérapeutiques variées. Mais sont-elles toutes thérapeutiques ? Voici une question fréquemment posée par certains de nos bénéficiaires concernant certaines de nos activités dites « occupationnelles ». Nous constatons, tant dans nos pratiques que dans nos équipes, que l'idée selon laquelle « seul le groupe de parole animé par les psychologues est thérapeutique » reste bien ancrée dans certains esprits. Le thème de ce colloque était donc l'occasion rêvée de nous plonger au cœur de certains de nos ateliers et de partager comment la terre, la mosaïque et les ateliers d'artisanat se révèlent être non seulement des moments d'expression artistique mais aussi des espaces thérapeutiques précieux qui offrent l'opportunité d'observations, d'échanges et de rencontres différentes. Cet éclairage sur l'autre, sur son monde intérieur et sur la possibilité de créer une relation, là où la seule parole ne suffit pas et n'est pas suffisamment contenante est essentiel dans notre prise en charge. Ces expériences cliniques s'inscrivent ainsi pleinement dans les travaux d'Anne Brun, qui montre comment les médiations thérapeutiques, en particulier dans les contextes de souffrance psychique, permettent un travail de symbolisation à partir de la matière et du faire, là où la parole seule ne peut suffire (1,2).

RÉFLEXION AVEC NOTRE ÉQUIPE EN VUE DU COLLOQUE

Nous nous sommes réunis en équipe autour du thème de ce colloque 2025 : « *Quand la culture s'invite dans les hôpitaux de jour* ». Nous avons envie de dévoiler ce qui se passe dans nos ateliers d'artisanats, de terre et de mosaïque tant d'un point de vue individuel que groupal mais également de mettre en lumière le processus créatif actif à l'hôpital de jour et de parler des bienfaits thérapeutiques de ce type d'activité, mais surtout de permettre à nos patients eux-mêmes d'en parler et de partager leurs réalisations.

La réalisation d'une exposition collective prenait alors tout son sens et nous irions jusqu'à essayer de la rendre mobile pour la proposer à Bourges. L'idée était lancée... Il ne nous restait plus qu'à la soumettre au groupe et voir les réactions suscitées par le projet.

C'est lors des temps communautaires, table ronde et activités artistiques que nous avons commencé à diffuser l'idée du projet et convié les personnes intéressées à une réunion.

Très rapidement, les premières réactions :

- ♦ Un inconfort pour certains comme nous l'explique Antoine : « je suis quelqu'un de très exigeant envers moi-même, je me mets la barre haute. Quand je

commence quelque chose, j'aime bien être bon dedans, et donc ce qui est manuel j'avais jusqu'ici toujours rejeté. Je me dis direct, c'est pas fou ce que je fais, ce qu'on fait est directement objectivable, ça va être soumis au regard de l'autre »

- ♦ L'ambivalence pour d'autres comme le dit Julia : « je ne sais pas si ça vaut la peine, il y en a qui ont fait des choses magnifiques, moi un plateau... à part la pomme qui est belle... »
- ♦ La fierté pour Céline : « Je vis avec fierté ce projet. Cela permettra aux autres hôpitaux de voir ce qu'on fait ici et voir ce qui ressort des émotions et de l'imaginaire des patients »
- ♦ Un défi pour Véronique : « Je trouve ça chouette et encourageant, ça permet de montrer ce dont on est capable de faire et de réaliser »

Petit à petit de plus en plus de personnes se sont mobilisées, dans les différentes missions proposées. Nous sentions le groupe de plus en plus investi et enthousiaste.

Plusieurs réunions ont été organisées. Nous avons opté pour un lieu qui représentait à nos yeux un interstice entre notre institution et le monde extérieur. Notre lieu de posture, le pré des Maclottes, semblait tout à fait approprié et avait, par ailleurs, déjà accueilli plusieurs expositions. Nous avons fixé un calendrier : le vernissage aurait lieu en septembre, les patients y étaient bien entendu conviés avec leurs proches et le réseau extérieur était invité également. L'expo allait durer 1 mois avant d'être démontée pour venir jusqu'à Bourges en octobre.

L'investissement de nos patients n'a pas été freiné par la temporalité de notre prise en charge puisque certains d'entre eux sont revenus, que ce soit lors de moments préparatoires ou le Jour J, pour soutenir et contribuer au projet.

LES QUESTIONNEMENTS PARTAGÉS PAR LE GROUPE:

Quelles œuvres choisir ?

C'est assez naturellement au fil des discussions que les personnes pensaient spontanément aux œuvres qui pouvaient faire partie de l'exposition. C'était également l'occasion de les inviter à nommer leur création, exercice pas toujours aisé. De plus, nous voulions mettre en lumière un projet collectif : une boîte à livres. Cette boîte à livres en devenir, installée dans notre « local aux oiseaux » est très vite devenue un objet médiateur autour duquel patients et intervenants se croisaient, échangeaient et partageaient sur les créations, que ce soit lors de l'activité mosaïque ou lors de temps plus informels.

Les œuvres seraient-elles à vendre ?

Vendre mon œuvre ? Pour certains, la réponse était évidente : « non il s'agissait de cadeau, d'objet payant avec une valeur sentimentale qu'ils acceptaient uniquement de nous prêter ». Pour d'autres la réponse était plus ambivalente « pourquoi pas mais mon travail est-il assez bon et beau que pour être acheté ? Comment lui mettre un prix ? Combien vaut mon travail ? ».

Quelle disposition ?

Nous avons décidé d'organiser l'exposition dans deux salles : une qui accueillerait les œuvres individuelles et une autre, dans une ambiance plus feutrée, qui mettrait en lumière le projet collectif ainsi qu'un diaporama photo reflétant les différents temps et moments qui ont rythmé toute la préparation de notre projet.

Quelle ambiance ?

La présence d'un piano sur le lieu de l'exposition nous a donné la possibilité de proposer à un membre du groupe de venir jouer quelques morceaux.

Comment accueillir ?

Des douceurs salées et sucrées cuisinées par nos patients de l'hôpital de jour avec notre éducatrice ont été proposées.

Quel nom à notre exposition ?

Lors d'une réunion de brainstorming avec notre « chargée en communication » Aurélia, nous avons librement laissé associer sur les idées de voyages, de partage, d'ensemble, de créativité que nous inspirait notre projet pour aboutir sur une proposition : « Voyage à l'unisson - Odyssée collective ».

ENJEUX CLINIQUES ET ÉTHIQUES DU PROJET

Que ce soit dans la proposition d'exposer les œuvres réalisées, de s'exposer en tant qu'« artiste » ou de prendre part aux interviews que nous avons réalisées afin d'avoir le retour de nos patients, la question de la confidentialité a été omniprésente dans nos réflexions. Il était primordial de protéger nos patients et de respecter leur « intimité psychique ». Cette mise sous les projecteurs ne rendait pas si facile cette question.

C'est le consentement de nos patients et le respect du cheminement thérapeutique de chacun qui ont été cruciaux pour éclairer cette question. Nous avons veillé à informer nos patients et à les laisser libres dans le choix d'exposer ou non, de « signer » leur œuvre de leur véritable prénom et de donner un nom à leurs œuvres. Ce libre choix est évidemment essentiel et la base de notre alliance thérapeutique et a permis à nos patients de s'approprier ce projet d'exposition, d'explorer à leur rythme les difficultés rencontrées et d'y mettre

du sens. Il n'était pas question d'instrumentaliser nos patients au service du colloque mais de leur permettre de s'impliquer dans une démarche qui prenait sens pour eux.

L'importance de l'accompagnement était également centrale afin que l'exposition ne soit pas vécue comme intrusive, violente qu'elle n'entrave pas le processus thérapeutique. Il était donc important de veiller avant, pendant et après l'exposition au vécu de nos patients.

Un tel projet implique pour nos patients de s'exposer aux yeux de tous, et de se confronter au regard de l'autre. Pour certains, il existait un réel décalage entre l'image renvoyée et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes : accompagner la personne dans ce conflit interne à travers ces sentiments de malaise, de honte, de méfiance, est essentiel.

De plus, nos patients ont dû décider si leurs œuvres étaient à vendre, ce choix semble avoir été guidé par la dimension affective de l'œuvre. Dans le cas où l'œuvre était à vendre, il fallait pouvoir lui attribuer un prix ; Il ne s'agit pas ici seulement d'un geste économique mais également d'un geste existentiel :

- ♦ C'est reconnaître que ce que je fais a du sens, et peut avoir du sens pour l'autre.
- ♦ C'est se positionner comme légitime dans cette exposition et en tant qu'artiste.
- ♦ C'est accepter que mon talent existe, mon savoir-faire a un coût et qu'il est juste de le prendre en considération.

Dans cette recherche du prix, nous avons dû avec nos patients trouver un équilibre entre le temps de travail, les compétences impliquées, l'expertise des autres (aidés par l'expérience de nos collègues du Pré des Maclottes) et ce que la personne trouvait comme légitime et respectueux d'elle-même de demander.

Enfin, nous avons pu vivre des relations qui ont évolué au fil du projet et du vernissage vers davantage d'horizontalité permettant de découvrir nos patients différemment et d'être attentifs à leurs besoins spécifiques dans ce contexte : David qui était venu jouer du piano, attendait que nous le présentions avant de jouer et avait prévu sa « playlist » qu'il ne voulait jouer qu'une fois et en présence des personnes importantes pour lui, Danielle était venue accompagnée de son mari et avait été chez le coiffeur pour l'occasion, Véronique était venue, accompagnée de son fils, enthousiaste de lui montrer ses créations mais aussi et surtout de lui faire prendre conscience du vécu psychiatrique de l'intérieur et de ce côté humain dont elle lui parlait tant.

Enfin, notre exposition collective et le projet de la boîte à livres ont agi un peu tel des objets transitionnels, aidant les participants à symboliser un passage, une fin, une création de soi avec les autres. Ces retrouvailles

artistiques ont permis un ancrage et un lien continu malgré la modification du groupe hôpital de jour (3).

LES APPORTS DES ACTIVITÉS ARTISTIQUES : LE RETOUR DE NOS PATIENTS LORS DES INTERVIEWS FILMÉES

- ♦ **L'apprentissage de différentes techniques et les capacités de concentration ont été mises en avant :** « ça apprend, l'apprentissage des techniques, on apprend à faire, à couper des carrelages », « Je pense que ça développe la créativité, ça permet de se poser et d'être dans un environnement plus calme, cela permet de canaliser des émotions, de les transmettre... ça provoque un apaisement. On se concentre, on ne voit pas le temps passer », « ça me rend calme, on est concentré sur ce qu'on fait, on oublie le reste les tracas, on est vraiment bien », « ça m'apporte énormément en fait parce que je suis quelqu'un qui rumine beaucoup et je suis dans des scénarios catastrophes. Mon esprit se met en pause. Je suis concentrée sur ce que je fais, même mon rythme cardiaque s'apaise. Je reste concentrée malgré mon trouble de l'attention. Le temps donné pour l'atelier est juste ce qu'il faut. Et au niveau de la créativité, ça laisse libre cours à mon imagination », « Je me sens bien quand je fais ça, je ne pense à rien d'autre, même au niveau des douleurs, quand j'ai mal, j'arrive à faire abstraction ».
- ♦ **Le lâcher-prise, le fait d'aboutir à un projet, d'exprimer quelque chose, de se remettre dans une certaine dynamique.** « J'aurai appris que finalement je ne suis pas si mauvaise que ça dans ce que je fais. Il y a moyen que j'aboutisse à un projet, que je finalise une œuvre. Que je peux me permettre de lâcher prise aussi. Et laisser les choses se faire sans un acharnement sur ce que je fais et rester concentrée », « moi qui suis un peu trop maniaque, ça m'apprend qu'il faut plus laisser l'aléatoire faire, pouvoir laisser place à l'imprévisible sans que ça change le résultat », « Je suis étonnée par l'expression, vers quoi je vais... j'ai fait une femme qui est toute épanouie et ronde, est-ce vers là que je dois aller par rapport à moi-même ? ».
- ♦ **L'estime de soi :** « j'ai ressenti du plaisir mais aussi de la fierté, ça fait du bien au mental. J'ai offert un petit chat à ma maman, il était super, en plus j'ai eu des félicitations, on ne me croyait pas quand j'ai dit que c'était moi qui l'avais fait. Et quand je vais chez ma maman il est bien mis », « je suis toujours fière quand je réalise quelque chose

et que je vais jusqu'à la fin », « pour l'atelier terre, je m'étais dit que je n'y arriverais peut-être pas, puis finalement c'était une belle découverte. Quand j'ai confectionné le lapin, je me suis dit « dans quoi est-ce que je m'embarque ». J'ai essayé sans attendre le résultat, je n'aurais jamais cru réaliser cela et être aussi satisfaite du résultat », « je suis fière... l'amour-propre ce n'est pas facile à avoir, ça met un peu l'égo à rude épreuve de pouvoir se dire qu'on a fait du bon travail, ça nourrit la confiance en moi », « c'est apaisant et instructif, instructif sur sa propre personne, j'ai appris que je pouvais être plus calme alors que j'aurais cru m'énervier », « Je pense que j'en avais besoin (se reconnecter aux dimensions créatives), c'est quelque-chose qu'avec la vie de famille et le travail, j'avais mis de côté, ici j'ai pu me recentrer sur tout ça ».

- ♦ **L'importance des interactions sociales et d'être en groupe :** « être en groupe, ça fait du bien, si j'étais tout seul, je me sentirais plus jugé, plus orienté vers le résultat. En groupe il s'agit plus d'un processus », « je pense que les échos font beaucoup... des patients et de l'équipe. Le fait de m'encourager, de me renvoyer des choses positives fait que j'estime que mon travail en vaut la peine ... le regard de l'autre m'apporte et m'importe beaucoup et les retours que j'en ai pendant les ateliers suffisent à ce que j'arrête tandis que chez moi c'est sans fin », « ça me permet de parler un peu plus, je suis fort timide, ça me permet de m'extérioriser. Je suis plus à l'aise dans les échanges. Pareil pour les intervenants, ils sont disponibles pour nous aider », « dans ces ateliers-là, il y a vraiment une bonne ambiance. Chacun a sa technique, c'est bien de voir comment les autres font ».
- ♦ **L'importance du cadre de nos activités avec des horaires bien définis : un cadre qui sécurise et qui permet de commencer quelque chose et de le finir :** « je n'en ai pas parlé mais dans ce que ça m'apporte, je suis quelqu'un de très perfectionniste et je ne sais pas arrêter quelque-chose. Quand je commence, soit je ne sais pas aller jusqu'au bout soit je ne sais pas arrêter car je veux aller dans les détails. Ici le temps est limité, ce n'est pas grave si c'est brut, je sens comme si l'œuvre était achevée. C'est plus compliqué chez moi.

Je suis souvent submergée par mes émotions donc je n'arrive pas à démarrer tandis qu'ici avec le cadre, je sais quand on démarre, je sais quand on finit. Le cadre m'aide énormément. Ce cadre, cette discipline, je pourrai l'apporter chez moi ».

DE LA CRÉATION COLLECTIVE À LA SYMBOLISATION : RÉFLEXIONS THÉORIQUES ET INSTITUTIONNELLES

Notre projet d'exposition mobile révèle tout son potentiel lorsqu'on le considère non seulement sous l'angle des bénéfices individuels, mais aussi comme une expérience collective et institutionnelle.

La psychothérapie institutionnelle nous rappelle que le soin ne se joue pas seulement dans la rencontre individuelle, mais dans un ensemble vivant, où chacun – patients, soignants, institution – participe à une dynamique commune. Ici, à travers l'organisation de l'exposition, il y a eu un véritable travail de groupe : réunions, décisions collectives, mise en commun des ressources, élaboration d'une scénographie. Cette dimension collective a constitué en elle-même une expérience thérapeutique.

Bion nous aide à comprendre ce phénomène : dans ses travaux sur les groupes, il montre qu'un collectif peut devenir un contenant psychique, capable de soutenir chacun de ses membres dans son processus de pensée et de création (4). Dans notre projet, le groupe a fonctionné comme ce contenant : il a accueilli les doutes, les ambivalences, les enthousiasmes ; il a permis à chacun de se sentir soutenu et reconnu dans sa démarche.

Ferenczi, de son côté, insistait sur l'importance d'un témoin fiable : quelqu'un qui atteste de l'expérience vécue et lui donne sens (5). Dans cette aventure, ce rôle a été joué non pas par une seule personne, mais par le collectif dans son ensemble : patients et soignants se sont tour à tour faits témoins les uns pour les autres. Être regardé, entendu, reconnu dans sa création, c'est déjà une réparation.

Et puis, il y a ce moment singulier où les œuvres quittent l'institution pour voyager. Amener ces œuvres dans un colloque, qui plus est dans un autre pays, nous conduit à une nouvelle réflexion : les patients ne sont pas présents physiquement, mais leurs œuvres les représentent, au sens fort du terme : elles les rendent présents en leur absence. Cette dynamique de création et de circulation des œuvres peut également être éclairée par les travaux de René Roussillon, pour qui la symbolisation primaire s'opère à partir de formes, d'objets et de traces perceptivo-affectives, rendant possible une présence psychique et une représentation de soi là où la mise en mots demeure encore fragile (6).

Cette délégation symbolique interroge directement notre rôle de soignants. Comme l'a montré René Kaës dans ses travaux sur les groupes (7,8), il existe une fonction de porte-parole : certains sont mandatés pour dire au nom des autres, pour porter la parole ou la présence

de ceux qui ne peuvent le faire eux-mêmes. Dans ce contexte, nous devenons les porte-voix de nos patients, les passeurs de leur subjectivité.

Mais il nous semble que c'est précisément là que réside la force de cette initiative : ces œuvres ne sont pas de simples productions esthétiques. Elles sont des fragments de vie, des témoins d'un chemin parcouru. Les transporter et les montrer ailleurs, c'est reconnaître aux patients une place dans un espace social et symbolique plus large, au-delà des murs de l'institution. Elles portent l'empreinte de chacun, mais elles attestent surtout de l'existence et de la vitalité d'un groupe, d'une institution vivante.

Ainsi, cette exposition est doublement thérapeutique :

- ♦ Pour ceux qui ont créé, car elle donne une valeur, une visibilité et une reconnaissance à leur travail ;
- ♦ Pour ceux qui la découvrent, car elle leur offre la possibilité de rencontrer, à travers la matière et la forme, une humanité partagée.

CONCLUSION

Ce projet d'exposition n'a pas seulement transformé nos patients : il a aussi transformé notre équipe.

Nous avons assisté à l'émergence d'un véritable mouvement de sublimation collective. Dans le sens psychanalytique du terme, la sublimation permet de transformer une part de la souffrance et de l'angoisse en une activité noble, créative.

Bien souvent, notre énergie institutionnelle est mobilisée avant tout par la gestion quotidienne de la souffrance, parfois très lourde, de nos patients. Avec ce projet, quelque chose s'est modifié : nous avons pu, ensemble, nous détacher de la souffrance, non pas en l'ignorant, mais en la transformant. Intervenants et patients ont retrouvé une capacité de respiration, de projection, de créativité commune.

La psychothérapie institutionnelle nous apprend que l'institution est elle-même un organisme vivant, qui respire, qui peut s'épuiser mais aussi se réinventer. Ici, nous avons fait l'expérience d'une institution qui se régénère par la créativité. Comme le dirait Bion, l'équipe a pu retrouver une fonction contenante, non seulement pour ses patients mais aussi pour elle-même, rassemblant ses éprouvés épars, pour en faire émerger un projet porteur de sens et de beauté.

Enfin, ce projet a mis en évidence un magnifique phénomène de résonance institutionnelle.

Le Groupement des hôpitaux de jour a confié aux équipes de Bourges l'organisation du colloque 2025 : c'est déjà une première résonance.

Le choix de Bourges de mettre en avant la culture et les arts a trouvé un écho dans l'ensemble des équipes participantes, dont la nôtre.

Notre équipe a elle-même trouvé un appui et une résonance dans son partenariat avec l'équipe du Pré des Maclottes de notre clinique, qui a accueilli l'exposition, mais aussi auprès de la direction de notre clinique, qui a soutenu ce projet.

Et, *in fine*, mais en priorité, cette résonance a vibré avec nos patients, qui ont senti que leur parole, leur créativité, leur place étaient reconnues et mises en valeur.

C'est cette chaîne de résonances, de la clinique aux patients, de notre équipe au Groupement, et du groupement à l'institution, qui garantit que le mouvement initié par ce projet continuera à vivre, à circuler, et à se renforcer jusqu'au colloque 2026 et au-delà, et ce, nous l'espérons, malgré les bouleversements institutionnels que nos équipes sont parfois amenées à traverser.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brun A. Médiations thérapeutiques et psychoses. Toulouse : Erès; 2018.
2. Brun A. La symbolisation par la médiation. Toulouse : Erès; 2021.
3. Winnicott DW. Jeu et réalité. Paris : folio essais ; 1975.
4. Bion WR. Recherche sur les petits groupes. Paris : PUF; 2002.
5. Ferenczi S. Journal clinique. Paris : Payot; 1985.
6. Roussillon R. La symbolisation primaire. Paris : PUF; 2015.
7. Kaës R. Le groupe et le sujet du groupe. Paris : Dunod; 2015.
8. Kaës R. Les alliances inconscientes. Paris : Dunod; 2012.

LES AUTEURS :

Jean-Benoît DÉSSERT, Mélissa JOURDEVANT, Gauthier HERMAN, Viviane LOMBART, Christelle LEJEUNE

Hôpital de Jour C.H.S Notre-Dame des Anges
Rue Emile Vandervelde 67, 4000 Liège (Belgique)
jb.desert@cnda.be

QUAND LA CULTURE BRETONNE ET LA PSYCHIATRIE S'ENTRECHOQUENT ET S'ENTREMÊLENT : de l'histoire à la clinique quotidienne d'un hôpital de jour pour personnes âgées

- Mélissa DAYOT, Isabelle NICOLAS, Anne CAMUS et Catherine HAMON -

RÉSUMÉ - SUMMARY

La culture bretonne prend une importance toute particulière dans un hôpital de jour de psychiatrie pour personnes âgées, situé dans le Finistère. Présente dès l'arrivée des patients à travers un café d'accueil, elle tient une place essentielle dans les médiations thérapeutiques, que ce soit à travers des supports tels que les journaux, les reportages, les échanges ou encore les activités manuelles.

Aussi, un éclairage historique puis ethnopsychiatrique sur la Bretagne permet de mieux saisir les représentations locales de la maladie, du vieillissement, de la psychiatrie et de la culture qui peuvent alors varier au sein d'une même région aux spécificités en apparence homogènes. En identifiant les événements marquants, leurs incidences psychologiques sur la population et la prédominance de certaines problématiques psychiatriques, aux facteurs multiples, nous avons pu observer que certaines manifestations peuvent encore aujourd'hui s'exprimer.

Dans cet article, sous un angle d'abord historique, nous vous proposons de revenir sur l'histoire de la Bretagne et les origines de quatre pathologies psychiatriques observées sur son territoire. Puis, au regard de notre pratique clinique quotidienne, nous revenons sur la connaissance, l'intégration et l'importance de la culture dans les soins psychiques apportés aux personnes âgées en hôpital de jour.

À travers une alliance thérapeutique, le cadre d'intervention, les entretiens, les médiations, les temps informels et les échanges interprofessionnels, nous prenons la mesure de l'omniprésence de la culture dans notre quotidien et il nous incombe de tantôt l'intégrer, tantôt la mettre à distance.

MOTS CLÉS : Ethnopsychiatrie - Bretagne - Culture - Personnes âgées - Clinique

WHEN BRETON CULTURE AND PSYCHIATRY INTERSECT: FROM HISTORY TO DAILY CLINICAL PRACTICE IN A DAY HOSPITAL FOR OLDER ADULTS

Breton culture has for elderly psychiatric patients a real importance in a day hospital located in Finistère. It is present as soon as the patients arrive, with a welcome coffee, and it has a central place in therapeutic interventions, with media such as newspapers, reports, discussions, or even manual activities.

A historical and ethnopsychiatric perspective on Brittany helps to understand local representations of illness, aging, psychiatry, and culture, which can change even within a region. By identifying significant events, their psychological impacts on the population, and the predominance of some psychiatric issues, which have many contributing factors, we have observed that manifestations can still be seen today.

In this article, we take a historical perspective to look back at the history of Brittany and the origins of four psychiatric disorders observed in this region. Then, based on our daily clinical practice, we will reflect on the knowledge, integration, and importance of culture in the mental healthcare given to elderly patients in the day hospital.

Through the therapeutic alliance, the intervention framework, interviews, mediation, informal moments, and interprofessional exchanges, we understand the importance of culture in our daily lives. It is our responsibility to sometimes integrate culture into care and, at other times, to take a step back from it.

KEY WORDS : Ethnopsychiatry - Brittany - Culture - Elderly - Clinical practice

INTRODUCTION

La thématique de la culture dans les hôpitaux de jour peut bénéficier d'une lecture plurielle. En effet, selon l'UNESCO, la culture est considérée comme « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances » (1).

À travers cet article, nous aborderons ce qui a spontanément fait lien entre cette thématique et notre pratique quotidienne : l'importance de la culture bretonne dans un hôpital de jour pour personnes âgées situé dans une région particulière et à forte identité, le Finistère.

Dans un premier temps, nous identifierons des événements majeurs de l'Histoire, leurs impacts psychologiques ainsi que leurs répercussions sur la clinique et la culture bretonne.

Ensuite, un éclairage ethnopsychiatrique via la littérature nous permettra de nous interroger sur la prédominance régionale de certains troubles psychiatriques aux origines plurifactorielles. Quels sont les troubles les plus fréquents ? Quelle est l'importance des facteurs historiques, biologiques, environnementaux, individuels... ?

Enfin, nous mettrons en lumière l'influence de la culture bretonne dans le déroulement des soins quotidiens à l'hôpital de jour.

DE L'HISTOIRE À LA CLINIQUE QUOTIDIENNE

LA CULTURE BRETONNE À TRAVERS LE TEMPS

D'un point de vue historique, la population bretonne tire en partie ses origines du peuple celtique ayant été chassé de Grande-Bretagne au V^e siècle et venu s'établir en Armorique, le Pays de la Mer (2 ; 3). Dans cette Britannia romaine, la religion tenait une place prédominante dès le II^e siècle, sous forme d'adhésion ou de rejet de la part de la population qui accorde une place importante aux légendes, contes, guérisseurs... Selon les périodes, cette influence a pu renforcer ou atténuer la défiance à l'égard de la religion, mais également de la médecine.

Aux guerres succèdent les périodes de prospérité, favorisées par les mariages et alliances politiques, qui permettent à la population de participer au commerce national et international, tant sur le plan terrestre que maritime. Durant ces périodes de prospérité, le maintien et le développement des festivités locales,

véritables garants des traditions et de leur transmission, contribuent à une identité bretonne, qu'elle soit régionale ou locale.

Ultérieurement, l'intégration de la Bretagne au Royaume de France par le mariage d'Anne de Bretagne, va permettre à cette dernière une négociation d'avantages pour la région (impôts, octrois et jugements) qui deviendront permanents lors du mariage de sa fille, Claude de Bretagne avec François I^{er}. Cette unification, ainsi que la volonté d'uniformisation qui l'accompagne, vont mettre à mal l'identité bretonne. À travers les époques, la Bretagne a souvent fait l'objet de tentatives d'assimilation à un Empire, à un Royaume ou à un État plus grand qu'elle et cela de diverses manières. Ce fut le cas par le prisme de la religion via des missionnaires envoyés par l'État pour véhiculer la parole du roi, par le biais de la politique avec l'instauration d'un parlement de Bretagne où les locaux n'occupaient pas les fonctions décisionnaires ou encore par la force à travers des répressions sévères.

La défense des traditions s'opère alors sous la forme d'une résistance quotidienne (2 ; 3) : l'alcool autrefois associé aux festivités est utilisé pour défier l'autorité du roi, le breton est parlé en dehors de l'école pour permettre l'inclusion de toutes les générations, l'Église est rejetée tant qu'elle se fait porte-parole des politiques du pays. Ainsi, l'usage festif de l'alcool peut évoluer vers une consommation chronique et fait le lit de conduites addictives.

Sur un autre plan, la particularité du matriarcat breton est à prendre en compte : la place des femmes est centrale dans la société du fait des rôles multiples qu'elles tiennent, allant de la gestion domestique à celle des terres en passant par les finances. Cette organisation est favorisée par l'absence fréquente des hommes (guerres, travail, marins...) et leur retour est parfois difficile car l'homme peut vivre cette situation comme une dépossession de ses rôles au profit de la femme, tandis qu'il éprouve parfois le sentiment de ne plus avoir de place (4 ; 5).

L'Histoire de la Bretagne est associée dans la littérature à des répercussions psychologiques importantes pour la population, pouvant parfois se transmettre entre les générations (6 ; 7). Ces impacts peuvent être positifs tels une reconnaissance en tant que peuple à part entière et une valorisation des traditions. Mais il y a également eu des impacts négatifs tels qu'un sentiment de rejet du socle identitaire, associé aux volontés de soumission et d'uniformisation du pays. Principalement, il s'agit du passage imposé et parfois maltraitant à la langue française, entourant l'utilisation du breton d'une forme de honte et d'interdit. De plus, la dégradation des conditions de vie a poussé la population à un exode vers la capitale. Cela a entraîné l'intériorisation d'un stéréotype breton accompagné parfois d'un sentiment

de persécution voire de paranoïa. Cette fragilité de l'identité a favorisé le recours à l'alcool ainsi que l'installation de dépressions plus ou moins sévères.

À ce jour, la culture bretonne est unifiée par plusieurs éléments. L'importance de la religion à travers les siècles se retrouve aujourd'hui dans le maintien des fêtes religieuses (Noël, Pâques, Toussaint, Épiphanie, messes, pardons et le culte des morts...), la préservation des lieux de culte (enclos paroissiaux, chapelles, églises, croix et calvaires...) et la conservation de certaines valeurs religieuses (respect de l'autre, charité, espérance...). De plus, l'entité territoriale que représente la Bretagne et les coutumes partagées sur l'ensemble de ce territoire permettent de rassembler la population sous une identité qu'elle appelle à défendre. Par exemple, la coiffe bigoudène « haute » caractérisée par sa taille d'une trentaine de centimètres est devenue l'un des symboles de la région. Il en existe cependant une grande diversité, chacune associée à un territoire particulier et ayant pu, à travers le temps être porteuse d'une revendication identitaire (8). Encore aujourd'hui, nous pouvons être témoins de ces particularités culturelles lors des diverses manifestations, lors du Festival de Cornouaille par exemple. Ainsi, au sein même de cette culture bretonne dite « générale » vont se distinguer diverses spécificités locales dont la diversité des coiffes bretonnes est un bon exemple.

Malgré les évolutions, la culture bretonne semble donc aujourd'hui être placée dans un souci de préservation et de transmission de savoir-faire dans lequel les personnes âgées occupent une place importante à travers leurs récits, leurs expériences de vie et l'enseignement des traditions qu'elles partagent.

ETHNOPSYCHIATRIE BRETONNE À L'ÉCHELLE D'UN HÔPITAL DE JOUR

La littérature met en évidence quatre problématiques psychiatriques prédominantes au sein de la population bretonne : la dépression, le sentiment de persécution, l'alcoolisme ainsi que les idéations et conduites suicidaires, voire le recours au suicide (6 ; 9). En tenant compte des éléments historiques évoqués précédemment, nous avons identifié divers facteurs ayant pu contribuer à leurs apparitions, mécanismes et maintiens au cours du temps :

- ◆ Historiques (guerres, industrialisation, Révolution...)
- ◆ Culturels (stéréotypes, rituels, traditions...)
- ◆ Biologiques (vieillesse, maladie)
- ◆ Sociétaux (contexte politique)
- ◆ Sociaux (isolement et réduction des liens sociaux)
- ◆ Environnementaux (changement de saison, de lieu de vie)

- ◆ Individuels (personnalité, ressources personnelles, parcours de vie, ruptures)

Enfin, la population âgée apparaît comme plus à risque de développer certaines pathologies psychiatriques. Le vieillissement et les pertes qui lui sont associées constituent donc des facteurs essentiels à prendre en compte auprès des personnes que nous accompagnons (10).

Qualifiée par P. Carrer « *d'incurable mélancolie bretonne* » (6), la dépression apparaît particulièrement présente à travers les siècles en Bretagne et est souvent définie dans la littérature comme le point de départ des conduites addictives et suicidaires observées dans la région (11). Entre 2010 et 2014, l'Institut de veille sanitaire indique que la Bretagne est la région présentant le plus de patients hospitalisés pour troubles dépressifs (12). Un motif d'admission prédominant que nous retrouvons également à l'Hôpital de jour (HJ) Ster Héol (Rivière ensoleillée, en français) en 2024.

Quant au sentiment de persécution, il a été principalement associé à l'interdiction d'utiliser le breton (6). À ce jour, il n'y a pas de données chiffrées spécifiques à la population bretonne et nous ne sommes pas confrontés à cette problématique à l'HJ. Toutefois, nous avons pu observer une certaine susceptibilité à l'égard de quelques sujets portant notamment sur la culture. En effet, cette interdiction du breton dans les écoles a marqué plusieurs générations et fait encore aujourd'hui l'objet d'échanges tantôt placés sous l'angle du tabou et de la persécution (13), tantôt sous celui de la résistance et de la fierté.

Concernant les conduites suicidaires, il a été mis en avant dans la littérature qu'elles allaient souvent de pair avec un sentiment d'incurabilité et/ou de honte (6 ; 7). La devise des combattants bretons « *kentoc'h mervel eget em zaotra* » (« *Plutôt la mort que la souillure* ») apparaît clairement comme un marqueur du recours au suicide jugé préférable au fait de vivre dans la honte. La dépression apparaît comme la cause principale et est suivie par les ruptures du parcours de vie.

Jean-Yves Broudic met en avant que le taux de suicide a particulièrement augmenté ces 50 dernières années alors qu'il était le moins élevé il y a un siècle (11). Sur la période 2020-2022, les indices comparatifs de mortalité placent la Bretagne au premier rang des régions françaises concernées par le suicide avec une surmortalité masculine de + 49 % et une surmortalité féminine de + 47 % (14). Dans la mesure où la littérature met en évidence que la population âgée est particulièrement concernée par ce taux plus important de suicides aboutis (15), nous veillons à être plus attentifs à cette problématique chez les patients que nous accompagnons.

À Ster Héol, nous sommes souvent confrontés aux propos suicidaires de certains patients qui évoquent des difficultés d'ordre familial, social ou en lien avec leur histoire de vie. Les causes culturelles sont peu évoquées mais nous observons fréquemment dans les discours de nos patients une dimension culturelle du recours au suicide : certains évoquent le suicide de membres de leur famille, d'autres des discours sur le suicide et la mort que leur entourage peut tenir (« *je préfère mourir que d'être dans cet état* ») ou encore des moyens connus (se jeter à la mer, prendre des médicaments, recourir à la pendaison, consommer de l'alcool pour un « suicide à petit feu » ...).

L'alcoolisme en Bretagne, mythe ou réalité ?

Cette problématique a déjà été mise en avant au XVI^{ème} siècle à propos des crimes liés à l'alcool ciblant en premier lieu la population bretonne et les festivités dominicales, ce qui a favorisé l'installation d'une consommation chronique. La place centrale du trafic maritime dans la région a permis un approvisionnement de ce qui était perçu autant comme un remède que comme un poison : un remède à tous les maux par son effet anesthésiant et un poison permettant des conduites suicidaires face aux difficultés estimées « sans espoir » (6). En 2021, Santé Publique France indique une prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes de 21,6% en Bretagne contre 16,5% au niveau national (16). Les facteurs contributifs observables sont l'isolement social, les événements et parcours de vie, l'environnement familial, l'aspect culturel incluant des « rites de passage » ainsi que l'aspect tabou du mal-être favorisant le recours à l'alcool. À l'HJ, nous accompagnons des patients ayant des problématiques associées à l'alcool, mais il reste difficile d'identifier réellement son usage chronique. En effet, les patients ne parlent presque jamais de ce sujet ou l'évitent en revenant sur ceux considérés comme moins tabous et moins vecteurs de honte. Même si la question de la consommation d'alcool est aujourd'hui plus aisée à aborder, elle nécessite au préalable l'installation d'un lien de confiance suffisamment sécurisé pour permettre aux patients d'évoquer leurs éventuelles problématiques.

L'importance des représentations

En Bretagne, le médecin a longtemps été considéré comme un étranger suscitant la peur et la méfiance. En effet, la population redoutait d'avoir à payer ce savoir qu'elle ne possédait pas elle-même, d'autant plus lorsqu'il était envoyé par l'État dans les provinces. À cela s'ajoutait l'idée selon laquelle les médecins et chirurgiens pratiquaient majoritairement des saignées et des amputations en lien avec les conditions particulières de travail de la population (marins, agriculteurs et

artisans). Les traitements et les régimes prescrits étaient rarement suivis du fait de la faible confiance accordée à leurs prescripteurs. Ce rejet d'assistance médicale a été renforcé par les croyances locales, amenant le recours à la religion, aux guérisseurs, aux rebouteux, aux opérateurs ou aux sorciers pour guérir les maux du corps et de l'âme (3 ; 6 ; 11).

Ce rapport à la médecine, associé aux représentations encore majoritairement négatives de la maladie, de la psychiatrie et de la vieillesse, n'a fait qu'accentuer les retards et les difficultés de prise en soin d'une population déjà isolée sur le plan géographique.

A ce jour, la sectorisation et l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur ont permis un meilleur accompagnement de la population associé à l'évitement des ruptures de parcours. La compréhension de ces représentations, toujours d'actualité pour certaines, nous permet d'y être plus attentifs, d'en tenir compte lors de la présence des patients en HJ et plus largement de faciliter l'accès aux soins psychiques.

LA CULTURE DANS LA CLINIQUE QUOTIDIENNE DE L'HJ

Tenir compte de l'histoire et de l'ethnopsychiatrie bretonne nous a semblé essentiel pour comprendre l'importance de la culture bretonne observée au sein de l'HJ Ster Héol. En effet, la culture est omniprésente à différents niveaux, allant des médiations aux entretiens, en passant par les pathologies, les représentations culturelles des patients et leurs discours.

L'accompagnement face à la maladie

Au quotidien, notre point de départ est la création du lien thérapeutique afin de pouvoir faire de l'HJ un lieu sécurisé permettant aux patients de venir déposer leurs difficultés. La culture est notamment un levier car elle permet de créer une connivence autour de repères communs, facteurs de réassurance. Puis, il s'agira de renforcer ce lien au cours du temps en nous appuyant sur un intérêt commun, une réponse individualisée, l'humour, un lieu de vie, un lien téléphonique...

Beaucoup viennent à l'HJ, s'intègrent dans le groupe, participent à la médiation. Cette dernière vient s'inscrire en tiers dans la relation entre le patient et le soignant. Elle permet une expression facilitée du vécu émotionnel ainsi que des difficultés rencontrées. La culture y est omniprésente, que ce soit à travers le langage, les sujets abordés, les activités proposées, les supports utilisés (journal local, reportage, matériaux locaux...) ou encore les lieux de sorties.

Concernant les pathologies mises en évidence par l'ethnopsychiatrie bretonne, nous avons pu voir que l'HJ était particulièrement concerné par la dépression

et peu par les autres problématiques. En effet, bien que nous soyons vigilants aux autres pathologies, la prévalence de la dépression dans la population avec laquelle nous travaillons nous pousse à être particulièrement attentifs aux signes précurseurs (repli sur soi, changements de comportements, de discours, de langage utilisé, absences...). Nous apprenons à les reconnaître au fur et à mesure que nous apprenons à connaître les patients.

Enfin, nous notons la chance et l'importance de compter au sein de notre équipe des professionnels vivant dans le secteur que couvre Ster Héol. Ces professionnels ont une connaissance approfondie des façons de penser, des événements passés mais aussi des patients. Ajouté au lien entretenu avec les différents acteurs du secteur (psychiatrie de liaison, CMP, intervenants à domicile...), cela nous permet d'avoir une vision globale du milieu de vie d'un patient et ainsi de croiser sa réalité avec celle des autres. Parfois, cela nous permet de savoir que le sentiment de persécution ressenti par le patient est fondé sur une réalité et non sur un délire sous-jacent.

Ainsi, nous suivons une démarche partant de la clinique actuelle du patient tout en tenant compte de son histoire, de son environnement et des facteurs de risque. Il est ensuite de notre responsabilité de nous servir ou non des leviers à notre disposition en fonction du souhait du patient.

Les temps d'accueil et de fin de médiation

Tous les matins, les journées commencent par un « café d'accueil », où patients et soignants échantent réunis autour de la table. Au-delà d'un point clinique sur leur état psychique, ce temps est un rituel dont l'importance culturelle est mise en avant par les patients eux-mêmes qui ne souhaitent pas commencer la médiation sans partager la lecture du journal local en prenant leur café.

L'arrivée d'un nouveau patient ou d'un nouveau professionnel est souvent marquée par la première question qui lui est posée dans le groupe : « Où est-ce que tu habites ? ». Connaître le lieu d'habitation, c'est connaître les événements qui s'y déroulent et pouvoir créer un lien en s'appuyant sur la culture. Cela s'avère plus difficile pour les patients originaires d'une autre région car ils peuvent se sentir marginalisés en raison de leur méconnaissance du secteur, du breton ou encore des discussions et des traditions qu'ils ne connaissent pas encore. Afin de faciliter leur intégration, nous traduisons les propos bretons, expliquons où se trouvent les lieux évoqués à l'aide d'une carte et faisons en sorte qu'ils puissent eux aussi expliquer au reste du groupe des traditions inconnues pour les locaux.

En fin de médiation, le temps est plus court mais tout aussi important car il permet aux patients de faire un

retour sur ce qui a été abordé avec la possibilité de reprendre une thématique. Nous avons observé que les sujets culturels sont particulièrement appréciés par les patients et font souvent l'objet de nouvelles demandes.

Aussi, un grand nombre de patients accueillis se connaissent depuis l'enfance et se retrouvent parfois à l'HJ. Lors de leur première arrivée, les patients cherchent souvent un visage familier dans le groupe. Cette familiarité favorise une fréquentation régulière et contribue à l'abaissement des mécanismes de défense que nous observons, souvent en lien avec les représentations de l'H.J., de la maladie, de la psychiatrie... Cela a notamment permis de créer ce que nous avons appelé l'effet « club » car dans l'esprit des patients, ils ne venaient plus à l'HJ mais retrouvaient des amis. Nous appuyer sur cette convivialité a aussi amené l'HJ à rappeler sa fonction thérapeutique symbolisée par le port du badge soignant.

En médiation : l'exemple de l'atelier « actualités »

Cet atelier regroupe environ 6 patients autour des journaux locaux de la semaine. Chaque patient choisit un article dont il aimerait partager le contenu avec l'ensemble du groupe. Puis, un débat s'engage naturellement entre les participants. Les objectifs de cet atelier sont multiples : stimuler et maintenir les capacités cognitives, permettre le partage d'expériences, valoriser les connaissances et le vécu des patients, maintenir les habiletés sociales ou encore favoriser la restauration de l'estime et de la confiance en soi.

Nous notons un grand intérêt des participants d'origine bretonne pour les actualités qui concernent leur commune ou ses environs. Récemment, les patients ont pu échanger autour des sardinières, de leur histoire, des difficultés du métier, des événements commémoratifs ainsi que de la parution d'une bande dessinée. Cela a suscité le partage d'expériences, d'anecdotes ainsi que l'achat de la bande dessinée pour le service.

Cet atelier nous a montré les bénéfices du rapport de nos patients bretons à leur culture ainsi que son rôle de facilitateur des liens. À travers le choix des patients, nous avons aussi pu constater qu'il y avait un certain devoir de mémoire, de transmission des événements qui ont eu lieu et des traditions locales qui perdurent. Pour les patients installés depuis peu dans la région, nous observons une forte attention pour les explications données par les autres patients sur les articles locaux mais leur choix se porte en priorité sur les articles nationaux.

En entretien

Nous observons que l'HJ permet souvent de faire levier pour la prise en soin et favorise l'entrée en relation avec

le milieu psychiatrique. Au-delà du lien noué avec les patients, nous cherchons en entretien à questionner le patient sur sa culture et ses représentations. Afin de mieux comprendre la souffrance psychique d'une personne, nous tenons compte de nos connaissances et de nos expériences tout en cherchant à comprendre le milieu dans lequel elle vit. Cela passe notamment par la culture locale dans laquelle elle a été élevée. Connaître cette culture, c'est connaître les leviers que nous pouvons mobiliser et les freins avec lesquels nous devons travailler. L'ethnopsychiatrie nous permet de mieux saisir les difficultés auxquelles nous sommes confrontés et ainsi d'adapter notre pratique clinique en conséquence afin de venir confronter, contourner ou épouser les freins. Se baser sur la culture dans les soins s'articule autour de deux façons différentes et parfois complémentaires de valoriser une personne : l'une centrée sur les capacités actuelles de l'individu, l'autre sur son appartenance identitaire.

Le partage et les échanges avec les autres hôpitaux de jour du pôle

Depuis 2020, les infirmiers des quatre HJ du pôle se rencontrent annuellement pour une journée entière. Le but de cette rencontre est de favoriser les échanges entre les différents professionnels des HJ, de croiser les pratiques, d'apprendre à mieux se connaître et d'échanger sur les différentes médiations.

Au cours de ces rencontres, nous avons pu observer que si le soin est au cœur de notre pratique commune, chaque structure a sa propre identité et sa propre culture, notamment en lien avec la population qu'elle accueille. Au cœur de l'HJ, des médiations, des échanges, des entretiens, la culture fait partie du soin et chacun de ses acteurs, professionnels ou patients, contribue à la culture singulière de chaque institution.

CONCLUSION

Notre réflexion a permis de mettre en évidence l'importance de la prise en compte de la culture au quotidien. En effet, la référence à la culture bretonne, riche de nombreuses traditions encore vivantes, facilite le premier contact, contribue à tisser l'alliance thérapeutique et peut servir de levier pour une adhésion aux soins. Elle facilite le lien social entre les patients et peut favoriser l'intégration dans un groupe.

Par ailleurs, cette approche culturelle, complétée d'une lecture historique et ethnopsychiatrique du secteur géographique rattaché à l'HJ de Ster Héol a mis en évidence des événements majeurs et leurs impacts psychologiques sur la population. Ces éclairages nous ont offert des éléments de compréhension sur la prévalence de pathologies psychiatriques comme la dépression, les conduites addictives et suicidaires mais aussi de certaines représentations des patients vis-à-vis de leur maladie.

Enfin, la dimension culturelle fait partie intégrante de l'accompagnement en HJ, que ce soit à travers les moments d'accueil, de soins ou de médiations, le tout s'inscrivant dans un cadre thérapeutique partagé au niveau institutionnel. Ce travail a été également l'occasion de rappeler l'importance d'une prise en soins globale pour le patient, la nécessité d'une adaptation permanente à l'évolution de ses besoins. Le défi consiste, pour les professionnels, à préserver les identités locales, tout en proposant un environnement thérapeutique diversifié, afin que chacun puisse se sentir intégré. Surtout, la prise en compte de la culture doit permettre le maintien d'une ouverture sur le monde, afin d'accompagner au mieux les patients dans un monde en constante évolution.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hayer D. La culture : des questions essentielles. *Humanisme*. 2012;296(2):85-88. doi:10.3917/huma.296.0085.
2. Infobretagne. Chronologie de l'histoire de la Bretagne. Disponible sur: <http://infobretagne.com/chronologie-histoire-bretagne.html>
3. Milin, Choplin, Rabuteau, Bernez, Chartier, Baptiste, Dlugy-Belmont, Hily, Lemée, Jambon, Eléouët, Philippe. *Histoire de la Bretagne*. Disponible sur: www.histoiredelabretagne.bzh
4. Audibert A. *Le matriarcat breton*. Paris: Presses Universitaires de France; 1984.
5. Carrer P. *Le matriarcat psychologique des Bretons : essais d'ethnopsychiatrie*. Paris: Payot; 1983.
6. Carrer P. *Ethnopsychiatrie en Bretagne et autres terres celtiques*. Spézet: Coop Breizh; 2011.
7. Bonicel MF. Le handicap dans notre imaginaire culturel. In: *Le handicap dans notre imaginaire culturel*. 2015. 171-191.
8. Menzies CR. *Red Flags and Lace Coiffes: Identity, Livelihood, and the Politics of Survival in the Bigoudennie, France*. 2011.
9. Kopp-Bigault C, Walter M. *La prévention du suicide en Bretagne : connaître, comprendre, agir*. Paris: L'Harmattan; 2023.
10. Organisation mondiale de la Santé. Santé mentale et vieillissement. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
11. Broudic JY. *Suicide et alcoolisme en Bretagne au XXe siècle*. Decrite; 2008.
12. Peigné T. La Bretagne, région où il y a le plus d'hospitalisations pour dépression. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/bretagne-region-il-y-plus-hospitalisation-depression-1236467.html>
13. Melennec L. *Le syndrome breton*. Disponible sur: <https://www.nhu.bzh/syndrome-breton/>
14. Observatoire régional de la santé en Bretagne. *Observation du phénomène suicidaire en Bretagne*. 2025.
15. Charazac-Brunel M. *Le suicide des personnes âgées*. Toulouse: Érès; 2014.
16. Santé publique France. *Alcool : consommation en 2021 et passages aux urgences en 2023*.

LES AUTRICES :

Mélissa DAYOT, Isabelle NICOLAS, Anne CAMUS et Catherine HAMON

Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud
Hent Glaz 18, 29000 Quimper (France)
mdayot@epsm-quimper.fr

DE LA CULTURE À LA CRÉATION : MÉDIATIONS ARTISTIQUES ET CLINIQUE DU LIEN EN HÔPITAL DE JOUR PÉDOPSYCHIATRIQUE

- Sophie SYMANN, Danièle VAN DEN BROECK, Céline VERDYS -

RÉSUMÉ - SUMMARY

La Région de Bruxelles-Capitale, caractérisée par une forte diversité culturelle et linguistique, constitue un terrain privilégié pour observer la manière dont les trajectoires migratoires influencent la santé psychique des enfants.

Le KaPP, hôpital de jour pédopsychiatrique accueillant des enfants de 0 à 12 ans, s'inscrit dans ce contexte. Son approche clinique repose sur une articulation entre travail individuel, familial et institutionnel, soutenue par une équipe interdisciplinaire et multiculturelle. La culture y est reconnue comme un élément structurant du soin, non comme un facteur secondaire : elle modèle les représentations, influence les modes d'expression et traverse les dynamiques familiales.

Dans ce dispositif, les médiations linguistiques et artistiques jouent un rôle central. Le recours aux interprètes facilite la circulation de la parole et l'accès aux affects, tandis que les ateliers artistiques (écriture, arts visuels, mouvement) offrent des voies d'expression alternatives, favorisent la symbolisation et rendent à l'enfant une capacité d'initiative. Pensés comme espaces transitionnels au sens de Winnicott, ces ateliers permettent de transformer des vécus fragmentés, de soutenir la continuité identitaire et de créer du lien au sein du groupe.

Deux vignettes cliniques illustrent comment la prise en compte des langues, des histoires migratoires et des médiations créatives permet l'apaisement, la relance des processus de symbolisation, la reprise du développement et la restauration des liens familiaux. L'ensemble montre que, dans un contexte transculturel, culture et création constituent non seulement des médiateurs thérapeutiques, mais des instruments de rétablissement essentiels, capables de relier, transformer et humaniser le soin pédopsychiatrique.

MOTS CLÉS : Transculturalité - Médiations - Symbolisation - Créativité - Subjectivation

FROM CULTURE TO CREATION: ARTISTIC MEDIATIONS AND THE CLINICAL WORK ON BONDS IN A CHILD AND ADOLESCENT DAY-HOSPITAL SETTING

The Brussels-Capital Region, marked by significant cultural and linguistic diversity, provides a privileged context in which to observe how migratory trajectories influence children's mental health.

The KaPP, a child psychiatric day hospital welcoming children aged 0 to 12 years, operates within this context. Its clinical approach is grounded in an articulation between individual, family and institutional work, supported by an interdisciplinary and multicultural team. Culture is regarded there as a structuring element of care rather than a secondary factor: it shapes representations, influences modes of expression, and permeates family dynamics.

Within this framework, linguistic and artistic mediations play a central role. The use of interpreters facilitates the circulation of speech and access to affects, while artistic workshops (writing, visual arts, movement) offer alternative modes of expression, foster symbolization, and restore the child's capacity for initiative. Conceived as transitional spaces in Winnicott's sense, these workshops help transform fragmented experiences, support identity continuity, and create relational bonds within the group.

The clinical vignettes illustrate how taking linguistic backgrounds, migratory histories and creative mediations into account enables emotional soothing, the reactivation of symbolization processes, renewed developmental progress, and the restoration of family bonds. Overall, in a transcultural context, culture and creation emerge not only as therapeutic mediators but as essential instruments of recovery, capable of linking, transforming, and humanizing child psychiatric care.

KEY WORDS : Transculturality - Mediations - Symbolization - Creativity - Subjectivation

INTRODUCTION

La Région de Bruxelles-Capitale se caractérise par une configuration démographique singulière : plus d'un tiers de ses habitants possèdent une nationalité étrangère, et plus d'un Bruxellois sur deux n'est pas né avec la nationalité belge (1,2). Dans cette métropole où cohabitent plus de cent quatre-vingts nationalités, la pluralité des langues, des traditions et des références symboliques façonne en profondeur les institutions, y compris celles du soin psychique.

Cette réalité multiculturelle traverse le quotidien du KaPP (K désigne les lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile pour le Ministère de la Santé en Belgique et PP pédopsychiatrie), hôpital de jour situé à Bruxelles. Dans cet espace de soins pour enfants de 0 à 12 ans, les trajectoires migratoires, les appartenances multiples et les histoires familiales hétérogènes rencontrent les dispositifs thérapeutiques de la pédopsychiatrie institutionnelle. Le travail clinique s'y tisse à la croisée de plusieurs langues, de cadres éducatifs et de systèmes de valeurs souvent contrastés.

Les soignants eux-mêmes, issus de plus d'une dizaine de pays, constituent une communauté professionnelle profondément multiculturelle. Au fil du temps, l'équipe du KaPP a développé une pratique qui conçoit la culture non comme une variable périphérique, mais comme un véritable vecteur de soin. Reconnaître la dimension culturelle, c'est reconnaître que chaque subjectivité s'enracine dans une trame symbolique, familiale et historique singulière (3).

Cet article propose de montrer comment, dans un dispositif institutionnel centré sur la clinique du lien, la création et les médiations artistiques deviennent des voies d'accès privilégiées à l'expression, à la symbolisation et au rétablissement de l'enfant. Dans un tel contexte, l'art et la culture s'imposent comme des médiateurs essentiels du soin. À travers la vie institutionnelle et deux vignettes cliniques, celles d'A. et F., nous explorerons la manière dont la création permet de retisser du lien, de rendre audible ce qui avait été réduit au silence et de soutenir les processus de subjectivation au cœur de la rencontre interculturelle.

LE KAPP

Le KaPP est une unité hospitalière de psychiatrie infanto-juvénile intégrée aux Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles. L'unité dispose de 35 places, dont 30 en hospitalisation de jour et 5 en hospitalisation jour/nuit. Elle accueille des enfants de 0 à 12 ans, présentant un large spectre de troubles psychopathologiques, justifiant une interruption temporaire de la scolarisation pour un bilan approfondi et la mise en place de pistes thérapeutiques adaptées. La durée moyenne d'hospitalisation est de trois mois, avec la possibilité

d'un renouvellement. Toutefois, certains enfants peuvent être amenés à séjourner plus longtemps.

Le projet thérapeutique du KaPP repose sur un double objectif : établir un bilan diagnostique pluridisciplinaire et ouvrir des pistes de traitement visant la restauration du développement et des apprentissages. Mais au-delà de ces visées, le KaPP revendique une clinique du lien, centrée sur la relation et la mise en sens de l'expérience.

Cette approche s'appuie sur un travail mené simultanément sur plusieurs registres. Le premier est le registre individuel, qui comprend notamment les prises en charge psychologiques, neuropsychologiques, corporelles ou logopédiques. Le second est le registre familial, avec des entretiens réguliers toutes les deux à trois semaines, auxquels participent, lorsque nécessaire, des interprètes professionnels. Enfin, le registre institutionnel permet à chaque jeune de s'inscrire dans un groupe de vie, de bénéficier d'un accompagnement éducatif et de participer à des ateliers collectifs fondés sur le jeu, la créativité, le langage et le corps. Le soin est ainsi envisagé comme un processus dialogique où les voix du sujet, de sa famille et des soignants s'entrecroisent et participent à une élaboration nouvelle (4).

L'équipe interdisciplinaire réunit une cinquantaine de professionnels : pédopsychiatres, psychologues, éducateurs, orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmières, neuropsychologues, assistantes sociales et enseignantes de l'école « Escalé » (enseignement spécialisé de type 5 destiné aux élèves qui ne sont plus en mesure d'aller à l'école pour des raisons de santé).

La composition de l'équipe reflète la diversité de la population bruxelloise : environ 40 % des soignants sont non belges ou belges d'origine étrangère (France, Maroc, Turquie, Corée, République démocratique du Congo, Italie, Pologne, Grèce, Pérou...).

Cette pluralité linguistique et culturelle au sein même de l'équipe favorise la compréhension des contextes de vie, l'établissement de ponts symboliques et la création d'un climat d'accueil propice à la confiance.

Au cours de la dernière année, 60,3 % des enfants hospitalisés étaient soit belges d'origine étrangère, soit non belges. Cette donnée souligne la nécessité d'un travail constant de décentration : reconnaître la valeur de chaque trajectoire, écouter ce que la culture de l'autre révèle des modes de subjectivation, et prévenir les risques de réduction culturaliste ou de malentendu institutionnel.

PENSER LA CULTURE DANS LE SOIN : UNE POSTURE CLINIQUE ET ÉTHIQUE

Dans les situations transculturelles, les symptômes et les comportements prennent sens dans des univers de signification multiples : ce qui relève du pathologique pour le clinicien peut être perçu comme une variation du normal au sein d'un autre référentiel. Penser la culture dans le soin, c'est donc refuser à la fois l'universalisme naïf et le relativisme absolu.

Suivant Moro (5), l'enfant qui grandit entre plusieurs mondes symboliques cherche une continuité narrative entre ses appartenances. Le thérapeute, pour sa part, devient passeur : il accueille la pluralité des langues et des valeurs tout en soutenant l'unité du sujet.

La prise en compte de la culture suppose une posture éthique : construire un cadre suffisamment souple pour permettre l'expression de l'altérité sans réduction, mais aussi suffisamment contenant pour éviter la dispersion (3).

Au KaPP, cette conception se traduit par la recherche d'un équilibre entre universalité du soin et singularité des histoires. L'enfant est reçu comme un sujet situé, traversé par des appartenances et des loyautés multiples. Les parents sont considérés non seulement comme partenaires, mais comme porteurs d'un savoir sur leur enfant, inscrit dans leur histoire migratoire et leur système de valeurs.

LE RÔLE DU LANGAGE ET DES MÉDIATIONS CULTURELLES

La langue constitue souvent la première interface de la rencontre thérapeutique. Lorsqu'elle fait obstacle à la compréhension fine des émotions et des représentations, l'usage d'un interprète permet non seulement de traduire, mais d'ouvrir un espace tiers où la parole circule. L'expérience du KaPP montre que cette médiation linguistique ne se limite pas à la transmission d'informations : elle transforme la dynamique de la rencontre, autorisant l'expression des affects et la reconnaissance mutuelle.

Dans cette perspective, le recours à des médiations culturelles, qu'il s'agisse de la langue, de la narration ou de la création artistique, s'avère un levier essentiel pour articuler monde interne et environnement social. Ces dispositifs facilitent l'accès à la symbolisation et soutiennent la continuité identitaire des enfants exposés à des ruptures migratoires, familiales ou scolaires.

Au KaPP, les ateliers à médiation artistique occupent une place centrale. Loin d'être des activités « occupationnelles », ils constituent des espaces de soin à part entière : ils offrent des voies d'expression

alternatives à la parole, soutiennent l'élaboration psychique et permettent de redonner forme à des vécus souvent fragmentés (6).

L'atelier « Écriture, arts visuels et mouvement », mené conjointement par des éducateurs, des enseignants et des intervenants artistiques, illustre cette démarche. Enfants et adultes y produisent côte à côte, selon des modalités de coopération variables, dans une alternance de travail individuel et collectif. Les inducteurs (mots déclencheurs, images, objets, reproductions d'œuvres, ou contraintes dites « libératoires ») visent à libérer la créativité et à réhabiliter le plaisir de faire. Les enfants apprennent à jongler avec les mots, jouer avec les sons, détourner des textes ou composer à partir d'images. En arts visuels, ils expérimentent diverses techniques telles que l'aquarelle, le collage, le frottage, les encres, le zentangle, le tataki-zomé ou encore le kintsugi, qui favorisent le contact sensoriel avec la matière. Le mouvement, quant à lui, engage le corps, l'espace et la relation aux autres. L'art devient ici un langage commun, un terrain de jeu où les enfants réinvestissent leur corps, leur pensée et leur relation à autrui.

Ces ateliers s'inscrivent dans une approche thérapeutique intégrant les apports de « la thérapie par surcroît » décrite par Mille et al. (7). Le médium artistique agit comme un tiers symbolisant : il permet la mise à distance des affects, la transformation de la passivité en activité et la réactivation des capacités créatrices. Chez les enfants présentant des troubles de la communication, cette expérience corporelle et plastique précède souvent l'accès à la parole et au récit.

La dimension groupale joue ici un rôle déterminant. Le groupe constitue une matrice de reconnaissance où chaque enfant se découvre capable d'agir et de créer, à partir de ses ressources propres. La création collective favorise l'émergence d'un sentiment d'appartenance, essentiel dans les parcours marqués par la fragmentation identitaire.

Les projets s'inspirent d'artistes issus de diverses cultures, d'Henri Matisse à Édouard Manet, de René Magritte à Andy Warhol et de Daniel Spoerri à Christo, permettant aux enfants de rencontrer une pluralité de formes et de symboles. Ainsi, le travail autour de Christian Dotremont et de ses logogrammes, alliance d'écriture et de peinture, invite à explorer la trace, le geste, la matérialité du mot. D'autres thématiques, comme celle du repas et de la nourriture, offrent un terrain privilégié pour les échanges interculturels : évoquer les mets familiaux, détourner des natures mortes, rejouer les rituels du repas selon les cultures, etc.

Ces activités permettent de relier l'intime et le collectif, le corps et la parole, l'ici et l'ailleurs. L'enfant est amené à transformer son vécu en forme symbolique, à faire de

la création un « bien partagé » où le sens se construit dans l'échange. La culture y devient un outil de lien plutôt qu'une frontière.

L'ensemble des médiations mises en œuvre au KaPP peut être compris comme un espace transitionnel. Selon Donald W. Winnicott (8), espace et objets représentent pour l'enfant des intermédiaires, des instruments de passage entre le corps et l'étranger, entre le présent et un futur, le désir et la réalité, entre toute-puissance et nécessité.

Cet espace transitionnel fonctionne comme un sas, rendant possible le changement : il permet de quitter un mode d'être pour en élaborer un autre, plus ajusté et plus autonome (9). Ces lieux de création partagée deviennent ainsi des tiers espaces où se rencontrent monde interne et réalité extérieure, sphère thérapeutique et socialité. Ils favorisent le passage de la dépendance à l'autonomie psychique et participent au rétablissement d'une continuité identitaire.

Comme le décrivent Vernier et al. (10), les médiations culturelles dans les institutions pédopsychiatriques permettent de renouer avec l'environnement et de restaurer une inscription dans le monde. En facilitant l'articulation entre soins psychiques, vie sociale et appartenance culturelle, elles soutiennent la reconstruction d'une cohérence personnelle.

Dans le contexte bruxellois, caractérisé par la multiplicité des appartenances, cette dimension prend une portée particulière : la culture, loin d'être un supplément, devient une composante structurante du soin. Elle relie, humanise et réintroduit du sens là où la pathologie fragmente.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

A., un enfant blessé

A., onze ans, est conduit aux urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc par le Centre Psycho-Médico-Social de son école, après la découverte de lésions physiques évocatrices de coups. Une ordonnance de placement par le juge de la jeunesse est prononcée, et il est hospitalisé au KaPP pour observation et soins.

Né en Afrique du Nord, A. présente un parcours marqué par les ruptures précoces : abandonné à la naissance, adopté une première fois dans son pays d'origine au cours de ses premiers mois de vie, puis réabandonné à quatre ans, avant une nouvelle adoption à six ans par un couple résidant en Belgique et partageant la même origine culturelle. Ces ruptures successives témoignent d'un traumatisme d'abandon répété et d'inscriptions filiales fragiles. A. est l'unique enfant de ce couple adoptif.

Les parents, d'âge mûr, sont issus de la diaspora et

maîtrisent peu le français. Tous deux ont grandi dans un cadre éducatif autoritaire valorisant discipline, respect et préservation de l'honneur familial. Leur projet parental, centré sur la réparation et la transmission culturelle, se heurte néanmoins à des difficultés d'adaptation en Belgique et à de profondes incompréhensions culturelles. La mère dit éprouver des difficultés à accompagner A. dans ses apprentissages en raison de ses compétences réduites en français et reconnaît avoir besoin d'aide pour répondre aux besoins émotionnels de son enfant.

Au plan scolaire, A. est en dernière année primaire, scolarisé en enseignement ordinaire dans une école bruxelloise. Il est décrit comme agité par moments et peut présenter des comportements inadéquats : il s'est déshabillé dans la cour de récréation, cache régulièrement les remarques de son journal de classe destinées à ses parents et a été privé de récréation à plusieurs reprises. Il présente en outre de bonnes capacités intellectuelles. Les parents rapportent par ailleurs que, lors d'une rencontre familiale, A. a été surpris en train de voler. Ils expliquent aussi avoir été convoqués par l'école, convocation qu'ils n'avaient pas reçue dans un premier temps car A. avait caché le mot et falsifié son bulletin. Ils évoquent alors la honte ressentie en découvrant les faits et les mensonges répétés de leur fils.

L'entretien d'admission met en évidence une barrière linguistique importante ainsi que des tensions émotionnelles vives. L'intervention d'une infirmière arabophone puis d'un interprète professionnel permet d'instaurer un dialogue. Les parents, soulagés, commencent à parler, décrivent leur désarroi face à un enfant qu'ils qualifient d'« incontrôlable » et évoquent la peur du jugement, la confusion entre autorité et violence, la honte, mais aussi un attachement profond. Le père raconte son éducation « à la dure » ; la mère exprime son impuissance et sa culpabilité. Lorsque la barrière linguistique se lève, leurs fragilités deviennent accessibles : leur parcours d'adoption, leurs espoirs, leur volonté de réparer, mais aussi leur souffrance d'être perçus comme des parents maltraitants.

Dès les premiers jours d'hospitalisation, A. se montre très autonome et assuré. Il recherche le contact mais prend le dessus sur les plus jeunes. De plus il transgresse fréquemment les règles : petits vols, dissimulation de nourriture, agitation. L'équipe repère une angoisse sous-jacente, celle d'un possible nouvel abandon. Le travail thérapeutique débute par la restauration d'un cadre contenant et sécurisant. Parallèlement, la posture des parents évolue. L'acte violent initial, d'abord nié, est progressivement reconnu et mis en lien avec leur histoire personnelle et leurs valeurs éducatives. Ce processus d'élaboration ouvre les conditions d'une réparation symbolique et permet la reprise du contact avec A. dans un cadre médiatisé.

Pour l'enfant, la sécurisation institutionnelle et sa participation aux ateliers thérapeutiques favorisent un apaisement progressif. A. retrouve la capacité d'entrer en relation, d'exprimer ses émotions et de s'investir dans les activités collectives. La médiation artistique, en particulier l'atelier « art et mouvement », offre un espace d'expression non verbale, favorise la revalorisation de sa culture d'origine et participe à la reconstruction narcissique ainsi qu'à la réappropriation de son corps après l'expérience de violence.

Le travail conjoint entre le KaPP, l'équipe SOS-Enfants et le Service d'Aide à la Jeunesse aboutit, après deux mois, à la levée du placement, assortie d'un suivi familial et d'un accompagnement éducatif à domicile. Dans un premier temps, A. reste inquiet à l'idée d'un retour en famille, mais plusieurs rencontres médiatisées permettent progressivement de mettre des mots sur les événements du jour de l'arrivée aux urgences comme sur les expériences antérieures. Cette évolution favorable illustre l'importance d'une posture soignante contenant, non jugeante et culturellement sensible.

F., un enfant dit « immature »

F., onze ans et demi, est adressé au KaPP pour des difficultés scolaires persistantes, un retard de langage et une inhibition relationnelle marquée. L'école de type 8 qu'il fréquente (un enseignement spécialisé destiné aux enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages malgré des capacités intellectuelles préservées) ainsi que son pédopsychiatre traitant évoquent un blocage en lien avec une immaturité psycho-affective. Les parents, peu demandeurs, mentionnent des tensions récurrentes autour de la scolarité, mais peinent à comprendre la pertinence d'une hospitalisation en pédopsychiatrie.

L'enfant présente un fonctionnement intellectuel dans la norme, avec un quotient intellectuel total de 103 à l'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (cinquième édition). Son profil apparaît contrasté : curieux mais inhibé, perfectionniste et très sensible à l'échec, alors que son parcours scolaire reste marqué par des difficultés récurrentes. F. semble à l'arrêt, il ne progresse pas dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Les enseignants parlent d'un enfant « intelligent mais absent », « toujours ailleurs ».

Le contexte familial est celui d'un entre-deux culturel : le père est belge francophone, la mère originaire d'Asie du Sud-Est, arrivée en Belgique depuis dix ans, comprenant et parlant très peu le français. À la maison, les échanges circulent entre plusieurs langues : le français du père, un anglais approximatif servant de langue de transition entre les parents, et quelques mots de la langue maternelle de la mère. F. parle en français avec son père, dans un registre essentiellement verbal et rationnel. Avec sa mère, il évolue davantage dans un mode

relationnel émotionnel et non verbal, F. ne maîtrisant ni la langue de sa mère ni l'anglais. Cette dissymétrie entraîne un clivage des modes relationnels. Les deux parents, par ailleurs très investis dans leur travail, peinent à trouver un espace commun de communication familiale.

Lors des premiers jours à l'hôpital de jour, F. est très peu loquace. Il observe, range, suit les autres. Il esquisse des sourires mais ne parle pas. Des pictogrammes lui sont proposés pour soutenir sa communication. En réunion d'équipe, chacun s'accorde sur une impression de grande fragilité : un enfant « en veille », comme suspendu.

Le premier entretien familial fait apparaître une mère plutôt effacée, répondant surtout par des sourires, et un père qui domine l'échange avec un style plus autoritaire. La communication reste hachée, les mots semblant se perdre d'un interlocuteur à l'autre. Nous tentons de poursuivre l'entretien en anglais, mais cette langue commune approximative ne permet pas un échange de qualité. L'équipe propose rapidement de recourir à un interprète professionnel pour les entretiens familiaux. Cette médiation modifie profondément la dynamique : la mère, s'exprimant dans sa langue maternelle, livre pour la première fois son vécu d'exil, sa solitude, son embarras de ne pas maîtriser la langue française et son sentiment d'impuissance face aux apprentissages de son fils. Celle-ci permet à la mère de nommer ses représentations éducatives, les tensions dans la relation conjugale qui en découlent ainsi que les difficultés majeures qu'ils rencontrent en tant que couple. Cette médiation linguistique favorise une meilleure compréhension réciproque des attentes parentales et des enjeux affectifs sous-jacents aux difficultés de l'enfant.

Progressivement, F. retrouve un plaisir à communiquer et s'investit davantage dans les ateliers à médiation artistique, notamment ceux d'écriture et de mouvement. Ces activités, où la parole n'est pas première, lui offrent un espace pour expérimenter la créativité et la réussite. La valorisation de ses productions et la reconnaissance de son imaginaire conduisent à une réactivation des capacités d'apprentissage.

En fin d'hospitalisation, l'équipe perçoit un mouvement de réappropriation du langage et du plaisir de penser. La médiation artistique et linguistique a permis de transformer la honte en fierté, et la double appartenance culturelle en richesse intérieure. Un travail parallèle est mené avec la mère, orientée vers un programme d'alphabétisation, et avec l'enfant, vers un soutien scolaire adapté. Ce double accompagnement illustre la conception du soin comme processus systémique intégrant les besoins linguistiques, symboliques et éducatifs de la famille.

DISCUSSION : CULTURE, CRÉATION ET PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT

Ces deux trajectoires illustrent la complémentarité du soin institutionnel et des médiations culturelles dans la relance des processus de symbolisation. La reconnaissance des langues, des histoires et des valeurs familiales a permis de restaurer un espace psychique partageable, condition nécessaire au passage d'éprouvés bruts vers des formes représentables (11). Les ateliers de création ont, quant à eux, joué un rôle de catalyseur en offrant une mise en forme sensible de l'expérience (12).

La culture, loin d'être un obstacle, devient un instrument de rétablissement : elle relie, traduit et transforme. Sa prise en compte agit comme un opérateur de liaison, permettant de transformer des vécus fragmentés en expériences symbolisables. En invitant à la création, elle restaure la capacité d'agir et le plaisir de penser (13).

Dans une perspective institutionnelle, l'équipe multiculturelle agit comme un miroir de la société : la diversité des origines et des langues stimule la créativité clinique. Les réunions pluridisciplinaires deviennent des espaces de pensée collective où se tissent des interprétations multiples. Cette polyphonie professionnelle soutient la souplesse du cadre et évite la rigidification des positions (14).

Sur le plan psychique, les médiations artistiques soutiennent les processus de symbolisation primaire et facilitent leur articulation avec des formes secondaires, verbales et narratives. Le geste créatif permet l'externalisation et la transformation de la douleur, tandis que le groupe favorise la reconnaissance et la mise en partage d'affects jusque-là indicibles. Ces dispositifs participent ainsi au passage progressif du ressenti à la représentation, favorisant l'élaboration psychique et restaurant la continuité de l'expérience subjective (15). Ce mouvement témoigne du passage progressif entre des formes de symbolisation primaire, liées à l'expérience sensorielle et affective, et des formes de symbolisation secondaire permettant la mise en mots et la mise en récit de l'expérience.

CONCLUSION

Intégrer la culture dans le soin n'est pas une concession à la diversité : c'est un impératif clinique et éthique. Dans un monde où les appartenances se croisent et se transforment, l'hôpital de jour pédopsychiatrique apparaît comme un lieu privilégié pour penser la rencontre. Le KaPP montre qu'il est possible d'articuler psychothérapie institutionnelle, médiations artistiques et travail transculturel au service du rétablissement.

Les médiations artistiques offrent des espaces transitionnels où la subjectivité peut se réinventer. Elles soutiennent également les processus de symbolisation en permettant la transformation d'expériences sensorielles et affectives en représentations partageables. Elles permettent à l'enfant de réintégrer son histoire, à la famille de se réapproprier ses ressources et à l'équipe de repenser son engagement.

Ainsi comprise, la culture n'est pas un supplément accessoire du soin mais son fondement même : elle relie, transforme et humanise. La création, quant à elle, constitue l'expression la plus aboutie de cette rencontre.

Penser le soin à partir de la culture, c'est affirmer que la santé psychique se construit toujours dans le lien : un lien à soi, à l'autre et au monde.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hermia JP, Sierens A. Belges et étrangers en Région bruxelloise, de la naissance à aujourd'hui. *Focus de l'IBSA*. 2017;(20).
2. Hermia JP, Tennstedt D. *Baromètre démographique 2025 de la Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles: Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse; 2025. (Focus n°78).
3. Bennabi-Bensekhar M, Moro MR. Pratiques de soins psychiques et diversité culturelle. *Perspect Psy*. 2018;57(4):316-321. doi:10.1051/ppsy/2018574316.
4. Mouchenik Y, Rosso N, Lefebvre MP. Clinique transculturelle et médiation thérapeutique en pédopsychiatrie. *Enfances Psy*. 2017;76(4):80-88. doi:10.3917/ep.076.0080.
5. Moro MR. *Grandir en situation transculturelle*. Bruxelles: Yapaka; 2010.
6. Vandeninden E. L'art-thérapie au secours de la communication. Diagnostic d'une médiation manquée. *Questions de communication*. 2009;(15):79-92. doi:10.4000/questionsdecommunication.479.
7. Mille C, Barthe E, Bon Saint Côme M, et al. Thérapies avec médiations, ou la thérapeutique par surcroît: comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2015;63(5):332-340. doi:10.1016/j.neurenf.2014.11.003.
8. Winnicott DW. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1975.
9. Barus-Michel J. La médiation: point de vue psychanalytique et clinique. *Journal des psychologues*. 2011;(288):44-48. doi:10.3917/jdp.288.0044.
10. Vernier L, Matos J, Bion A, et al. Médiations culturelles: modalités de mise en œuvre dans une institution de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2024;72(4):165-174. doi:10.1016/j.neurenf.2024.04.003.
11. Rabeyron T, Massicotte C. Entropy, free energy, and symbolization: free association at the intersection of psychoanalysis and neuroscience. *Front Psychol*. 2020;11:366. doi:10.3389/fpsyg.2020.00366.
12. Bion A, Cohen D. La médiation, du concept aux applications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Enfances Psy*. 2018;76(4):139-148. doi:10.3917/ep.076.0139.
13. Martin-Excoffier L, Schiltz L, Sudres JL. L'art-thérapie et les adolescents: clinique d'une évidence ? *Perspect Psy*. 2022;61(1):84-92. doi:10.1051/ppsy/2022611084.
14. Radjack R, Bossuroy M, Camara H, Touhami F, Ogrizek A, Rodriguez J, Robin M, Moro MR. Transcultural skills for early childhood professionals. *Front Psychiatry*. 2023;14:1112997. doi:10.3389/fpsy.2023.1112997.
15. Rabeyron T, Decker D. Pédopsychiatrie de liaison et médiations thérapeutiques: autour d'un cas clinique et la création d'un vidéoclip. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2023;71(2):87-93. doi:10.1016/j.neurenf.2023.01.007.

LES AUTRICES :

Sophie SYMANN, Danièle VAN DEN BROECK, Céline VERDYS

Hôpital de jour Le KaPP, Bruxelles
Cliniques Universitaires Saint-Luc - IPI
Avenue Emmanuel Mounier 18, 1200 Bruxelles (Belgique)
sophie.symann@saintluc.uclouvain.be

LES PRESCRIPTIONS MUSÉALES : un outil d'accès à la culture

- Quiterie MAUCOTEL, Jean-Jacques PARMENTIER -

RÉSUMÉ - SUMMARY

La culture, terme vague qui peut se définir de bien des manières selon le prisme avec lequel nous l'observons, peut apparaître comme un média privilégié dans une relation de soins. L'art étant un espace proposant une amélioration dans un parcours de reconstruction, nous souhaitons, dans cet article, nous concentrer sur cet aspect particulier.

Quels seraient les bienfaits de son intervention au sein d'un accompagnement thérapeutique ? Nous répondrons alors à cette question grâce à diverses études et références pour mettre d'abord en avant les liens qui existent entre l'art et la santé mentale, en abordant notamment les notions de langage et de thérapie. Nous nous focaliserons ensuite sur nos expériences de terrain au sein de l'Hôpital de Jour (HJ) Paul Sivadon dans lequel nous travaillons en tant qu'ergothérapeute et art-thérapeute, avant d'évoquer la notion de contemplation, pour en venir enfin aux bénéfices des prescriptions muséales, une initiative insérée depuis 3 ans au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Brugmann. Cette dernière, consistant à prescrire des visites dans différents musées de Bruxelles, est utilisée comme un outil donnant accès à l'art et donc à la culture, tout en facilitant les différents liens entre soignants et patients.

Ce projet innovant nous permet alors de consolider la croyance que l'utilisation de l'art est primordiale dans nos milieux de soins, plus particulièrement en psychiatrie.

MOTS CLÉS : Art - Art-thérapie - Hôpital de Jour - Prescriptions muséales - Contemplation - « Empowerment »

MUSEUM PRESCRIPTIONS : A TOOL FOR ACCESSING CULTURE

Culture, a broad term that can be defined in many ways depending on the lens through which it is observed, can appear as a privileged medium within a therapeutic relationship. As art provides a space that fosters improvement throughout a reconstruction process, this article focuses on that particular aspect.

What benefits can its use bring within therapeutic support ? We will answer this question through various studies and references, first highlighting the links between art and mental health, notably by addressing the notions of language and therapy. We will then focus on our field experiences at the Paul Sivadon Day Hospital (HJ), where we work as an occupational therapist and an art therapist, before discussing the notion of contemplation. Finally, we will explore the benefits of museum prescriptions, an initiative implemented for the past three years at Brugmann University Hospital (CHU). This initiative, which consists of prescribing visits to different museums in Brussels, is used as a tool providing access to art and therefore to culture, while facilitating various connections between caregivers and patients.

This innovative project strengthens our belief that the use of art is essential in care settings, particularly in psychiatry.

KEY WORDS : Art - Art therapy - Day Hospital - Museum prescriptions - Contemplation - Empowerment

INTRODUCTION

La Culture est un concept comportant bien des définitions. Nous avons choisi de vous partager l'une de nos expériences culturelles vécues à l'HJ Paul Sivadon. Plus précisément, nous allons vous parler d'un projet mis en place depuis 3 ans au CHU Brugmann : « Les prescriptions muséales ».

Nous aborderons, en premier lieu, le lien entre l'art et la santé mentale, d'abord en citant un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réalisé en 2019, ensuite en nous concentrant sur deux notions : le langage et la thérapie. Dans ce point, nous parlerons

d'expériences, de manière à approfondir l'idée que l'art peut avoir un impact sur la santé d'une personne. C'est au travers de trois artistes que nous découvrirons les bienfaits de l'art, d'humain à humain. Pour étayer notre propos, nous utiliserons ensuite notre propre expérience en décrivant la place de l'art à l'HJ Paul Sivadon, dans le but de concrétiser les différents éléments déjà abordés. Comment utilise-t-on cet outil dans une institution de soins ? Comment celui-ci peut-il servir au rétablissement des patients ?

Après avoir considéré les bienfaits de l'art sous le prisme de la création, nous nous concentrerons sur un autre terme : la contemplation. De fait, il est important de ne pas négliger l'impact du « regard » sur le parcours de soin d'un patient. Après avoir cité sa définition, puis évoqué sa place à l'HJ, nous regarderons de plus près l'impact de la contemplation sur la santé grâce à diverses références, comme une conférence du psychiatre Serge Marquis ou une interview du philosophe Jean Mary Frey.

Après avoir démontré de différentes manières l'impact de l'art sur la santé, nous présenterons le projet de prescriptions muséales. D'abord par le déroulé de sa mise en place au CHU Brugmann, ensuite en explicitant son historique. C'est à travers deux études, l'une à Manchester et l'autre à Malaga ainsi que d'autres projets existants en Belgique, que nous comprendrons le processus de création des prescriptions muséales. Nous évoquerons enfin la notion d'« empowerment », que nous allons définir ici comme un élément de choix. Effectivement, le patient, se retrouvant devant diverses décisions en se rendant au musée grâce aux prescriptions muséales, pourra choisir ou non de tendre vers un mieux-être, bien que différentes peurs puissent se manifester. Pour clôturer, nous découvrirons différents témoignages grâce à un article rédigé par Alison Lefevre qui mettront en avant les points de vue de soignants utilisant les prescriptions muséales. Nous concluons finalement que cette prescription est un support thérapeutique donnant accès à l'art et donc à un meilleur rétablissement.

L'ART ET LA SANTÉ MENTALE

LES BIENFAITS DE L'ART SELON L'OMS

Dans un premier temps, il nous semble important de parler du lien entre la santé et l'art au travers des bienfaits procurés par ce dernier. Nous allons donc nous appuyer sur le rapport réalisé par l'OMS en 2019 ; « *Health evidence network synthesis report. What the evidence on the role of the arts improving health and well-being ?* » (1) qui démontre l'impact significatif de l'art sur la santé mentale et physique. Ce rapport vise à combler le manque de connaissances du bienfait des arts sur la santé en rassemblant plus de 900 publications écrites entre 2000 et 2019, tout en encourageant les pays membres de l'OMS à soutenir l'élaboration de collaborations entre les secteurs de santé et d'art.

Nous souhaitons mettre en évidence deux points. Tout d'abord, l'OMS catégorise l'art comme indiqué ci-dessous (2) :

1. Les arts du spectacle.
2. Les arts visuels, le design et l'artisanat.

3. La littérature.

4. Les arts en ligne, numériques et électroniques.

5. La culture.

L'OMS inscrit donc la culture (le fait de se rendre dans des musées, des galeries, d'aller à un concert ou un festival, etc.) comme un art à part entière. Cela insinue que les bienfaits ne se trouvent pas seulement dans la création, mais également dans la contemplation. Plus loin, l'OMS nous communique plus spécifiquement les bienfaits de l'art sur la santé mentale. En résumé, les arts peuvent (3) :

1. Aider à la gestion du stress,
2. Réduire le risque de maladies mentales comme la dépression,
3. Renforcer l'estime de soi, l'acceptation de soi, la confiance et la valorisation de soi,
4. Favoriser la socialisation et la résilience.

Le fait qu'un tel document existe est, à nos yeux, une gigantesque avancée et une prise de conscience que l'art est un espace d'utilité mondiale dans le domaine de la santé.

L'ART ENTRE LANGAGE ET THÉRAPIE

Après avoir présenté des arguments qui démontrent les bienfaits de l'art, nous souhaitons exposer notre point de vue personnel : en quoi l'art est un langage et une thérapie ? Pour élaborer notre propos, laissons Quiterie MAUCOTEL, l'une des auteurs de cet article, nous raconter son expérience personnelle : « Lors de mon parcours d'apprentissage en école d'art, j'ai découvert que l'art pouvait être thérapeutique. En créant, il m'est apparu que celui-ci est un outil de mieux-être, qui permet de mieux se comprendre et de mieux comprendre le monde. L'art est un espace d'évolution et d'expression pouvant mener à des processus de réparation et/ou d'acceptation.

Cela étant, il me parut évident de poursuivre mes études artistiques par une spécialisation en art-thérapie, où j'ai constaté l'idée que l'art est un langage. Effectivement, l'art permet d'extérioriser l'invisible, d'exprimer avec autre chose que des mots, de construire des ponts, de créer du lien. Celui-ci donne également la possibilité de sortir des attentes sociales en se différenciant.

Pour mieux saisir ces concepts, observons l'une de mes œuvres. « Co-exister » a été cocréée avec 15 personnes. J'ai demandé à chacun de répondre à une question, non pas avec la parole, mais avec le dessin, l'objectif étant de leur proposer d'aller chercher au fond d'eux-mêmes, tout en trouvant la meilleure manière de symboliser leurs pensées.

Question 1 Qu'est-ce qui est essentiel à tes yeux ?

Question 2 Quelle est ta représentation du bonheur et du malheur ?

Chacun a répondu sur une feuille de dessin en utilisant ses compétences, sans que l'esthétique n'ait d'importance. Mon travail a alors été de broder sur chacun des dessins, pour me relier à eux. Pour finir, j'ai rassemblé le tout en deux livres distincts avec la technique de la reliure japonaise.

J'ai longtemps eu des difficultés à créer du lien avec les autres selon les codes sociaux normés, à faire partie d'un groupe. À travers ce projet, j'ai réalisé que je pouvais utiliser l'art pour communiquer avec les autres. Les relations que nous créons dans notre société sont impalpables, invisibles et éphémères. Ces carnets sont la matérialisation de nos individualités rassemblées dans deux contenants, visibles et solides, qui continuent à exister dans le temps. À travers cette œuvre, je me suis donné l'opportunité de créer ce lien autrement, avec mon propre langage. »



Figure 1 – Page de couverture.

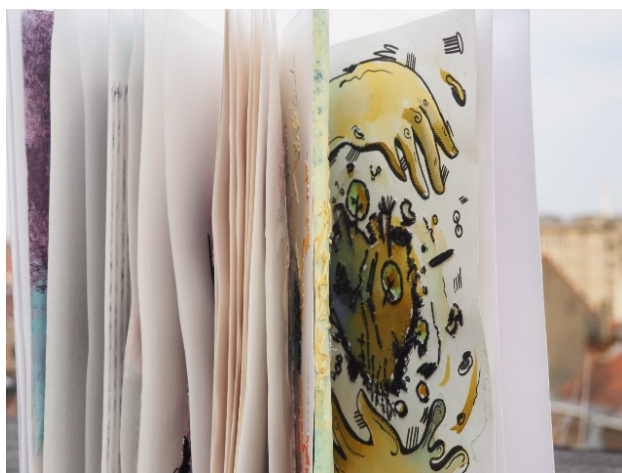


Figure 2 – Pages intérieures.



Figure 3 – Page brodée.

Ce témoignage illustre, à notre sens, comment une expérience artistique peut être un outil thérapeutique ainsi qu'un moyen de communication. En effet, nous comprenons ici comment l'art permet de faire lien avec le monde extérieur, et donc, de changer significativement un rapport aux autres.

Pour appuyer notre propos, découvrons encore deux artistes, concernées par la santé mentale, qui utilisent également l'art comme un langage et une thérapie.

Yayoi Kusama (4,5,6) :

Artiste japonaise née en 1929, Yayoi Kusama développe dans son enfance des troubles obsessionnels compulsifs et des hallucinations visuelles. Peintre, dessinatrice et sculptrice, on retrouve l'accumulation, au centre de son travail, ce qui lui permet de maîtriser ses angoisses. Aussi, elle matérialise ses hallucinations dans notre réalité à travers un motif de pois, présents depuis toujours dans ses visions, ce qui lui permet de se défaire de ses peurs. Depuis les années 60, elle met en scène des espaces remplis de miroirs qui amènent une sensation d'infini et amplifient l'effet d'accumulation. Plus que de simples mises en scène, elle nous invite à travers eux à entrer dans son monde, nous laissant la possibilité d'imaginer ce qu'elle vit, ce qu'elle voit, ce qu'elle ressent. Elle nous immerge finalement dans sa façon d'être au monde. Yayoi Kusama se sert de l'art comme un outil réparateur pour s'ancrer au réel et communiquer avec le reste du monde, tout en vivant avec ses troubles. Son art nous permet de regarder la maladie mentale autrement. Grâce à ses œuvres, nous ne voyons pas une personne malade, mais bien un être empli de richesses qui utilise ses particularités pour nous émerveiller.

Hélène Nicolas (7) :

De son pseudonyme Babouillec, Hélène Nicolas est une poétesse française née en 1985, diagnostiquée autiste non-oralisante dans son enfance. Après avoir passé 14 ans en institution, sa mère, Véronique Truffet, décide de s'occuper d'elle dans l'espoir de « rencontrer » son enfant. Quelques années plus tard, elle s'interroge : sa fille montre certaines facilités face à un jeu qui lui a été offert. Elle commence des recherches et découvre, contre toute attente, qu'Hélène sait lire et écrire sans que jamais personne ne lui ait appris. On lui a construit un abécédaire fait de lettres plastifiées grâce auquel Hélène Nicolas communique depuis lors. On lui pose des questions et elle y répond en déposant des lettres les unes à la suite des autres pour former des phrases dignes des plus belles poésies. Aujourd'hui, Babouillec a écrit 7 livres, 4 pièces de théâtre ont été adaptées de ses textes et un documentaire « dernières nouvelles du cosmos » (8) a été réalisé pour suivre son quotidien. L'écriture a donné à Hélène Nicolas un espace pour exister dans notre réalité, lui permettant de nous transmettre une part de son intimité tout en nous faisant découvrir une autre perception du monde et de l'autisme.

Ces exemples nous éclairent encore sur la capacité thérapeutique d'une démarche artistique. Effectivement, par le biais des pratiques de Yayoi Kusama et d'Hélène Nicolas, nous percevons les médias comme des soutiens à leurs difficultés quotidiennes.

L'ART À L'HJ PAUL SIVADON

Après avoir exposé les bienfaits de l'art, voyons comment nous l'utilisons en tant que soignants dans notre institution. L'Hôpital de Jour Paul Sivadon est ouvert du lundi au vendredi et fonctionne en deux temps : les matinées, les patients sont accueillis dans des groupes de paroles thérapeutiques, de 10h30 à 12h30 et les après-midis, ils participent librement à un panel d'activités, diverses et variées de 14h à 16h30.

Bien que les matinées soient centrées sur la parole, d'autres activités peuvent être proposées comme des sorties, des ateliers cuisine, des jeux de société, etc. Lorsque cela est nécessaire, l'art-thérapie est utilisée comme une proposition d'extérioriser avec autre chose que la parole. Sont alors imaginés des ateliers spécifiques comme prolongation de ce qui est travaillé dans le groupe ou simplement comme un moment de légèreté pour décaler de la souffrance.

Les après-midis, l'art est proposé sous différentes formes au travers des activités : terre, expression plastique, bois, mosaïque, textile et couture. Ici, l'art est utilisé comme média afin de se décentrer des difficultés du quotidien en s'initiant à différentes techniques. Une reprise de confiance en soi, une valorisation narcissique

ou simplement la découverte d'une nouvelle passion pouvant survenir par ailleurs.

LA CONTEMPLATION

Jusqu'à présent, nous nous sommes concentrés sur les bienfaits de l'art dans la création. Cependant, il n'y a pas que les artistes, amateurs ou professionnels qui peuvent y avoir accès. Le regard joue aussi un rôle important. S'il y a des artistes pour créer, il y a en face des spectateurs pour contempler leurs œuvres. De sa définition dans Le Robert, la contemplation est le « Fait de s'absorber dans l'observation attentive (de quelqu'un, quelque chose.) » (9).

À l'Hôpital de Jour, la contemplation est tout aussi importante que la création. C'est pourquoi nous proposons aux patients des sorties, dans l'idée de favoriser l'accès à la culture et de prendre un temps, non pas pour faire, mais pour contempler. Nous entretenons, depuis plusieurs années, une collaboration avec les Musées Royaux des Beaux-Arts de Bruxelles. Nous organisons également des expositions en collaboration avec la Plateforme Bruxelloise pour la santé mentale et nous utilisons les prescriptions muséales.

Avant de parler de contemplation avec des mots, nous souhaitons proposer le visionnage d'une courte vidéo pour s'arrêter un instant et expérimenter cela par soi-même. (10) [Pour ce faire, veuillez scanner le QR code suivant :](#)



Figure 4 – QR code.

Dans un article d'Adrien Chœur (11), celui-ci nous explique que la contemplation est fortement liée au « regard ». Elle amène au silence, à faire le vide à l'intérieur de soi et à calmer son mental pour s'arrêter et être réellement présent, afin de ne faire qu'un avec son environnement.

Concentrons-nous sur un terme important : « **S'arrêter** ». Le psychiatre Serge Marquis nous parle, dans sa conférence « *Du plaisir et du sens dans la vie de tous les jours* » (12), de l'urgence de s'arrêter dans notre société de consommation. Il nous explique que cela peut prévenir des problèmes de santé et nous permettre de retrouver une cohérence entre nos valeurs et nos gestes. Partant de ce postulat, la contemplation est un acte qui nous permet de prendre cette position. S'arrêter un instant pour se concentrer sur nos émotions et nos sensations, et simplement être.

Dans une interview (13), le philosophe Jean Mary Frey nous explique l'importance de contempler des œuvres d'art en nous invitant à imaginer un dialogue entre un spectateur et celles-ci. Que pourraient nous dire ces œuvres ? Il propose : « Arrête-toi et regarde-moi ». Mais « Qu'est-ce qui fait qu'une œuvre d'art mérite d'être contemplée ? ». Le philosophe nous répond qu'« Une œuvre d'art est la révélation d'une beauté que nous ne trouverons pas ailleurs, qui va très profondément toucher ton âme, de sorte qu'il est possible que ta vie après ne soit plus tout à fait comme avant. »

En lien avec cette réponse, « Les yeux de Mona », écrit par Thomas Schlessler (14), est un roman qui raconte l'histoire de Mona, âgée de 10 ans et de sa perte de vue inattendue pendant une heure. Après une série d'exams, l'un des médecins suggère d'emmener Mona chez un pédopsychiatre, une mission confiée à son grand-père. Celui-ci choisit plutôt de l'emmener tous les mercredis après-midi, au musée. En effet, il considérerait que si Mona devait perdre la vue définitivement, il était primordial de lui permettre d'emmagasiner le plus de belles images possibles. Dans le plus grand secret, ils se rendent alors au Louvre pour découvrir une œuvre et la contempler. Au-delà du romanesque, l'auteur nous livre un message essentiel : se rendre au musée et prendre un temps pour contempler peut avoir un réel impact sur la vie d'une personne. S'arrêter et regarder des œuvres peut donc intervenir, non pas en remplacement, mais en accompagnement d'autres prises en charge thérapeutiques.

Mais comment, dans un contexte de soins, la contemplation peut-elle être utilisée comme un accompagnement ? Pour répondre à cette question, découvrons à présent le projet de prescriptions muséales mis en place au CHU Brugmann depuis 2022.

PRESCRIPTION MUSÉALE

Une prescription muséale est une prescription donnée par le médecin à son patient qui donne gratuitement accès à plusieurs musées bruxellois, avec la possibilité d'être accompagné d'une personne.

Le projet débute par le voyage de l'échevine de la culture Delphine Houba au Canada, en 2019, dans le but d'y rencontrer les personnes à l'initiative des prescriptions muséales.

Cette initiative débute le 1er novembre 2018. Les membres de l'association Médecins Francophones du Canada (MFdC) sont habilités, depuis cette date, à prescrire à leurs patients une ordonnance médicale qui leur permet, avec leurs proches ou non, d'avoir accès gratuitement à l'art. Cette initiative met en lien la MFdC et le Musée des Beaux-Arts de Montréal (MBAM).

Dans la première phase du projet, les médecins participants pouvaient prescrire jusqu'à 50 ordonnances, chaque ordonnance étant valable pour un maximum de deux adultes et deux enfants de 17 ans et moins. (15). À son retour du Canada, Delphine Houba présente les prescriptions muséales à la Présidente du conseil d'administration du CHU Brugmann, Laurette Onkelinx. Cette présentation a pour but de travailler en collaboration avec le CHU Brugmann dont l'HJ Paul Sivadon fait partie. C'est avec l'ancien chef de service de psychiatrie du CHU Brugmann, le Professeur Charles Kornreich, et ses collaborateurs que ce partenariat a commencé. Entre février 2021 et septembre 2022, une coopération voit le jour entre le département Culture de la Ville de Bruxelles et le service de psychiatrie du CHU Brugmann afin de réfléchir ensemble au projet et à ses différents aspects. C'est en septembre 2022 que la phase pilote est lancée. Elle durera 6 mois et sera évaluée avec les patients qui ont participé à cette phase. Les deux grands objectifs de ce projet sont de favoriser l'accès à la culture à des publics n'y ayant pas ou peu accès (par manque de budget, manque de motivation, différentes peurs ou craintes, ...). Le deuxième objectif étant d'offrir un outil et/ou un support thérapeutique supplémentaire dans l'accompagnement des patients. Durant cette phase pilote, les prescriptions muséales étaient gratuites pour les bénéficiaires avec la possibilité d'être accompagnés ou non par un membre de leur entourage (de 1 à 3 personnes) et se limitaient à 5 prescriptions par personne. Elles étaient nominatives et ne pouvaient pas être modifiées. 4 musées et un centre d'art participaient à l'initiative. (16) Par la suite, d'autres collaborations se sont établies. À ce jour, on en compte 17. Cette augmentation de partenaires permet de toucher un plus grand nombre de patients et d'accroître les expériences d'émerveillement émotionnel.

HISTORIQUE

En effectuant des recherches, nous avons constaté que ce type d'initiative n'était pas isolé.

Les plus anciennes études que nous avons trouvées ne sont pas en lien avec la population psychiatrique mais avec les personnes âgées. Ces études ont pu démontrer les bienfaits des visites aux musées. (17,18) D'abord, une étude a été réalisée à Manchester, en collaboration entre le Withwork Park et The Whitworth Art Gallery, entre septembre 2016 et avril 2018. (19) Puis, une autre étude a été réalisée à Malaga, en Espagne, menée entre 2015 et 2019. (20) Ces recherches montrent que l'art et la contemplation sont des éléments centraux au bon rétablissement des patients.

En région bruxelloise, il existe d'autres facilitateurs d'accès à la culture. Article 27 est une Association Sans But Lucratif (ASBL) qui est née en 1999 à Bruxelles. Son nom fait référence à l'article 27 des droits universels de L'Homme :

« Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent. »

L'association Article 27 propose des tickets à 1,25 euro pour les personnes qui fréquentent une association sociale partenaire de l'association ou qui bénéficient de l'aide du Centre Public d'Action Sociale (CPAS). Leur réseau de partenaires est composé de 330 organisations sociales qui luttent contre les exclusions, de personnes qui les fréquentent, d'artistes et de 211 organisations culturelles (cinéma, arts de la scène, patrimoine, musique, etc.). (21)

Il existe une autre possibilité pour avoir accès à la culture : la gratuité des musées en Belgique francophone tous les premiers dimanches du mois. Ce projet provient de l'idée de respecter l'article 23 alinéa 5 de la Constitution belge, qui met en évidence le droit à l'épanouissement culturel et social. (22) Aujourd'hui, 160 musées en Wallonie et à Bruxelles participent à cette initiative afin de laisser la chance aux personnes de pouvoir accéder à la culture. (23)

« EMPOWERMENT »

L'OMS définit le concept d'« empowerment » comme faisant « référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie (...). La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ». (24) Dans cette définition, la notion de choix fait sens, cela étant un aspect particulièrement important dans notre travail à l'HJ Paul Sivadon. Premièrement, c'est à travers le choix que les patients décident de venir et d'accepter les règles de l'HJ. Deuxièmement, lors des après-midis, les patients peuvent choisir leurs activités. Changer leurs habitudes, c'est également la décision qu'ils prennent en se rendant au musée. Bien que ces changements puissent faire peur et bloquer certains patients, ils peuvent choisir de faire autrement, pour un potentiel mieux-être.

TÉMOIGNAGES

Parcourons maintenant des extraits d'un article rédigé par Alison Lefevre (25) qui va appuyer la notion de choix et les bienfaits de la contemplation. Le 30 avril 2025, cette journaliste a suivi un groupe de patients de l'HJ, accompagnés de notre psychiatre responsable (Dr Muriel Candelas) et notre psychologue (Christophe Milecan), se rendant au musée BOZAR.

« Au contact de l'art, les patients expriment des pensées ou des émotions auxquelles ils n'auraient pas eu accès autrement. »

« Notre groupe comptait, initialement, le double de participants », poursuivent les soignants. « Tous n'ont pas osé. Ceux qui y sont parvenus devraient voir leur estime d'eux-mêmes et leur confiance en eux renforcées. On espère que ça leur donnera envie de recommencer ». (Candelas M. et Milecan C.)

Nous découvrons à travers les extraits de l'article d'Alison Lefevre que cette visite permet une ouverture à de nouvelles expériences. Nous observons également que certains patients n'ont pas osé se rendre au lieu de rendez-vous. Un acte qui peut être discuté lors de nos groupes de parole pour valoriser le fait d'avoir initié un changement ou identifier avec le patient ce qui a été trop difficile pour lui.

« Partager un moment de qualité, dans un lieu culturel, offre au patient et à ses proches une échappée dans un quotidien impacté par la maladie. Le bénéfice que cela apporte n'est pas un frein, ni négligeable ». (Lefevre A.)

La journaliste a su capter l'importance du moment, de s'octroyer un instant pour soi et à soi qui leur appartient.

« Contempler des œuvres d'art, marcher et partager une activité procurent du bien-être, suite à la libération de dopamine ».

« La muséothérapie est clairement une activité qui facilite, complète, voire renforce, la prise en charge thérapeutique, sans effet secondaire négatif. Donc, à consommer sans modération ! ».

« Lorsque je recueille leur feedback, mes patients me confient généralement avoir été émerveillés, de bonne humeur, contents le temps de l'expo et après, quand ils y repensaient. (...) Les personnes que l'on reçoit en consultation ne vont pas bien (...). On passe énormément de temps à les inciter à faire des choses. Leur remettre une prescription muséale, c'est concret et plus puissant qu'une entrée gratuite. Sans cela, beaucoup ne franchiraient pas le cap ». (Hanak C.)

D'après les retours des patients participants, nous pouvons attester que le choix de se rendre au musée peut avoir un impact positif, tant au niveau de leur humeur, de leur estime d'eux-mêmes ou du lien avec leurs proches et l'extérieur.

CONCLUSION

Dans un premier temps, nous avons vu que l'art et la contemplation sont des éléments primordiaux dans un parcours de rétablissement, mais aussi l'importance de la prescription muséale qui permet de donner accès à ces derniers. Ensuite, nous avons découvert que l'« empowerment » du patient est central pour tendre vers un changement, bien que celui-ci puisse être court-circuité par des peurs. Enfin, nous avons lu divers extraits illustrant l'importance de ces différents aspects.

Pour conclure, nous souhaitons rappeler que l'art est un élément essentiel à l'accompagnement de nos patients, pas seulement dans le faire, mais aussi dans la contemplation. Ce support thérapeutique, qui est rendu accessible notamment grâce à la prescription muséale, est un supplément important à l'accompagnement conventionnel des patients. Il s'agit aussi d'un respect des droits universels de l'Homme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé, Fancourt D, Finn S. *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Health Evidence Network. 2019;(67).
2. Organisation mondiale de la Santé, Fancourt D, Finn S. *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Health Evidence Network. 2019;(67):1.
3. Organisation mondiale de la Santé, Fancourt D, Finn S. *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Health Evidence Network. 2019;(67):23-28.
4. David Zwirner [Internet]. Yayoi Kusama: Artworks & Biography [cité le 14 juil. 2025]. Disponible sur: <https://www.davidzwirner.com>
5. *Vanity Fair* [Internet]. Yayoi Kusama: sa vie en hôpital psychiatrique depuis les années 1970. Disponible sur: <https://www.vanityfair.fr>
6. Graef N. *Maux d'artistes*. Allemagne; 2022. Durée: 53 min. Disponible sur: ARTE.
7. Babouillec. Dans: Wikipédia; 9 oct. 2025. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org>
8. Bertuccelli J. *Dernières nouvelles du cosmos*. France: Les Films du Poisson, ARTE France; 2016. Durée: 84 min.
9. Le Robert. Contemplation. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com>
10. Maucotel Q. *Contemplation*. Bruxelles; 2025. Durée: 1 min 54 s.
11. Choeur A. La contemplation: définition philosophique et spirituelle. JePense.org. Disponible sur: <https://www.jepense.org>
12. Marquis S. *Du plaisir et du sens dans la vie de tous les jours*. 2015. Durée : 57 min. Disponible sur: YouTube.
13. Frey JM. Pourquoi contempler les œuvres d'art ? 2024. Durée: 6 min 57 s. Disponible sur: YouTube.
14. Schlessier T. *Les Yeux de Mona*. Paris: Albin Michel; 2024.
15. Musée des beaux-arts de Montréal. Prescriptions muséales MBAM-MFDC: des visites au musée prescrites par des médecins à leurs patients. Disponible sur: <https://www.mbam.qc.ca>
16. Parti Socialiste. Prescriptions muséales: la Belgique à la pointe ! Disponible sur: <https://www.ps.be>
17. Cohen GD, Perlstein S, Chapline J, Kelly J, Firth KM, Simmens S. The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *Gerontologist*. 2006;46(6):726-734. doi:10.1093/geront/46.6.726.
18. Thomson LJ, Lockyer B, Camic PM, Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspect Public Health*. 2018;138(1):28-38. doi:10.1177/1757913917737563.
19. Thomson LJ, Morse N, Elsdon E, Chatterjee HJ. Art, nature and mental health: assessing the biopsychosocial effects of a creative green prescription museum programme involving horticulture, artmaking and collections. *Perspect Public Health*. 2020;140(5):277-285. doi:10.1177/1757913920910443.
20. Goodman-Casanova JM, Guzman-Parra J, Duran-Jimenez FJ, Garcia-Gallardo M, Cuesta-Lozano D, Mayoral-Cleries F. Effectiveness of museum-based participatory arts in mental health recovery. *Int J Ment Health Nurs*. 2023;32(5):1416-1428. doi:10.1111/inm.13186.
21. Article 27 Bruxelles. Qui sommes-nous ? Disponible sur: <https://www.article27.be>
22. La Constitution belge. Disponible sur: <https://www.constitution.be>
23. Arts & Publics. 160 musées gratuits... et plus ! Disponible sur: <https://www.artsetpublics.be>
24. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. (Health Evidence Network Report). Disponible sur: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
25. Lefevre A. L'art et la beauté, à consommer sans modération ! *Alter Échos*. 26 mai 2025 Disponible sur: <https://www.alterechos.be>

LES AUTEURS :

Quiterie MAUCOTEL, Jean-Jacques PARMENTIER

Hôpital de Jour « Paul Sivadon », CHU-Brugmann
Place A. Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles (Belgique)
quiterie.maucotel@chu-brugmann.be

HISTOIRE PARALLÈLE DU CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND

Des théories relatives à l'art-thérapie et aux groupes thérapeutiques

- Alain VERNET, Corinne VAILLANT -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Alors que l'Art brut bénéficie du plus grand intérêt dans les plus grands musées du monde, le recours à la médiation artistique dans le cadre thérapeutique depuis le début du XX^e siècle au Centre hospitalier George Sand de Bourges en France est décrit, dans un contexte historique et sociétal. La continuité de cet axe thérapeutique particulièrement suivi par la pédopsychiatrie de l'établissement associe dorénavant la culture et se poursuit en réflexion sur la transculturalité. Les différentes théories sur l'art-thérapie destinées aux groupes thérapeutiques sont décrites selon des approches qui s'avèrent être complémentaires mais qui toutes permettent de relier le processus de création à la transformation et libération du psychisme. Les possibilités institutionnelles actuelles françaises au sein des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales des affaires culturelles (DRAC), favorisant le rapprochement de la culture et de la santé sont citées dans une logique de réponses à appels à projets.

MOTS CLÉS : Art-thérapie - Art brut - Culture et santé - Transfert - Réhabilitation psychosociale - Rétablissement

PARALLEL HISTORY OF THE GEORGE SAND HOSPITAL CENTER

While Art Brut has gained major recognition in the world's leading museums, the use of artistic mediation in therapeutic settings—developed since the early 20th century at the George Sand Hospital Center in Bourges, France—is presented here within its historical and social context. The continuity of this therapeutic approach, particularly carried forward by the institution's child psychiatry department, now integrates cultural dimensions and extends its reflection toward transcultural perspectives. Various theories of art therapy designed for therapeutic groups are described through complementary approaches, all of which connect the creative process to the transformation and liberation of the psyche. Current institutional frameworks in France—within Regional Health Agencies (ARS) and Regional Directorates of Cultural Affairs (DRAC)—that promote the convergence of culture and health are also discussed in the context of responses to project calls.

KEY WORDS : Art therapy - Art brut - Culture and health - Transference - Psychosocial rehabilitation - Recovery

L'exposition au Grand Palais, à Paris, en été 2025, consacrée à l'Art brut, exposait des œuvres ayant appartenu aux docteurs Auguste Marie et Gaston Ferdière, psychiatres au Centre hospitalier George Sand (établissement intercommunal de santé mentale du département du Cher). D'importants musées (Lausanne, Bruxelles, notamment) exposent aussi des œuvres de même nature. Dans la même lignée, des témoignages d'artistes célèbres révèlent aujourd'hui combien l'art a été pour eux une véritable thérapie. On peut penser ainsi par exemple à Niki de Saint Phalle, se déclarant sur un film d'époque, « sauvée par l'art » alors qu'elle avait révélé avoir subi un inceste.

Dès le début du XX^e siècle, au Centre hospitalier George Sand, la création artistique des malades mentaux fut encouragée. Ceci perdure encore aujourd'hui, avec un accent développé également sur la culture et

d'autres médiations artistiques que plastiques. Ainsi l'art et la culture sont présents depuis longtemps dans l'établissement. On en fera la chronologie en montrant en quoi chaque expérience témoigne d'une conception de ce qu'on appelle « art-thérapie ». On exposera les différentes théories concernant l'art et le soin dans les groupes thérapeutiques d'hôpital de jour.

À l'évidence les expériences locales s'inscrivent dans un contexte global consistant à recourir à des médiations artistiques dans les établissements psychiatriques, les pratiques et conceptions ayant évolué au fil du temps ainsi que le rappelle Jean-Pierre Sudres [1]. Elles furent plus ou moins encouragées selon les endroits, avec parfois un effort de théorisation, tels ceux de Francesco Tosquelles [2,3,4], Jean Oury [5], ou Jean-Pierre Klein [6].

On restera centré dans ce texte sur ce qui se fit à Bourges et dans le Cher, dont l'originalité repose d'hier à aujourd'hui sur l'inclusion des diverses expériences et pratiques au sein de la Cité [7,8]. Au-delà des créations artistiques, la réflexion se prolonge aujourd'hui sur le recours à la culture, vécue comme modalité de rétablissement et de réhabilitation psychosociale.

DES LIEUX ET DES ESPACES

Le Centre hospitalier George Sand [9] regroupe depuis 2002 les trois anciens établissements psychiatriques présents sur le territoire du département du Cher : à Bourges, l'ancien asile départemental d'aliénés (Beauregard), à Dun-sur-Auron, l'ancienne « colonie familiale », à Chezal-Benoît, l'ancienne « colonie agricole ». L'établissement de Bourges était inscrit dans le dispositif de la loi de 1838, dite « loi sur les aliénés », ceux de Dun-sur-Auron et de Chezal-Benoît étant des annexes des hôpitaux psychiatriques de la Seine (Paris-Ile de France) qui y transféraient des malades stabilisés, et n'ayant pas de famille soutenant, les femmes à Dun-sur-Auron, accueillies dans des familles (jusqu'à 1500 patientes), à l'imitation de ce qui se faisait à Geel, en Belgique. Ces établissements, rattachés à la région parisienne étaient mieux dotés en moyens matériels et humains, plus innovants, et souvent dirigés par de jeunes psychiatres militants (Auguste Marie, Gaston Ferdière, Paul Sivadon, ...), qui y introduisirent des techniques nouvelles, dont les médiations artistiques. Ce n'est qu'à partir des années 1970 que les médiations artistiques se sont développées au sein de l'établissement de Bourges, dans le contexte du mouvement de psychothérapie institutionnelle, et d'ouverture vers la ville dans le cadre du dispositif de la psychiatrie de secteur et des alternatives à l'hospitalisation, dont les hôpitaux de jour. Ces transformations furent en grande partie portées par le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, créé par le Docteur Jean-Claude Martin. Cette dynamique demeure aujourd'hui grâce à des partenariats avec les acteurs de la culture (Maison de la culture, École Nationale Supérieure d'Art), ne pouvant que se renforcer dans la perspective de « Bourges, capitale européenne de la culture 2028 », et de la création d'un « tiers-lieu culturel » au sein de l'établissement de Bourges.

L'ART EN MODALITÉ DE SOINS PROMU PAR DES FEMMES ET DES HOMMES

Auguste Marie exerça en tant que jeune psychiatre à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, et fonda en 1898 la « colonie familiale » de Dun-sur-Auron. En 1910, dans une ancienne abbaye bénédictine, il mit en place l'établissement de Chezal-Benoît [9]. Homme de science et de culture, il s'intéressa à la psychanalyse,

mais aussi aux arts plastiques. Il considérait que l'activité sous toutes ses formes (travail, création, loisirs, pratiques sportives) était un excellent moyen de lutter contre les productions mentales automatiques (délires, hallucinations, mécanismes obsessionnels) et également contre la vacuité et l'apathie présentes dans la chronicité psychiatrique. C'est ainsi qu'il repéra des productions artistiques jugées remarquables dont il fit collection.

Quelques trente ans plus tard, Gaston Ferdière poursuivit l'expérience artistique et thérapeutique à Chezal-Benoît [9, 10, 11]. Après son internat dans le service du professeur Georges Claude, à l'hôpital psychiatrique Saint Anne, à Paris, il devint médecin-directeur de l'établissement de Chezal-Benoît en 1936. Taquinant la muse et fréquentant les milieux surréalistes, Ferdière encouragea la création artistique de ses malades, et organisa à l'hôpital Sainte Anne des expositions d'œuvres réalisées par des patients psychiatriques. Au moment de l'exode, en juin 1940, il organisa un hôpital de campagne accueillant les blessés. Il mit en place avec Bertie Albrecht, responsable du réseau « Combat », une filière clandestine de passage de la ligne de démarcation, l'établissement de Chezal-Benoît étant situé à proximité de celle-ci. Il organisa la survie alimentaire de ses patients durant l'occupation, en opposition aux directives de l'État Français. Tout ceci lui valut d'être muté par mesure disciplinaire à l'asile psychiatrique de Rodez. C'est là qu'il accueillit en 1942 Antonin Artaud, écrivain, dramaturge, plasticien, inventeur du « théâtre de la cruauté ». À la demande de Robert Desnos et de Jean Paulhan, Ferdière avait exfiltré Artaud de l'établissement psychiatrique de Ville-Évrard, en banlieue parisienne, où il s'éteignait progressivement à cause de la famine qui ravageait les hôpitaux psychiatriques en France, en l'ayant fait transiter à Chezal-Benoît. Bien qu'Artaud ait dit beaucoup de mal de Ferdière, par la suite, en raison des électrochocs qu'il lui avait prescrits, il fut sauvé de la famine pendant la guerre par Ferdière (quand tant d'autres y succombèrent, anonymes ou connus, comme Camille Claudel, Sylvain Fusco, ou Séraphine Louis, dite de Senlis) et retrouva une activité de création [11]. On observera que Rodez (Aveyron) n'est pas très éloigné de Saint Alban (Lozère). Si Ferdière échangeait avec Tosquelles, psychiatre et psychanalyste républicain espagnol exilé, il ne s'inscrivit pas dans le grand mouvement de rénovation de la psychiatrie française, autour de la psychothérapie institutionnelle et de la politique du secteur psychiatrique. Il resta attaché à la conception de l'organisation psychiatrique portée par la loi du 30 juin 1838.

Bien qu'ayant accueilli à Rodez des artistes évadés, il n'y eut pas, comme à Saint Alban, cet accueil de proscrits et de résistants (Éluard, Canguilhem, Glaser) qui forgea le renouvellement des creusets et des

pratiques. Ferdière fut très classique, et sa conception de l'art-thérapie resta de l'ordre de l'occupationnel, et, le cas échéant, vecteur d'une catharsis pulsionnelle. Il resta proche de la perspective d'Auguste Marie, mais aussi de celle du docteur André Requet, au Vinatier (à Lyon), avec son patient Sylvain Fusco (qu'il ne sauva pas de la famine). En revanche, à Saint Alban, Tosquelles, avec son patient Auguste Forestier, se préoccupa plutôt du processus de création, qu'il pensa comme moyen de réappropriation par la personne de son histoire et de son identité, comme création de sens.

A Chezal-Benoît, quelques années après Ferdière, Anne Clancier [9], épouse de l'écrivain Georges-Emmanuel Clancier, psychiatre et psychanalyste, s'intéressa également aux créations des malades, les considérant à la fois comme des éléments projectifs, permettant l'accès à leur inconscient, par conséquent avec une perspective herméneutique, et comme des outils sémiologiques, une sorte de psychopathologie de l'expression, comme le théoriserait le docteur Claude Wiard au centre hospitalier Sainte Anne, à Paris [10].

Il fallut attendre l'arrivée du Docteur Jean-Claude Martin [9], ancien chef de clinique au CHU de Tours, pour que des pratiques et conceptions nouvelles pénétrèrent l'établissement de Beauregard. D'abord médecin-chef de l'ancien service des femmes, il initia des ateliers centrés sur la création artistique (arts plastiques, céramique, sculpture, théâtre), créa un hôpital de jour où ces pratiques artistiques seront largement utilisées, avant de fonder (sur la base de la circulaire de 1972 définissant et organisant la pédopsychiatrie) le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dont une grande partie fonctionne sur le modèle de l'hôpital de jour (on disait alors externat). Il fit intervenir, presque de manière subreptice, une artiste plasticienne : Marie-Claude Joulia [9, 12], qui, initiant un partenariat avec l'École Nationale Supérieure d'Art, permit que, progressivement, d'autres artistes interviennent dans l'établissement. La conception de l'art-thérapie comme processus de construction de sens, et d'un sens pour soi, dans une résonance avec la création de l'artiste intervenante, compagnonnage, et non dans une posture de sachant ou d'interprète, est au cœur de la réflexion. Elle est proche de celle théorisée par le Docteur Jean-Pierre Klein [6,13], créateur de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile de Blois, dans le département du Loir et Cher voisin, dans lequel se trouve également la clinique de La Borde, où Jean Oury développa et théorisa également la psychothérapie institutionnelle [5].

Jean-Claude Martin et Marie-Claude Joulia considéraient que les dispositifs de soins pouvaient également être externalisés. C'est pourquoi fut développé un partenariat, validé plus tard par le Ministère de la Culture, avec l'École Nationale Supérieure d'Art (ENSA), en Centre-Ville, afin que des

activités artistiques de l'hôpital de jour soient accueillies dans des ateliers d'artistes au sein de l'école, animées par un binôme artiste/soignant.

Dans le même temps, des étudiants de l'école participèrent à diverses activités thérapeutiques de l'hôpital de jour à l'intérieur du service hospitalier. Cela déboucha sur un module spécifique de formation, les candidats étant sélectionnés par un jury associant des membres de l'école et des membres du service hospitalier. Un mouvement s'établit d'étudiants et d'artistes vers l'hôpital, de patients vers l'école et la ville.

Les Docteurs Michel Hénin et Jean François Aubert poursuivirent les axes thérapeutiques artistiques associés aux soins dans le cadre du pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (PMPEA), Jean François Aubert créant un hôpital de jour pour enfants. C'est en 2013 qu'est créé l'hôpital de jour pour adolescents (HJ ados) qui allait connaître un franc succès au regard des besoins des jeunes et des soins proposés, sous la responsabilité du Docteur Corinne Vaillant. La pédopsychiatrie s'avère alors fer de lance au sein du Centre hospitalier George Sand de l'articulation de l'art et de la psychiatrie, en pleine continuité de l'aujourd'hui avec l'hier.

Une vignette clinique des activités de l'hôpital de jour adolescents peut être proposée (l'expérience rapportée se déroule en 2010-2011) : deux groupes de jeunes, l'un de CATT, les « Nomades » et l'autre d'HJ « les Héros voyageurs » vont vivre une expérience plastique avec l'École Nationale Supérieure d'Art, bénéficiant ensuite d'une exposition au sein de l'un des musées les plus emblématiques de Bourges, le palais Jacques Cœur [14]. Le premier groupe fait vagabonder l'imaginaire, quand l'autre le contraint. Aussi les indications dans l'un et l'autre groupes concernent des jeunes ayant des troubles différents, qui ne se fréquentent pas physiquement. Mais on constate que ce qui fait groupe (et nouveau groupe mental, sans juxtaposition physique), c'est leur compagnonnage par œuvres interposées, donc par les interactions qu'ils ont construites, soulignant l'ouverture que permet l'art et l'intérêt que celui-ci peut présenter, même dans des groupes thérapeutiques.

L'HJ ados, à compter de 2014, s'appuie dans sa démarche thérapeutique sur des médiations thérapeutiques de créations artistiques diversifiées (dessin, musique, théâtre, peinture, arts plastiques, photos, marionnettes, modelage) mais le recours à la culture y est développé et les partenariats extérieurs multipliés. Au-delà de la culture « académique » de l'école, contes et mythologies ouvrent avec des enseignants de l'Éducation nationale vers d'autres interprétations de la vie. Par ailleurs, la culture adolescente est intégrée sur différents thèmes (bandes

dessinées, journaux, cinéma, écrans, réseaux...). Le projet global répond au dispositif ReCré et Cos [8] où jeu, art, culture, activité physique, cognition et éducation citoyenne sont associés. De nombreux artistes interviennent (musiciens, plasticiennes, peintres, comédien, clown).

En 2021 le Ministère de la Santé et l'Agence régionale de santé (ARS) Centre-Val de Loire retiennent le projet innovant « Passage », Projet Ambulatoire de Soins et Socialisation pour Adolescents en Groupes au sein de l'Environnement à destination d'adolescents à risque schizophrénique ou à troubles neuro-développementaux avec complications psychiatriques. Au sein du dispositif ReCré et Cos, l'accent est mis sur la remédiation cognitive, avec de nouveaux outils, mais le recours artistique y est toujours largement développé.

En 2023, le PMPEA répond pour la première fois à un appel à projets relevant à la fois du Ministère de la Santé et du Ministère de la Culture, via l'ARS et la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC) du Centre Val de Loire. Le Projet «CAP ou PACAP» (Créativité Accès Partage ou Parcours Artistique Culturel pour Adolescents en Pédopsychiatrie) est mis en œuvre de septembre à décembre 2024. En lien avec l'HJ, des adolescents exercent alors en partenariat, en dedans et en dehors des murs du centre hospitalier : la Maison de la Culture de Bourges, un théâtre privé (Saint Bonnet), l'ENSA (École Nationale supérieure d'art) de Bourges. Répondant aux critères du domaine de la culture, la démarche artistique est d'emblée reconnue avec l'annonce aux jeunes par l'artiste plasticienne d'une exposition en fin d'intervention. « L'artiste : cet autre, qui n'a rien à voir avec la maladie mais avec l'imaginaire. » [15]. Reconnus en tant qu'artistes et non en tant que malades, les jeunes ont pu faire part de leur fierté de pouvoir présenter leurs œuvres dans le cadre de l'exposition « Traversées au jardin ». Cette dignité et fierté retrouvées étaient en elles-mêmes thérapeutiques.

Jeux de mots derrière les acronymes, poétisations des noms de groupe [2] sont en fait recherchés pour susciter l'interrogation, relancer le mouvement de pensée, et apporter un peu d'humour.

L'HJ Ados a bénéficié d'un certain rayonnement : conférences avec l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques en 2017, contributions aux colloques du GHJPSY, colloques à Bourges des centres hospitaliers George Sand en 2023 et Jacques Cœur en 2025.

Les thématiques liées à la culture conduisent dès 2024 à ouvrir une réflexion et un travail sur la transculturalité au PMPEA avec le Docteur Aminata Tembely (Congrès transculturalité en 2024).

L'ART-THÉRAPIE DANS LA CITÉ : CONTEXTE HISTORIQUE ET SOCIÉTAL

Auguste Marie a possédé la plus grande collection d'Art brut en France que sa veuve vendit au peintre Jean Dubuffet [16]. On doit cette dénomination « Art brut » au peintre Jean Dubuffet, en 1945 [17, 18], qui la substitua à celle d'« art des fous », qu'on utilisait jusqu'alors, à la suite du docteur Prinzhorn [19]. Le concept « art brut » [18] élargit celui d'« art des fous », les créations s'y rattachant pouvant être le fait d'auteurs non étiquetés comme malades psychiatriques, n'ayant pas un parcours de soins psychiatriques, même si d'aucuns pourraient considérer que, souvent s'écartant des normes communes, ils pourraient être ainsi qualifiés. C'est le cas du facteur Ferdinand Cheval, et de son palais à Hauterives (Drôme), de Raymond Isidore, dit Picassiette, et de sa maison à Chartres (Eure et Loir), des sculptures de François Michaud au village du Masgot à Fransèches (Creuse), de la cathédrale de Jean Linard aux Poteries à Neuvy-deux-Clochers (Cher), des objets en bois de Vaganay (Jean et Raymonde Petit) à Bourges, ou encore des œuvres de Marcel Bascouard à Bourges, qui constituent aujourd'hui, outre leur esthétique, un inestimable témoignage historique sur la ville de Bourges, entre les années 1930-1970, ses transformations, mais aussi le caractère intemporel de certains de ses monuments [20].

Jean-Claude Martin arriva à Bourges au moment où Gabriel Monnet officiait comme premier directeur de la Maison de la Culture, fonction qui s'ajoute à sa responsabilité, exercée depuis quelques années déjà, de la troupe théâtrale « La Comédie de Bourges ». Cet artiste dramatique, issu de la « Comédie de Saint-Etienne », ancien des maquis du Vercors, dont il composa l'hymne, était un proche de Jean Vilar et de l'expérience du Théâtre National Populaire, et du Festival d'Avignon. Il s'agit de rendre la culture accessible à tous, et d'en faire un instrument de libération et d'enrichissement personnel.

Première Maison de la Culture française, celle de Bourges, fut inaugurée en 1965 par le Général de Gaulle, Président de la République et André Malraux, Ministre d'État chargé des Affaires Culturelles. Sa mission était de développer des relais sur tout le territoire (entreprises, établissements scolaires, etc.), à l'hôpital psychiatrique Beaugerard de Bourges. Le Comité hospitalier, association mixte patients-personnels, gère les activités de loisir, les sorties, les boutiques, et était devenu un relais. Les patients sortaient pour assister à des représentations, des expositions, franchissant les murs de l'hôpital pour aller vers la ville.

Aujourd'hui Bourges continue de s'inscrire dans une démarche culturelle particulière et est déclarée

Capitale européenne de la Culture 2028. En lien avec Bourges 2028, le CHGS a le projet de développer un partenariat de tiers-lieu avec le Paris Mozart Orchestra et sa cheffe d'orchestre, Claire Gibault.

L'organisation territoriale de la santé en France par les ARS date de 2009. Ces structures découvraient alors la psychiatrie et s'interrogeaient sur ses pratiques. Il fut nécessaire de traduire le travail psychiatrique en concepts répondant aux objectifs de santé publique dans une reconnaissance de pertinence de soins. Le PMPEA répondit avec succès à des appels à projets où l'art et le recours à la culture avaient toute leur place. En 2019, un rapport de l'OMS démontra que l'art avait un impact positif et significatif sur la santé, tant psychique que physique, et ce, dans la prévention, la gestion et le traitement des maladies. Les ARS et les Directions régionales des affaires culturelles ont commencé à travailler ensemble et en région Centre-Val de Loire un Réseau Culture-Santé a vu le jour. Il réunit les établissements et les artistes souhaitant mener un projet ensemble et leur permet de bénéficier de soutiens financiers.

RETOUR SUR LES DIFFÉRENTES CONCEPTIONS DE L'ART-THÉRAPIE

Ces différentes expériences artistiques illustrent diverses conceptions de l'art-thérapie, en enrichissant celles identifiées par Jean-Pierre Klein, initiateur de la théorisation de l'art-thérapie [6, 13].

LA CRÉATION ARTISTIQUE COMME OCCUPATION DU TEMPS

C'est ce qu'a voulu faire Auguste Marie, et dans une moindre mesure, Gaston Ferdière. Dans cet esprit l'art n'a aucune spécificité et pourrait être remplacé par n'importe quelle autre activité. Cependant le terme même d'activité indique déjà une manière de s'affranchir de la désorganisation psychique, de cette espèce de désidentification, de perte de contact avec soi-même et l'environnement induite par les troubles psychiatriques. Construire, créer, c'est déjà un moyen de réappropriation de soi-même.

LA CRÉATION COMME SOUTIEN DE L'ESTIME DE SOI

C'est une forme de réinvestissement de l'estime de soi et d'une certaine conscience positive de soi. Qui plus est, la création peut susciter une reconnaissance par l'autre, qui permet, par le moyen de ce regard humanisant, une réappropriation de l'humanité en soi. Organiser, comme Ferdière le premier, des expositions d'art de malades mentaux, c'est dire qu'ils sont dignes de considération.

LA CRÉATION COMME DÉCENTRATION ET ESPACE TRANSITIONNEL

On postule alors que toute activité décentrée de soi-même, distancie de ses pensées, introduit entre soi et soi-même et avec ses constructions mentales possiblement parasites, un jeu, un décollement, une modification possible des perspectives qui pourraient aussi s'analyser comme une posture stoïcienne, que la sagesse populaire résume dans l'injonction : « Change-toi les idées ! ». On peut faire référence à Winnicott et à la notion d'espace transitionnel, aire intermédiaire entre intériorité et extériorité. Il y place le jeu, l'art et la culture. Cet espace où est dépassé le conflit entre la réalité du dedans et celle du dehors est source d'apaisement tout au long de la vie. Ferdière comme Marie inaugurèrent cette conception largement reprise par la suite. La création peut donc, à ce titre, avoir un aspect libérateur.

LA CRÉATION COMME CATHARSIS

Cet aspect libérateur peut aussi découler de l'emploi de la création comme catharsis : évacuation quasi mécanique des tensions internes, purgation des pensées parasites, mise à l'extérieur des « mauvaises humeurs », ce que Spinoza nomme « passions tristes », projection dans un ailleurs et dans un autrement, sur un support externe, des représentations et modalités affectives internes, incarnant dans un objet étranger ses étrangetés personnelles. C'est très directement ce que Ferdière tenta avec Artaud et son « théâtre de la cruauté ».

LA CRÉATION COMME RÉVÉLATEUR DE L'INCONSCIENT

Ce qui lie projection de soi-même dans la création fait de celle-ci un possible révélateur de l'inconscient, susceptible dès lors d'une approche herméneutique, dans l'après-coup, posée comme possible révélation de conflits intrapsychiques [21]. C'était la conception d'Anne Clancier. Toutefois ceci paraît plus proche d'un test projectif que d'une cure analytique car l'interprétation est différée et non inscrite dans une relation directement transférentielle. On pourra la rapprocher de ce qui avait été développé par le docteur Claude Wiart, au Centre de Psychopathologie de l'expression, de l'hôpital Sainte-Anne à Paris, qui recherchait dans les créations une sémiologie de l'expression, pathognomonique de mécanismes psychopathologiques [6].

PROCESSUS DE CRÉATION FACTEUR D'ÉMANCIPATION

L'art est source d'émancipation de la maladie : on pense plus à Van Gogh en tant qu'artiste qu'en tant que malade. L'art laisse la possibilité de sonder les abîmes,

autorise à sortir des normes. C'est même l'originalité et le côté hors normes qui seront non seulement tolérés mais valorisés. Il n'est pas question d'utiliser une souffrance mais de reconnaître la personne au-delà de cette souffrance. Il permet de sécuriser, rassurer, ne pas subir de jugement, d'avoir des expériences positives en groupe, de découvrir bienveillance, entraide, tolérance et indulgence.

LA CRÉATION COMME RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Jean-Claude Martin avait déjà pointé la fonction structurante de l'art, qui met « de l'ordre dans le chaos ». Cette organisation du psychisme, tant au niveau des affects que de la cognition est favorable au rétablissement quel que soit l'âge du sujet.

La création, parce qu'elle est mouvement centrifuge, expression de soi vers l'autre, donc affirmation de soi, protestation d'existence, mobilise affects et cognitions. La création a alors la capacité de mobiliser l'individu et de lutter contre l'anomie, l'enfermement psychotique ou l'évitement névrotique. Peut-on penser qu'elle permet de réinscrire soi-même comme un autre, à la manière de cette formule de Ricœur ? Ceci contribue à l'investissement des compétences psychosociales. Cette confrontation centrifuge à un autre peut s'associer à une confrontation centripète, qui, par la percolation qu'elle suppose avec les grandes œuvres de l'esprit : littérature, théâtre, œuvres picturales, musicales, sculpture, fait de l'art un anti-destin, selon le mot de Malraux, susceptible de réinscrire dans la « cité des hommes », en considérant que nul ne saurait, à son rythme, et selon ses propres modalités, ne pas être touché, affecté, interpellé, par ces expressions de l'Humanité. L'art et la culture sont des outils de transformation, des passerelles vers le mieux-être et le rétablissement, nouveau vocabulaire qui correspond au processus de transformation de l'histoire du sujet en écho au processus de création.

LA CRÉATION COMME RENCONTRE, RÉSONANCE, RELATION TRANSFÉRENTIELLE

La mise en place d'un binôme soignant-artiste (12), entourant le patient, telle qu'elle est assurée régulièrement au sein du PMPEA correspond d'ailleurs à un « Trio », source de relations, de créations interactives, bénéficiant d'une spécificité égalitaire et solidaire, évitant ainsi le risque d'un ressenti de face à face du sachant tout puissant (qu'il s'agisse de technique artistique ou de soins) vis-à-vis du patient. Artiste et soignants se reconnaissent comme des « passeurs », notion reprise dans l'exposition sur l'Art brut à Paris cet été 2025. La créativité est envisagée comme un voyage : le patient est le voyageur, l'artiste et le soignant sont les

compagnons du voyage.

Les différents aspects de la création jusqu'alors évoqués, même s'ils sont toujours des moments interactionnels implicites, insistent plus sur un « Êtant » que sur un « Se faisant ». Il s'agit soit de l'œuvre achevée, « Êtant matériel », qu'elle soit effectuée par soi-même, ou production d'un autre contemplée, mais œuvre achevée (encore que le regard porté soit interaction), le focus étant porté sur la création. Mais on peut porter le focus sur le créateur, son intentionnalité, ce qu'il exprime alors de lui-même, que ceci soit ou non soumis à interprétation.

On peut aussi considérer l'acte même de création, le processus, en dehors de tout aboutissement, et de toute exposition, de toute expression d'un a priori, aussi bien intentionnalité consciente que manifestation inconsciente. Il s'agit alors de se laisser porter par la surprise, l'étonnement du faire, du « se faisant », qui donne à celui qui œuvre une sensation d'existence, de « pour soi », qui le construit comme « Être distinct des autres » à travers cette trace qu'il produit de lui-même et qui le constitue. Il lui est permis de se découvrir lui-même. Il se rencontre avec lui-même à travers ce geste créateur, échappant souvent à toute délibération préalable, à toute volonté, mais qui refonde sa liberté. Dans cette dialectique du faire avec le « se faisant », il devient possible de se rencontrer avec soi-même, sans qu'on ait pu prévoir ce que serait cette rencontre. C'est l'imprévu à l'état brut.

C'est ce que permet le compagnonnage avec l'artiste, souvent dans cette dynamique, qui guette ce surgissement de l'impensé préalable. Il devient alors une rencontre de deux histoires, de deux sensibilités, de deux « se faisant » qui cherchent à faire œuvre commune (7). Même lorsqu'elle aboutit à une création finale, achevée, reste dans les moments du « se faisant » toujours une « première dernière-fois », multiplicité d'œuvres fugaces, temporaires, « apparitions-disparaisances » jamais résumées et contenues dans l'œuvre achevée [22]. On remplace l'expression (le sens) par la construction (le faire).

Musique, danse, sont dans un « se faisant » le plus abouti, qui cesse avec l'exécution, pour ne persister que comme souvenir, et jamais comme matérialité. La création théâtrale s'en rapproche aussi [23]. C'est dire que les différentes médiations artistiques ne répondent pas exactement aux mêmes approches de l'art-thérapie, et que, par conséquent, elles les déterminent et définissent en partie.

CONCLUSION

L'art et la culture ont investi depuis longtemps les établissements psychiatriques, devenant un quasi-marqueur de la psychothérapie institutionnelle, une pratique largement partagée dans les hôpitaux de jour psychiatriques, et à George Sand les services des enfants et des adolescents, furent souvent des pionniers en ce domaine : ils y théorisaient ces pratiques, et notamment l'art-thérapie, concept pluriel s'il en est.

Art et culture ne sont pas superposables mais sont des piliers de notre humanité, garants de rencontre transcendante de paix. L'art est une création, par celui qui le produit, comme par celui qui le regarde, regard créateur, qui seul confère à la création le statut d'œuvre d'art, action centrifuge, don porté vers un autre, souvent indéterminé, tandis que la culture est une contemplation, une réception, une appropriation, contre-don en provenance d'un autre, matériau d'identification ou de distinction, de percolation, de confrontation, permettant ainsi d'être soi-même comme un autre ou soi-même différent d'un autre. L'un et l'autre participent d'un anti-destin, car ils mettent en mouvement, jeu des Je, par l'inattendu, la surprise, qu'ils peuvent susciter, « Je ne sais quoi » qui, même malgré lui, pose un sujet comme tel, car toujours différent des autres. Mais, pour schématiser Aristote, on pourrait dire que l'Art est en puissance, toujours processus créateur, quand la culture est en acte, création achevée.

Cette appropriation de soi, dans une dialectique à un autre, intériorisé, incorporé à une création, toujours « se faisant » même par rapport à un « déjà fait » construit en quelque sorte une légende personnelle, donnant du sens à sa vie, reconstruction, re-création de celle-ci, libération des aliénations, déjà celle de la finitude, mais aussi celle des troubles de la psyché, si l'on admet, avec Henry Ey, qu'ils sont des pathologies de la liberté.

Les différentes conceptions de l'art-thérapie ambitionnent toutes cette fin, passant par des modalités, des moyens, donc des approches diversifiées qui peuvent être associées au sein d'un HJ, choisies selon les indications. Dans l'art-thérapie, aussi bien l'art que le soin sont à prendre en considération, dans leurs spécificités propres. Ils créent cependant à eux deux une synergie pour laquelle nous pouvons citer Victor Hugo [24] : « Être utile, ce n'est qu'être utile, être beau, ce n'est qu'être beau; être utile et beau, c'est être sublime. »

Penser la fin plutôt que les modalités, argument, cadre, médiation, c'est-à-dire les moyens mis en œuvre, permet de se laisser surprendre par l'inattendu, toujours révélateur d'un presque rien, cette « unique matinée de printemps » dans laquelle surgit le processus de changement, et, par conséquent, la liberté, celle de se retrouver soi-même, de se reconnaître, si proche et si différent d'un autre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sudres JL. *Soigner l'adolescent en art-thérapie*. Paris: Dunod; 2007.
2. Tosquelles F. *Fonction poétique et psychothérapie*. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 1995.
3. Maso J, et al. *Francesc Tosquelles: avant-garde psychiatry, radical politics and art*. New York: American Folk Art Museum; 2024.
4. Darcy D. The tale of French psychiatry. *The Art Newspaper*. 2025 Jun.
5. Oury J. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Nîmes: Champ Social Éditions; 2001.
6. Klein JP. *L'art-thérapie*. Paris: Presses Universitaires de France; 1993.
7. Vernet A. L'art-thérapie, fondation d'une légende personnelle. *Journal des psychologues*. 1992 Dec.
8. Vaillant C, Vernet A. Pour gérer la crise, penser le lien: projet ReCré et COS. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles*. 2020.
9. Vernet A. *Parcours de la folie: histoire philosophique et sociale de la psychiatrie à travers la vie asilaire à Bourges et dans le Cher*. Paris: L'Harmattan; 2025.
10. Ferdière G. *Les mauvaises fréquentations: mémoires d'un psychiatre*. Paris: Éditions J.-C. Simoen; 1998.
11. Vernet A. Gaston Ferdière, psychiatre d'Antonin Artaud. Épisode 1: ombres et lumières d'une biographie. *La Vie en question*. 2021 Jul.
12. Joulia MC. *L'artiste compagnon de voyage*. Paris: L'Harmattan; 2003.
13. Klein JP. *Penser l'art-thérapie*. Paris: Presses Universitaires de France; 2012.
14. Hénin M, Joulia MC, Vernet A, et al. Une approche à médiation culturelle des groupes thérapeutiques pour adolescents. *L'Information psychiatrique*. 2010;86(10):849-857.
15. Besacier P, Castel J, Combey, et al. *Traversées, mémoires de maux, mots du mal: témoignage d'un travail commun entre art et psyché*. Bourges: Ministère de la Culture et de la Communication, ARH Centre; 2005.
16. Reja M [Paul Meunier]. *L'art chez les fous: le dessin, la prose, la poésie*. Paris: L'Harmattan; 2000.
17. McGregor J. *The discovery of the art of the insane*. Princeton: Princeton University Press; 1989.

18. Peiry L. *L'art brut*. Paris: Flammarion; 2001.
19. Prinzhorn H. *Expressions de la folie*. Paris: Gallimard; 1984.
20. Martinat P. *Bascouard, dessinateur virtuose, clochard magnifique, femme inventée*. Paris: Les Cahiers dessinés; 2014.
21. Roussillon R. *L'art psychanalyste*. Paris: Presses Universitaires de France; 2021.
22. Jankélévitch V. *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*. Paris: Seuil; 1980.
23. Vernet A. Théâtre et psychothérapie. *Psychologie médicale*. 1986 Jan.
24. Hugo V. *Œuvres complètes « Ne varietur »*. Philosophie. Tome II. Paris: J. Hetzel et Cie; A. Quantin; 1880-1885.

LES AUTEURS :

Alain VERNET,
psychologue, chargé d'enseignement (faculté des sciences)
Bourges (France)
alain.vernet@univ-tours.fr

Dr Corinne VAILLANT,
psychiatre de l'enfant et de l'adolescent
Bourges (France)
vaillant.corinne@ordre.medecin.fr

« LA CULTURE, CONTREPOINT AU SELFIE ? »

- Elisabeth DUCHÊNE, Nathalie MACHIELS, Guiseppe FULCO,
Gregory MALEF, Alain ROZENBERG -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Les selfies sont aujourd'hui indissociables de la culture adolescente, voire de la culture contemporaine en général. Ces images se substituent aux mots et aux récits. Éphémères, elles n'ont pas la capacité de raconter.

Mais s'agit-il de représentations (eikon) ? Ou de simulacres (eidolon) ? La culture suppose un certain regard, une recherche de quintessence, une invitation à l'intériorisation... et la notion de complexité, totalement étrangère au consumérisme.

Si Rembrandt a réalisé plus de 80 autoportraits en l'espace de quarante ans, cela n'a pourtant rien à voir avec les 14 milliards de photographies échangées chaque jour via les réseaux sociaux.

L'art est un processus de création, le selfie une œuvre relevant d'une tentative de maîtrise. Et si l'adolescence représente la pointe avancée de la clinique, la traversée adolescente est devenue une odyssée particulièrement solitaire, dans un monde peuplé d'images.

Plongée dans une culture de masse, la jeunesse se trouve bien souvent privée des mythes et rites qui offraient des repères symboliques pour affronter les questions existentielles. Ces interrogations fondatrices de notre subjectivité font énigme. Et c'est cette énigme que tentent de mettre en forme les artistes et les adolescents à travers la création.

Quand la parole ne suffit plus à soutenir ce passage adolescent, l'hôpital de jour peut offrir une scène autre, qui conjugue à la fois cure par la parole et cure par le jeu, à travers diverses médiations thérapeutiques et artistiques.

Comme l'adolescence, la culture est aussi le baromètre du social, comme aurait pu dire Winnicott.

MOTS CLÉS : Selfies - Culture - Autoportrait - Narcissisme - Adolescence - Reconnaissance

CULTURE : A COUNTERPOINT TO THE SELFIE?

Selfies are now an integral part of teenage culture, and even contemporary culture in general. These images replace words and stories. Ephemeral, they do not have the capacity to tell a story.

But are they representations (eikon)? Or simulacra (eidolon)? Culture implies a certain perspective, a search for quintessence, an invitation to internalization... and the notion of complexity, which is totally foreign to consumerism.

Although Rembrandt produced more than 80 self-portraits over a period of forty years, this has nothing to do with the 14 billion photographs exchanged every day via social media.

Art is a process of creation, while the selfie is a work that stems from an attempt at mastery. And if adolescence represents the cutting edge of clinical practice, the journey through adolescence has become a particularly lonely odyssey in a world populated by images.

Immersed in mass culture, young people often find themselves deprived of the myths and rituals that provided symbolic reference points for dealing with existential questions. These questions, which form the basis of our subjectivity, remain a mystery. And it is this mystery that artists and adolescents attempt to give shape to through creativity.

When words are no longer enough to support this adolescent transition, the day hospital can offer an alternative setting that combines both talk therapy and play therapy through various therapeutic and artistic mediations.

Like adolescence, culture is also a barometer of society, as Winnicott might have said.

KEY WORDS : Selfies - Culture - Self-portrait - Narcissism - Adolescence - Recognition

INTRODUCTION

« Le souci de sa propre image, voilà incorrigible
immaturité de l'homme »

Milan Kundera, L'immortalité (1)

Dérivé du latin *colere* qui signifie cultiver, habiter, le terme *cultura* désignait d'abord la culture de la terre. Cicéron fut le premier à le transférer au domaine de l'esprit en parlant de la culture de l'âme. Le mot en vint à désigner soit l'activité par laquelle l'homme développe ses facultés grâce à l'instruction, soit le résultat collectif de cette activité, c'est-à-dire l'ensemble des traditions, des techniques et des institutions qui caractérisent un groupe humain. La culture met ainsi l'accent sur le contenu symbolique de la transmission, tandis que la société en organise les formes et les cadres.

Si la culture, au sens cicéronien, trouve son fondement dans la transmission symbolique, notre modernité s'oriente désormais vers un régime de l'image et du spectacle. On estime qu'environ 14 milliards de photos sont produites et diffusées chaque jour sur les réseaux sociaux (2) : « Le monde s'écrit en photo » (3). L'écran est devenu la fenêtre principale par laquelle nous regardons le monde. Cette fenêtre modifie notre rapport au temps et à l'espace : un rapport dominé par « l'ici et maintenant », par l'immédiateté, l'illimité et l'éphémère (Snapchat), et par un espace réduit à une surface. Nous sommes passés d'un monde qui se raconte à un monde qui se regarde. Or, nous pensons avec des mots.

Cette omniprésence de l'image nous amène à nous interroger, comme le fait Simone Korff-Sausse (4) : quel rapport entre un selfie et un autoportrait ? Quelle différence entre une image de soi et une représentation de soi ? Quelles conséquences ce flux d'images de soi a-t-il sur l'opération adolescente et plus largement sur nos subjectivités ? Et quelles pourraient être les fonctions de cette pratique dans la vie psychique de la jeunesse contemporaine ? Serait-elle au service d'un miroir réflexif assurant une stabilité de notre image, ou plutôt l'expression d'un narcissisme exacerbé, un miroir vide signe d'une vacuité de l'être ?

IMAGE ET REPRÉSENTATION

Pour répondre à ces questions, il convient de distinguer la nature même des images qui nous entourent. Dans son livre *Les nouvelles beautés fatales*, Vannina Micheli-Rechtman (5) propose de distinguer des images à visée représentative, travaillées par une intention photographique, et des images fortement réglées et retouchées par des filtres. D'un côté donc, des « photos-tableaux » qui racontent et relèvent d'une logique du signifiant : des images « trouvées », évidées, qui incluent un hors-champ et une perspective ... De l'autre côté, des images qui reproduisent, montrent,

mais ne racontent rien : des images pleines, sans béance, purement narcissiques, relevant d'une logique du signe.

Cette distinction entre images signifiantes et images pleines rejoint une interrogation ancienne, déjà présente chez Platon (6), qui distingue l'*eikon* de l'*eïdôlon*. L'*eikon* (qui a donné icône) est une image qui dévoile le modèle et la distance qui l'en sépare. L'*eïdôlon* (idole), au contraire, est une image-simulacre, mimétique, trop parfaite, qui abolit toute distance.

Aujourd'hui, les images numériques, par leur caractère virtuel et leur quête de perfection, se rapprochent de l'*eïdôlon*. Elles exercent une fascination en tentant de maîtriser le vide que recèle toute image. Nous sommes passés d'un « je pense donc je suis » à un « je suis visible donc je suis ». Le philosophe Jean Baudrillard (7) s'est particulièrement intéressé aux *eïdôla*, aux images-simulacres, déconnectées de toute réalité sous-jacente. Son ouvrage a d'ailleurs inspiré les soeurs Wachowski pour la réalisation du film *Matrix*, qui met en scène des personnages évoluant dans un univers purement artificiel, un miroir « vidé du réel ».

AUTO PORTRAIT VERSUS SELFIE

Cette distinction conceptuelle entre l'image-représentation (*eikon*) et l'image-simulacre (*eidolon*) trouve une illustration parfaite dans l'opposition moderne entre l'autoportrait et le selfie. Le selfie, ou égoportrait au Canada, relève-t-il du même geste que l'autoportrait ? Le selfie semble relever d'un simulacre, télescopant l'idéal du moi (ce que je voudrais être) au moi idéal (ce que je crois être) afin de combler le vide qui les sépare. L'autoportrait, à l'inverse, maintient une tension, un écart. Depuis la Renaissance, il implique une élaboration symbolique où l'artiste introduit une distance entre lui et son image. La création vise à traiter une énigme, à donner une représentation à ce qui n'en a pas. C'est à partir du *nihil* que l'artiste crée.

Mais cette partition binaire avec d'un côté l'image-simulacre et de l'autre l'image-représentation n'est que l'esquisse d'une réalité bien plus complexe. Cette lecture mérite d'être nuancée, car un selfie peut parfois aussi être assimilé à un autoportrait : tout dépend de l'intention de celui qui le produit, du contexte et de sa réception. L'artiste chinois Ai Weiwei (8), dans ses créations artistiques, a par exemple abondamment recouru à la pratique du selfie, qu'il détourne et met au service d'une démarche politique.

ADOLESCENCE

Mais de manière plus générale, ce basculement vers une culture de l'*eidolon* (de l'image-simulacre) a des conséquences particulièrement fortes sur les subjectivités en construction. Période de crise

provoquée par la puberté, l'adolescence confronte le sujet aux questions existentielles de la sexualité, de la mort, de l'altérité et de l'identité : *qui suis-je ?* Dans ce temps de métamorphose, l'enjeu est de maintenir une continuité subjective. Cette traversée ravive l'expérience fondatrice du stade du miroir (9), où l'*infans* unifie l'image de son corps grâce à la sanction symbolique de l'Autre : « oui, c'est toi ».

Publier son image sur les réseaux sociaux est certainement une tentative, pour l'adolescent, de trouver un lieu d'adresse afin d'une part, de se reconnaître dans ce corps en transformation ; d'autre part, de se faire reconnaître, qu'un autre vienne à nouveau le nommer. Philippe Lacadée le résume en une formule : l'adolescent cherche un « *point d'appui*, le « *point d'où* » (il) *peut se voir digne d'être aimé voire aimable pour un Autre qui sache dire 'oui' au nouveau, au réel de la libido qui surgit en lui* » (10).

L'inflation de la production et de la diffusion de ces selfies semble signer la difficulté que rencontrent de nombreux adolescents à se forger des représentations psychiques de ce qu'ils vivent.

NARCISSISME

Pour comprendre la fascination pour le selfie et l'emprise de l'image-simulacre, un détour par le concept de narcissisme est indispensable. Le narcissisme, pour la psychanalyse, se constitue lors du stade du miroir, cette expérience qui noue image, nomination et perte, et qui introduit une réflexivité, permettant de se voir. Les pathologies du narcissisme seraient liées à un défaut de cette réflexivité. Dans ce cadre, « se selfiser » pourrait être une tentative désespérée d'assurer une continuité d'existence par la captation d'un « regard qui voit », où il s'agit plus d'être vu que de se voir, avec le risque de croiser des regards disqualifiants.

En définitive, le selfie incarne une tentative de suturer ou de maîtriser les failles narcissiques dans une culture qui prône la visibilité immédiate. Il répond à la logique du « je suis vu, donc je suis ».

AUTOPORTRAITS

REMBRANDT

Les autoportraits de Rembrandt sont l'une des séries les plus fascinantes de l'histoire de l'art. Ce ne sont pas seulement les portraits d'un homme à différentes étapes de sa vie, mais une exploration profonde de l'identité, du regard, du temps et de l'émotion.

Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606 - 1669) a réalisé plus de 80 autoportraits sur une période de plus de 40 ans. Ces œuvres couvrent toute sa vie, de ses débuts comme jeune peintre ambitieux à sa fin de vie

marquée par les épreuves et la pauvreté. On y voit son visage changer, vieillir, se marquer. On y ressent aussi ses émotions - fierté, humour, désespoir, humilité...

Plusieurs raisons expliquent l'intérêt de se peindre si souvent. Au début, Rembrandt se peint pour s'exercer. Il travaille la lumière, les expressions du visage, les drapés, les textures... Se prendre comme modèle est simple : pas besoin de payer quelqu'un d'autre. Ces autoportraits sont aussi des moyens de se montrer, presque comme des publicités. Ils témoignent de sa maîtrise, notamment dans le clair-obscur, un de ses points forts. À l'époque, il existe un véritable marché pour les autoportraits. Certains acheteurs recherchent les portraits de Rembrandt comme « collection de la vie d'un génie ». Cela a pu avoir également une fonction économique. L'autoportrait « en prince oriental », datant de 1631, montre un Rembrandt jeune, superbement habillé, sûr de lui. En 1632, il se présente encore lisse, sans grande tension existentielle visible. Vers 1636-41, nous observons déjà moins de flamboyance juvénile, plus de gravité et de maturité dans le modelé du visage, des ombres plus profondes.

Plus tard dans sa vie, ses autoportraits deviennent profondément introspectifs. Rembrandt montre de plus en plus clairement le poids de l'âge, de l'expérience, et le passage du temps. Ses œuvres deviennent des confessions visuelles, marquées par la vérité humaine et émotionnelle. Dans celui remplacé à 63 ans (1669), peu avant sa mort, Rembrandt se montre sans fard, vieillissant, fatigué. Le visage est marqué, usé, l'expressivité est réduite, mais le regard est franc, sans artifice, et l'émotion est forte : dignité, acceptation, fatigue peut-être. Nous voyons la transparence d'un homme face à lui-même, chose très rare dans l'histoire de l'art.

Rembrandt semble avoir compris que le visage humain est un théâtre d'émotions et d'expériences. Il s'est utilisé lui-même comme un laboratoire pour explorer l'âme humaine, à une époque où l'individu devenait un sujet central de l'art. Certains historiens soulignent que ses autoportraits sont une autobiographie peinte, des fenêtres sur la condition humaine... À une époque où le selfie domine notre culture visuelle, les autoportraits de Rembrandt posent une question toujours actuelle : « *Que montre-t-on vraiment de soi quand on se regarde ?* »

VIVIAN MAIER

Nounou à Chicago et photographe secrète, Vivian Maier (1926 - 2009) a produit des milliers de photographies sans les montrer à personne de son vivant. Son œuvre a été découverte après sa mort, révélant une immense artiste.

Ses autoportraits reprennent souvent les motifs suivants :

- ♦ Les reflets : Maier se photographie dans les vitrines, les miroirs, les ombres portées... toujours en tension entre présence et invisibilité. Elle se place elle-même dans la scène sans être au centre de l'attention.
- ♦ L'inconscience du spectateur : Contrairement aux selfies qui cherchent un public, Maier ne cherche pas à être vue, et réalise ses autoportraits à l'insu des passants. Sa présence est discrète, presque dissimulée dans l'image. Elle garde d'ailleurs une neutralité dans son expression : elle regarde, mais rarement avec un sourire ou quelque chose de « performé ».
- ♦ Observation de soi dans le monde : Maier ne pose pas ; elle s'intègre à la scène, comme un fragment du quotidien ... avec une attention forte à la composition : lignes, formes, lumière. L'environnement entre en jeu autant que le sujet lui-même.

Les autoportraits de Maier illustrent bien l'idée qu'on peut « exister » par le regard que l'on porte sur soi-même, même si ce regard ne vise personne d'autre. Que la photographie permet des formes d'auto-représentation « douces », fragmentées, pas nécessairement revendicatives ou symboliques (comme chez Woodman), mais tout aussi puissantes. Que l'intime peut être le matériau de l'art - qu'on n'a pas besoin d'un public immédiat, ni d'un message clair, pour que cela touche.

Ils révèlent une quête d'identité dans un monde qui ne la voit pas, et bien qu'artiste en retrait, elle s'avère être hyper consciente du cadre, de la lumière, du moment. Elle-même n'a presque rien écrit, mais l'on dit à son propos : « Elle a transformé l'autoportrait en une énigme : qui regarde qui ? »

FRANCESCA WOODMAN

Photographe américaine, morte tragiquement à 22 ans, Francesca Woodman (1958 - 1981) a laissé derrière elle un corpus bref mais extraordinairement profond. Elle a réalisé de nombreux autoportraits en noir et blanc, souvent flous, mystérieux, corporels, dans des décors abandonnés ou domestiques. Les autoportraits de Woodman sont très éloignés du selfie moderne. Ils sont lents, silencieux, poétiques. Elle utilisait la photographie comme un outil de disparition, presque à l'inverse du narcissisme. Elle déclarait d'ailleurs : « *I am always looking for how to define my position in this world.* »

Ses œuvres témoignent de :

- ♦ La présence/l'absence : Woodman joue avec la disparition du corps, la lenteur de la pose (flou de mouvement), les miroirs, les murs qui l'avalent... Comme si elle disait : « *Je suis là, mais je m'efface.* »
- ♦ Le corps féminin comme territoire : Elle explore son propre corps, souvent nu, mais jamais de manière sexualisée. C'est une introspection, pas une exposition.
- ♦ La théâtralité et la fragilité : Ses images sont composées comme des scènes de théâtre, à la fois intimes et symboliques. L'autoportrait devient un lieu de métamorphose.

En observant ces images de Woodman, on remarque souvent un cadre restreint, une composition serrée, des formes géométriques ou architecturales (portes, fenêtres, murs) qui entourent ou « encadrent » le corps ou la figure. Un corps parfois en partie masqué, fragmenté, ou partiellement flou, ce qui crée un sentiment de disparition/évanescence. L'utilisation de la lumière naturelle, des contrastes forts, souvent en noir et blanc, ce qui accentue la sensation de texture, de profondeur, d'ombre - tout ce qui ajoute à l'atmosphère mystérieuse. La présence d'éléments réfléchissants, de matériel de décor, ou d'objets qui interfèrent dans la composition (des drapés, des rideaux, des boîtes, etc.), ce qui complexifie la lecture immédiate de la photo.

Alors, peut-on comparer ces autoportraits à des selfies ?

Oui, dans une certaine mesure, car :

- ♦ Ils utilisent leur propre image comme médium d'expression.
- ♦ Ils reflètent un besoin humain de se représenter, de se voir, de se raconter.
- ♦ Ils posent des questions de représentation de soi, et permettent de se construire une image de soi.

Mais il y a de grandes différences :

- ♦ Ces autoportraits prennent des jours, voire des semaines, à être réalisés : travail lent, réfléchi, lié à une démarche artistique, pas à une impulsion.
- ♦ Ils sont profondément méditatifs, souvent introspectifs, loin de la recherche de perfection ou d'idéalisation présente dans beaucoup de selfies modernes.
- ♦ Pas de recherche de visibilité sociale (surtout chez Maier).
- ♦ Volonté de questionner le « je », pas de le mettre en avant.

Vivian Maier et Francesca Woodman, tout comme Rembrandt, utilisent l'autoportrait pour explorer la complexité de l'être humain - mais à travers des techniques, des esthétiques et des intentions très différentes. Là où le selfie contemporain vise souvent l'extériorité (plaire, montrer, exister dans les yeux des autres), leurs autoportraits sont des introspections visuelles, parfois douloureuses, souvent silencieuses.

DERRIÈRE LE SOURIRE DES SELFIES

E. a quatorze ans. Dans son téléphone, des centaines de photos d'elle : des sourires, des poses, des filtres colorés. Pour ses amis, c'est une ado comme les autres, qui adore se mettre en scène. Mais derrière l'écran, il y a une autre histoire, plus lourde, qu'elle tente de traiter. Petite, E. a subi des attouchements et de la violence sexuelle de la part de son père. Un secret douloureux, longtemps enfoui, qui a abîmé son rapport au corps et à la confiance. La mère, durant l'enfance d'E., l'a parentifiée : sa détresse a pris le dessus et les rôles se sont inversés, au point qu'elle a d'abord minimisé les traumatismes infligés par le père.

Lorsque nous accueillons cette jeune de quatorze ans, elle en paraît seize. L'image qu'elle veut montrer semble très importante voire vitale pour elle : faux ongles, maquillage très marqué façon jeune Lolita. Elle se montre peu couverte dans ses tenues, et adopte un comportement de star, nous demandant souvent si on a remarqué chez elle une nouvelle teinture ou gloss plus brillant. Au THIPI, les jeunes ne peuvent pas garder leur téléphone durant la journée, et E. manifeste rapidement un manque, voire une détresse face à cette règle. Dépourvue de son accessoire, elle passe un temps considérable devant le miroir des toilettes pour rectifier son apparence. Dans le quotidien, s'il nous arrive de la reprendre sur sa tenue peu couverte, elle réagit fortement en nous parlant de sa liberté d'être.

Prendre des selfies est pour E. bien plus qu'un simple jeu : c'est une manière de reprendre possession de son image. En cadrant son visage, en choisissant la lumière, en décidant ce qu'elle montre ou cache, elle retrouve la part de contrôle qui lui a été volée. Le temps passé dans les toilettes ou devant son miroir de poche durant les réunions, nous semble être à la fois un traitement mais aussi un obstacle social face aux autres. Chacune de ses photos ou de ce qu'elle nous laisse voir devient une affirmation silencieuse : « mon corps m'appartient. Je décide de ce que vous voyez. Je ne suis plus prisonnière. »

Mais derrière cette recherche se cache aussi une fragilité : le besoin constant d'approbation, la peur de ne pas être assez, l'angoisse de redevenir invisible. Les *likes* et les commentaires lui apportent une reconnaissance qui apaise, même temporairement, la blessure intérieure. Ses selfies ne sont pas seulement des images, mais des cicatrices numériques et narcissiques, les traces d'un chemin de reconstruction encore fragile.

ATELIER D'EXPRESSION CRÉATRICE EN HÔPITAL DE JOUR : MISE EN PLACE DE L'ATELIER « AUTO PORTRAIT »

Dans le cadre du cours d'éducation culturelle et artistique, nous avons demandé aux jeunes de réaliser leur autoportrait. Nous les avons d'abord invités à manipuler les médiums, à les tester ; puis leur avons montré plusieurs autoportraits différents, afin de ne pas leur présenter de modèles à reproduire.

Nous avons observé le processus créateur à l'œuvre chez les jeunes, ce qu'il semblait se passer lors de la figuration plastique, dans le jeu entre le dedans du psychisme et le dehors de la forme. Nous vous livrons ici quelques observations et hypothèses :

- ♦ C. ne produit rien dans le temps imparti. Elle s'identifie à ses animaux domestiques (des rats) sans pouvoir les représenter. Elle ne peut pas faire avec le décalage entre la réalité du rat et sa représentation. Elle ne supporte pas la fonction de transformation de l'acte créateur, engendrant une trahison de sa réalité.
- ♦ T. s'empare d'une représentation culturelle existante (les lucioles du jeu « *The last of us* ») pour s'identifier. Ensuite, il organise sa production autour d'éléments collectés dans une vidéo (objet culturel) de patients en psychiatrie qui dessinent leurs rêves.

Nous constatons que dans leurs productions, les jeunes utilisent souvent des motifs culturels récurrents : s'agit-il de la répétition, comme dans les rêves, de motifs métaphoriques, la métaphore portant plus facilement le trauma que la parole ? Ou de motifs tels des objets de consommation, comme dans le style d'Andy Warhol ?

- ♦ G. est aussi dans une répétition de motifs, le sigle d'un groupe de Métal dont la forme se rapproche d'une croix gammée, mais sans l'être vraiment.

A travers cette répétition, nous parle-t-il d'un harcèlement vécu dans son école d'origine à cause d'une mésinterprétation d'un dessin ? Ou d'un vécu traumatique transgénérationnel en attente de symbolisation : l'assassinat du grand-père par les nazis ?

- ♦ B. décrit son processus créateur comme une expression de « ce qui me vient comme ça » dit-il.

De l'informe intérieur, il laisse émerger des traces dans la matière plastique en les reliant, pour faire des motifs et ainsi laisser advenir l'in-su. Il y a une fantasmopoièse (11), une mise en route de la capacité de rêverie dans l'espace-temps de l'expression. Il y a du jeu, une mise en circulation du libidinal.

Par le jeu avec la matière, les contenus mis en forme, le créateur « tisse les fils entre son passé et son avenir,

brode entre ce qu'il n'est plus et ce qu'il n'est pas encore » jusqu'à « donner son étoffe à l'existence » (12). Il y a désormais un espace-temps, celui de la production, où les traces internes, telles des reliques, des objets de mémoire agissants, sont organisées grâce à la puissance de figurabilité du tracé. Ainsi, l'espace-temps de l'atelier permet l'historicisation, la mise en narration d'éléments constitutifs du sujet qui font événements et permettent une inscription dans le cadre-même de l'atelier. Il s'est formé quelque chose à partir de riens, de chutes, de dépôts, de matière brute. Et c'est dans l'interstice entre la réalité et sa représentation qu'advient le créateur comme sujet.

Et que se passe-t-il lorsque cet espace-temps de la mise en forme est partagé par un groupe ? Quelle est la fonction de ces « autres » qui sont aussi dans un processus de création, et sont autant de regards posés sur les productions ?

Le processus créatif groupal crée des allers-retours entre le Je créateur et l'Autre du groupe. Je n'est pas seul, ce qui présuppose un Autre qui déposera son regard sur la production, sur le portrait qui est censé représenter le Je. Et ce regard, s'il est posé avec bienveillance, « colmate provisoirement les trous du Moi poreux. » dit Céline Masson (13). Il opère comme « un espace prothétique qui restitue au patient une image réparée ».

- ♦ Arrêtons-nous quelques instants sur la production de N. : devant l'angoisse, il veut copier l'autoportrait d'un artiste, ou le décalquer, tentant de contourner la consigne qui le renvoie à son vide intérieur.

Que faire en effet, comment se mettre en forme, si le premier autre a été défaillant ? Ramené dans le cadre, c'est le vide que N. rencontre. Parmi tous les « autres » du groupe, son regard se pose alors sur un professeur de maths, auquel il s'accroche désespérément. Il décide que le contour décalqué sera ce professeur. Vide, sans humanité (sans yeux, sans bouche), une « chaîne de molécules » selon ses mots, qui ressemble à un bagnard muselé. L'enseignant a été utilisé comme prothèse et N. n'a pu parler que de ses contours et de ses molécules.

Le groupe fait également office d'hébergement psychique, de caisse de résonance des affects. C'est un groupe témoins. Quand des éléments clivés sont en attente de subjectivation, il faut qu'il y ait de l'autre, de la « tendresse de l'autre » (14) pour que la capacité de rêver puisse relier les éléments, border le trou du non-dit et contenir les affects.

Enfin, la fonction de l'appareil psychique groupal « est de lier et de transformer les espaces psychiques des sujets qui sont membres du groupe » (15). Il y a une fomentation créatrice groupale : le travail de groupe « montre ce que la constitution du sujet singulier doit à l'expérience qu'il partage avec les autres » (12).

EN GUISE DE CONCLUSION

« Rien n'est a priori plus simple qu'un autoportrait. Il suffit pour en dessiner un de prendre place à une table, de disposer d'une feuille de papier posée sur cette table, d'un crayon. Et (...) d'un miroir. Or déjà, en raison de la présence de ce miroir même, il devient difficile de s'assurer de la simplicité. Parce que le miroir, partie prenante essentielle, est spéculaire, captieux. L'expérience la plus banale invite à la méfiance : chaque jour le droitier que je suis regarde un gaucher se raser en face de moi... Le miroir inverse l'espace. Première ambiguïté. Qui est loin d'être la seule. Le miroir est un seuil. Un seuil entre notre monde, réel, tangible, palpable, mesurable, et un autre qui appartient aux songes (...). Un seuil entre notre monde et celui de la mythologie ».(16)

Comme l'artiste, l'adolescent affronte les grandes énigmes de l'existence. Sa création - devenir auteur non pas de sa vie mais dans sa vie - rejoint la création artistique en ce qu'elles cherchent toutes deux à faire avec l'irreprésentable (le réel), à donner forme à l'énigme qui se loge au cœur de ces questions.

Face à cela, la culture, au sens cicéronien de « culture de l'âme », se pose en véritable contrepoint. En favorisant la création d'œuvres - comme l'autoportrait - qui maintiennent un écart, un vide interprétable ou non (l'*eikon*), elle offre un espace pour la symbolisation et la subjectivation. Elle ne comble pas le manque, mais permet de le penser et d'en créer. Narcisse est mort de n'avoir pas créé cet écart ; la culture est peut-être ce qui nous sauve de la noyade dans notre propre reflet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kundera M. *L'immortalité*. Paris: Folio; 2020. 217.
2. Phototrend. Cartographie de la production d'images en 2025. Disponible sur: <https://phototrend.fr/2025/06/cartographie-production-images-2025/>
3. Godart E. *Je suis selfie donc je suis: les métamorphoses du moi à l'ère du virtuel*. Paris: Albin Michel; 2016. 46.
4. Korff-Sausse S. Selfies: narcissisme ou autoportrait ? *Adolescence*. 2016;34(3):623-632.
5. Micheli-Rechtman V. *Les nouvelles beautés fatales: les troubles des conduites alimentaires comme pathologies de l'image*. Toulouse: Érès; 2022. 51.
6. Platon. *La République: livres I à X*. Paris: Gallimard; 1992.
7. Baudrillard J. *Simulacre et simulation*. Paris: Galilée; 1981.
8. FOMU. Ai Weiwei: *Mirror*. Disponible sur: <https://fomu.be/fr/expositions/ai-weiwei-mirror>
9. Lacan J. *Écrits*. Paris: Seuil; 1997.
10. Lacadée P. *L'éveil et l'exil: enseignements psychanalytiques de la plus délicate des transitions, l'adolescence*. Nantes: Cécile Defaut; 2007. 33.
11. Benghozy P. Le travail psychique de rêverie et de figurabilité en psychanalyse groupale et familiale. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2015;65(2):39-54.
12. Cadoux B. *Écritures de la psychose*. Paris: Aubier; 1999.
13. Masson C. *L'angoisse et la création: essai sur la matière*. Paris: L'Harmattan; 2001. 105.
14. Tovmassian T. La tendresse, essence d'une présence transformatrice de la détresse. *Le Carnet Psy*. 2024;268(3):44-47.
15. Kaës R. Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*. 2010;34(1):13-40.
16. Bonafoux P. *L'autoportrait*. Disponible sur: https://www.psychanalyse.com/pdf/L_AUTOPORTAIT_par_Pascal_BONAFoux.pdf

LES AUTEURS :

Elisabeth DUCHÊNE, Nathalie MACHIELS, Guiseppe FULCO, Gregory MALEF, Alain ROZENBERG

Hôpital de jour « Le ThiPI », Maison d'ados AREA+, Epsilon
Chaussée de Saint-Job 294, 1180 Bruxelles (Belgique)
a.rozenberg@epsilon.be

D'IMPRESSIONS EN EXPRESSIONS : l'art plastique, une forme d'expressivité corporelle

- Amandine DUBOIS, Delphine DEWACHTER, Laurence HUORT, Louise MAURICE -

RÉSUMÉ - SUMMARY

L'adolescence et la création artistique sont des processus de métamorphose dont le but est l'accès à la métaphorisation/l'élaboration. L'adolescence est un processus de maturation narcissique et identitaire, durant lequel l'adolescent grandit, à l'image de la période de création artistique, qui fait s'élever le créateur au rang d'artiste. Au Centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent, nous accueillons des adolescents dont le processus de maturation et de création est interrompu, empêché. Les symptômes tels que les troubles du comportement alimentaire, les troubles anxieux phobiques, la dépressivité, les impulsivités destructrices sont le signe d'une souffrance qui tente de trouver une voie d'élaboration. Au travers d'un dispositif de groupe thérapeutique nommé « impression/expression », adressé exclusivement aux jeunes femmes mineures, deux thérapeutes, psychomotricienne et art-thérapeute, permettent, grâce à leur approche pluridisciplinaire, d'une part, d'écouter le langage mimo-gestuo-postural, de ce qui n'a jamais été dit, et, d'autre part, de favoriser la (re)connaissance de soi et la (re)expression de soi.

Dans ce cadre thérapeutique incluant une reprise en post-séance avec la psychologue, les thérapeutes ont, grâce à l'écoute de leur contre-transfert corporel, tenté de mettre en forme des impressions, restées à l'état de traces psychiques non élaborées, d'images traumatiques des adolescentes et permis, dans un second temps, que s'expérimente et se conforte l'illusion créatrice/l'aire d'illusion.

MOTS CLÉS : Adolescents - Processus artistique - Langage corporel - Groupe - Expression

FROM IMPRESSIONS TO EXPRESSIONS : VISUAL ART, A FORM OF BODILY EXPRESSIVENESS

Adolescence and artistic creation are processes of metamorphosis aimed at attaining the capacity for metaphorization and elaboration. Adolescence is a process of narcissistic and identity maturation during which the adolescent grows—much like the period of artistic creation, which elevates the creator to the status of artist.

In our medical and psychological consultation center for children and teenagers, we welcome adolescents whose processes of maturation and creation have been interrupted or impeded. Symptoms such as eating disorders, phobic anxiety disorders, depressive states, and destructive impulsivity are signs of suffering attempting to find a path toward working through itself.

Through a group therapy program called «impression/expression», aimed exclusively at young underage women, two therapists, a psychomotor therapist and an art therapist, use their multidisciplinary approach to, on the one hand, listen to the mimetic, gestural, and postural language of what has never been said, and, on the other hand, promote self-recognition and self-expression.

Within this therapeutic framework, including a post-session follow-up with the psychologist, the therapists, through listening to their bodily countertransference, attempted to shape impressions that had remained as unelaborated psychic traces, traumatic images of the adolescent girls, and subsequently allowed the creative illusion/area of illusion to be experienced in comfort.

KEY WORDS : Teenagers - Artistic process - Body language - Therapy group - Expression

INTRODUCTION

Au Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents (CMPEA), nous accompagnons au quotidien des familles, des nourrissons, des enfants et des adolescents jusqu'à 18 ans. Nous sommes une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues, psychomotricien, infirmiers, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, art-thérapeute, éducateur sportif, assistant social, aide-soignant, cadre santé, et dont le chef de service est pédopsychiatre.

Cette équipe dispense ses soins au travers de deux dispositifs groupaux : un hôpital de jour et un Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Au sein de ces deux dispositifs, nous organisons différents groupes thérapeutiques et notamment le groupe d'expression psycho-corporelle et artistique « impression/expression ».

C'est sur ce dernier groupe que porte notre attention et notre analyse. Les indications thérapeutiques sont : refus scolaire anxieux, trouble du comportement alimentaire, difficultés de représentation de soi, difficultés dans la gestion et l'expression des émotions, et traces psychiques de psycho-traumatismes.

L'art est un média culturel qui offre une palette infinie de possibilités de création et d'expression dans une temporalité propre à celui qui l'expérimente. À l'image du processus artistique qui fait s'élever le créateur au rang d'artiste, le processus thérapeutique vise à offrir aux adolescentes des potentialités d'élaboration nécessaires à leur développement narcissique et identitaire. Ainsi, la création artistique donne aux adolescentes une potentialité d'expression selon leur propre temporalité.

Notre propos va aborder dans un premier temps, l'histoire du groupe « impression/expression » et le cadre concret du dispositif groupal et, dans un second temps, l'évolution du groupe thérapeutique par le prisme de l'écoute du contre-transfert des thérapeutes.

L'HISTOIRE ET LE CADRE DU GROUPE THÉRAPEUTIQUE

Le groupe a été créé en 2018 pour répondre au besoin de prises en charge spécifiques des jeunes adolescentes en souffrance dans leur corps féminin et dont les maux ne parvenaient pas à trouver une voie dans la verbalisation. Il a été animé initialement par trois thérapeutes : une psychomotricienne, une art-thérapeute et une infirmière. Le groupe a été nommé « impression/expression » en se référant aux définitions du Larousse. L'impression y est notamment définie comme un « *sentiment ou sensation résultant de l'effet d'un agent extérieur* » et l'expression, comme « *une action d'exprimer quelque chose, de le communiquer à autrui par la parole, le geste, la physionomie* ». L'intitulé « impression/expression » établit un lien, une jonction et un mouvement entre la pression intérieure (im-pression) ressentie et la pression extérieure (ex-pression) exprimable.

Le groupe est destiné aux adolescentes de 13 à 18 ans. Ce groupe fermé peut être constitué au maximum de six patientes et fonctionne en trois cycles annuels. Au moment de la préparation de l'intervention au colloque, le groupe était composé de quatre jeunes filles seulement. Chaque changement de cycle permet aux patientes d'intégrer ou de quitter le groupe.

Suite à l'indication médicale et avant l'admission au groupe, une consultation avec les thérapeutes est proposée à chaque patiente accompagnée de ses proches afin de présenter les règles du groupe et d'expliquer dans quel cadre elle sera accueillie. Ainsi, les thérapeutes précisent individuellement que

la patiente n'est pas obligée de parler d'elle ou de ce qui l'amène au groupe. De la même manière qu'il n'est pas demandé aux jeunes de dire, de produire des mots, les thérapeutes rappellent que les adolescentes ne sont pas obligées de produire, de créer pour créer, qu'aucun résultat esthétique ni produit fini n'est attendu. Les règles existent pour garantir la sécurité des jeunes et les thérapeutes garantissent la non-interprétation des œuvres.

Chacune des membres du groupe doit faire preuve de bienveillance envers les autres et envers soi-même. Il est alors demandé de ne pas se blesser par les mots et de mettre son téléphone en silencieux, car il est important que personne ne soit dérangé par ce qui peut faire l'effet d'une tentative d'intrusion dans la séance groupale.

Actuellement, les séances hebdomadaires d'une durée d'une heure et demie s'animent à deux thérapeutes, psychomotricienne et art-thérapeute. Ces dernières participent activement à la séance afin de renforcer le sentiment d'illusion groupale et de limiter les vécus persécuteurs ou les sentiments de voyeurisme des patientes angoissées par l'aspect groupal, de patientes qui ont pu faire l'objet d'une intrusion ou d'une violence corporelle.

L'objectif est de soutenir les adolescentes en difficulté psychique, émotionnelle ou relationnelle à travers un espace contenant, sécurisant et expressif. Le cadre du groupe ainsi que la dynamique groupale tendent à renforcer la connaissance et l'estime de soi et des autres et à faire vivre des expériences de sécurité, d'expressivité verbale et émotionnelle par la mise en mouvement corporelle et créative.

Le déroulement de la séance suit plusieurs étapes symboliques de la séparation avec le monde extérieur et de reconnexion à soi. C'est ce que l'on appelle l'état de flow, un état mental dans lequel une personne est totalement immergée dans une activité avec une concentration intense, une perte de la notion du temps avec une sensation de fluidité, de satisfaction profonde et de grand plaisir. Cet état favorise l'ancrage et le vécu du moment présent.

Les patientes sont accueillies dans la salle d'attente du CMPEA avant un trajet à pied par l'extérieur pour rejoindre la salle. Avant de rentrer dans la salle, tout le monde pose ses chaussures dans le couloir et met à minima son téléphone en silencieux avec possibilité de le poser sur la table de l'entrée.

Chaque participante au groupe s'installe en cercle et partage, tel un rituel d'entrée, son *mot du jour du début*, c'est-à-dire le mot qui s'impose à elle dans le but de réaliser une introspection sur son état interne ou sur son environnement. Ensuite, se succèdent toujours dans le même ordre : le temps corporel et le temps de création

par les arts plastiques, les dessins, peintures, encres, collages ou arts textiles.

Enfin, le groupe se rassemble pour partager le mot de la fin et permettre à chacune d'inscrire des formes ou mots dans son carnet personnel.

Les thérapeutes sont garantes du cadre du groupe régi par les règles exposées dans la consultation individuelle de présentation du groupe par les thérapeutes.

À chaque clôture du groupe, les thérapeutes prennent un temps défini de « post-séance ». De plus, un temps de reprise de groupe avec la psychologue du service est organisé toutes les quatre séances.

LE TEMPS CORPOREL RACONTÉ PAR UNE PSYCHOMOTRICIENNE

Une fois que les adolescentes se sont installées dans le groupe et ont fait l'expérience possible du dire avec le *mot du jour*, le temps de réveil et d'écoute corporelle est animé par la psychomotricienne. La co-thérapeute y participe au même titre que les adolescentes. Lors de ce temps, l'accent est mis sur la conscience corporelle qui va pouvoir se développer via différentes expérimentations. À chaque séance, une expérience est proposée. Elle peut être sensorielle, posturale ou d'accordage.

Les différentes expérimentations corporelles aident à tisser un lien entre l'engagement psychomoteur et le processus intrapsychique. Ces expériences permettent aux adolescentes de se réinvestir narcissiquement en proposant une expérience de leur propre sensorialité.

Le dispositif groupal va permettre de côtoyer l'autre dans ses ressemblances et différences, d'observer comment le groupe peut soutenir et comment, parfois, il peut aussi être source de changement chez soi.

En début de séance, afin de faire groupe, des outils d'animation sont proposés pour aider à se présenter. Il est important que, tour à tour, chacune se nomme pour prendre sa place dans le groupe et y être accueillie.

Puis, un exercice d'échauffement est proposé.

Ensuite, vient le temps des expérimentations corporelles. Ce temps peut être de la mise en mouvement ou encore de la relaxation étayée par la musique. À cet égard, la musique est un support essentiel à cette activité car nous nous appuyons sur elle pour mettre en mouvement nos corps, dans nos accélérations, nos ralentissements, notre envie d'être légères ou au contraire bien ancrées dans le sol.

Les expérimentations corporelles proposées ont été inspirées d'une formation « danse thérapie et structuration psycho-corporelle » dispensée par Benoît Lesage (1). Elles invitent le groupe à expérimenter différentes façons d'être au monde, de s'accorder à l'autre, de s'en rapprocher et de s'en éloigner.

La psychomotricité prépare et soutient l'engagement dans la création artistique, tandis que l'art-thérapie approfondit et symbolise le vécu corporel. L'alliance thérapeutique construite au fil des séances s'enracine dans cette double médiation qui ouvre des espaces de transformation et de subjectivation essentiels à l'adolescence.

LE TEMPS DE LA CRÉATION ARTISTIQUE PENSÉ PAR UNE ART-THÉRAPEUTE

L'art-thérapie est une médiation thérapeutique qui utilise le processus de création artistique comme support d'expression, de transformation et de soin. La création devient un espace tiers entre soi et les autres, favorisant la mise en forme des conflits internes ou des émotions difficiles. Le processus de création est thérapeutique et n'a pas de visée esthétique ni productive, il n'a d'autre objectif que de rendre compte de la subjectivité de la personne.

En tant que thérapeute, dans ce groupe « impression/ expression », la création est centrée sur les arts plastiques et textiles, et s'articule autour de l'expression libre ou semi-guidée. Le processus de création désigne l'ensemble des étapes intérieures et extérieures qu'une personne traverse lorsqu'elle s'engage dans une production artistique : Inspiration et intention, recherche et exploration, conception et planification, création/ production, révision et affinage, finalisation, réception et destination.

Lors des premières séances groupales, nous sommes conscientes des étapes nécessaires avant de parvenir à la création et sommes dans une démarche de rencontre, de stimulation du désir et de recherche de l'inspiration créatrice. De ce fait, nous avons pu proposer un autoportrait symbolique, afin de mieux se connaître. Les adolescentes pouvaient y répondre d'abord par des mots puis, dans un second temps, à l'aide de matériaux artistiques. Ainsi, nous partageons autour de ce qu'elles connaissent d'elles et ce qu'elles acceptent de dire au groupe. L'art permet notamment d'exprimer en chose, en création matérielle, selon le processus de symbolisation primaire, ce qui n'est pas encore conscientisé ou ce qui ne peut pas encore se dire car les mots ravivent une douleur.

L'art-thérapie permet la mise à distance, la symbolisation et l'externalisation de ce qui est confus, douloureux ou indicible. L'art est un langage.

Le médium artistique devient un langage non verbal, métaphorique, souvent plus accessible que le discours, surtout dans les périodes de retrait, d'anxiété et de conflits internes. Il offre un espace contenant et structurant qui permet de se structurer psychiquement, de faire des expériences, de poser des repères et de s'approprier progressivement un cadre de sécurité.

Ainsi, c'est dans cette démarche que, dans un second temps, nous avons pensé utiliser la technique de l'ombre chinoise pour projeter le haut du corps des participantes afin d'en explorer les portraits. Alors que l'une posait tel un modèle, une autre participante du groupe traçait les contours de l'ombre projetée.

De plus, nous avons initié la création du carnet personnel des adolescentes dans lequel elles peuvent inscrire leur mot du début de séance et leur mot de fin. Elles ont le choix de la forme, de la taille, de la texture, des matières, de la couleur et des techniques de confection/fabrication.

Nous accompagnons la création vers une réflexion subjective et positive de la production artistique autour des notions de *beau*, *bien* et *bon*. Le beau renvoie à ce qui touche, fait sens, exprime ses goûts, ses préférences, une vérité intérieure. Le bien correspond à ses capacités et à ses qualités, à ce qui est juste et respectueux. Quant au bon, il nourrit, il donne du plaisir, répare, aide à se sentir mieux.

Ces deux exemples de création de l'autoportrait symbolique et du carnet personnel montrent que la pratique artistique s'appuie sur les ressources narcissiques et identitaires, sur ce qui va bien. L'art offre des stratégies de contournement qui permettent aux patientes de ne pas être confrontées au trop dur, de contourner leurs défenses psychiques et d'accéder à une prise de conscience progressive, à leur rythme, selon leur processus de création.

En effet, l'acte de création ne permet pas d'accélérer ou de ralentir – il faut écouter son rythme propre. C'est le temps intérieur qui respecte le fonctionnement psychique, émotionnel et corporel de la personne. Cela permet de renforcer la sécurité intérieure et le sentiment d'autonomie, d'éviter toute forme de pression ou de forcing, de permettre une expression plus authentique.

La pluralité des médiations offre à chacune des adolescentes une possibilité d'inscrire les traces inconscientes laissées en reste par le psychisme, et constitue une porte d'entrée vers la conscientisation, la symbolisation dans le respect de son rythme et de sa singularité.

A L'ÉCOUTE DU CONTRE-TRANSFERT

Ainsi que susmentionné, la psychologue du service intervient toutes les quatre séances dans le but de « panser » la dynamique groupale en écoutant le vécu des thérapeutes vis-à-vis du groupe lors de « temps de reprise ». Ce qui donne au groupe thérapeutique une visée thérapeutique, ce n'est pas seulement l'instauration d'un cadre-dispositif pensé mais également l'écoute du processus groupal, au travers d'une médiation qui rend communicable et partageable à un autre sujet des vécus propres. Le « temps de reprise » est

donc indispensable pour ré-écouter les processus et associations groupales, d'autant que les médiations psycho-corporelle et artistique font « parler » les adolescentes dans des langages différents de celui des mots. Nous faisons l'hypothèse que, dans le cadre-dispositif du groupe « impression/expression » mêlant écoutes corporelle et artistique, les parts de ce processus de subjectivation, narcissique et identitaire, ont l'espace de se réactualiser au travers du langage mimo-gestuo-postural et du langage de la création/production artistique (des langages différents de celui des mots). Ainsi, la psychologue s'intéresse au vécu contre-transférentiel des thérapeutes à l'écoute de ces différents langages.

Le groupe, composé de 4 jeunes filles, a débuté quelques semaines avant la période estivale. Les adolescentes présentaient des symptomatologies manifestes différentes (TCA, refus scolaire anxieux, anxiété, angoisse de séparation, dépression). Néanmoins, nous retrouvons une problématique commune latente sous la forme de mouvements de destructivité masochiste infligés au corps (privation de nourriture, scarifications, mise en danger), des attaques douloureuses de l'enveloppe corporelle testant sa résistance et ses limites. Tous ces passages à l'acte racontaient la fragilité des enveloppes corporelles et psychiques, du moi-peau. Nous avons fait l'hypothèse que les mouvements de destructivité étaient les symptômes d'une vulnérabilité, d'une fragilité liée à des vécus traumatiques non élaborés, des impressions cantonnées à l'état de traces, traumatismes menaçant tant sur le plan narcissique (ce que le sujet vaut ; ce que je vaudrais) que sur le plan identitaire (ce qu'il est ; ce que je suis).

La première séance de groupe est une phase de rencontre et ravive une anxiété importante chez les adolescentes. Dans la salle d'attente, toutes cherchent à se rassurer par des conduites d'évitement : garder sur ses oreilles son casque audio, être cachée dans des vêtements trop grands, s'installer dans un recoin de la salle d'attente, s'accrocher à son téléphone. Toutes ces conduites peuvent être entendues dans leur fonction d'objet contra-phobique.

L'arrivée dans la salle matérialise l'entrée dans le dispositif de soin groupal et aide à contenir les angoisses. Les jeunes adolescentes posent alors leur téléphone, comme un signe d'abaissement des défenses psychiques.

L'installation du groupe se fait selon un espace circulaire et en creux, les thérapeutes et les adolescentes assises à même le sol.

Selon Catherine Potel Baranes (2015), la relation de soin implique un état de dépendance entre celui qui est écouté et l'écouter ce qui entraîne « une régression profitable à la réactivation dans le présent, des

demandes, des émois, des attentes restées en suspens au cœur de l'amour infantile, à l'heure où l'enfant se construisait dans les relations à sa mère, à son père, à sa fratrie. » (2).

L'installation au sol en cercle et la présence des thérapeutes confrontent les adolescentes à la régression, à leurs « parts bébé », tel que l'a conceptualisé Albert Ciccone (3).

Le dispositif groupal favorisant l'expression d'un langage mimo-gestuo-postural, il fallait qu'en reprise de groupe, nous mettions en mots la manière dont les thérapeutes réagissaient face à ces jeunes filles. Il s'agit de l'analyse du contre-transfert corporel tel que le conceptualise Catherine Potel Baranes (2).

Par exemple, les thérapeutes avaient toujours une parole douce et une posture basse, comme pour envelopper les adolescentes. Cela ressortait pendant le temps de reprise sous l'expression « marcher sur des œufs ». Ce signifiant évoque la membrane protectrice du poussin encore en gestation et la fragilité de sa coquille à l'approche de sa naissance. Il est la métaphore de jeunes filles qui se ressentent sans défenses. Au niveau groupal, ceci fait également penser à ce groupe naissant, qui a été en gestation un moment avant d'éclore dans une première séance.

Une autre expression signifiante est revenue en reprise. Les thérapeutes pouvaient craindre de confronter les adolescentes « au dur », soit de confronter trop rapidement les adolescentes à la thérapie groupale, être dans le dur.

Le « dur » fait penser à la première séance groupale lors de laquelle les thérapeutes observent que malgré leurs propositions de coussins, couvertures et/ou tapis, les adolescentes ne s'autorisent pas au confort, s'en privent et se confrontent à la dureté et à la froideur du sol. Les thérapeutes, quant à elles, s'autorisent un confort relatif : un coussin seulement. Confronter les adolescentes au dur du groupe, représenté par cette absence d'enveloppe secourable, c'est peut-être ce qui se nomme les « fantasmes de casse », décrivant le moment traumatogène que peut représenter le moment de la confrontation au groupe, tel que l'a décrit Anzieu (4).

Ces fantasmes de casse, cette enveloppe fragile comme un œuf, sont parfaitement représentés lors de l'activité artistique basée sur le portrait. À tour de rôle, les patientes se confrontent dans le groupe à leur portrait projeté sur le mur par l'effet des ombres chinoises, dont les contours sont dessinés par l'une d'elles. Une adolescente enthousiaste se lance dans l'exercice de la trace : tracer les contours de cette ombre pour en faire un portrait. Semblant pourtant sûre d'elle, elle dessine le portrait trait par trait en laissant un blanc entre chacun d'eux, des marques de discontinuité. Voici la

forme d'un portrait entrecoupé, d'un portrait discontinu et qui fait penser à la naissance du poussin cassant sa coquille et à l'investissement du groupe par les patientes se prêtant au jeu de la projection. Les œufs se cassent.

Cette discontinuité s'est aussi vécue dans les actes posés par les jeunes concernant leur absence/présence au groupe. L'une n'est jamais revenue, deux autres l'ont fréquenté irrégulièrement. Quant à la plus jeune, elle était systématiquement présente. Nous pouvons faire l'hypothèse que, par cette discontinuité, les adolescentes ont cherché à poser un acte. Pour aller plus loin, nous faisons l'hypothèse que, par leurs absences, elles ont agi leurs passages à l'acte sur le cadre du groupe. Nous nous demandons alors si les absences ne seraient pas à entendre comme une alternative aux passages à l'acte jusqu'alors dirigés sur leurs corps. Les thérapeutes ont alors pensé à matérialiser la continuité entre les séances et ont proposé de penser lors de chaque fin de séance à une musique qu'elles souhaiteraient écouter lors de la séance suivante. Ainsi, chacune pense au groupe en son absence.

Au fur et à mesure des séances, et malgré l'impossibilité de réunir le groupe au complet, les résistances se sont assouplies. La recherche du dur du sol fut progressivement abandonnée, ainsi que la froideur et la rigidité. Les poussins ont éclos. L'une va d'abord s'autoriser le coussin derrière le dos, l'autre choisit un coussin pour s'asseoir, une autre en confiance va s'autoriser un tapis entier pour elle. Quant à la dernière, elle ne va rien accepter et se positionnera même près de la porte de sortie. Sur la fin des séances, avant l'entrée dans la période estivale, le groupe exercera sa fonction de contenance et tout le monde installera des tapis en une surface pleine, commune et accueillante pour chacune.

Cela fait penser à la représent'ation d'une enveloppe commune telle que l'a décrite Anzieu. Ces tapis forment un espace délimité dans la pièce, le groupe se constitue une couche de confort et une nouvelle enveloppe propre à lui. Un nid pour des poussins vulnérables. Le confort des uns se confond avec le confort des autres dans ce qui s'apparente au concept d'illusion groupale développé par Anzieu (4).

L'illusion groupale survient en second temps de l'évolution d'un groupe, après une première phase généralement dominée par l'angoisse persécutrice et les fantasmes de casse.

L'illusion groupale est à l'évolution d'un groupe ce que le stade du miroir est à l'évolution de l'enfant : une étape nécessaire mais aussi aliénante, fondatrice du narcissisme groupal. Le groupe permet alors aux adolescentes de ré-aborder collectivement leur construction narcissique, ce qu'elles sont et ce qu'elles valent.

Ainsi s'expérimente dans la dynamique groupale, une amorce du processus de séparation-individuation,

comme dans le stade du miroir propre au bébé et au jeune enfant. Voilà que se travaille et se transforme en confort et sans douleur la notion du « se voir » ou du « se sentir » ou plus particulièrement la notion du « nous voir » et du « nous sentir » (jusqu'alors si persécutante pour ces jeunes).

S'agissant des parts-bébés, Winnicott (1953) a utilisé le terme d'illusion, lorsqu'il a théorisé les objets et phénomènes transitionnels chez le tout petit et montré l'importance de « l'aire d'illusion » (5), pour le développement du jeu, de la créativité de l'expérience culturelle. Anzieu ajoute : « si l'environnement (primaire) favorise l'établissement de cette aire, le bébé acquiert le sentiment d'une continuité transitionnelle entre la réalité psychique interne et la réalité extérieure et prend confiance dans sa capacité d'agir sur cette dernière » (4).

Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que l'illusion groupale s'est constituée comme aire transitionnelle et a permis, malgré l'absence systématique d'un membre, la continuité créative dont nous ne souhaitons pas parler dans la mesure où elle appartient aux jeunes.

Pour conclure, à partir du contre-transfert corporel, les expressions imagées telles que marcher sur des œufs, être dans le dur, ne pas laisser de traces, sont les premières représentations imagées des traces, des impressions non élaborées des jeunes, en demande d'être secourues.

L'espace groupal, entendu par l'écoute des ressentis contre-transférentiels des co-thérapeutes, forme le nid de ces traces qui deviennent enfin représentables dans leur forme.

CONCLUSION

Le groupe thérapeutique apparaît comme un lieu existentiel, un lieu de transformation où la fragilité de la psyché se métamorphose en expression symbolique. Dans un monde, un corps et une psyché dont les mouvements sont parfois incompréhensibles et insaisissables à l'adolescence, l'adolescent peut éprouver une incapacité à faire face, à se relever. Ces éprouvés sont nommés par Paul Audi (6) comme un processus de consommation qui décrit le fait de se consumer, de se maintenir dans un groupe de mêmes, où le sujet ne peut rencontrer l'altérité. Dans ce système mortifère à l'œuvre, la vulnérabilité psychique de l'adolescent majore le risque de passage à l'acte.

À l'image de l'art qui crée l'artiste, la thérapie œuvre comme un processus d'assomption (6) qui soutient le drame rencontré à l'adolescence, drame par lequel l'adolescent prend conscience d'une impossible dette de vie à régler, cette dette de la vie qui lui a été offerte. La thérapie permet à l'adolescent de transformer sa douleur corporelle en œuvre et fait de sa voix une guérison.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lesage B. *La danse dans le processus thérapeutique. Fondements, outils, clinique en danse-thérapie*. Toulouse: Érès; 2006. 376.
2. Potel-Baranes C. Le contre-transfert corporel. In: Potel-Baranes C. *Du contre-transfert corporel*. Toulouse: Érès; 2015. 111-124.
3. Ciccone A, Bonnefoy C, Bonneville-Baruchel E, et al. *La part bébé du soi*. Malakoff: Dunod; 2023. 208.
4. Anzieu D. L'illusion groupale. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 1971;(4):73-93. Repris dans: Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod; 1975. 133-137.
5. Winnicott DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In: Winnicott DW. *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard; 1975. 7-39. (Éd. originale 1953).
6. Audi P. *Au sortir de l'enfance*. Paris: Verdier; 2017. 100.

LES AUTRICES :

Amandine DUBOIS, Delphine DEWACHTER, Laurence HUORT, Louise MAURIC

Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents
Avenue de la république 43, 18200 Saint-Amand (France)
amandine.dubois@ch-george-sand.fr

UNE FRESQUE EN SOI : LA RENCONTRE DE SOI ET DE L'AUTRE DANS LA CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE À L'ADOLESCENCE

- Anne-Charlotte GUÉRIN, Victoire DEBONO -

RÉSUMÉ - SUMMARY

« Le cri du silence », une œuvre picturale originale, a vu le jour au sein de l'hôpital de jour spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent, à l'EPSM de la Sarthe. Encadré par une psychologue clinicienne, une psychomotricienne et une éducatrice spécialisée, un groupe de jeunes adolescentes a réalisé une fresque. Cela a permis de faire resurgir différents enjeux psychiques et corporels du côté des patientes souffrant d'anorexie mentale, mais également du côté des professionnelles.

En effet, ce projet s'est vu devenir un espace transitionnel et de réanimation psychique où chacune vient renouer avec la culture, avec l'autre et surtout avec soi. Cet espace a été un lieu de rencontre et de partage où la création collective s'est mêlée aux enjeux transféro-contre-transférentiels, à la difficulté du lâcher-prise et au dialogue tonico-émotionnel.

Cette fresque met en lumière, en couleurs et en formes, le processus développemental que traversent ces jeunes de l'enfance vers l'âge adulte. Tel un miroir de la vie psychique individuelle et groupale, elle met en avant du reste impensé et des restes à penser. De plus, l'équilibre sensorimoteur, créé par cette médiation, semble avoir permis aux adolescentes d'habiter leur corps et de s'incarner dans le présent, deux processus défaillants dans la clinique anorexique.

MOTS CLÉS : Adolescence - Anorexie mentale - Culture - Création - Corps - Contre-transfert

A MURAL IN ITSELF : ENCOUNTERING ONESELF AND OTHERS IN THE CLINIC FOR ADOLESCENT ANOREXIA NERVOSA

The Cry of Silence », an original pictorial work, was created in the day hospital specializing in eating disorders for adolescents, at the EPSM of Sarthe. Supervised by a clinical psychologist, a psychomotor therapist, and a specialized educator, a group of teenage girls created a mural, which brought back to the surface various psychological and physical issues affecting patients suffering from anorexia nervosa, but affecting the professionals themselves too.

The project became a transitional space and a place of psychological resuscitation where each participant could reconnect with culture, with the other, and above all with themselves. This space was a place for meeting and sharing, where collective creation mingled with transference and countertransference issues, the difficulty of letting go, and tonic-emotional dialogue.

In colors and shapes, this mural highlights the developmental process that these young people go through from childhood to adulthood. Like a mirror of individual and group psychic life, it brings to light the unthought remainders and the remains to be thought. In addition, the sensorimotor balance created by this mediation seems to have enabled bodily habitation and embodiment of the present, two processes that are lacking in anorexia nervosa clinical practice.

KEY WORDS : Anorexia nervosa - Culture - Creation - Body - Counter transference

INTRODUCTION LE CRI DU SILENCE, UNE ENTRÉE EN MATIÈRE CLINIQUE ET SYMBOLIQUE

« C'est dans le jeu, et peut-être seulement dans le jeu, que l'enfant ou l'adulte est libre de créer et d'utiliser toute sa personnalité ». Donald W. Winnicott [1].

« L'art ne reproduit pas le visible, il rend visible. »
Paul Klee [2].

Il est difficile de voir en grand quand on fait, par habitude, petit. Peintures et pinceaux, petits médiateurs de grandes œuvres et toile blanche... L'impasse, les doutes, les choix et les concessions sont au rendez-vous de cet atelier. Psychologue, psychomotricienne et éducatrice spécialisée se sont associées pour monter ce projet d'atelier fresque, au sein d'un hôpital de jour spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent, à l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe.

Le surinvestissement intellectuel et la négation du corps sensible dans cette pathologie ont demandé à ces jeunes de lâcher prise. Réaliser une fresque laisse place à l'expression au travers de traces et de gestes qui marquent la toile. Comment s'exprimer par le corps lorsque ce dernier est constamment attaqué par la maladie ? Comment amener des adolescentes souffrant d'anorexie mentale au "lâcher-prise" ? En quoi la culture, intime à chacune, se heurte à la différence ? En quoi cette confrontation aux autres est créatrice d'affirmation, de revendication, de différenciation ? Et si nous nous positionnons plus loin, en quoi ouvre-t-elle des possibilités de guérison ?

Cet atelier intitulé « Une fresque en soi », a été mené avec des adolescentes volontaires et souffrant d'anorexie mentale. La genèse de ce titre, « une fresque en soi », renvoie à un jeu de mots. « En soi », rappelle l'intériorité psychique, la subjectivation, et « une fresque » amène les dynamiques du collectif et du relationnel. Le titre final, « Le cri du silence », a été choisi par les adolescentes lors de la dernière session de l'atelier. Un hommage à la nature, qui crie autant qu'elles, sans qu'on l'entende, a pu confier une des jeunes.

La fresque vient alors faire dispositif métaphorique et clinique, non pas au sens d'une fresque murale, mais au sens d'un triptyque de trois toiles représentant trois périodes de vie psychique : l'enfance, l'adolescence et le devenir adulte.

DE LA FRESQUE À L'ESPACE PSYCHIQUE : UNE ÉCRITURE SYMBOLIQUE DU « JE »

En reprenant notre postulat que l'art permet au Sujet d'advenir dans la rencontre avec l'autre, il lui permet également de se rencontrer lui-même.

Winnicott [1] développe l'idée que l'espace potentiel, entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, permet le jeu et la créativité qui invoquent la continuité d'existence du sujet. Ainsi, la fresque devient cet espace transitionnel où les adolescentes peuvent « jouer à être ». Dans cet entre-deux, les adolescentes peuvent alors expérimenter différentes formes d'elles-mêmes, sans devoir se figer ni se défendre par des mécanismes de contrôle. « Jouer à être » participe à la modalité « d'être en devenir », où les adolescentes expérimentent des identifications souples, des épreuves et des images d'elles-mêmes inachevées. Le jeu, dans cette perspective, n'est pas une imitation superficielle mais une activité structurante. Habiter psychiquement un espace devient possible, les représentations peuvent alors s'assouplir et se transformer.

Ces représentations picturales permettent au sujet de construire une « auto-histoire », la fresque devient un support de figuration de l'espace du « Je ». Selon Pierra

Aulagnier, « Toute création suppose un acte de figuration du pensable : faire exister une forme pour ce qui n'a pas encore reçu de nom » [3]. Les adolescentes de cet atelier ont commencé la réalisation de la fresque par des éléments clés de leur parcours, le besoin de figuration était très présent et il aura fallu du temps pour qu'elles puissent s'en décaler. Il ne s'agissait pas de reproduction mais de création. Ainsi, la possibilité de créer de nouvelles formes ouvre à une figuration du pensable qui soutient l'auto-histoire du sujet. Créer, c'est tenter de relier ce qui s'est défait, de redonner forme à l'informe. La fresque offre précisément cet espace, l'adolescente peut projeter, déposer et remanier ses épreuves à travers ses gestes qui font médiation entre un « déjà-là » et un encore indicible.

Ce support permet de tenter une réparation du lien intersubjectif et une réinscription du sujet dans le champ culturel, sujet en prise avec une crise du lien et du symbolique [4]. Le mal-être adolescent et anorexique est un effondrement de la capacité à symboliser, à s'inscrire dans un espace culturel partagé. L'espace artistique devient également un espace de co-pensée, comme Kaës le rappelle : « Le mal-être est le témoin d'une perte du lien, mais il appelle le travail du lien. La fresque, en ce sens, est ce travail incarné » [5]. L'art devient un acte de réanimation psychique, une réponse à la déliaison anorexique.

Il s'agit d'envisager le « jouer à être » comme un moyen d'étayage psychique avec la présence d'autres sujets. Ainsi, pairs et professionnelles se portent garants de la continuité de l'expérience, pour amener la possibilité d'expressions nouvelles. Winnicott [1] appelait cette possibilité « l'environnement facilitateur », permettant à l'être de se sentir réel.

En cela, la création peut advenir, là où la parole échoue à dire. Elle écrit et trace ce qui n'a pas encore été pensé. Par l'art, forme d'écriture symbolique, quelque chose du sujet naît, ou renaît, dans la rencontre avec soi et avec l'autre.

LE « FAIRE AVEC » : PROCESSUS DE CRÉATION ET ENJEUX TRANSFÉRO-CONTRE-TRANSFÉRENTIELS

Cet atelier avait pour objectif initial d'être un dispositif de médiation et non de production. Les anorexiques étant majoritairement dans des dynamiques productives, il s'agissait d'une invitation à « simplement faire », « faire avec », plutôt que « faire pour ». Le « faire avec » vient comme réponse à la menace anorexique : tolérer l'inachèvement, l'imperfection, la présence de l'autre. Plusieurs jeunes ont pu évoquer, a posteriori, qu'elles auraient aimé pouvoir ajouter ou modifier des éléments. Renoncer à ces ajouts et modifications s'est avéré difficile pour certaines.

L'implication dans la création amène les professionnelles à devoir se positionner dans le « faire avec ». Il s'agit de pouvoir accéder à la mise en jeu de l'horizontalité, de la dé-hiérarchisation symbolique et imaginaire, afin d'accéder à une rencontre de sujet à sujet, de dépasser les injonctions de posture pour pouvoir créer ensemble. La co-crédation est alors un lieu symbolique où se déploie un transfert diffus, non pas adressé à une seule figure mais circulant entre toutes les personnes engagées dans le processus. Dans ce dispositif, les adolescentes ne projettent pas seulement sur un professionnel une attente ou une histoire transférentielle : elles investissent l'espace même de la création, la fresque, comme support de leurs éprouvés et de leurs mouvements psychiques. Le transfert se décentre, s'étale, devient atmosphérique, comme l'a décrit Kaës [4] lorsqu'il évoque les transferts « partagés » ou « enchevêtrés » dans les dispositifs groupaux.

Ce « transfert circulant » permet un travail de liaison psychique : ce qui était dissocié, fragmenté ou isolé peut trouver un chemin vers la représentation ou vers l'adresse à l'autre. La présence des professionnelles, engagées elles aussi dans l'acte créatif, offre un étayage qui n'est pas du côté de la maîtrise ou de la directive, mais du côté de la disponibilité psychique et du « faire avec » [6]. Leur propre implication soutient l'idée que le lien peut être investi sans être menaçant, que l'autre peut être un partenaire de pensée et non une instance de contrôle.

Dans ce mouvement, la fresque agit comme un tiers médiateur : elle accueille, transforme et donne une nouvelle distribution des éprouvés transférentiels, permettant aux adolescentes de s'approprier autrement leur vécu intime. La co-crédation devient ainsi un espace où elles peuvent éprouver la continuité d'existence en présence d'autrui, et où les fragments psychiques peuvent se tisser à nouveau dans une dynamique de subjectivation.

Ainsi, la lecture des éprouvés vient se faire grâce au contre-transfert, il nous permet de comprendre comment la fresque suscite l'émotion, le trouble, la mise en résonance avec les propres représentations de vie et de mort psychique chez ces jeunes filles. Dans le mouvement partagé, c'est moins l'œuvre qui importe que l'espace psychique qu'elle rend possible. N'est-ce pas là l'opération de la dynamique transféro-contre-transférentielle ?

C'est parce que nous partageons une action que nos corps se rencontrent. Ainsi, nous entrons dans un dialogue tonique, un mode de communication infra verbal conscient et inconscient. Le tonus, état de tension musculaire, nous permet de maintenir une posture et de préparer nos gestes. Ainsi, il nous permet d'interagir avec notre milieu. Il est le support du système émotionnel et nous permet d'incarner nos émotions.

Le dialogue tonique est la première modalité de communication entre le bébé et sa mère. Il se sent, se ressent et se partage. En effet, le bébé en étant regardé, porté, palpé, parlé et pensé, ressent l'état tonique de sa mère qui s'ajuste à l'état tonique de son bébé. En grandissant, c'est le langage, le verbal, qui prend le relais, en partie, afin de faire comprendre à l'autre des éléments au plus près de nos représentations [7]. Le dialogue tonique fait appel à l'archaïque et permet la régression.

Vu comme un outil thérapeutique, il permet l'alliance et donc la confiance et la sécurité. Le professionnel s'autorise à se mouvoir, à expérimenter, à ressentir et à éprouver. En miroir, la patiente peut s'y autoriser également. C'est un levier intéressant qui offre la possibilité aux patientes de renouer avec leurs ressentis corporels et émotionnels. Dans la clinique anorexique, on retrouve une hypertonicité. Ce symptôme rigidifie le corps, les émotions et la pensée. Ainsi, à travers notre engagement corporel, nous apportons de la souplesse, autrement dit, de la régulation tonico-émotionnelle.

LA FRESQUE DÉVELOPPEMENTALE : DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE, UNE SYMBOLISATION EN MOUVEMENT

La fresque se déploie en trois registres qui évoquent autant de strates du développement psychique. Dans la partie inférieure apparaissent les traces de l'enfance : figures familiales, racines, ancrages, tout un réseau de liens premiers qui soutiennent l'élan vital. Au centre, l'adolescence prend la forme d'une zone de turbulences : dessins psychédéliques, motifs fragmentés, couleurs dissonantes, témoins d'un moment de vie marqué par la transition, le vacillement et l'intensité des éprouvés. La partie supérieure ouvre vers le devenir adulte : formes florales, élans verticaux, lignes plus aériées, esquissant la possibilité d'un épanouissement, mais laissant transparaître la fragilité inhérente à toute émergence.

Cette œuvre collective porte aussi l'empreinte de la pluralité des pratiques professionnelles impliquées. La diversité des cultures cliniques, des sensibilités et des références théoriques a contribué à façonner cet espace créatif, faisant de la fresque le lieu d'un véritable entrecroisement des savoirs et des présences. Dans sa dimension symbolique, la fresque peut être lue comme une topographie du sujet en devenir : chaque niveau figure un espace d'être, un mouvement, un passage. Ce dispositif a fait surgir de nombreuses interrogations, tant chez les adolescentes que chez les professionnelles, offrant un terrain partagé où pensées, affects et représentations pouvaient circuler autrement.

Le titre choisi par les jeunes, « Le cri du silence », condense la tension qui traverse l'ensemble de cette création. Il évoque à la fois le cri anorexique — celui qui dit sans dire, qui refuse de se nourrir, de dépendre, d'exister pleinement — et un cri de la nature, porteur d'un vitalisme entravé, d'un besoin de ré-émergence et de renaissance. Entre ces deux pôles, la fresque fait entendre ce qui, jusque-là, demeurait indicible.

DU RESTE IMPENSÉ AU RESTE À PENSER : ENTRE-EUX-DEUX ET COMPROMIS PSYCHIQUE

L'écriture se voit comme la finalité d'un processus complexe au cours du développement. Elle requiert un contrôle psychomoteur important. Le contrôle, symptôme fort de la pathologie anorexique, amène de la sécurité. L'écriture se trouve alors être un moyen rassurant d'exprimer ses représentations. Ainsi, le dessin, phase plus archaïque, semble presque impossible. Il met en jeu le corps sensorimoteur et demande du lâcher-prise. Comment amener ces jeunes vers le sensoriel et donc l'émotionnel ?

Le « Je » comme zone d'incertitude : la fresque permet de localiser ce qui échappe à la parole, de donner forme à ce qui demeure impensé. L'incertitude, dans cette dynamique, se pose lors de l'atelier, et la fresque devient un support d'enveloppe — une sorte de « peau psychique » au sens d'Anzieu [8] — qui soutient l'intégration des éprouvés. Le geste créatif vient symboliquement remplacer les défaillances de l'enveloppe interne, souvent fragilisée dans l'anorexie. Il offre une expérience réparatrice où l'adolescente peut sentir son existence, non plus sous le régime du contrôle, mais sous celui de la création.

La fresque est alors un espace de rencontres, de réflexions et d'échange d'idées, puisqu'il s'agit à la fin, de l'exposer sur un mur. Le défi est majeur pour notre groupe d'adolescentes. C'est une mise à nu, chose parfois impossible pour certaines, tant cela vient se heurter à l'intimité de l'autre. La sublimation s'est préalablement présentée comme impossible ; ainsi, il faut raconter, il faut écrire sur cette toile la souffrance qui les unit et les différencie. Voilà un geste de révolte, tel que « les 10 commandements de la VIE », les « étapes de la guérison » nous nomment-elles durant l'atelier. Comment aller au-delà des injonctions du trouble ? Comment introduire la métaphore et la souplesse dans ce qui apparaît au premier plan comme un dogme inconscient ?

À travers cette médiation, il devient possible d'introduire ce que l'on pourrait appeler « l'entre-deux du langage » — ou, pour jouer sur les mots, « l'entre-eux-deux ». Cet espace désigne la zone située entre soi et l'autre, entre le dedans et le dehors. Cela amène un lieu où peut se construire le compromis psychique. Dès lors, il s'agit d'un

lieu de passage et de négociation, où se rencontrent les mouvements internes et les sollicitations du monde, sans que l'un ne prenne le pas sur l'autre. La création naît précisément de l'investissement entre ces écarts : elle prend forme dans ces interstices où quelque chose peut se déplacer, se symboliser, s'élaborer. Ainsi, dans cette zone intermédiaire, souple et vivante, peut émerger un travail subjectivant, souvent entravé par la maladie.

Bullinger [9] évoque, dans ses travaux, l'équilibre sensoritonique « où l'on se sent exister de manière stable et où l'on dispose de quelques moyens pour regarder et agir sur le monde ». Cet équilibre, telle une toile horizontale, est sous-tendu par trois fils ayant une importance équivalente. Il y a d'abord le milieu biologique, c'est-à-dire l'organisme doté d'un système sensoriel capable de percevoir, d'analyser et de se représenter les stimuli. Vient ensuite le milieu physique : il correspond aux stimulations sensorielles de l'environnement. Enfin, le milieu humain qui apporte la communication, verbale et infra-verbale, et donc de la sécurité. Ce dernier renvoie également au dialogue tonique, évoqué précédemment, puisqu'il s'agit d'un mode de communication.

Ci-dessous, la figure des composantes de l'équilibre sensori-tonique selon Bullinger [9], illustre notre propos :

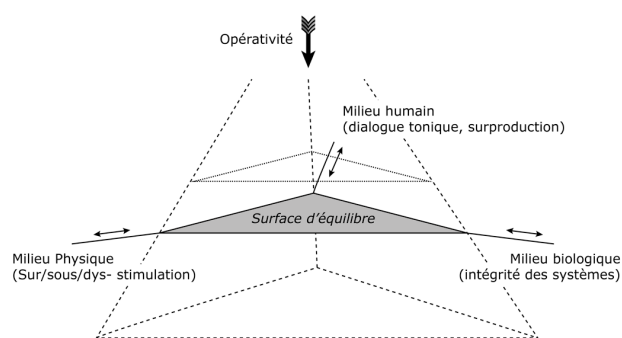


Figure 1. Composantes de l'équilibre sensori-tonique

Les patientes participant au projet n'ont, a priori, pas de troubles sensoriels, malgré un rejet du corps qui peut altérer leurs ressentis. Leurs différents systèmes sensoriels sont efficaces. Leurs organismes ont la capacité de percevoir un stimulus sensoriel, externe ou interne, via des récepteurs sensoriels. Ces stimuli sont ensuite transmis nerveusement vers le cerveau pour être traités et intégrés. Ainsi, leurs milieux biologiques, donc leurs organismes, sont fonctionnels, tirant alors un premier fil de la toile de l'équilibre sensoritonique.

Ces jeunes ont pu explorer les éléments mis à leur disposition. Il s'agit là de peintures, de couleurs, de pincesaux aux différents calibres, de couteaux aux différentes formes, de ficelles, de paillettes, d'origamis, etc. Une nouvelle mise en éveil de leurs sens visuels et tactiles s'est présentée à elles. Mélanger, manipuler, plier, couper, gratter, étaler, sans but au départ, c'est ce

que nous leur proposons : faire tout simplement, sentir pour ressentir. C'est donc un second fil tiré : le milieu physique, un ensemble de stimuli sensoriels adaptés.

Ces explorations sont permises par le cadre que nous offrons : l'espace, le temps, le matériel, les supports mais aussi le partage. En effet, partager ces explorations dans le dire et dans le faire, là est le dialogue tonique, apporte des appuis physiques et psychiques. Durant les séances, nous n'étions pas autour mais parmi les patientes, peignant sur le même support, discutant de façon informelle, nous engageant autant qu'elles dans le processus créatif. Cela renvoie au faire avec, développé précédemment, et au troisième et dernier fil : le milieu humain.

Les trois milieux, les trois fils, ont permis de tendre vers un équilibre sensoritonique et de stimuler une créativité individuelle et groupale. Cet équilibre soutient la sécurité interne et permet au sujet d'habiter son corps [9]. Ainsi, la réalisation de la fresque semble avoir permis aux patientes de se reconnecter avec leurs sensations et donc avec leurs émotions, amenant une forme de lâcher-prise.

CRÉER POUR HABITER LE PRÉSENT : LA RÉANIMATION DU « JE »

Anzieu conceptualise le Moi Peau, Haag évoque le Moi Corporel et Bullinger [8,9,10] parle d'habiter son corps sensori-moteur lorsque l'équilibre sensoritonique est atteint. Ainsi, incarner le « Je », c'est aussi incarner son corps. Le terme « incarner » renvoie à la peau et à la chair ; des tissus corporels qui contiennent de nombreux récepteurs sensoriels. Créer fait appel, inévitablement, au sensoriel, et donc au corporel. Le corps est un élément concret de « l'ici et maintenant ». De ce fait, se rattacher à ses sensations corporelles permettrait, en partie, de se reconnecter au présent. Il s'agit d'un principe utilisé couramment au sein des thérapies de pleine conscience : observer et accueillir les stimuli sensoriels externes et internes, donc environnementaux et corporels. Alors, cette réflexion et élaboration amènent à penser l'être présent dans son actualité dans le cadre d'une pathologie défiant les lois de « l'ici et maintenant ».

Alors que la création engage le corps et les sensations, elle ouvre également un espace pour le langage et la symbolisation, permettant de traduire ce vécu sensoriel sans le figer, et d'inscrire la mouvance psychique dans une forme partageable. Dans la clinique anorexique, le langage se dérobe. Il s'agit alors de redéfinir les limites : parler, être parlé, se parler, s'écrire, se tracer. Laisser une trace, oui, mais sans la figer dans un signe définitif. C'est un processus psychique qui vise moins à produire une forme arrêtée qu'à signifier une mouvance, une possibilité de transformation.

Dans l'anorexie, la parole fait défaut : la maladie ne se dit pas, elle s'incarne, elle « s'en-corps ». La création devient alors un médiateur du dire, un espace où quelque chose peut se déposer, se traduire. Elle devient également une zone de décharge motrice à travers les gestes créateurs.

L'art ouvre cet écart précieux entre le reste à penser et les restes impensés, là où peut se jouer une mise en forme du vécu. Dans ce contexte, une question se glisse : qu'est-ce qui peut être transmis au futur ? Car dans un monde traversé par une mutation sociétale et culturelle profonde, l'avenir est souvent éprouvé comme impossible, comme si le futur était déjà mort. Par leur inquiétude pour demain, les adolescentes se demandent alors, silencieusement mais avec urgence : « Quel sera mon rôle pour demain ? »

Il y a dans la clinique anorexique un éprouvé des avenir impossibles, un futur presque mort, une fatalité dans le mal être et dans la culture du monde moderne. On assiste, dans ce monde contemporain, à une crise culturelle et les jeunes souffrant de troubles du comportement alimentaire viennent la retranscrire : les angoisses liées à l'avenir et au devenir adulte.

La crise culturelle actuelle ravive des angoisses archaïques qui entravent la possibilité de conflictualiser, ouvrant ainsi la voie à l'émergence de symptômes anorexiques. Les adolescentes, et plus particulièrement celles souffrant d'anorexie mentale, peinent à déposer dans leur environnement ce qui se joue dans leur monde intérieur. Le travail graphique, chargé de sens, permet alors de redéfinir les limites — intra-, inter- et trans-subjectives. Il s'agit de sécuriser une origine et une intégrité psychique mises à mal, la maladie venant parfois fonctionner comme ultime tentative de survie psychique face aux changements perçus comme menaçants.

Dans une anticipation permanente, beaucoup de jeunes viennent nous interpeller : « je ne sais pas quoi faire », mais quoi faire de quoi ? Sans réponse à leur apporter, elles expliquent ne pas savoir quoi faire pour vivre, pour grandir et s'émanciper. Devenir adulte apparaît pour elles comme une tâche chargée de responsabilités, qu'elles ne peuvent ni ne souhaitent endosser prématurément. Reviennent alors, en écho, ces questions fondatrices de l'enfance : « Pourquoi suis-je né ? », « Suis-je vraiment l'enfant de ma mère ? », « Pourquoi moi plutôt qu'un autre ? » Autant d'interrogations qui témoignent de la difficulté à se situer dans une filiation, une histoire et un devenir. Ces problématiques adolescentes exacerbées par la maladie, nous ont amenées à la création d'un espace du dire : reconnecter psychiquement ces adolescentes à leurs éprouvés sensoriels et émotionnels et relier ces derniers à des représentations jusqu'alors désincarnées.

CONCLUSION

Pour conclure, dans le prolongement des réflexions de Didier Houzel [11], notre démarche montre combien le travail clinique en institution ne se réduit pas à un cadre, mais se constitue bien d'un « travail du lien » où patientes et professionnelles se rencontrent et co-construisent un espace psychique tiers. La fresque, en tant que médiation créative et collective, illustre cette dynamique : c'est un support où se déposent, se transforment, se remanient les épreuves individuels et groupaux. L'institution de jour apparaît moins comme un simple lieu d'accueil que comme un appareil contenant, soutenant les processus de subjectivation et favorisant les mouvements de relation psychique.

Dans des dispositifs créatifs comme la fresque, la fonction tierce du professionnel peut soutenir la symbolisation en permettant que le jeu, le déplacement et la mise en forme deviennent accessibles, ouvrant ainsi des voies possibles pour une subjectivation menacée. En occupant cette position décalée, ce tiers veille à ce que l'institution demeure un espace vivant, capable de transformer l'impasse en ouverture et le cri en adresse. Ce projet nous a permis de montrer comment la création collective peut ouvrir un espace d'élaboration là où les mots manquent, et permettre la reprise d'un devenir possible.

Dès lors, la création s'incarne comme un acte de survie psychique : maintenant est un temps à vivre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Winnicott DW. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 2002.
2. Klee P. *Théorie de l'art moderne*. Paris: Gallimard; 1998. 153.
3. Aulagnier P. *La violence de l'interprétation*. 7e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2003. 363.
4. Kaës R. *Le malêtre*. Paris: Dunod; 2012. 278.
5. Kaës R. Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*. 2010;34(1):13-40. doi:10.3917/cpc.034.0013.
6. Kaës R. *Les alliances inconscientes*. Paris: Dunod; 2014. 243-250. doi:10.3917/dunod.kaes.2014.01.0243.
Robert-Ouvray S, Servant-Laval A. Le tonus et la tonicité. In: *Manuel d'enseignement en psychomotricité*. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2001. 161-199. doi:10.3917/dbu.albar.2012.02.0161.
7. Anzieu D. *Le moi-peau*. Paris: Dunod; 1995. 291.
8. Bullinger A. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse: Érès; 2007.
9. Haag G. *Le moi corporel. Autisme et développement*. Paris: Presses Universitaires de France; 2018. 528.
10. Houzel D. Le psychanalyste dans l'institution: point de vue et méthode. *Revue française de psychanalyse*. 1990;54(5):1293. doi:10.3917/rfp.1990.54n5.1293

LES AUTEURS :

Anne-Charlotte GUÉRIN, Victoire DEBONO

Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe
Hôpital de jour : Unité des Troubles des Comportements Alimentaires « UTCA », Le Mans (France)
Avenue du 19 mars 1962 20, 72700 Allonnes (France)
annecharlotteguerin7@gmail.com

L'ATELIER PERCUSSION AU CONSERVATOIRE ET LES EXPOSITIONS DU COLLECTIF LE VILLAGE, DEUX EXPÉRIENCES ARTISTIQUES SINGULIÈRES

- Catherine MELEROWICZ, Charline MEYER, Elise CORDIER, Sophie ERNY -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Cet article présente deux expériences artistiques menées par le Groupe Hospitalier de la Région Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA), en collaboration avec des institutions culturelles et la ville. Ces initiatives visent à faire évoluer le statut des patients, passant de celui de malade à celui d'artiste, en favorisant leur inclusion sociale et leur créativité.

Depuis 2006, un atelier de percussions se tient deux fois par semaine au Conservatoire à Rayonnement Départemental. Co-animé par un professeur de percussion, une musicothérapeute et une infirmière diplômée d'état, il réunit des patients des hôpitaux de jour de psychiatrie adulte. Le travail du rythme, selon une approche de musique contemporaine, engage la personne dans son entièreté : corps, cognitions, émotions. La création d'une partition commune va favoriser l'expression de l'Identité Sonore, de chacun.

Ce partenariat crée un espace tiers entre soin et culture.

Le Collectif « Le Village » regroupe une quinzaine d'institutions. Il soutient la création artistique de personnes vivant avec une déficience mentale ou un trouble psychique. Chaque année, il organise dans une salle du centre-ville historique une exposition sur un thème à interprétation libre. En amont, l'atelier de création artistique, lieu d'expression bienveillant, sans jugement, permet aux patients-artistes de dépasser la peur de la page blanche et d'explorer diverses médiations (peinture, sculpture, gravure...). Dans l'atelier, le processus s'amorce, puis arrive la proposition d'une exposition au public. C'est une étape cruciale : elle valorise les artistes, change le regard de leur entourage et du public, et leur confère une nouvelle identité sociale, celle d'artiste.

MOTS CLÉS : Inclusion sociale - Médiations artistiques - Identité Sonore - Création artistique - Exposition

THE ART AND THE WAY : TWO ARTISTIC EXPERIMENTS THROUGH : THE PERCUSSION WORKSHOP AT THE CONSERVATORY AND THE EXHIBITIONS OF THE «LE VILLAGE» COLLECTIVE

This article presents two artistic experiments carried out by the Mulhouse South Alsace Regional Hospital Group, in collaboration with cultural institutions and the city. These initiatives aim to transform the status of patients, shifting them from being seen as ill to being recognized as artists, by fostering their social inclusion and creativity.

Since 2006, a percussion workshop has been held twice a week at the Departmental Conservatory. Co-led by a percussion teacher, a music therapist, and a nurse, it brings together patients from adult psychiatry day hospitals. Working on rhythm, through a contemporary music approach, engages the person as a whole: body, cognitions, and emotions. The creation of a common score will foster the expression of each participant's Sound Identity. This partnership creates a third space between healthcare and culture.

«Le Village» collective brings together about fifteen institutions. It supports the artistic creation of people living with a disability or a psychiatric disorder. Each year, it organizes an exhibition in the historic city center around a freely interpreted theme. In the run-up to these exhibitions, the artistic creation workshop, a non-judgmental space for expression, allows patient-artists to move beyond the fear of the blank page and explore different media. In the workshop, the process begins and is then followed by the proposal to exhibit the works to the public. This is a crucial step: it validates the artists, changes the way relatives and the public see them, and gives them a new social identity: that of an artist.

KEY WORDS : Social inclusion - Artistic mediations - Sound Identity - Artistic creation - Exhibition

INTRODUCTION

Le GHRMSA est un hôpital général comprenant plusieurs pôles dont celui de la psychiatrie. Deux hôpitaux de jour de psychiatrie adulte implantés au sein des quartiers de la ville de Mulhouse en dépendent. À leur création en 1986 et en 2002, les chefs de service avaient déjà mesuré l'importance de la pratique artistique auprès des patients et de leur ouverture aux lieux de culture. Cela s'est concrétisé par le recrutement d'une art-thérapeute puis d'une musicothérapeute.

La philosophie de ces services traduit la volonté de s'inscrire dans le tissu social à travers de partenariats avec les lieux culturels de la ville : la Filature (scène nationale), le Conservatoire à Rayonnement Départemental (CRD), la Kunsthalle (centre d'art contemporain), l'Opéra National du Rhin, les médiathèques, ainsi qu'avec les différents centres socio-culturels.

Des artistes intervenants (comédiens, plasticiens, circassiens, danseurs...) viennent compléter la palette de soins proposée aux patients.

Ainsi, nous pouvons dégager deux dynamiques en jeu : faire venir les artistes dans les lieux de soins et aller vers les lieux de culture et de pratique artistique.

L'article qui suit mettra en avant deux dispositifs expérimentés depuis plusieurs années : l'atelier de percussions au Conservatoire et les expositions du collectif « le Village ».

Ces partenariats engagent chacun à développer sa créativité, son ouverture à l'autre, par le respect et l'accueil de ses connaissances, expériences et compétences. Ces ateliers ont pour but de changer les regards, de permettre l'émergence du statut d'artiste complémentairement à celui de patient.

L'ATELIER PERCUSSIONS AU CONSERVATOIRE

LE JEU MUSICAL COMME ESPACE POTENTIEL DE RENCONTRE ET DE CRÉATION

Depuis 2006, un atelier de percussions est mené deux fois par semaine au CRD de Mulhouse dans le cadre de prises en charge en musicothérapie. Cet atelier est animé par un professeur de percussions, Claude Ferrier, une musicothérapeute, Catherine Melerowicz et une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), Charline Meyer. Il réunit des patients suivis dans les hôpitaux de jour de psychiatrie adulte de Mulhouse. Nous nous proposons de montrer, au travers des témoignages des différents acteurs, comment il constitue un espace singulier, à la fois thérapeutique et artistique, où la pratique musicale devient médiation, révélation, structuration et expérience de lien.

Mardi, 13h15, dans l'espace cafétéria du CRD de Mulhouse. Les enfants pique-niquent, les rires résonnent. Marion m'accueille avec un grand sourire, heureuse d'échanger autour de ce qui l'anime. Myriam nous rejoint, ses yeux pétillants de joie à l'idée de retrouver le groupe. Elle, la dernière arrivée, a su dépasser sa timidité initiale, portée par la bienveillance et l'accueil de chacun.

Puis arrive Thierry, guitare sur le dos, un sachet à la main : un DVD qu'il me prête pour combler mes lacunes cinématographiques. Charline nous rejoint, ravie de retrouver l'ambiance et la dynamique de groupe, tandis que Julien savoure encore une dernière cigarette. Thierry nous interpelle : « *C'est l'heure!* » Et oui, pour lui, « *la musique prime avant tout* ». Nous prenons le chemin de la salle de percussions. Nous remontons le couloir du conservatoire, tout de béton, de vitres et de bois, puis tournons à droite. De grandes baies vitrées nous laissent entrevoir notre destination : la salle de percussions, véritable caverne d'Ali Baba sonore. À l'intérieur, Claude achève son cours avec une « grande élève » et nous entrons discrètement. Nous profitons de ces quelques notes de musique jouées par Marie, une future professeure de percussions. Claude nous salue, sourire taquin, toujours prêt à faire de l'humour.

Très vite, Thierry installe le matériel en fonction du travail entamé lors de la séance précédente, puis nous propose d'écouter sa dernière composition à la guitare, un chant en anglais dédié à cet atelier qu'il fréquente depuis une quinzaine d'années.

HERE WE ARE

I can play for a long time
And your mind will follow this melody
Like a sunshine
And now it's time
And now here we are
And I dream of this moment
Let the music makes the job
And play for you
I feel in my place
And I dream of this moment
And now here I am
It's my religion
It's my religion
It's my religion
Ainsi va la vie



Audition de fin d'année dans l'auditorium du Conservatoire

Sa chanson résonne comme une déclaration d'appartenance : la musique, ici, est bien plus qu'un apprentissage, elle devient une forme de lien, de présence au monde.

Marion apprécie tout particulièrement ce temps d'écoute musicale, comme un prélude à la suite. Le travail de la musique peut alors commencer. La présence de Claude, bienveillante et rigoureuse, empreinte de son savoir-faire musical et pédagogique, nous emmène vers l'apprentissage du langage musical, la discipline du travail du geste et de la répétition.

LA SALLE DE PERCUSSIONS : UN ESPACE DE JEU ET DE CRÉATION

La salle de percussions du conservatoire est un véritable univers sonore. Tambours, gongs, cloches, marimbas et vibraphones... en composent le paysage. Pour les nouveaux venus, ce lieu intimide autant qu'il intrigue. « La salle et tous ses instruments m'ont beaucoup impressionnée », confie Marion.

Pour de nombreuses personnes, cet environnement est une découverte sensorielle : la beauté des instruments, l'atmosphère chaleureuse de la salle et des matériaux, les différentes matières que touchent les mains, les odeurs qui s'en dégagent et bien sûr les sons et les nombreuses résonances. Le son devient langage avant les mots, ouvrant la voie à l'expression, au partage et à la relation.

Dans cet espace, nous accueillons chaque participant dans sa singularité. Le jeu, loin d'être une performance, devient un acte de présence. Winnicott parlait de « l'espace potentiel de jeu » (1), ce lieu intermédiaire entre le dedans et le dehors où peut s'épanouir la créativité. Les instruments de musique revêtent la fonction d'objets intermédiaires, puisqu'ils deviennent des « instruments de communication susceptibles de créer des canaux de communication extra-psychiques ou d'améliorer ceux qui sont rigides ou stéréotypés » (Rolando Benenzon) (2). Ils peuvent devenir des supports tangibles pour symboliser des émotions, structurer le jeu, expérimenter l'autonomie et la relation à l'autre.

Ainsi, l'atelier de percussions offre la possibilité d'exister autrement, de jouer pour se découvrir, de créer pour se rencontrer.

LE CADRE TEMPOREL : ENTRE RIGUEUR ET LIBERTÉ

Le mardi : apprendre, s'accorder, se dépasser.

Chaque mardi, le groupe retrouve le professeur de percussions du conservatoire. Son exigence musicale, sa bienveillance, sa rigueur artistique et son humour apportent une structure permettant l'expression de tout un chacun. Il s'agit d'un authentique cours de musique, avec ses règles, sa progression et ses défis.

Les participants découvrent la discipline du geste, la précision rythmique et le plaisir de construire un morceau collectif. Pour certains, cette confrontation à la rigueur est une épreuve ; pour d'autres, une révélation : « Claude nous pousse toujours dans le bon sens » dit Thierry.

Le jeudi : reprendre, intégrer, laisser résonner.

Le jeudi, nous nous retrouvons sans le professeur. Ce temps d'autonomie est tout aussi précieux. Il nous permet de revisiter et d'intégrer les apprentissages, mais aussi d'ouvrir des espaces d'improvisation et de parole. C'est souvent le moment où le vécu émotionnel émerge : la frustration, le plaisir, le sentiment d'appartenance.

Certains évoquent leur fierté d'avoir réussi un passage difficile : « Quand on n'y arrive pas, Catherine prend le relais pour traduire en langage moins musical. Elle trouve toujours une idée pour qu'on réussisse » (Marion) ; d'autres éprouvent la peur d'être « à côté du rythme » ou la difficulté d'oser frapper fort. Ces paroles témoignent du travail intérieur en cours.

LE RYTHME COMME MÉDIATEUR THÉRAPEUTIQUE

Au fil des années, nous avons constaté combien le rythme mobilise la personne dans toutes ses dimensions : corporelle, cognitive, émotionnelle et relationnelle.

La percussion engage le corps entier. Elle invite à sentir la pulsation, à s'ancrer, à libérer des tensions et à habiter son geste. Elle stimule la motricité et la coordination. Elle favorise la concentration, l'attention, les différentes mémoires. Elle renforce la régulation émotionnelle et la confiance en soi et stimule l'imaginaire.

Elle soutient la communication non verbale, l'écoute, l'ajustement à l'autre et l'appartenance au groupe. Dans le jeu collectif, chacun trouve sa place. Certains soutiennent la base rythmique, d'autres improvisent, d'autres encore s'effacent pour mieux écouter. Ce tissage sonore devient métaphore du lien social : exister avec les autres sans s'y perdre, s'affirmer sans dominer, écouter sans se taire.

« L'atelier me procure un bien-être incroyable grâce au soutien du groupe et malgré les défis que Claude nous présente » (Myriam).

QUAND LA MUSIQUE CONTEMPORAINE RENCONTRE L'IDENTITÉ SONORE (ISO)

Le travail de création s'appuie sur l'imaginaire de chacun, son vécu, ses expériences, ses préférences musicales, ses sensibilités, etc., et sur la manière de traduire tout cela en musique. Chaque être humain possède une identité sonore qui lui est propre, que Rolando Benenzon (2) a appelé ISO (Identité SOnore). Ce concept désigne l'ensemble des sons, rythmes, silences et timbres qui constituent la signature sonore de chaque être humain. C'est une trace intime, qui se forge et évolue tout au long de la vie, de la conception à la mort, par la culture, les émotions, les relations et, de façon plus générale, par l'histoire personnelle.

Au fil des ateliers, l'ISO se manifeste dans la manière dont chacun aborde les instruments, le son : jeu solitaire ou en recherche de la relation, accordage à l'autre, voire au groupe ; la force de la frappe, tout en douceur et finesse ou très fort, de façon à couvrir les autres sons ; recherche d'une mélodie, d'une organisation dans la succession des notes ou jeu aléatoire... Dans le cadre de cet atelier, ces productions sonores sont des chemins d'expression de soi. Le travail du groupe va consister à écouter chacun de ces ISO individuels, comme des propositions à la création de ce que l'on pourrait appeler ici un ISO groupal. L'atelier devient un lieu d'accordage au sens le plus concret, mais aussi le plus symbolique du terme : créer une partition commune, en apportant une part de soi, tout en s'ajustant aux autres.

Ainsi, chaque participant est invité à rechercher des sonorités pour illustrer des éléments du thème. Les mains qui frottent la peau des tambours pour évoquer le son de l'océan sont une évidence, mais la recherche sonore peut s'en éloigner : des sonorités très aiguës pour représenter la petite taille et la légèreté d'un poisson, par exemple. C'est là que l'expertise de Claude Ferrier en musique contemporaine prend tout son sens. Une utilisation qui pourrait paraître incongrue, comme un archet frotté sur le bord d'une cymbale ou une balle rebondissant sur la peau du tambour d'orchestre, peut trouver sa place dans une partition commune. Cette approche offre une liberté immense à des personnes sans formation musicale. La musique contemporaine permet de s'affranchir des formes préétablies et peut s'adapter au plus juste à ce qui s'exprime et se raconte. Dans cet espace, chacun est acteur de la création. Claude, détenteur du savoir-faire et de la connaissance technique coconstruit avec les éléments apportés par le groupe, modelant la matière sonore brute pour aboutir à une forme commune qui reflète chaque personnalité. Des passages techniques ardues avec des décalages à la Steve Reich (tels que jouer la même formule rythmique et/ou mélodique et la décaler d'une note ou d'un temps, afin de créer du mouvement, du volume) ou

encore des enchaînements harmoniques sont abordés sans partition, prouvant que l'on peut faire des choses très complexes avec des moyens accessibles.

« J'aime beaucoup car tout est possible » Julien.

A L'ÉPREUVE DU PUBLIC

Une fois la création aboutie, elle est présentée lors de l'audition de fin d'année avec le reste de la classe de percussions du conservatoire, au sein de l'auditorium. C'est une étape non obligatoire mais généralement source de grande fierté. Au-delà des instruments, c'est la dynamique de groupe qui est la force maîtresse de l'atelier : lorsqu'une personne manque, la partition devient « bancal ».

Lors de la représentation, l'espace potentiel au sens winnicottien (1) ne se ferme pas ; il s'élargit. Le public est alors un tiers symbolique qui accueille la forme créée. Il permet à chacun de faire l'expérience que sa production peut être entendue et considérée. Ainsi, ce qui était vécu dans l'intimité du cadre thérapeutique accède à une existence sociale. Les personnes ne sont plus seulement regardées à travers leurs manques ou leurs troubles, mais reconnues comme sujets capables de jeu, de création et d'adresse.

Ainsi, la scène du conservatoire peut être comprise comme un espace transitionnel élargi, où chaque participant peut éprouver une continuité entre ce qu'il est, ce qu'il joue et la manière dont il est reçu. C'est dans cette expérience que peut se loger une restauration du sentiment d'exister et de valoir pour autrui.

« La première audition de fin d'année est mon plus beau souvenir, car elle a concrétisé une année de travail et l'année où j'ai réussi à m'intégrer dans le groupe. » Marion.

« Quand on aime la musique et que l'on vit ce genre de moment et dans ce lieu, ça a quelque chose de gratifiant, qui nous conforte dans l'idée qu'on a bien fait d'être là à ce moment précis. Ça vous accompagne dans le temps et on ne peut l'oublier, et c'est comme ça à chaque fois. » Thierry.

UN PARTENARIAT VIVANT ENTRE SOIN ET CULTURE

L'alliance entre notre service et le conservatoire repose sur une confiance réciproque.

Ce partenariat est pour nous une respiration, ouvrant les prises en charge sur le monde extérieur, sur la cité, sur un lieu de pratique artistique, sur l'apprentissage, sur la créativité et la découverte de soi.

Le conservatoire devient un endroit tiers : ni tout à fait espace de soins, ni uniquement lieu d'apprentissage. C'est un espace vivant où se tissent des liens, où le soin

devient rencontre et la création présence au monde. Ces temps sont « *des moments privilégiés avec les patients, hors des murs de l'hôpital de jour. On est davantage Charline et Catherine que soignantes.* » (Charline).

Au fil des années, des dizaines de patients ont fait vibrer ces instruments. Certains n'y sont restés que quelques mois, d'autres plusieurs années. Tous ont laissé une trace sonore de leur passage.

La continuité de l'atelier illustre la pertinence de cette approche. Comme dans le rythme, la régularité fait sens : revenir, encore et encore, trouver sa place dans une partition commune.

Une fois leur temps de prise en charge en hôpital de jour terminé, certains se sont inscrits en qualité d'élèves : « *J'ai tellement apprécié que j'ai voulu continuer mon expérience, étant donné que l'hospitalisation se terminait. J'ai décidé de m'inscrire au cours* » (Myriam). Ce dispositif leur permet de continuer à être présents dans l'atelier.

À travers les différents témoignages exposés ci-dessus, nous remarquons que l'atelier percussions au Conservatoire prend une place importante pour chacun des participants. Il perdure depuis près de deux décennies grâce au désir du professeur et de la musicothérapeute de transmettre leur passion pour la musique. L'apprentissage des instruments, la création commune basée sur l'imaginaire, la dynamique de groupe, la confiance réciproque constituent le socle de l'atelier, permettant à chacun de progresser dans la découverte de soi et de l'autre, à son rythme.

« *Avec la musique, on apprend tout le temps, même sur soi-même.* » Thierry

Nous observons que si certaines personnes ont une affinité avec la musique, d'autres préfèrent l'univers des arts plastiques. Le second volet de l'article présente les initiatives du Collectif « Le Village » pour soutenir la création artistique de personnes qui vivent avec une déficience mentale ou un trouble psychique.

LE COLLECTIF « LE VILLAGE »

Le Collectif « Le Village » développe au cours de l'année plusieurs projets :

- ♦ Une semaine d'exposition d'œuvres, dans le cadre des événements du « Mois du cerveau »
- ♦ Des initiations aux arts plastiques dans les GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle)
- ♦ Des visites d'expositions
- ♦ Des actions transfrontalières (France - Suisse - Allemagne)
- ♦ Une communication vidéo et photo autour des créateurs et de leurs œuvres (3).

« Le Village » regroupe des professionnels médico-sociaux, des arts-thérapeutes, des bénévoles, des artistes pour soutenir et favoriser la visibilité des créations réalisées par des personnes qui ont choisi l'art comme mode d'expression. Ces artistes ont en commun une limitation ou une restriction dans leur participation à la vie sociale et culturelle, en raison d'un trouble psychique.

Le Collectif « Le Village » rassemble une quinzaine d'institutions et de personnes qui accompagnent chaque année environ 50 participants au projet d'exposition « Le Village ». Au sein du GHRMSA, Elise Cordier, IDE, et Sophie Erny, art-thérapeute, portent le projet. Les institutions proposent à leurs usagers en début d'année de participer à des ateliers de création, dans lesquels les travaux sont soit des œuvres personnelles, soit le résultat de travaux collectifs accompagnés. Il est évident que permettre à des personnes, souvent en souffrance, d'accéder à leur créativité, nécessite de créer un cadre de confiance et de les accompagner sans autre objectif que de rendre possible un acte créatif. La perspective d'exposer ne doit pas être une fin en soi, juste un possible.

Chaque année un thème est proposé, dont l'intérêt est d'ouvrir une libre interprétation ; il y a souvent une double ou triple lecture phonétique : DES – EQUILIBRES, DES ILES – ILS & DES AILLES- ELLES ou MERVEILLES... En 2026, DIX-VERSIONS illustrera le dixième anniversaire.

En 9 éditions, ce sont près de 500 œuvres qui ont été exposées et plus de 2000 personnes qui ont visité les différentes expositions « Le Village ».

Pour les artistes, le plaisir de participer à l'évènement, d'exprimer leur créativité, leur mal-être, leur joie, d'avoir une réelle implication dans un projet collectif, d'être valorisés, stimulés, accompagnés et d'être vus, est une source de bien-être et d'accomplissement personnel.

L'expression artistique, c'est d'abord un rapport de soi à soi, qui peut aussi devenir un rapport de soi au groupe, notamment dans les ateliers de création collective. L'œuvre exposée au public confronte l'artiste à d'autres regards, à d'autres interprétations et d'autres imaginaires.

Créer et exposer ses œuvres change les regards, avec des effets multiples : pour l'artiste, un gain d'estime de soi ; pour sa famille, le statut de personne handicapée perd de son acuité ; pour les accompagnants c'est une dimension nouvelle qui se construit ; pour le public c'est l'accès à une existence et un imaginaire : l'art permet une interaction entre des individus qui ont accepté une rencontre singulière.

Notre parti pris pour illustrer le cheminement qui mène du statut de patient à celui d'artiste, est notamment de nous appuyer sur la parole des participants aux

expositions, depuis leur engagement dans l'atelier de création artistique, jusqu'à leur émergence en tant qu'artistes à part entière.

L'atelier de création artistique est un des outils thérapeutiques proposés et utilisés pour offrir aux patients un espace de liberté, où la souffrance, les doutes, les angoisses peuvent prendre forme sans jugement. L'inclusion des patients dans ce projet d'exposition artistique est ouverte à tous ceux qui souhaitent y prendre part. L'atelier devient alors un lieu où le patient s'autorise à déposer ses émotions, ses craintes, et où il réapprend à se faire confiance, trait après trait, couleur après couleur...

Au début, quand le thème est annoncé, il y a souvent la peur de « la page blanche » et le doute face à ses propres capacités :

« Je ne suis pas artiste », « Qu'est-ce que je vais faire ? Je n'ai pas d'idée », « Je suis nulle en dessin, je n'ai pas de patience »

Le patient pose alors pêle-mêle sur le papier des mots que lui évoque le thème ; puis une idée, une image, une sensation s'en dégage... Il commence alors à entrer tout doucement dans la posture de « patient-artiste » :

« Je veux bien essayer la terre, ça a l'air drôle »

« L'encre de Chine va m'aider à me poser »

Peu à peu la concentration prend le pas sur l'anxiété. Les lignes, les formes tracent le dialogue entre l'intérieur et l'extérieur, entre ce que la personne ressent, ce qu'elle montre et ce qu'elle partage :

« Je me sens tellement bien quand je me concentre sur ce que je fais »

« Ça commence à me plaire »

« C'est chouette d'avoir l'avis et l'aide des autres »

« J'avais besoin de trouver l'apaisement, de l'exprimer sur papier »

Le patient-artiste va alors se tourner vers la médiation qui lui parle ; ça peut être la terre, l'aquarelle, l'encre de Chine... et entame un travail de plusieurs mois.

Puis vient le moment où l'artiste prend le pas sur le patient, où il s'inscrit dans le travail de commissaire d'exposition en participant à l'accrochage de ses œuvres :

« Je n'arrive pas à croire que ce que j'ai fait va être exposé »

« On peut les vendre ? »



Vue 1 de l'exposition du collectif « Le Village »



Vue 2 de l'exposition du collectif « Le Village »

À travers ses œuvres, il s'expose au regard de l'autre, il existe au-delà de la maladie ; il se tient alors face à ses œuvres exposées, face au regard des visiteurs... C'est un moment intense qui peut être angoissant et/ou libérateur.

« Rire de gêne face aux compliments des visiteurs »

Après des mois de création dans l'intimité de l'atelier le voici confronté à une dernière étape, celle d'offrir quelque chose de lui aux autres, avec la satisfaction d'être reconnu non plus comme patient mais comme artiste.

Ces mots ont été recueillis lors d'ateliers ou de tables rondes où chacun a pu exprimer sa relation à l'art... Quand l'art est déjà utilisé comme une affirmation de soi. Ils ont franchi le pas, ils participent à une exposition collective et prennent le risque de s'exposer au regard de l'autre... Ils partagent leurs expériences :

« J'ai beaucoup apprécié la valeur du travail de Florent, elle a encore gagné en force »

« Cela m'a interpellé de voir une telle discrétion derrière une telle force dans ses œuvres »

« On a envie au moment où on fait l'œuvre de fixer l'éphémère, de le laisser durer dans le temps »

Avec le collectif « Le Village » nous voulons participer à rendre visibles les créations d'artistes qui veulent témoigner de leur sensibilité et changer leur rapport au monde et celui du public à leur singularité. L'Art donne une opportunité de s'exprimer, mais aussi une identité sociale... Ils étaient patients et maintenant ils sont artistes, au moins le temps d'une exposition.

« Quand je rencontrais quelqu'un qui me demandait ce que je faisais, je ne savais jamais quoi dire... maintenant, je dis que je fais de la gravure »

« On sort du handicap, car on voit en quoi les gens sont talentueux, et là, tout le monde est mis sur un pied d'égalité »

Toutes ces initiatives, aux côtés et avec les personnes aux identités psychiques différentes, sont des moyens d'agir pour construire une humanité commune.

CONCLUSION

À travers les expériences de l'atelier de percussions au conservatoire et des expositions du Collectif « Le Village », cet article met en lumière un mouvement : celui qu'initie l'institution en soutenant des dispositifs dits « extra-muros » et, par un effet miroir, l'expression des mouvements intrapsychiques vécus par les participants.

Ces partenariats entre le soin et la culture créent des espaces singuliers, des lieux tiers, dans lesquels le patient est accueilli dans sa singularité. L'exigence artistique que nécessite l'exposition au public favorise l'accès à une maîtrise technique, à la créativité et à l'imaginaire, processus soutenu par notre accompagnement thérapeutique. Elle permet également de dépasser la rigidité et l'isolement, de retrouver le plaisir de faire, et notamment de faire ensemble.

Le fil conducteur de ces deux dispositifs est l'évolution du statut des personnes : celui de patient s'atténue progressivement au profit de celui d'artiste. En s'exposant, que ce soit par une partition collective ou par une œuvre plastique, la personne s'affirme, renforce son estime de soi et se réapproprie le goût du beau et du merveilleux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Winnicott DW. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1996.
2. Benenzon R. *Théorie de la musicothérapie à partir du concept de l'ISO*. Parempuyre: Éditions du Non Verbal/A.M.Bx; 1992.
3. Expo Le Village Mulhouse 2023. *Le Village*. Mulhouse; 2023. Durée: 19 min 40 s. Disponible sur: <https://www.youtube.com/@expolevillage2023>
4. Lecourt E. *Analyse de groupe et musicothérapie. Le groupe et le sonore*. Paris: ESF; 1993.

LES AUTRICES :

Catherine MELEROWICZ, Charline MEYER, Elise CORDIER, Sophie ERNY

Groupe Hospitalier de la Région Sud Alsace (GHRMSA)
Avenue d'Altkirch 87, 68100 Mulhouse (France)
catherine.melerowicz@ghrmsa.fr

L'ENSEIGNEMENT CULTUREL PAR LES ÂÎNÉS : une approche innovante en hôpital de jour

- Eftychia VALASSOPOULOU -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Le présent article analyse une approche novatrice du soin psychiatrique et psychogériatrique : l'enseignement culturel par les aînés. Dans un contexte où le vieillissement de la population mondiale constitue un défi majeur (1), cette démarche propose de replacer les seniors au cœur du processus thérapeutique, non plus comme bénéficiaires passifs, mais comme transmetteurs actifs de culture et de savoirs expérientiels.

L'étude s'appuie sur une enquête qualitative exploratoire menée auprès de patients de l'hôpital de jour psychiatrique du CHR Citadelle et de la psychogériatrie d'ISoSL – Hôpital Le Valdor à Liège. Les méthodes combinent des entretiens semi-directifs, l'observation participante et des groupes de discussion.

Les résultats mettent en évidence trois dimensions principales : la revalorisation identitaire des aînés grâce à la reconnaissance de leur mémoire culturelle ; la création d'un espace intergénérationnel propice à l'échange et au rétablissement ; et la transformation de la posture soignante vers une approche plus empathique et inclusive.

Cette recherche interroge également la pertinence des modèles biomédicaux dominants au profit d'une conception humaniste et relationnelle du soin, inspirée des travaux de Rogers (2), Watson (3) et Vygotski (4).

En définitive, l'enseignement culturel par les aînés ouvre la voie à une psychogériatrie participative, dans laquelle la culture devient un outil thérapeutique de premier plan, favorisant le sens, la dignité et le lien social.

MOTS CLÉS : Transmission culturelle - Psychogériatrie - Hôpital de jour - Intergénérationnel - Santé mentale - Empowerment des aînés

CULTURAL EDUCATION BY SENIORS : AN INNOVATIVE APPROACH IN A DAY HOSPITAL SETTING

This paper examines an innovative approach to psychiatric and psychogeriatric day-hospital care: cultural education by elders. In a global context marked by population ageing (1), this model positions older adults not as passive recipients of care but as active transmitters of cultural knowledge and experiential wisdom.

Based on an exploratory qualitative study conducted at the CHR Citadelle and ISoSL – Valdor site in Liège (Belgium), data were collected through semi-structured interviews, participant observation and focus groups.

Findings highlight three key dimensions: identity re-empowerment of elders through recognition of their cultural memory; intergenerational exchange spaces enhancing well-being and recovery; and a transformative shift in caregivers' perspectives toward empathy and inclusiveness.

Grounded in humanistic and sociocultural theories (Rogers (2); Watson (3); Vygotsky (4)), this approach challenges reductionist biomedical paradigms and promotes a participatory model of psychogeriatric care where culture functions as both a healing medium and a social connector.

KEY WORDS : Cultural transmission - Psychogeriatrics - Day hospital - Intergenerational care - Mental health - Elder empowerment

INTRODUCTION

Le vieillissement démographique constitue aujourd'hui un enjeu sanitaire, économique et culturel de première importance. D'après les projections de l'OMS (1), la proportion mondiale des personnes âgées de plus de 60 ans passera de 12 % en 2015 à 22 % d'ici 2050. En Europe, selon Eurostat (2023), un habitant sur trois aura plus de 60 ans à cette échéance. Ce bouleversement, inédit dans l'histoire humaine, s'accompagne d'une crise de la transmission culturelle : les générations se côtoient sans toujours se comprendre, tandis que la mémoire collective tend à se fragmenter (6).

En psychiatrie et en psychogériatrie, ces mutations sociétales se traduisent par des problématiques d'isolement, de perte de sens et de désaffiliation symbolique (7). Le patient âgé, souvent réduit à son diagnostic, voit son identité se déliter au contact d'institutions où la temporalité du soin efface celle de la biographie. Pourtant, comme le rappellent Frankl (8) et Erikson (9), la recherche de sens et la continuité du moi sont essentielles à l'équilibre psychique.

Dans ce contexte, l'initiative intitulée « L'Enseignement culturel par les Aînés », s'inscrit dans un mouvement de réhumanisation du soin. Elle repose sur un principe simple : reconnaître aux aînés leur rôle de passeurs de culture et d'acteurs thérapeutiques.

Cette démarche entend démontrer que la transmission intergénérationnelle peut constituer un levier de rétablissement, en permettant aux aînés de renouer avec leur identité narrative (10) et aux plus jeunes de se réapproprier un héritage commun.

Ainsi, la présente recherche poursuit trois objectifs :

1. Décrire les modalités de mise en œuvre de l'enseignement culturel par les aînés ;
2. Analyser ses effets sur les aînés, les jeunes participants et les soignants ;
3. Discuter ses implications cliniques, éthiques et institutionnelles pour le champ de la psychogériatrie.

En plaçant la culture au cœur du soin, cette étude propose une perspective novatrice : une psychiatrie du lien et de la mémoire, dans laquelle la parole retrouvée devient acte thérapeutique.

CADRE THÉORIQUE

FONDEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIOCULTURELS

La démarche s'appuie sur la théorie historico-culturelle de Vygotski (4), selon laquelle tout apprentissage humain est médiatisé par la culture et la socialisation. Le développement psychique dépend des interactions symboliques qui relient l'individu à son environnement ; en ce sens, la transmission intergénérationnelle constitue une zone de développement partagé, propice à la réhabilitation cognitive et affective.

Cette approche rejoint la perspective humaniste de Rogers (2), pour qui la relation thérapeutique doit favoriser la congruence, l'empathie et la reconnaissance de la personne dans sa globalité.

Watson (3) prolonge cette vision en définissant le care humaniste comme un acte de co-création du sens : soigner, c'est reconnaître l'autre comme sujet d'histoire.

Erikson (9) place la générativité — c'est-à-dire la capacité à transmettre aux générations futures — au centre de la santé psychique de la vieillesse. La privation de cette fonction peut conduire à la stagnation et à la perte du sens de soi. De même, Bruner (11) et Mead (12) décrivent la culture comme un réservoir narratif où se forge l'identité collective.

APPROCHES CULTURELLES ET ANTHROPOLOGIQUES DU SOIN

Kleinman (13) a démontré que la maladie n'est jamais un simple fait biologique : elle est toujours socialement et culturellement médiée. Les représentations du corps, de la souffrance et du soin varient selon les univers symboliques. De ce point de vue, la psychogériatrie occidentale gagnerait à intégrer une dimension culturelle de la guérison, articulant les savoirs médicaux et les récits de vie.

Baubet & Moro (7) ont souligné combien la santé mentale suppose la reconnaissance des appartenances culturelles et la traduction des symptômes dans un langage partagé. Cette lecture rejoint la notion de transculturalité thérapeutique, où le soin devient espace de dialogue interculturel.

LA NARRATION ET LA MÉMOIRE COMME MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les recherches de Cappeliez (14) et de Cappeliez & O'Rourke (15) montrent que la revue de vie et la narration autobiographique favorisent la cohérence identitaire et réduisent les symptômes dépressifs. Ces approches, héritières des travaux d'Erikson, s'inscrivent dans une logique de continuité du soi.

Haight & Webster (16) décrivent la « reminiscence therapy » comme un outil de restauration de l'estime de soi : en partageant leurs souvenirs, les aînés réaffirment leur rôle social et reconfigurent le sens de leur parcours.

Basting (17), quant à elle, a montré que la narration créative en milieu gériatrique stimule la cognition, favorise la socialisation et atténue les symptômes anxieux. Cette approche artistique s'avère particulièrement pertinente en hôpital de jour, où l'expression libre et la reconnaissance mutuelle deviennent des leviers thérapeutiques.

VERS UNE ÉCOLOGIE DU SOIN ET DE LA CULTURE

La théorie du care (18,3) plaide pour une compréhension holistique du soin, où le contexte culturel, symbolique et spirituel occupe une place centrale.

Selon Nussbaum (19), une société véritablement humaine se mesure à sa capacité à permettre à chacun d'exercer ses « capacités » : être entendu, reconnu et relié.

Dans cette optique, l'enseignement culturel par les aînés représente une écologie relationnelle du soin, un espace où la culture devient médiation de l'humain à l'humain.

MÉTHODOLOGIE

DÉMARCHE GÉNÉRALE

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative exploratoire visant à comprendre comment la transmission culturelle par les aînés peut agir comme levier thérapeutique au sein d'un hôpital de jour psychiatrique et psychogériatrique.

La méthodologie adoptée repose sur une approche interprétative et inductive, selon la tradition de la recherche qualitative en santé (20). Elle cherche à saisir les significations construites par les acteurs dans leur contexte de vie hospitalier.

L'objectif n'est donc pas la généralisation statistique, mais la compréhension en profondeur des dynamiques identitaires, relationnelles et symboliques à l'œuvre dans ce dispositif.

LIEUX ET PARTICIPANTS

L'étude s'est déroulée dans deux institutions à Liège :

1. Le Centre Hospitalier Régional (CHR) Citadelle, hôpital de jour psychiatrique accueillant des patients adultes présentant des troubles de l'humeur, anxieux ou psychotiques stabilisés ;
2. L'ISoSL – site Valdor, service de psychogériatrie accueillant des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs légers à modérés et de dépression liée à l'isolement.

Un échantillon raisonné de participants a été constitué :

- ◆ Des aînés (65 à 91 ans),
- ◆ Des adultes (20 à 60 ans) participant à des activités intergénérationnelles,
- ◆ Des membres du personnel soignant (psychologues, infirmiers, ergothérapeutes).

Les critères d'inclusion reposaient sur la capacité à participer à une activité culturelle collective, la compréhension du français et l'accord écrit pour la participation.

COLLECTE DES DONNÉES

La collecte s'est déroulée sur une période de six mois et a combiné plusieurs techniques :

- ◆ Entretiens semi-directifs portant sur le rapport à la culture, la mémoire et le sentiment d'utilité sociale ;
- ◆ Observation participante des ateliers (narration, cuisine, musique, cinéma, danse, écriture) ;

Présentation de l'activité

L'atelier de narration est une activité à visée intergénérationnelle, durant laquelle les aînés sont invités à raconter une histoire personnelle issue de leur passé. Cette démarche permet de valoriser leur vécu et de renforcer leur participation au sein du groupe.

Objectifs

L'atelier poursuit plusieurs objectifs :

- ◆ Favoriser la participation active des aînés par la mise en récit de leur expérience ;
- ◆ Encourager les échanges et l'interaction entre deux groupes d'âge distincts ;
- ◆ Renforcer l'inclusion et la cohésion du groupe à travers une activité collective basée sur le partage.

Préparation

Avant le début de l'atelier, le choix de l'histoire a été préparé avec l'aide du personnel soignant. Cette étape

avait pour but d'assurer un fil conducteur clair, de faciliter l'expression du participant âgé et de soutenir le bon déroulement de l'activité.

Déroulement

L'atelier a été organisé à une fréquence mensuelle. Lors de chaque séance, un aîné était invité à partager un récit de vie. Les autres participants étaient encouragés à écouter, réagir, et intervenir par le biais de questions ou de commentaires, afin de créer une dynamique interactive.

Rôle des participants

Les aînés occupaient un rôle central dans l'activité, en tant que narrateurs et détenteurs du contenu. Leur participation active consistait à transmettre :

- ♦ Leur vécu ;
- ♦ Leur histoire personnelle ;
- ♦ Leurs expériences de vie ;
- ♦ Leurs connaissances et apprentissages.

Les autres participants avaient un rôle complémentaire basé sur l'écoute, l'échange et l'interaction.

Effets attendus

L'atelier visait notamment à :

- ♦ Stimuler la communication et l'expression orale ;
- ♦ Valoriser les aînés et renforcer leur sentiment d'utilité ;
- ♦ Encourager des interactions positives entre générations.

Groupes de discussion croisés réunissant aînés, jeunes patients et professionnels de santé.

Présentation

Dans le cadre de l'évaluation des ateliers intergénérationnels, des groupes de discussion croisés ont été mis en place afin de recueillir les perceptions des participants et d'analyser l'expérience vécue.

Organisation et temporalité

Les groupes de discussion se sont tenus à une fréquence mensuelle, une semaine après chaque atelier réunissant les deux groupes d'âge. Cette temporalité permettait aux participants de bénéficier d'un temps de recul suffisant tout en conservant une mémoire récente de l'activité.

Participants et encadrement

L'ensemble des participants ayant assisté à l'atelier était invité à prendre part aux groupes de discussion. Les échanges étaient également encadrés par les intervenants, assurant ainsi un cadre structuré et favorisant la prise de parole de chacun.

Objectifs

L'objectif principal de ces groupes de discussion était de :

- ♦ Recueillir un retour qualitatif sur l'atelier ;
- ♦ Identifier les ressentis, perceptions et éventuelles difficultés rencontrées ;
- ♦ Évaluer l'intérêt et l'impact de l'activité sur les participants.

Résultats / constats généraux

Les discussions ont mis en évidence un retour globalement positif de la part des participants. Les sentiments exprimés étaient majoritairement favorables, et les échanges ont permis à chaque partie d'argumenter en faveur du maintien et de la continuité des ateliers, soulignant leur pertinence et leur intérêt.

Cette triangulation méthodologique visait à renforcer la fiabilité des résultats (21).

ANALYSE DES DONNÉES

Les données textuelles issues des entretiens et observations ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique inductive (22).

Le codage s'est effectué en trois étapes :

1. Lecture flottante et repérage des unités de sens ;
2. Construction de catégories thématiques émergentes ;
3. Identification de relations entre ces catégories.

L'analyse a été conduite manuellement.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'étude a respecté les principes de la Déclaration d'Helsinki (2013) et du Comité d'éthique hospitalier.

Les participants ont été informés du but de la recherche et ont signé un consentement libre et éclairé.

L'anonymat et la confidentialité ont été garantis : tous les prénoms cités dans les extraits sont fictifs.

RÉSULTATS

L'analyse thématique a permis de dégager quatre grands axes de sens, illustrant la richesse et la complexité de la transmission culturelle en contexte de soin :

1. La revalorisation identitaire et la redécouverte du sens de soi ;
2. L'émergence d'un lien intergénérationnel transformateur ;
3. La modification du regard soignant ;
4. L'éveil de la créativité et de la spiritualité comme vecteurs de mieux-être.

REVALORISATION IDENTITAIRE ET CONTINUITÉ DU SOI

Tous les participants âgés ont évoqué le sentiment d'avoir « retrouvé une utilité » à travers la transmission de leurs savoirs.

Une participante de 79 ans résume ainsi :

« Ici, je ne suis plus une malade, je redeviens institutrice. On m'écoute. »

Ce phénomène de reconstruction narrative rejoint les conclusions de Cappeliez & O'Rourke (15) sur la « reminiscence therapy », où la narration agit comme un espace de continuité du moi.

Plusieurs aînés ont décrit les ateliers comme une « renaissance », une manière de « restituer ce qu'on est encore capable de donner ».

Les soignants ont confirmé une amélioration de la motivation et de l'estime de soi chez les patients impliqués, observant une diminution des comportements d'isolement et des manifestations dépressives légères.

LIEN INTERGÉNÉRATIONNEL ET APPRENTISSAGE MUTUEL

Les ateliers culturels mixtes ont favorisé une désinhibition relationnelle. Les jeunes patients ont exprimé de la curiosité et de la gratitude à l'égard des aînés.

Une jeune participante de 34 ans témoigne :

« J'avais peur que ce soit triste, mais j'ai découvert des gens drôles et inspirants. »

Ces interactions ont permis la création de micro-communautés de sens, selon le modèle de Basting (17), où la créativité collective renforce l'appartenance et la résilience.

Le processus a également permis une transmission symbolique bidirectionnelle : les jeunes ont apporté leurs références contemporaines (musique, numérique),

tandis que les aînés transmettaient des savoir-faire traditionnels.

Ce dialogue illustre ce que Mead (12) appelle la culture vivante, en perpétuelle reconstruction à travers la rencontre des générations.

TRANSFORMATION DU REGARD SOIGNANT

L'implication des patients dans des activités d'enseignement culturel a eu un impact direct sur la perception des soignants.

Un infirmier déclare :

« Ces moments changent notre rapport à eux. On les découvre autrement, pas à travers leurs diagnostics, mais à travers leur humanité. »

Watson (3) décrit ce renversement comme le passage du « doing for » au « being with » : un soin basé sur la présence et la reconnaissance mutuelle.

Les équipes soignantes ont rapporté une amélioration du climat de travail et un renforcement du sentiment de cohésion institutionnelle.

Cette transformation s'inscrit dans la lignée du mouvement de la psychiatrie orientée rétablissement (23), qui valorise la participation du patient comme acteur de son propre parcours de soin.

CRÉATIVITÉ, EXPRESSION ET DIMENSION SPIRITUELLE

Un aspect inattendu de la recherche concerne l'émergence d'une dimension spirituelle au fil des ateliers.

Certains participants ont évoqué la « transmission d'un souffle » ou le « besoin de laisser une trace ».

Cette aspiration rejoint la notion de générativité chez Erikson (9) et le concept de capacités de Nussbaum (19), selon lequel la dignité humaine se nourrit de la possibilité d'agir et de créer.

Les ateliers artistiques (chant, théâtre, cinéma) ont ainsi permis une reconnexion symbolique à la vie.

Comme l'exprime un participant :

« Ici, on ne soigne pas seulement le corps ou la tête, on soigne aussi le cœur. »

Ces résultats soulignent la valeur holistique du dispositif, dans lequel la culture agit comme catalyseur du mieux-être psychologique, cognitif et spirituel.

DISCUSSION

LA TRANSMISSION CULTURELLE COMME THÉRAPIE DE LA RECONNAISSANCE

Les résultats montrent que la transmission culturelle ne relève pas seulement de la communication intergénérationnelle, mais d'un processus de reconnaissance existentielle (10).

En transmettant, les aînés reconstruisent leur identité narrative et réaffirment leur place dans la société.

Vygotski (4) avait déjà posé les bases de ce processus en considérant que tout apprentissage est social avant d'être individuel. Ici, la transmission devient un outil de rétablissement du lien symbolique, essentiel au bien-être des patients en milieu psychiatrique.

Cette dynamique rejoint également le concept d'empowerment en santé mentale (24), où la participation active favorise la reprise de pouvoir sur sa propre existence.

L'INTERGÉNÉRATIONNEL COMME ESPACE DE CO-APPRENTISSAGE THÉRAPEUTIQUE

Les échanges observés entre aînés et jeunes patients confirment la pertinence de l'approche intergénérationnelle en soin (17).

Cette interaction favorise la déconstruction des stéréotypes liés à l'âge, et contribue à la résilience collective (25).

Selon Rogers (2), la relation d'aide authentique se fonde sur l'acceptation inconditionnelle de l'autre. Dans ces ateliers, cette acceptation s'incarne à travers l'écoute et la co-création.

De plus, la complémentarité entre générations permet de réhabiliter la temporalité du soin : les aînés incarnent la mémoire, les jeunes la projection, et le personnel soignant assure la médiation entre ces deux pôles.

TRANSFORMATION DU SOIN ET CULTURE DU CARE HUMANISTE

Watson (3) définit le care humaniste comme une philosophie du soin fondée sur la réciprocité et la compassion. Les résultats montrent que l'enseignement culturel crée un espace de résonance affective entre patients et soignants.

Loin de réduire le soin à un protocole, cette approche renoue avec la dimension symbolique et spirituelle de la guérison (13).

Elle s'inscrit dans la tradition du care interculturel de Leininger (18), qui défend l'idée d'une compréhension située des besoins du patient, intégrant son histoire, sa culture et sa vision du monde.

IMPLICATIONS INSTITUTIONNELLES ET SOCIALES

L'enseignement culturel par les aînés ne constitue pas seulement un outil thérapeutique individuel, mais un vecteur de transformation institutionnelle.

Les hôpitaux de jour deviennent des espaces de citoyenneté partagée, où chacun peut contribuer à la vie collective.

Cette ouverture favorise une forme d'écologie du soin (19) : une articulation harmonieuse entre santé, culture et société.

De telles initiatives invitent à repenser le rôle de l'hôpital comme lieu d'humanité, où la guérison s'enracine dans la relation et la mémoire.

CONCLUSION

L'enseignement culturel par les aînés, tel qu'expérimenté, représente une innovation clinique et humaine au sein de la psychiatrie et de la psychogériatrie contemporaines.

En intégrant la transmission culturelle comme outil thérapeutique, cette approche réhabilite la parole, la mémoire et la créativité comme vecteurs de rétablissement.

Les résultats de l'étude montrent clairement que la participation active des aînés à des ateliers de transmission favorise :

1. La reconstruction identitaire par la narration et la reconnaissance ;
2. Le renforcement de l'estime de soi et du sentiment d'utilité ;
3. La création d'un lien intergénérationnel positif, porteur de vitalité et de sens ;
4. Une transformation durable du regard soignant, plus empathique, plus réflexif et plus humain.

Cette démarche permet ainsi de dépasser le modèle biomédical traditionnel pour s'ancrer dans une psychiatrie du lien et de la dignité, en cohérence avec les paradigmes humanistes développés par Rogers (2) et Watson (3).

Elle contribue également à opérationnaliser les recommandations de l'OMS (26), qui encouragent l'intégration de la culture comme déterminant majeur de la santé mentale et sociale.

L'expérience montre qu'un hôpital de jour peut devenir un espace de culture vivante, où le soin n'est plus uniquement curatif, mais participatif.

Les aînés y retrouvent leur voix, les jeunes leur curiosité, et les soignants une posture de médiateurs du sens.

En définitive, l'enseignement culturel par les aînés incarne une forme d'humanisme appliqué, où la culture devient acte de soin, et où chaque histoire de vie participe à la santé de la collectivité.

PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS PRATIQUES

PISTES DE DÉVELOPPEMENT INSTITUTIONNEL

Pour ancrer durablement cette approche, il est nécessaire de créer des structures de coordination culturelle au sein des hôpitaux de jour.

Ces espaces pourraient accueillir des ateliers de narration, d'arts vivants ou d'artisanat, animés conjointement par des aînés, des soignants et des médiateurs culturels.

L'institution gagnerait également à formaliser ces pratiques dans ses projets thérapeutiques individualisés, afin de reconnaître la transmission culturelle comme composante de la réhabilitation psychosociale.

Une collaboration interdisciplinaire (psychiatres, ergothérapeutes, anthropologues, artistes) permettrait d'élaborer un modèle clinique de soin culturellement sensible, soutenu par des formations continues.

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES ÉQUIPES

Les soignants doivent être formés à la compétence culturelle et narrative (13,18).

Cette formation inclurait l'écoute active, la médiation interculturelle et la gestion des récits sensibles liés au trauma ou à la perte.

Des programmes pilotes de « soin par la culture » pourraient être développés en collaboration avec les universités et les écoles de santé.

Il conviendrait également de renforcer les espaces réflexifs institutionnels, où les équipes peuvent échanger sur leur vécu et ajuster leur posture professionnelle.

Ce travail réflexif est central pour éviter l'épuisement compassionnel et maintenir une dynamique d'ouverture à l'autre (3).

RECHERCHES FUTURES

Plusieurs perspectives de recherche se dessinent :

- ♦ Études longitudinales sur l'impact du dispositif sur la santé mentale et cognitive des participants ;
- ♦ Analyses comparatives entre différents contextes hospitaliers (psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, soins palliatifs) ;
- ♦ Évaluation de la neuroplasticité émotionnelle liée à la participation à des ateliers culturels (27) ;
- ♦ Exploration de la dimension spirituelle et existentielle du soin, encore peu étudiée dans les approches francophones.

Ces pistes visent à affiner le cadre conceptuel de ce que l'on pourrait nommer une clinique de la transmission, où l'acte de partager devient acte de soin.

ENJEUX SOCIÉTAUX

À l'échelle collective, cette démarche interroge la place des aînés dans nos sociétés.

Face à l'individualisme et à la fragmentation des liens, l'enseignement culturel par les aînés rappelle que la santé mentale est indissociable de la mémoire et du lien social.

Elle invite les politiques publiques à repenser les institutions de soin comme laboratoires d'humanité, capables de conjuguer efficacité thérapeutique et cohésion culturelle.

Ainsi, promouvoir la transmission culturelle en milieu hospitalier revient à soigner la société par la relation : un objectif éthique et citoyen pour les décennies à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021.
2. Rogers C. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston (MA): Houghton Mifflin; 1961.
3. Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.
4. Vygotski LS. *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1978.
5. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37(4):433-440.
6. Gergen K. *Relational Being: Beyond Self and Community*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
7. Baubet T, Moro MR. *Psychiatrie et cultures: soigner malgré les différences*. Paris: La Découverte; 2005.
8. Frankl VE. *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*. New York (NY): New American Library; 1969.
9. Erikson EH. *Childhood and Society*. New York (NY): Norton; 1950.
10. Ricœur P. *Parcours de la reconnaissance*. Paris: Gallimard; 2004.
11. Bruner J. *Acts of Meaning*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1990.
12. Mead M. *Culture and Commitment: The New Relationships Between the Generations in the 1970s*. Garden City (NY): Natural History Press; 1970.
13. Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York (NY): Basic Books; 1988.
14. Cappeliez P. La réminiscence chez la personne âgée: de la mémoire au sens. *Revue québécoise de psychologie*. 2017;38(3):29-42.
15. Cappeliez P, O'Rourke N. Empirical validation of a model of reminiscence and well-being in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(4):237-244.
16. Haight BK, Webster JD. *The Art and Science of Reminiscence Therapy*. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 1995.
17. Basting A. *Forget Memory: Creating Better Lives for People with Dementia*. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 2009.
18. Leininger M. Culture Care Theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):189-192.
19. Nussbaum M. *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2011.
20. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4e éd. Paris: Armand Colin; 2016.
21. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills (CA): Sage; 1985.
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
23. Slade M. *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
24. Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Staeheli M, Evans AC. Recovery-oriented practice: what it means and how to implement it. *Psychiatr Rehabil J*. 2010;34(3):196-203.
25. Kitwood T. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press; 1997.
26. Organisation mondiale de la Santé. *Culture and Health: A Framework for Policy*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2022.
27. Cohen GD. *The Creative Age: Awakening Human Potential in the Second Half of Life*. New York (NY): HarperCollins; 2000.
28. González J, Serrano C, Manzanera R. Storytelling as a therapeutic resource in the elderly. *J Aging Stud*. 2019;52:100810.

L'AUTRICE :

VALASSOPOULOU Eftychia

Hôpital du Valdor - Service de psychogériatrie, ISoSL
Rue Basse-Wez 145, 4020 Liège (Belgique)
e.valassopoulou@isosl.be

TRANSCULTURALITÉ EN HÔPITAL DE JOUR : un processus d'acculturation et d'altérité

- Aminata TEMBELY, Sylviane MICHAUD, Elise GAUVIN, Charlotte BILLON,
Aline PLEUCHOT, Elizabete CATALDI -

RÉSUMÉ - SUMMARY

L'hôpital de jour « La Ronde des Étoiles » situé à Vierzon propose une prise en charge transculturelle destinée aux enfants en difficulté psychique. Conscient de l'importance de la dimension culturelle dans le parcours de soin, cet hôpital de jour intègre systématiquement les spécificités culturelles des enfants et de leurs familles dans le diagnostic et le traitement. Cette approche permet de mieux comprendre les vécus, les représentations et les besoins des jeunes patients, notamment ceux issus de populations migrantes, souvent confrontés à des barrières linguistiques, sociales et culturelles dans l'accès aux soins.

« La Ronde des Étoiles » repose sur des séances bi-hebdomadaires combinant médiation culinaire et ateliers sensoriels. Ces activités thérapeutiques et créatives favorisent l'expression émotionnelle et la communication non verbale, tout en valorisant les cultures d'origine des enfants à travers la découverte et le partage de recettes traditionnelles. Cette médiation culinaire agit comme un véritable pont entre les cultures, facilitant l'alliance thérapeutique entre l'équipe soignante, les enfants et leurs familles.

Par ailleurs, les ateliers sensoriels permettent aux enfants de mieux appréhender leurs émotions et leurs sensations corporelles, contribuant ainsi à une meilleure régulation émotionnelle et à une adaptation plus fine des soins. Cette approche globale et personnalisée améliore significativement la qualité des soins en pédopsychiatrie, en rendant le parcours thérapeutique plus accessible, respectueux et efficace pour tous les enfants, en particulier ceux de milieux migratoires.

MOTS CLÉS : Approche transculturelle - Hôpital de jour - Troubles du neurodéveloppement - Médiation culinaire - Alliance thérapeutique - Enfants migrants

TRANSCULTURALITY IN DAY HOSPITAL : A PROCESS OF ACCULTURATION AND OTHERNESS

The day hospital «La Ronde des Étoiles,» located in Vierzon, offers a transcultural care program designed for children experiencing psychological difficulties. Aware of the importance of cultural dimensions in the care pathway, this day hospital systematically integrates the cultural specificities of the children and their families into diagnosis and treatment. This approach allows for a better understanding of the experiences, representations, and needs of young patients, particularly those from migrant populations who often face linguistic, social, and cultural barriers to accessing care.

«La Ronde des Étoiles» is based on bi-weekly sessions combining culinary mediation and sensory workshops. These therapeutic and creative activities promote emotional expression and non-verbal communication while valuing the children's cultures of origin through the discovery and sharing of traditional recipes. This culinary mediation acts as a true bridge between cultures, facilitating the therapeutic alliance among the care team, the children, and their families.

Furthermore, the sensory workshops help children better understand their emotions and bodily sensations, thereby contributing to improved emotional regulation and a more precise adaptation of care. This comprehensive and personalized approach significantly enhances the quality of care in child psychiatry by making the therapeutic journey more accessible, respectful, and effective for all children, especially those from migrant backgrounds.

KEY WORDS: Transcultural approach - Day hospital - Neurodevelopmental disorders - Culinary mediation - Therapeutic alliance - Migrant children



Figure 1 : Création artistique de l'HJ Ronde des Étoiles - 2024

INTRODUCTION

L'ethnopsychiatrie, discipline émergente à l'intersection de la psychiatrie et de l'anthropologie, étudie les interactions entre culture et santé mentale. Un système culturel englobe non seulement une langue, un système de parenté, des savoir-faire variés — de la parure à la cuisine, en passant par les soins et le maternage — mais aussi un corpus symbolique constitué de mythes et de croyances. Ces croyances, profondément ancrées dans la culture d'un individu, influencent non seulement la manière dont la souffrance psychique est perçue, exprimée et interprétée, mais aussi les attentes vis-à-vis du soin et les modalités acceptables de traitement [1,2].

En clinique, la relation thérapeutique peut être intraculturelle (patient et thérapeute partagent la même culture), interculturelle (le thérapeute connaît et intègre la culture du patient) ou métaculturelle (thérapeute et patient appartiennent à des cultures différentes), la culture étant utilisée comme outil diagnostique et thérapeutique. Dans ce cadre, les croyances culturelles jouent un rôle central : elles façonnent la manière dont le patient comprend sa maladie, ses symptômes et les causes qu'il leur attribue, ce qui influence directement son engagement dans le processus thérapeutique. Le thérapeute, en reconnaissant et en respectant ces croyances, peut adapter son approche pour instaurer une alliance thérapeutique solide, essentielle à l'efficacité du soin. Ainsi, la relation thérapeutique ne se limite pas à un échange clinique, mais devient un espace de dialogue interculturel où les croyances sont prises en compte comme des éléments clés du parcours de soin, permettant de dépasser les malentendus et de co-construire des stratégies thérapeutiques adaptées à la singularité culturelle du patient. [3,4]

En France, l'ethnopsychiatrie a été façonnée par des figures majeures telles que Louis Mars, Georges Devereux, Tobie Nathan et Marie Rose Moro, cette dernière ayant particulièrement développé la consultation transculturelle en pédopsychiatrie auprès des enfants migrants et de leurs familles [4,10]. Cet article explore les fondements et enjeux de l'ethnopsychiatrie, en insistant sur la nécessité d'intégrer la dimension culturelle dans le diagnostic et le traitement des troubles mentaux, notamment chez l'enfant. Il présente également un dispositif innovant : l'hôpital de jour « La Ronde des Étoiles », qui propose une prise en charge transculturelle adaptée aux enfants issus de milieux culturels divers.

L'HÔPITAL DE JOUR « LA RONDE DES ÉTOILES » : UNE APPROCHE TRANSCULTURELLE AU SERVICE DES ENFANTS EN DIFFICULTÉ

Sur le département du Cher, le secteur vierzonnais accueille depuis plusieurs années des enfants issus de cultures variées : turque, algérienne, marocaine, tunisienne, tchétchène, hindoue, entre autres. Le déménagement de la structure de soins au cœur de la cité a renforcé son accessibilité, tandis que la présence d'un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) a accru la diversité culturelle des patients. Face à ces réalités, la prise en compte de la culture dans les soins est devenue une priorité en 2016 [4,9]. La mise en place dans nos outils de travail de la consultation transculturelle vient placer le patient et sa famille comme « sachant ».

L'expérience clinique a montré que les représentations culturelles peuvent freiner l'alliance thérapeutique et l'adhésion au soin. Les soignants ont dû se décentrer de leurs propres codes sociaux pour mieux écouter les familles et leurs histoires. Le protocole classique d'entrée dans les soins s'est souvent avéré inadapté, éloignant certains enfants et familles du dispositif. Par exemple, la barrière linguistique, le non-respect des horaires selon les codes culturels, ou encore la non-prise en compte des doubles prénoms des enfants ont constitué des obstacles majeurs [5,6].

L'objectif fut donc de créer des ponts symboliques entre le monde familial (« le dedans ») et le monde extérieur (« le dehors »), permettant à l'enfant d'être soutenu dans ses deux univers culturels. L'objectif n'était pas de hiérarchiser les cultures, mais de construire un équilibre autour d'une culture partagée, respectueuse des différences et ouverte au dialogue [7].

Pour cela, l'équipe pluridisciplinaire de l'Hôpital de Jour s'est appuyée sur des outils spécifiques, tels que des consultations transculturelles, la médiation culturelle, et la formation continue des professionnels à la diversité culturelle. Ces démarches ont favorisé une meilleure compréhension des besoins spécifiques des enfants et de leurs familles, tout en renforçant la confiance et la collaboration entre soignants et patients [4,9].

Ainsi, l'approche transculturelle permet non seulement d'adapter les soins aux réalités culturelles des enfants en difficulté, mais aussi de valoriser leur identité et leur histoire, contribuant à leur mieux-être et à leur intégration sociale. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de répondre aux défis posés par la diversité culturelle dans le champ de la pédopsychiatrie, en plaçant la culture au cœur de la relation thérapeutique [3,4].

GENÈSE ET ORGANISATION DE L'HÔPITAL DE JOUR « LA RONDE DES ÉTOILES »

Créé en 2023, « La Ronde des Étoiles » s'inscrit dans une démarche innovante et profondément ancrée dans la prise en compte de la diversité culturelle. Ce dispositif accueille des enfants présentant des troubles du neuro-développement, des problématiques d'attachement, des troubles anxieux, ainsi que des difficultés d'adaptation liées au conflit entre la représentation culturelle familiale et la représentation de la maladie du pays d'accueil. Cette double appartenance culturelle peut engendrer des tensions identitaires et des difficultés relationnelles, que l'équipe pluridisciplinaire s'efforce d'appréhender avec sensibilité et expertise [4].

L'admission à « La Ronde des Étoiles » est conditionnée par une prescription médicale et le consentement éclairé des détenteurs de l'autorité parentale, garantissant ainsi un cadre légal et éthique rigoureux. Les consultations transculturelles en amont et pendant la prise en charge en Hôpital de Jour permettent d'asseoir le travail transculturel au cœur même du dispositif. Les enfants viennent deux fois par semaine : les mardis après-midi et les jeudis matin. Ces temps incluent un repas thérapeutique et une médiation animale, deux moments clés qui favorisent l'expression, la socialisation et la construction identitaire des enfants [4].

L'expérience clinique montre que certains enfants, comme S, une fillette de 10 ans née en France au sein d'une famille réfugiée politique tchétchène, présentent des difficultés importantes dans l'acquisition et l'expression du langage, tant en tchétchène qu'en français. Ces troubles linguistiques, liés à un contexte migratoire complexe et à une possible carence d'exposition linguistique stable, ont initialement freiné leur adhésion au soin. La consultation transculturelle, incluant la présence d'un interprète, a d'abord été perçue comme intrusive, générant une certaine méfiance au sein de la famille. Cependant, l'intégration d'ateliers culinaires et la participation à l'hôpital de jour ont permis de créer un espace sécurisant et ludique, facilitant l'adhésion au soin et l'expression progressive des émotions [4,10].

De même, D, 8 ans, originaire de Kinshasa (République démocratique du Congo), arrivée en France en 2019, présente un mutisme sélectif, des terreurs nocturnes et une inhibition sociale marquée, symptômes liés à un traumatisme migratoire et à un contexte familial lourd, notamment la stigmatisation de la mère accusée de sorcellerie dans son pays d'origine. L'espace groupal a joué un rôle crucial en offrant un cadre sécurisant où D a pu progressivement s'exprimer et développer son estime de soi. La prise en compte des croyances culturelles, notamment la sorcellerie, a permis d'éviter une pathologisation excessive et de mieux comprendre

les dynamiques familiales [4,9].

Enfin, A, 8 ans, issu d'une famille tunisienne installée en France depuis 2016, présente des troubles de l'expression verbale et des difficultés psychomotrices. La mère, initialement réticente à s'engager dans le soin, a été progressivement convaincue grâce à la souplesse du cadre thérapeutique, respectant ses rythmes et attentes. La participation active de la famille aux ateliers culinaires a renforcé la relation de confiance avec l'équipe soignante, favorisant une meilleure implication dans le projet thérapeutique [4].

L'approche transculturelle adoptée par l'hôpital de jour se traduit par une flexibilité du cadre thérapeutique, notamment en ce qui concerne la temporalité. En effet, la perception du temps varie considérablement d'une culture à l'autre, et cette adaptation permet de mieux répondre aux besoins spécifiques des familles, souvent confrontées à des rythmes et des priorités différents de ceux du système de soin traditionnel. Cette souplesse temporelle est un levier essentiel pour instaurer une relation de confiance et favoriser l'engagement des enfants et de leurs familles dans le parcours thérapeutique [8]. Elle devient même un gage d'adhésion aux soins lorsque la temporalité du soin s'aligne sur la temporalité familiale.

LA CUISINE COMME MÉDIATION TRANSCULTURELLE

La cuisine est bien plus qu'un simple acte de préparation alimentaire : elle constitue un langage universel et un puissant vecteur d'échanges humains. En tant que pratique ancrée dans le quotidien et répondant à un besoin primaire dès les premiers jours de la vie, besoin participant au processus d'attachement, elle offre un terrain familial et rassurant, particulièrement propice pour aborder les familles dans un cadre thérapeutique. Ces dernières y détiennent un savoir précieux, lié à leurs traditions culturelles et à leur histoire personnelle, ce qui valorise leur identité et favorise un sentiment d'appartenance [4].

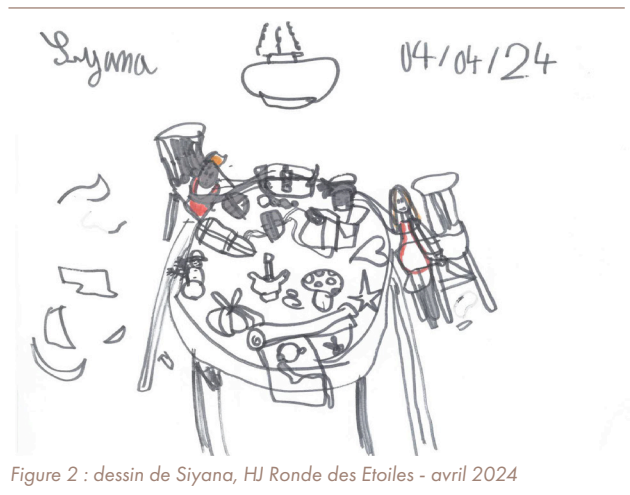


Figure 2 : dessin de Siyana, HJ Ronde des Etoiles - avril 2024

Les ateliers culinaires, organisés tout au long de l'année, jouent un rôle central dans cette dynamique. Ils permettent non seulement de partager des recettes et des techniques culinaires, mais aussi de transmettre des valeurs, des histoires et des souvenirs intergénérationnels. Ces moments d'échange éveillent les sens – goût, odorat, toucher – et stimulent la créativité, tout en créant un espace convivial où les participants peuvent se sentir écoutés et respectés. Grâce à cette approche, les barrières culturelles s'estompent progressivement, facilitant ainsi la construction d'une alliance thérapeutique solide entre les familles et les soignants [4].

Par exemple, pour S, les ateliers culinaires ont constitué un espace ludique et sécurisant favorisant l'expression progressive de ses émotions et inquiétudes, tandis que pour A, ils ont renforcé la confiance de la famille et son implication dans le soin. Ces ateliers ont également permis à D de s'ouvrir progressivement, en créant un cadre où ses croyances culturelles pouvaient être respectées et intégrées [4].

En outre, ces ateliers favorisent la cohésion sociale et renforcent le sentiment de communauté, en valorisant la diversité culturelle comme une richesse commune. Ils contribuent également à améliorer le bien-être psychologique des participants, en leur offrant un cadre sécurisant où ils peuvent s'exprimer librement et développer leur confiance en eux [4]. On retiendra l'exemple de la maman de S. qui s'est autorisée à ôter son voile et à partager des photos de famille pendant l'atelier cuisine ou encore la maman d'A. qui, en confiance avec les soignants, nous racontait son enfance, son pays...

Un temps fort est organisé en fin d'année sous la forme d'un pique-nique convivial, hors les murs de l'institution, durant lequel chaque famille est invitée à confectionner un plat traditionnel ou familial issu de sa culture d'origine et à le partager. Cet événement festif constitue une occasion privilégiée de célébrer la diversité culinaire et humaine, tout en consolidant les liens entre les familles et les équipes soignantes. Il symbolise l'aboutissement d'un travail de médiation transculturelle, où la cuisine devient un véritable pont entre les cultures, favorisant le dialogue, la compréhension mutuelle et la construction d'un espace commun de respect et d'entraide [4].

Ainsi, la cuisine, en tant que médiation transculturelle, s'affirme comme un outil thérapeutique innovant et efficace, capable de dépasser les différences culturelles pour créer un environnement propice à la guérison et à l'épanouissement de chacun [4].

OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES POSSIBLES LORSQUE LA CULTURE N'EST PLUS UN FREIN

« La Ronde des Étoiles » se positionne comme un lieu d'accueil et de soin où la transculturalité n'est pas seulement reconnue, mais activement intégrée dans la pratique clinique. Dans cette co-construction d'un espace métaculturel, nous pouvons déployer les objectifs suivants :

- ♦ Favoriser la dynamique de groupe, la relation aux pairs et aux adultes, la verbalisation, le repérage spatio-temporel, ainsi que le respect du cadre et des limites, tout en tenant compte des codes culturels propres à chaque enfant.
- ♦ Prendre en compte la temporalité spécifique à chaque culture, en adaptant les rythmes et les attentes pour respecter les modes d'organisation familiale et sociale.
- ♦ S'appuyer sur les repères et valeurs des familles, en valorisant leur discours et en intégrant leurs savoirs culturels dans le projet thérapeutique, afin de renforcer le sentiment d'appartenance et d'estime de soi des enfants.
- ♦ Travailler autour de l'alimentation dans le respect des cultures, notamment lors des repas thérapeutiques, qui deviennent des espaces d'échange et de transmission culturelle, favorisant la reconnaissance des différences et la construction identitaire.
- ♦ Favoriser des espaces sensoriels (médiation *snoezelen*) lorsque la parole fait défaut, en proposant des stimulations adaptées qui respectent les sensibilités culturelles et individuelles.
- ♦ Valoriser la culture de chaque enfant via des ateliers cuisine avec les parents, moments privilégiés de partage intergénérationnel et interculturel, qui renforcent les liens familiaux et la cohérence identitaire.
- ♦ Utiliser la médiation animale pour développer l'attention, la conscience de l'autre et la responsabilité, en s'appuyant sur la symbolique et les valeurs que les animaux peuvent représenter dans différentes cultures.

Ainsi, cette approche permet de dépasser les barrières culturelles et linguistiques, de réduire les inégalités d'accès aux soins et de promouvoir un accompagnement respectueux des diversités, au bénéfice du développement harmonieux des enfants et de leur famille.

DISCUSSION

L'ensemble de ces cas illustre la complexité des troubles psychiques chez les enfants issus de familles migrantes, où les facteurs culturels, linguistiques, traumatiques et sociaux s'entremêlent. Les difficultés de langage, le mutisme, l'inhibition, les troubles psychomoteurs et les manifestations anxieuses sont souvent des expressions symptomatiques d'un mal-être profond lié à l'exil, à la perte, à la stigmatisation ou à la rupture des repères culturels pour cette population.

L'approche transculturelle adoptée par « La Ronde des Étoiles » est essentielle pour éviter les écueils d'une prise en charge standardisée qui ne tiendrait pas compte des spécificités culturelles et des vécus migratoires. La flexibilité du cadre thérapeutique, la valorisation des cultures familiales et l'utilisation de médiations adaptées (culinaires, sensorielles, animales) permettent de créer un espace de sécurité psychique où l'enfant et sa famille peuvent progressivement reconstruire une alliance thérapeutique. Ces médiations facilitent l'expression non verbale, la reconnaissance des émotions et la restauration du lien social [4,9].

La présence initialement mal vécue de l'interprète souligne l'importance de la confidentialité et de la confiance dans la relation thérapeutique, particulièrement dans des contextes où la parole est un enjeu de pouvoir et de protection. L'intégration d'activités culturelles partagées permet de dépasser ces résistances et d'ouvrir un dialogue authentique [4,10].



Figure 3 : photo extérieure de la création artistique de l'HJ la Ronde des Étoiles, en septembre 2025

CONCLUSION

L'hôpital de jour « La Ronde des Étoiles » propose un modèle métaculturel innovant qui place la culture au cœur du soin psychiatrique. En créant des espaces de rencontres authentiques et en valorisant les savoirs et les pratiques des familles, cette approche transculturelle améliore significativement l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des enfants vulnérables issus de milieux migratoires.

L'histoire de notre hôpital de jour basé sur les fondamentaux d'accueil et de soins en pédopsychiatrie où les familles en tant que « sachant » viennent trouver nos professionnels n'est peut-être alors qu'une ouverture vers le dépassement des barrières linguistiques et culturelles, une réduction des résistances au soin et une meilleure intégration psychique et sociale des enfants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Devereux G. *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*. The Hague: Mouton; 1951.
2. Mars L. *Ethnopsychiatrie et soins psychiatriques*. Paris: Presses Universitaires de France; 1980.
3. Nathan T. *Ethnopsychiatrie: clinique et thérapie*. Paris: Payot; 1997.
4. Moro MR. *La consultation transculturelle en pédopsychiatrie*. Paris: Dunod; 2006.
5. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl 13):22-28.
6. Bhugra D, Bhui K. *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
7. Kleinman A. *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York (NY): Free Press; 1988.
8. Tervalon M, Murray-García J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved*. 1998;9(2):117-125.
9. Leanza Y. *Ethnopsychiatrie et interculturelité*. Paris: Armand Colin; 2014.
10. Moro MR, Bodeau N. *La consultation transculturelle en pédopsychiatrie*. Paris: Dunod; 2013.

LES AUTEURS :

Aminata TEMBELY, Sylviane MICHAUD, Elise GAUVIN, Charlotte BILLON, Aline PLEUCHOT, Elizabete CATALDI,

Rue Louis Mallet 77, 18000 Bourges (France)
aminata.tembely@ch-george-sand.fr

L'ADAPTATION CULTURELLE DES DISPOSITIFS DE SOINS EN SANTÉ MENTALE VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ, ACCEPTABILITÉ ET EFFICACITÉ DES SOINS

- Sydney GAULTIER -

RÉSUMÉ - SUMMARY

L'adaptation culturelle des soins apparaît comme un enjeu majeur pour la santé mentale dans des sociétés marquées par les migrations, la pluralité des références culturelles et des formes diverses d'expression de la souffrance psychique. L'article montre que la culture ne doit pas être envisagée comme un élément périphérique, mais comme une dimension structurante des pratiques cliniques et des dispositifs de prise en charge. Dans cette perspective, l'adaptation culturelle ne consiste pas à créer de nouveaux soins, mais à ajuster des interventions existantes afin de les rendre plus compatibles avec les cadres de référence, les attentes et les réalités psychosociales des patients.

À partir de la littérature internationale, le texte met en avant des modèles pragmatiques d'adaptation culturelle, qui proposent des repères concrets pour modifier les interventions. Il souligne notamment l'importance d'agir sur plusieurs dimensions : la langue, les métaphores utilisées, la manière de définir les difficultés, le choix du thérapeute, les objectifs thérapeutiques, les méthodes mobilisées, ainsi que la prise en compte du contexte social, migratoire et familial. Ces ajustements permettent de renforcer l'accessibilité des soins, leur acceptabilité par les patients et, plus largement, leur efficacité clinique.

L'article insiste enfin sur la portée éthique et de santé publique de cette démarche, en lien avec la réduction des inégalités de prise en charge. Il conclut que l'adaptation culturelle constitue un levier structurant pour repenser les pratiques de première ligne et améliorer l'équité en santé mentale.

MOTS CLÉS : Adaptation culturelle - Dispositifs de soins - Santé mentale - Psychothérapie - Migrants - Équité en santé

CULTURAL ADAPTATION OF MENTAL HEALTH CARE SYSTEMS TOWARD IMPROVED ACCESSIBILITY, ACCEPTABILITY, AND EFFECTIVENESS OF CARE

Cultural adaptation of care has emerged as a major issue for mental health in societies shaped by migration, cultural pluralism, and diverse forms of expressing psychological distress. The article argues that culture should not be treated as a peripheral element, but rather as a structuring dimension of clinical practice and care delivery systems. From this perspective, cultural adaptation does not involve creating new forms of care; instead, it entails adjusting existing interventions to make them more compatible with patients' cultural frameworks, expectations, and psychosocial realities.

Drawing on the international literature, the article highlights pragmatic models of cultural adaptation that provide concrete guidelines for modifying interventions. It emphasizes the importance of acting across multiple dimensions, including language, the metaphors used, the way difficulties are defined, therapist selection, therapeutic goals, the methods employed, and the consideration of patients' social, migratory, and family contexts. These adjustments help strengthen access to care, improve its acceptability to patients, and, more broadly, enhance its clinical effectiveness.

Finally, the article underscores the ethical and public health significance of this approach, particularly in relation to reducing inequalities in care. It concludes that cultural adaptation constitutes a structuring lever for rethinking frontline clinical practice and improving equity in mental health care.

KEY WORDS : Cultural adaptation - Care systems - Mental health - Psychotherapy - Migrants - Health equity

INTRODUCTION

Dans le champ des soins psychiatriques et psychothérapeutiques, la prise en compte de la culture entraîne des transformations à trois niveaux distincts qui, bien qu'interdépendants et partiellement imbriqués dans la pratique, gagnent à être différenciés sur le plan analytique. Ces niveaux concernent le processus diagnostique, les compétences professionnelles des soignants et l'organisation des dispositifs de soins.

En premier lieu, l'intégration de la dimension culturelle modifie les modalités de l'élaboration diagnostique. Son inscription explicite dans les classifications psychiatriques internationales ne remonte qu'à une trentaine d'années, et apparaît tardive au regard des travaux fondateurs de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle. L'objectif de cette intégration est de renforcer la validité clinique du diagnostic, notamment en limitant les biais d'interprétation susceptibles d'influencer l'évaluation psychopathologique et les trajectoires de soins des populations culturellement diverses et socialement minorisées¹.

En deuxième lieu, l'intégration de la dimension culturelle transforme les compétences attendues des professionnels de santé mentale. Au-delà des savoirs cliniques classiques, elle requiert le développement de compétences culturelles incluant une posture réflexive sur ses propres cadres normatifs, l'exploration des modèles explicatifs des patients et la prise en compte des rapports sociaux de pouvoir présents dans la relation de soin. Ces compétences ne relèvent pas uniquement de dispositions individuelles : elles doivent être soutenues par la formation initiale et continue, ainsi que par des organisations de soins favorisant des pratiques cliniques contextualisées et pluridisciplinaires.

Enfin, la prise en compte de la culture implique une adaptation des dispositifs, entendus comme des cadres organisationnels, institutionnels et relationnels de la prise en charge. Ceux-ci, doivent être conçus de manière à répondre à la diversité des publics accueillis, tant du point de vue des langues que des représentations de la maladie et des modalités de recours aux services de santé. Les ajustements possibles visent à améliorer l'accessibilité et l'adhésion, et s'inscrivent dans une démarche d'équité à l'égard des populations exposées à des barrières structurelles d'accès aux soins.

Dans cette perspective, la culture ne constitue pas une variable périphérique, mais une dimension transversale de la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, conditionnant conjointement la pertinence du diagnostic, la qualité de la relation thérapeutique et l'accessibilité des dispositifs.

CULTURE ET DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

La prise en compte de la culture dans le diagnostic psychiatrique s'est progressivement imposée à partir de la publication du DSM-IV (1), qui marque une première reconnaissance explicite de l'influence des contextes culturels sur la prévalence, l'expression, l'interprétation et la catégorisation des troubles mentaux. Cette évolution s'est poursuivie jusque dans la dernière version du manuel, le DSM-5-TR, où la dimension culturelle est intégrée dès l'introduction comme un concept transverse, sous l'intitulé « questions structurelles, culturelles et sociales » (2). Le manuel souligne que les normes et valeurs culturelles influencent non seulement la manière dont les symptômes sont vécus et exprimés, mais également les seuils perçus de normalité et de pathologie. Il reconnaît en outre l'impact du racisme structurel, de la discrimination et des inégalités sociales sur le risque de surdiagnostic, de sous-diagnostic ou de diagnostic erroné auprès des populations culturellement diverses et socialement minorisées, invitant à une vigilance clinique accrue face aux biais implicites dans l'évaluation psychiatrique.

Cette orientation se concrétise dans le chapitre consacré à la culture et au diagnostic psychiatrique, qui propose des définitions opérationnelles de notions centrales telles que la *culture*, la *race* et l'*ethnicité*, tout en insistant sur leur caractère socialement construit. Le DSM-5-TR introduit et systématise l'usage des entretiens de formulation culturelle, conçus comme des instruments d'évaluation approfondie permettant d'explorer le contexte culturel du patient, ses modèles explicatifs de la maladie et ses attentes vis-à-vis des soins. Le manuel distingue ainsi les concepts culturels de détresse, qui regroupent trois catégories complémentaires : les syndromes culturels, correspondant à des ensembles de symptômes reconnus comme entités cliniques distinctes dans certains contextes culturels ; les idiomes culturels de détresse, qui renvoient aux modes culturellement codifiés d'expression de la souffrance ; et les explications culturelles des causes de la détresse, qui s'appuient sur des modèles étiologiques spécifiques. Cette approche vise à améliorer la validité clinique du diagnostic, à renforcer l'alliance thérapeutique et à réduire les inégalités de soins en psychiatrie en intégrant de manière explicite les dimensions culturelles, sociales et politiques de la santé mentale.

¹ D'un point de vue sociologique, la condition minoritaire ne se définit pas en termes de nombre, mais à travers des rapports sociaux de domination. C'est pourquoi nous privilégions le terme « minorisé », qui insiste sur le processus politique et sociologique par lequel un groupe est dévalorisé, discriminé et assigné à une position d'infériorité relative face au groupe dominant.

LES COMPÉTENCES CULTURELLES

Dans le prolongement des questions diagnostiques, la prise en compte de la culture implique également une redéfinition des compétences attendues des professionnels de santé mentale. Les compétences culturelles désignent les capacités des professionnels à travailler de manière efficace et appropriée avec des personnes issues de contextes culturels différents du leur. Elles sont définies comme l'aptitude à ajuster l'évaluation clinique, les modalités d'intervention et la posture relationnelle en fonction des cadres culturels des patients (3, 4). Cette approche dépasse une conception strictement technique du soin pour inclure des dimensions relationnelles et éthiques ; la compétence culturelle s'apprécie notamment à travers l'adhésion au traitement et la qualité de l'alliance thérapeutique.

La littérature souligne que la compétence culturelle ne constitue pas un acquis définitif, mais relève d'un processus dynamique et continu de prise de conscience, de sensibilisation et d'acquisition progressive de connaissances (5). Le *désir culturel* y tient un rôle central, entendu comme la motivation intentionnelle du clinicien à s'engager activement dans ce processus de développement (6). La compétence culturelle implique ainsi une posture réflexive continue, caractérisée par la reconnaissance de ses propres biais, privilèges et cadres normatifs, et par une ouverture constante à la remise en question de ses pratiques professionnelles.

Sur le plan conceptuel, les compétences culturelles reposent classiquement sur trois dimensions interconnectées : la conscience culturelle (*awareness*), les connaissances culturelles (*knowledge*) et les compétences et habiletés cliniques (*skills*). La conscience culturelle renvoie à la capacité du soignant à identifier ses valeurs, stéréotypes et positions sociales, et à en analyser l'impact sur la relation de soin. Les connaissances culturelles impliquent la compréhension des systèmes de valeurs, de croyances et de significations d'autres groupes, ainsi que des dynamiques sociopolitiques telles que la discrimination ou l'oppression systémique. Les compétences et habiletés cliniques, enfin, concernent l'adaptation des méthodes d'évaluation, d'intervention et de communication afin de créer un cadre thérapeutique sécurisant. Les travaux récents enrichissent ce modèle en intégrant la sensibilité à la justice sociale, la prise en compte des identités intersectionnelles et des dimensions transversales telles que la sensibilité culturelle (*cultural sensitivity*), l'humilité culturelle (*cultural humility*) et l'empathie culturelle (*cultural empathy*), soulignant le caractère relationnel, évolutif et contextuel des compétences culturelles (6, 7, 8).

L'ADAPTATION CULTURELLE DES DISPOSITIFS DE SOINS

L'adaptation culturelle des dispositifs de santé mentale s'inscrit dans le constat largement documenté de l'existence d'obstacles multiples, imbriqués et socialement produits, qui entravent l'accès et l'usage des services psychiatriques et psychothérapeutiques par les populations culturellement diverses et socialement minorisées. Ces obstacles relèvent à la fois de dimensions culturelles, relationnelles et structurelles. Ils incluent notamment une maîtrise limitée de la langue du pays d'accueil ; des modèles explicatifs de la détresse psychique pouvant diverger de ceux mobilisés par les institutions de santé ; ainsi qu'un manque de confiance envers les institutions, fréquemment alimenté par des expériences antérieures de discrimination (9). L'ensemble de ces facteurs fragilise la reconnaissance des besoins de soins, entrave l'engagement dans les prises en charge et affecte durablement la relation thérapeutique.

À ces dimensions s'ajoutent des obstacles psychosociaux étroitement liés aux inégalités sociales. L'absence ou l'instabilité de la couverture d'assurance maladie, les coûts directs ou indirects des soins, les contraintes administratives, ainsi que les disparités d'accès aux ressources sanitaires et sociales constituent autant de barrières supplémentaires (10). Ces obstacles ne s'additionnent pas simplement, mais interagissent entre eux, produisant des trajectoires cliniques discontinues, marquées par l'évitement ou l'interruption prématurée.

Sur le plan empirique, ces mécanismes se traduisent par une sous-utilisation persistante des dispositifs psychiatriques et psychothérapeutiques par les populations migrantes et minorisées, ainsi que par des taux d'abandon plus élevés et plus précoces des suivis thérapeutiques (11, 12, 13). Ces constats ne peuvent être interprétés comme le reflet d'un manque de motivation individuelle mais doivent être compris comme l'expression d'une inadéquation structurelle entre des dispositifs cliniques inscrits dans des normes culturelles majoritaires et les cadres culturels à partir desquels les patients interprètent leur souffrance dans des contextes socialement inégaux.

Dans ce contexte, l'adaptation culturelle des dispositifs de soins constitue une réponse fondée empiriquement sur des motifs cliniques, éthiques et de santé publique. En psychothérapie, les adaptations culturelles sont définies comme des modifications intentionnelles des interventions thérapeutiques visant à les rendre accessibles, acceptables et efficaces pour des groupes culturels spécifiques (14, 15). Ces adaptations ne visent pas à essentialiser les patients en fonction de leur appartenance ou assignation culturelle, mais à accroître la compatibilité entre les offres de soins et les besoins subjectifs, sociaux et culturels des personnes accompagnées.

Ainsi conçue, l'adaptation culturelle participe d'une démarche d'équité en santé mentale, en cherchant à réduire les barrières structurelles et symboliques à l'accès aux soins. L'objectif n'est pas seulement d'augmenter l'utilisation des services, mais de garantir des prises en charge cliniquement pertinentes et engageantes. En rendant les dispositifs plus compatibles avec les besoins et les attentes des patients, les adaptations culturelles contribuent à améliorer la qualité des interventions et à en renforcer l'efficacité tout en réduisant les inégalités persistantes en santé mentale (16, 17).

QUELLES SONT LES ADAPTATIONS CULTURELLES POSSIBLES ?

L'article de Bernal, Bonilla et Bellido daté de 1995 (18) constitue une référence majeure dans le champ de l'adaptation culturelle. Élaboré dans le contexte nord-américain auprès d'une population hispanique, ce modèle visait à ajuster culturellement des interventions psychosociales. Sans proposer une refonte des cadres existants, les auteurs formalisent une démarche structurée d'adaptation reposant sur l'identification de huit dimensions clés de l'intervention. Conçues comme des leviers complémentaires, ces dimensions agissent sur la communication, la relation thérapeutique, les contenus et méthodes cliniques, ainsi que sur l'inscription contextuelle de la prise en charge. Si ce cadre a été développé à partir d'une population spécifique, il a depuis été largement mobilisé, testé et étendu dans des recherches portant sur des groupes culturellement divers, devenant un outil de référence pour penser l'adaptation culturelle des dispositifs.

La première dimension concerne *la langue*, entendue comme le médium principal de l'interaction thérapeutique. L'adaptation linguistique implique de permettre au patient de s'exprimer dans la langue de son choix, qui ne coïncide pas nécessairement avec sa langue maternelle, ni avec celle du thérapeute. En fonction de la langue choisie, un interprète devra être sollicité. Il existe une littérature abondante autour de l'interprétariat en santé mentale. Même si cette pratique tend à se généraliser, nous constatons toujours des résistances et des craintes à l'introduction d'interprètes dans les dispositifs cliniques.

La deuxième dimension concerne *le choix du thérapeute*, en tenant compte des similarités et des différences culturelles entre le patient et le clinicien. Cette adaptation ne repose pas sur l'exigence d'une concordance culturelle systématique, mais sur une réflexion clinique quant à ses effets potentiels sur l'alliance thérapeutique. Dans certaines situations, une proximité culturelle peut renforcer le sentiment de sécurité et de confiance du patient, non seulement en raison de la langue partagée, mais aussi parce qu'elle facilite l'intercompréhension des références et des

normes socioculturelles. À l'inverse, un thérapeute issu de la même culture peut parfois réactiver, de manière involontaire, des interdits, des attentes normatives ou des rapports d'autorité auxquels le patient cherche précisément à se soustraire, suscitant alors une gêne ou une retenue incompatible avec le travail thérapeutique.

Le choix du thérapeute dépend ainsi étroitement de la nature des matériaux cliniques que le patient souhaite aborder et de la signification qu'il attribue à la relation de soin. Quelle que soit la configuration retenue, il apparaît essentiel de créer un espace permettant de nommer explicitement les craintes de jugement, les doutes, ainsi que les asymétries relationnelles liées aux expériences de discrimination. Cette explicitation constitue une condition nécessaire pour soutenir l'alliance thérapeutique et prévenir les malentendus susceptibles d'entraver le processus de soin.

La troisième dimension concerne *l'usage des métaphores* et des registres symboliques culturellement partagés. L'adaptation consiste à mobiliser et à susciter des images, proverbes ou récits issus du cadre culturel du patient afin de soutenir la compréhension et l'appropriation du travail thérapeutique. De nombreuses indications techniques pourraient accompagner cette dimension, qui se révèle d'une grande efficacité clinique.

La quatrième dimension renvoie au *contenu de l'intervention*, qui doit intégrer des connaissances sur les valeurs, les coutumes, les traditions et l'histoire sociale, économique et politique du groupe concerné. Il ne s'agit pas d'appliquer sur autrui des savoirs culturels de manière stéréotypée et toujours lacunaires, mais de savoir les mobiliser comme sources de questionnements, d'intérêts portés et d'hypothèses compréhensives.

La cinquième dimension est celle du *concept de maladie*, c'est-à-dire la manière dont la souffrance psychique est conceptualisée par le patient et par le thérapeute. L'adaptation consiste à identifier les modèles explicatifs du patient et à rechercher une zone de compréhension partagée. Par exemple, chez un patient attribuant ses symptômes à une cause surnaturelle (sorcellerie, mauvais sort, transgression religieuse, etc.), le travail thérapeutique peut viser à articuler cette explication avec un modèle psychologique, sans disqualifier le sens initial donné à la souffrance.

La sixième dimension concerne *les objectifs du traitement*, qui doivent être formulés de manière compatible avec les valeurs et attentes culturelles du patient. Par exemple, dans des contextes où le bien-être individuel est étroitement lié aux obligations familiales, les objectifs thérapeutiques peuvent inclure l'amélioration des relations familiales ou du fonctionnement social, plutôt qu'un focus exclusif sur le bien-être individuel.

La septième dimension porte sur *les méthodes du traitement*, incluant les techniques, le format et le

rythme des interventions. Par exemple, l'adaptation peut consister à modifier le cadre des séances, le degré de directivité ou les outils utilisés. Dans certains contextes culturels, une approche plus directive et psychoéducative peut être perçue comme plus légitime et sécurisante qu'une posture strictement non directive.

Enfin, la huitième dimension concerne le *contexte*, entendu comme l'ensemble des déterminants psychosociaux et structurels dans lesquels s'inscrit la prise en charge. Cela inclut, outre les discriminations systémiques, l'ensemble des déterminants de santé comme les facteurs de stress liés à la migration, la situation administrative, les conditions de logement, le soutien social ou les contraintes économiques. Par exemple, chez un patient en situation de précarité administrative, l'adaptation du dispositif peut impliquer une coordination avec des services sociaux afin de réduire les obstacles psychosociaux au travail thérapeutique et leur impact sur la santé mentale.

LIMITES ET APPORTS DES ADAPTATIONS CULTURELLES

Le modèle de Bernal et al. (18) a constitué une avancée majeure dans la conceptualisation des adaptations culturelles, en proposant un cadre structuré permettant d'identifier différents leviers d'ajustement des interventions psychothérapeutiques et psychosociales. Toutefois, plusieurs limites ont été mises en évidence. Le format même de « liste » ne permet ni de hiérarchiser les dimensions proposées ni d'en apprécier l'importance relative selon les contextes cliniques ou les populations concernées (19). De plus, le modèle offre peu d'indications sur les modalités concrètes de mise en œuvre des adaptations, laissant une large place à l'interprétation clinique et méthodologique.

Une autre limite fréquemment soulignée concerne le chevauchement conceptuel entre certaines dimensions. La distinction entre l'adaptation linguistique et l'usage de métaphores culturelles apparaît notamment difficile à maintenir dans la pratique, ces deux aspects étant étroitement liés à la communication thérapeutique. De même, en l'absence d'un interprète professionnel, il peut être délicat de déterminer si le recours à un thérapeute de même origine culturelle répond principalement à un besoin linguistique ou à une recherche de proximité culturelle. Ces recouvrements limitent la précision analytique du modèle et compliquent l'évaluation isolée de l'impact de chaque dimension.

Malgré ces limites, l'efficacité des interventions culturellement adaptées est solidement étayée par la littérature scientifique. Plusieurs méta-analyses montrent que ces interventions sont plus efficaces que les conditions contrôles et supérieures aux versions non adaptées des mêmes traitements en comparaison directe (11, 20, 21). Trois méta-analyses indépendantes

indiquent en outre que les tailles d'effet augmentent avec le nombre d'éléments d'adaptation mis en œuvre, suggérant un effet cumulatif des adaptations culturelles (22, 23, 17).

Dans la méta-analyse de Soto et al. (17), portant sur 99 études et 13 813 participants, les adaptations les plus fréquemment rapportées concernaient l'utilisation de la langue préférée du patient (75%), l'intégration explicite de connaissances culturelles dans le contenu de l'intervention (75%) et la mise en relation avec des thérapeutes de même origine culturelle (55%). En moyenne, les études déclaraient recourir à 3,8 des huit adaptations proposées par Bernal et al. (18), et seules 18 % en mettaient en œuvre plus de cinq.

Dans l'ensemble, le modèle de Bernal et al. (18) offre un cadre heuristique robuste pour penser l'adaptation culturelle des soins, tout en appelant à des développements méthodologiques supplémentaires. Une meilleure opérationnalisation des adaptations, une description plus fine des pratiques effectives et une réflexion sur la hiérarchisation des dimensions apparaissent nécessaires pour renforcer la validité et le caractère transférable des résultats empiriques.

DIFFÉRENTES APPROCHES POUR PENSER LES ADAPTATIONS CULTURELLES

Le monde francophone dispose de références majeures pour penser le soin en situation transculturelle. Des travaux fondateurs de George Devereux dans les années 1950 à ceux développés par Tobie Nathan puis Marie Rose Moro, pour ne citer que quelques figures centrales, des formes d'adaptations culturelles ont été pensées et mises en œuvre de manière approfondie. Ces approches ont conduit à la création de dispositifs cliniques spécialisés, tels que les consultations ethnopsychiatriques et transculturelles, dans lesquelles la culture constitue à la fois un levier thérapeutique et un cadre explicatif central de la souffrance psychique. Si ces dispositifs ont démontré leur pertinence clinique, ils reposent néanmoins sur des organisations spécifiques, souvent circonscrites à certains contextes institutionnels et à des équipes disposant d'une formation spécialisée, ce qui en limite la généralisation et l'accès à l'ensemble des systèmes de soins. Il convient par ailleurs de rappeler que la consultation transculturelle est conçue comme un dispositif de seconde intention, visant avant tout à soutenir, médiatiser et relancer le travail engagé par les soignants de première ligne (24).

C'est dans la perspective d'une intégration des adaptations culturelles aux pratiques de première ligne que l'intérêt des modèles pragmatiques issus de la littérature anglophone peut être compris. Le choix de mobiliser ces travaux, et en particulier le

modèle proposé par Bernal et al. (18), vise à ouvrir des perspectives complémentaires. Si de nombreuses convergences existent entre les approches — notamment dans l'attention portée aux cadres culturels des patients, à la langue, à la relation thérapeutique et aux contextes de vie — l'approche anglophone propose des adaptations susceptibles d'être intégrées à une grande diversité de dispositifs existants, au plus près des pratiques cliniques ordinaires.

CONCLUSION

L'analyse de la littérature internationale met en évidence que l'intégration de la dimension culturelle ne relève ni d'un supplément optionnel ni d'une spécialisation marginale, mais constitue un levier central pour améliorer la pertinence clinique, l'équité et l'efficacité des soins en santé mentale. Les données empiriques convergent pour montrer que les adaptations culturelles, lorsqu'elles sont mises en œuvre de manière intentionnelle et structurée, permettent de réduire les biais diagnostiques, d'améliorer l'alliance thérapeutique et de limiter les ruptures de soins, en particulier auprès des populations culturellement diverses et socialement minorisées.

En proposant un modèle pragmatique d'adaptation culturelle, la littérature internationale met à disposition une ressource clinique permettant de répondre aux enjeux de la diversité culturelle en santé mentale. L'intérêt central de ces modèles réside dans leur compatibilité avec les orientations psychothérapeutiques existantes, laissant à chaque approche la possibilité de penser et de formaliser les ajustements nécessaires à partir de ses propres fondements théoriques et techniques. Les adaptations culturelles apparaissent ainsi comme un levier permettant d'ajuster des dispositifs cliniques existants aux besoins de publics culturellement divers.

Les adaptations culturelles contribuent à une amélioration simultanée de l'*accessibilité*, de l'*acceptabilité* et de l'*efficacité* des prises en charge, et s'inscrivent pleinement dans une démarche d'équité en santé mentale. Elles ne constituent pas une réponse ponctuelle à la diversité culturelle, mais un principe structurant pour repenser les pratiques cliniques et organisationnelles dans des sociétés multiculturelles. À ces conditions, la culture pourra être reconnue comme une dimension constitutive et transversale du champ psychiatrique et psychothérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
2. American Psychiatric Association. DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
3. Imel ZE, Baldwin S, Atkins DC, Owen J, Baardseth T, Wampold BE. Racial/ethnic disparities in therapist effectiveness: A conceptualization and initial study of cultural competence. *J Couns Psychol.* 2011;58(3):290-298. doi:10.1037/a0023281
4. Tao KW, Owen J, Pace BT, Imel ZE. A meta-analysis of multicultural competencies and psychotherapy process and outcome. *J Couns Psychol.* 2015;62(3):337-350. doi:10.1037/cou0000086
5. Petrovich A, Garcia B. Strengthening the DSM®: Incorporating resilience and cultural competence. 2nd ed. New York: Springer Publishing; 2016.
6. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *J Transcult Nurs.* 2002;13(3):181-184. doi:10.1177/10459602013003003
7. Tseng WS, Streltzer J, editors. Cultural competence in clinical psychiatry. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2004.
8. Sue DW, Sue D. Counseling the culturally diverse: Theory and practice. 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2022.
9. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. (Health Evidence Network Synthesis Report No. 47).
10. Vasquez MJT, Johnson JD. Multicultural therapy: A practice imperative. Washington (DC): American Psychological Association; 2022.
11. Griner D, Smith TB. Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy.* 2006;43(4):531-548. doi:10.1037/0033-3204.43.4.531
12. McGuire TG, Miranda J. New evidence regarding racial and ethnic disparities in mental health care: Policy implications. *Health Aff (Millwood).* 2008;27(2):393-403. doi:10.1377/hlthaff.27.2.393
13. Sue S, Zane N, Nagayama Hall GC, Berger LK. The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annu Rev Psychol.* 2009; 60:525-548. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163651
14. Domenech Rodríguez MM, Baumann AA, Schwartz AL. Cultural adaptation of an evidence-based intervention: From theory to practice in a Latino/a community context. *Am J Community Psychol.* 2011;47(1-2):170-186. doi:10.1007/s10464-010-9371-4
15. Bernal G, Domenech Rodríguez MM, editors. Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations. Washington (DC): American Psychological Association; 2012. doi:10.1037/13752-000
16. La Roche M, Christopher MS. Culture and empirically supported treatments: On the road to a collision? *Cult Psychol.* 2008;14(3):333-356. doi:10.1177/1354067X08092631
17. Soto A, Smith TB, Griner D, Domenech Rodríguez M, Bernal G. Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *J Clin Psychol.* 2018;74(11):1907-1923. doi:10.1002/jclp.22679
18. Bernal G, Bonilla J, Bellido C. Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *J Abnorm Child Psychol.* 1995;23(1):67-82. doi:10.1007/BF01447045

19. Chu J, Leino A. Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85(1):45-57. doi:10.1037/ccp0000145
20. Chowdhary N, Jotheeswaran AT, Nadkarni A, Hollon SD, King M, Jordans MJD, et al. The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: A systematic review. *Psychol Med.* 2014;44(6):1131-1146. doi:10.1017/S0033291713001785
21. Hall GCN, Ibaraki AY, Huang ER, Marti CN, Stice E. A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behav Ther.* 2016;47(6):993-1014. doi:10.1016/j.beth.2016.09.005
22. Smith TB, Domenech Rodríguez M, Bernal G. Culture. *J Clin Psychol.* 2011;67(2):166-175. doi:10.1002/jclp.20757
23. Harper Shehadeh M, Heim E, Chowdhary N, Maercker A, Albanese E. Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Ment Health.* 2016;3(3):e44. doi:10.2196/mental.5776
24. Moro MR, et al. Guide de psychothérapie transculturelle: Soigner les enfants et les adolescents. Paris: In Press; 2020.

L'AUTEUR :

Sydney GAULTIER

Unité Transculturelle de l'Enfant et de l'Adolescent,
Service Universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Département de Psychiatrie,
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV), Lausanne (Suisse)
Faculté de psychologie (FPSE) de l'Université de Genève et Faculté de biologie et de médecine (FBM)
de l'Université de Lausanne
SUPEA
Avenue de la Chablière 5, 1004 Lausanne (Suisse)
sydney.gaultier@chuv.ch

QUAND LE CORPS PREND LA PAROLE : RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR UN ATELIER DANSE AUPRÈS D'UN PUBLIC EN EXIL

- Lola ATGER-HAESSIG, Juliette ATGER, Catherine MAUPETIT, Mélanie JABLONSKI -

RÉSUMÉ - SUMMARY

L'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) a proposé d'accompagner les personnes migrantes vers les soins psychiques, en leur proposant un atelier danse. Cet outil de médiation qui situe la personne dans un dispositif groupal avec une approche transculturelle et interculturelle, permet d'opérer un pas de côté, de se distancer de la situation vécue, afin de renouer un lien avec ses origines et de retrouver des facteurs de protection. Complémentaire au colloque singulier, le groupe nourrit la reconnaissance mutuelle, la confiance en soi et restaure le lien à l'Autre. « Danser ensemble » hors les murs a été le pari pour les participantes et les professionnelles convoquées dans ce même espace-temps : se mettre en mouvement du côté des personnes en demande d'asile pour ranimer la vie psychique ; éviter la sidération, voire l'immobilisme du côté des professionnelles. S'autoriser à chanter, danser, rire, jouer, a permis de dépasser des interdits pour retrouver le goût de vivre tout en restaurant un sentiment d'appartenance. Danser permet de développer l'imaginaire et de faire naître des ressources. La connexion du psychique à celle de l'action permet de créer ou de retrouver une qualité qui devient force de restructuration de la perception de soi et du monde.

MOTS CLÉS : Danse - Thérapie - Clinique de l'exil - Groupe - Mouvement - Jeu - Créativité

WHEN THE BODY SPEAKS : FEEDBACK ON A DANCE WORKSHOP WITH AN AUDIENCE IN EXILE

The Mobile Psychiatry and Precarity Team (EMPP in French) proposed supporting migrant individuals toward the psychological care they need by offering them a dance workshop. This mediation tool, which situates the person within a group setting with a transcultural and intercultural approach, allows them to take a step back, to gain distance from the lived situation, in order to reconnect with their origins and recover protective factors. Complementary to one-on-one consultations, the group nurtures mutual recognition, self-confidence, and restores the connection to the other.

"Dancing together" outside the usual walls was the commitment undertaken by both the participants and the professionals brought together in this same space-time: for people seeking asylum, getting into movement helped rekindle psychic life; for the professionals, it helped avoid shock or even psychic immobility.

Allowing oneself to sing, dance, laugh, and play made it possible to go beyond prohibitions, to rediscover the desire to live while restoring a sense of belonging.

Dancing helps develop the imagination and brings forth resources. With the connection between the psyche and action, it makes it possible to create or rediscover a quality that becomes a force for restructuring one's perception of oneself and of the world.

KEY WORDS : Clinic of exile - Creativity - Dance-therapy - Group - Motion - Playing

INTRODUCTION

L'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), créée en 2021, a permis aux professionnels du Centre Hospitalier (CH) George Sand d'aller à la rencontre des personnes en demande d'asile, en particulier des femmes victimes de violences, pour les accompagner vers les soins psychiques. Complémentaires au suivi individuel, le groupe et l'expression par le corps sont apparus comme un média intéressant. Par la mobilisation des processus psychiques, le groupe situe le sujet dans un dispositif interculturel et transculturel qui nourrit la reconnaissance mutuelle, la confiance en soi et restaure le lien à l'Autre. Passer par le collectif et le mouvement permet une réanimation psychique là où l'expérience traumatique est venue anesthésier les sens et la narration. Le groupe, associé à la médiation, a une fonction d'accueil des éléments traumatiques. La danse est placée au cœur de l'accompagnement thérapeutique de femmes en parcours d'exil qui ont été victimes de traumatismes. Il s'agira alors d'accompagner le processus de relance des associations psychiques permettant aux individus de renouer avec leur histoire et au temps psychique de reprendre cours. Deux groupes ont été constitués ; l'un pour des adultes, l'autre pour des familles, en associant les professionnels du CH et des Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA). **Danser ensemble** hors les murs devient un pari pour les participants et les professionnels convoqués dans ce même espace-temps.

UNE PRISE DE PAROLE DANSÉE PAR LE CORPS QUI RESTAURE LE LIEN À L'AUTRE ET RELANCE L'APPAREIL PSYCHIQUE

La danse-thérapie est une approche du soin par le mouvement et la présence. « Cette danse basique est l'extériorisation des sentiments internes qui ne peuvent être exprimés par un discours rationnel mais peuvent être partagés par une action symbolique, rythmique » (1). Elle considère le corps comme le premier lieu du vivant, ce lieu d'instinct, de sensation, d'émotion et de mémoire. En restaurant le lien entre le geste, la respiration et l'émotion, elle permet à chacun de retrouver un ancrage, un mouvement intérieur et une circulation entre le dedans et le dehors.

L'atelier danse va se construire non pas autour du corps souffrant mais du corps potentiellement source de plaisir, de lien, de créativité et d'affirmation de soi comme nous le rappelle l'expérience menée par Zlatanova Z. et Wolmark L. (2). Le processus créatif convoqué par ce média amène l'individu à développer sa capacité à exister en tant que sujet agissant, doté d'une pensée mise au service d'un avenir possible parce qu'imaginé. Être dans la présence, l'ici et maintenant, est une

prise de parole dansée par le corps. La création collective est au cœur de cette démarche. L'idée étant de tisser du lien à travers une œuvre commune, sans hiérarchie entre les participants ; construire du sens à plusieurs et expérimenter la coopération, l'écoute et la rencontre. Être acteur d'une transformation partagée. Dans ce cadre, le regard de l'autre joue un rôle essentiel. Un regard de reconnaissance ; celui qui voit, accueille et soutient. Être vu dans son mouvement, exister dans l'espace du groupe sans être jugé, permet une réhabilitation profonde de l'estime de soi et du sentiment d'appartenance. Le collectif devient un espace d'humanité où la création prend racine dans l'expérience sensible du vivre-ensemble, un lieu ressource.

La danse, par sa nature archaïque et universelle, dépasse les barrières culturelles et linguistiques. Elle nous relie à un langage plus ancien que les mots : celui du souffle, du rythme et du geste. Dans le mouvement du corps, ce territoire intime ouvre un espace d'expérience et de métamorphose qui nous rassemble au-delà des différences. Il nous remet sur un plan d'égalité, où il n'est plus question d'origine, de statut ou de langue, mais simplement d'êtres humains en mouvement. « C'est universel : les danses et les musiques du monde sont basées sur la pulsation et le va-et-vient, qui nous renvoient au bercement du bébé par la mère, mais aussi à la respiration ou au battement du cœur — vécus rythmiquement, ils permettent à l'humain de sortir du chaos et de s'inscrire dans l'espace-temps » (3). Danser dans ce cadre, c'est se sentir vivant, habiter son corps, se relier à soi et au monde à travers le langage sensible du mouvement.

DESCRIPTIONS DES ATELIERS

Le projet s'est construit avec le soutien et la participation des différents CADA du Département, dont l'un a mis à disposition une salle de spectacle, résidence d'artiste, facilement accessible en centre-ville, repérée et repérable pour tous. Les professionnelles du CH ont délégué aux professionnels des CADA les inscriptions des personnes aux ateliers. Initialement pensé pour des femmes, deux hommes orientés par les référents CADA ont été accueillis sur les deux premières séances du groupe adultes mais n'ont pas poursuivi pour raisons personnelles.

Un atelier pour adultes a eu lieu deux fois par semaine pendant deux heures, avec un groupe de quinze à vingt participants, sur un cycle de huit séances.

Un atelier pour familles a eu lieu une fois par semaine pendant deux heures, sur quatre séances. Trois à huit mères ont participé à chaque séance, avec des enfants entre cinq mois et huit ans.

Plusieurs pays étaient représentés : Afghanistan, Angola, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guinée, Iran, Liban, Mauritanie, Somalie, Syrie et Tchad. Et plusieurs langues parlées : anglais, arabe, français, dari, pashto, portugais et somali.

Chaque séance était préparée par la danseuse et les professionnelles du CH qui participaient à l'atelier. Un temps de débriefing après les rencontres a permis d'ajuster le déroulé en fonction de la dynamique du groupe, des ressentis exprimés et des besoins repérés.

Nous avons porté une attention particulière à ce que les professionnels des CADA participent aux ateliers. Par les partages et apprentissages réciproques, les représentations culturelles s'ouvrent vers un nouveau champ des possibles. Ensemble, ils peuvent créer, imaginer, rêver, pour mieux se rencontrer. Un pas de côté s'opère dans le processus d'accompagnement.

MODALITÉS ET STRUCTURE D'UNE SÉANCE

La séance débute par un temps d'accueil suffisamment long pour que les personnes s'installent, se disent bonjour et s'apprêtent pour l'atelier du jour. Temps durant lequel les professionnels des CADA courent les rues pour tenter de mobiliser les personnes qui n'ont pu venir d'elles-mêmes. Alors que les adultes déposent leurs envies et besoins du jour « *Comment j'arrive ?* », les enfants prennent possession de l'espace en jouant avec des objets mis à disposition. Le mouvement s'active chez les enfants tandis que la pause s'opère chez les adultes. Ritualisé, ce temps permet d'entrer en douceur dans la séance, de créer un climat de confiance et d'attention réciproque. Le cadre et les règles fondamentales sont rappelés : respect du rythme et des possibilités physiques ou psychiques de chacun, non-jugement, bienveillance et confidentialité. Les participants sont invités à écouter leurs limites et à prendre part selon leurs ressentis.

Puis un rituel d'ouverture en ronde permet de relier le groupe tout en calmant l'agitation des enfants : dire bonjour dans sa langue maternelle, chanter ou prononcer son prénom, frapper dans les mains, entrer dans le cercle pour une courte danse festive. Du bonjour formel, on en arrive au jeu : comment jouer avec sa langue, le rythme qui bat dans nos mains ou nos pieds, l'utilisation de l'air qui traverse nos poumons. De la pause, le rythme appelle la vie. Le chant du bonjour est un chant joyeux, où chacun s'écoute au-delà du sens pour tenter de reproduire le son entendu.

L'exploration du mouvement et du jeu d'espace vient ensuite mobiliser le corps à travers la proprioception, la coordination, la mobilité articulaire et le réveil musculaire. Elle permet d'entrer

dans un mouvement global, tout en développant la conscience de l'espace, de la musicalité et des relations non verbales. Les exercices incluant la construction du schéma corporel, les jeux de rythmes, les regards, le travail sur la distance et la proximité sont dans un premier temps tournés vers soi puis invitent petit à petit à se tourner vers l'Autre. Chacun, à son rythme, est invité à se laisser porter par les mouvements exprimés par son corps. Selon les thématiques de chaque séance, des **objets médiateurs** (ficelles, tissus, bâtons, foulards, instruments de musique, parachute...) sont introduits pour soutenir la relation, stimuler la créativité et accompagner les émotions. Ces objets deviennent de véritables **supports de lien et de transformation**, facilitant l'expression corporelle, la mise en mouvement des émotions et la communication non verbale au sein du groupe. Pour les adultes, suit un **temps de création collective et de transmission** permettant d'expérimenter la création à plusieurs, d'intégrer les apports de chacun et de valoriser la pluralité culturelle du groupe. La transmission de danses traditionnelles ou inventées renforce le sentiment d'appartenance et la fierté de partager ses racines.

Chaque séance se clôture par un retour au calme, souvent accompagné d'un instrument (xylophone, carillon, kalimba...), pour revenir à soi et intégrer le vécu corporel. Du rythme qui s'est accéléré, il est proposé de se réunir autour d'un temps de relaxation qui rassemble et contient. S'organise ensuite un temps de parole en cercle où chacun peut exprimer ses ressentis, émotions, souvenirs ou difficultés. Ce moment d'écoute et de verbalisation assure une fonction de contenance et de portage, permettant d'intégrer ce qui a été traversé, illustrant la création d'un appareil psychique groupal (4). La séance se termine par un goûter partagé, moment simple et chaleureux de convivialité.

SPÉCIFICITÉS DU GROUPE FAMILLE

Ce projet reprend l'idée de recréer des espaces de « co-mères » : portage et étayage culturel. L'idée est de créer un groupe afin de mettre en lien des personnes ayant un vécu et des besoins similaires. Solliciter leur savoir-faire culturel et leurs capacités maternelles permet aux mamans de se socialiser, se renarcissiser et de construire une relation plus harmonieuse avec leurs enfants et elles-mêmes, par le jeu. Le souhait initial était d'offrir aux familles un espace de partage et d'échange entre adultes et enfants, au sein d'un groupe fermé. Nous avons rapidement assoupli notre cadre. Nous pensions qu'il fallait fermer le groupe pour favoriser la sécurité psychique des participants, avec un groupe d'enfants du même âge. L'important était finalement la permanence des professionnelles qui animaient le groupe dans un espace-temps stable. « *Venez telles que vous êtes, avec qui vous êtes* » est devenu notre leitmotiv. Des fratries sont venues, mais également des

mères avec les enfants de leurs voisins. Il a fallu faire preuve d'ingéniosité et d'une grande adaptabilité pour que le cadre reste sécurisant, car chaque séance démarrait avec un nouveau groupe, constitué de nouvelles personnes, avec des âges différents. Alors que ce temps était pensé pour les enfants, la création du groupe a laissé émerger l'importance de séances pour les mères, en présence de leurs enfants. Les enfants gravitaient, se laissaient porter, suivaient le rythme, participaient aux exercices ou « *bricolaient* » de leur côté.

SPÉCIFICITÉ DU GROUPE ADULTE

La voix et le chant ont été utilisés pour créer de la cohésion, de la tendresse, mais aussi affirmer l'individualité. Pour certaines, chanter seules devant les autres a été une expérience très forte émotionnellement.

Lors d'un travail autour des archétypes proposé par la danseuse, pour permettre de se ressourcer en dansant des figures emblématiques, les femmes se sont appropriées celui de la Reine. La Reine étant celle qui reprend son pouvoir, qui décide, qui rayonne et qui incarne sa beauté. Elle permet une renarcissisation et offre aux femmes l'opportunité d'être vues et valorisées par le groupe.

Ce thème a été moteur pour créer un spectacle de clôture ouvert à un public invité, dont le groupe famille. Les participantes ont proposé des chorégraphies et des chants. Chacune, habillée de couleurs éclatantes, chantée et dansée par les autres, a pu vivre une renarcissisation profonde. Deux d'entre elles étaient petites-filles de roi dans leur pays, ce qui a fait émerger un souvenir transgénérationnel et renforcé le sentiment d'appartenance au pays d'origine. Elles ont également offert au public des spécialités culinaires préparées par leurs soins. Il a été très important de montrer et se montrer autrement qu'en femmes victimes de violences, précaires et vulnérables. Elles ont exprimé leurs ressources, fiertés, joies et capacités à prendre du plaisir malgré les histoires de vie envahies par des événements traumatiques. Cette étape leur a permis d'éprouver la place qu'elles ont dans la société. L'atelier se clôture par un moment chaleureux, immortalisé par la prise de photos Polaroid devenant des souvenirs pour chacune ; un geste simple qui laisse une trace.

LES EFFETS OBSERVÉS

UN PAS DE CÔTÉ DANS LE SOIN ET L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Danser a permis à ces femmes de relâcher la tension liée à l'insécurité administrative et de retrouver une forme de plaisir, comme un écho à la solidarité dans leur pays d'origine. « *Parce que notre répertoire*

gestuel et postural devient varié, parce que nos motivations peuvent être relayées par le corps, parce que l'expérience des oppositions dynamiques peut être vécue sans jugement, notre capacité d'accord avec le monde extérieur, avec les autres et avec soi se voit augmentée » (5).

Certaines sont venues en habit traditionnel, car la danse est chez elles un acte sacré ou festif. Se réapproprier leurs tenues et leurs rituels dans ce contexte a été très émouvant pour toutes. La mémoire, le rythme et le rêve, ingrédients perdus dans l'exil et l'expérience traumatique, ont ainsi été mobilisés. Pour Winnicott (6) **le jeu est une expérience culturelle, empreinte de traditions, de croyances et de l'histoire du pays**. La capacité à jouer et à rêver et les modalités de jeu sont liées au contexte social, politique, culturel et économique. Les conflits armés et les violences sont des facteurs qui mettent à mal la capacité à jouer, à penser et à rêver. Le jeu se déploie comme une aire intermédiaire, transitionnelle, située entre réalité interne et externe, entre fantasme et monde réel. Les phénomènes puis les processus transitionnels sont à l'œuvre dans tout ce qui concerne la création, l'imagination et l'inventivité, tant chez l'enfant que chez l'adulte. « *Jouer, c'est faire* ». Le jeu fait appel aux compétences, capacités physiques, cognitives et affectives, à l'imagination et aux capacités relationnelles. En référence à Bion (7), le groupe soutient une rêverie commune. Il favorise un processus de transformation, en permettant d'accueillir, contenir, voire transformer les éprouvés par une mise en sens.

Voir les professionnelles rejoindre la danse fut un moment fort pour les participantes. Toutes se mettaient en position d'apprenantes. Les statuts s'effacent, laissant place à des femmes qui dansent ensemble, se regardent, s'harmonisent.

Au-delà de la danse, les référents sociaux ont été sollicités afin d'orienter les personnes intéressées souhaitant bénéficier de ce groupe et les accompagner à la salle. **Soutenir et participer** était le pari avec la proposition de mettre en mouvement les professionnels dans les accompagnements. Ceci renvoie au processus contre-transférentiel d'une clinique de l'exil, du trauma et de la précarité (8) qui peut produire de l'immobilisme psychique, de la sidération voire de l'indifférence. Il s'agissait de se décaler de la relation performative. On fait référence à la thérapie institutionnelle en rendant mobiles les positions préétablies des soignants et soignés, ici, les référents sociaux et les personnes accompagnées. Les problèmes d'effectifs dans les équipes respectives des CADA, la fréquence et la concentration des séances n'ont pas permis la participation des professionnels telle qu'espérée sur la totalité des séances. D'autre part, cette implication attendue n'était sûrement pas

suffisamment explicitée au démarrage des groupes : son intérêt n'était pas intégré dans les représentations des professionnels. Cet objectif reste une ambition si cet atelier se remet en place. Il permet un changement de regard sur les personnes accompagnées. Le lien entre les professionnels du CH et des CADA durant le mois où s'est déroulé l'atelier a été précieux pour la continuité et l'accompagnement des personnes qui manifestaient des signes cliniques inquiétants. Lors du bilan de l'action, les professionnels ont pu en faire un retour (Témoignages 1 « Les mots des professionnels »).

UNE RÉPARATION PAR LE REGARD

La démarche transculturelle dans un groupe interculturel vient « nourrir la reconnaissance mutuelle » (9) en proposant de valider la souffrance et les discriminations vécues de longue date. Le corps est une porte d'entrée pour libérer la mémoire traumatique. Le mouvement créatif réactive des souvenirs et des filiations facilitant le vécu des sensations, des émotions et du récit. En référence à Ricœur (10), la capacité à faire, à dire, à raconter et à agir est retrouvée et favorise la capacité transformationnelle de l'expérience traumatique.

La transculturalité donne une place à la langue maternelle qui joue un rôle de transmission par le partage de chants, de musiques et de danses traditionnelles et offre une reconnaissance de l'identité et de la singularité de l'autre. Il s'agira d'un portage culturel, voire d'un berceau culturel pour l'une d'entre elles, enceinte, isolée, devenue « reine mère ». En référence à Anzieu (11), le processus de création a recréé des enveloppes psychiques et culturelles là où les enveloppes géographiques et culturelles sont arrachées dans l'expérience de l'exil. Le temps de la demande d'asile devient un temps de réintégration au monde commun. Remettre une temporalité permet aux traces du trauma de devenir du passé et donc faire l'objet de l'oubli et de la mémoire. Lorsque les repères spatiaux-temporaux se confondent, le sentiment d'appartenance est bafoué, le sentiment d'exclusion et d'isolement domine.

Cette réparation par le regard va dans les deux sens : elles sont vues dans leurs blessures, entendues dans leur parole et aussi reconnues dans leur beauté et leur unicité. Elles redeviennent personnes ressources pour les autres, avec un regard bienveillant et porteur, comme les autres le sont pour elles. La séance de clôture a également été une épreuve, une initiation pour dépasser la honte ou la timidité et trouver le courage en chantant et dansant pour la première fois devant un public. Elles avaient le désir de donner et de remercier les personnes qui les accompagnent dans leur quotidien par leur engagement dans cet atelier. Le groupe a permis de retrouver des ressources internes et externes : arriver à ne pas rester seule, isolée (Témoignages 2 : Retours des participantes).

DU DÉSIR DU PROFESSIONNEL AU DÉSIR DU SUJET

En référence à la clinique de l'exil et du trauma, les professionnels supportent quelque chose de « *l'impuissance terrassante du patient, impuissance ressentie lors de la scène traumatique, impuissance imposée par le vécu des symptômes sur un versant victimaire, impuissances du passé condensées dans un actuel pénible pour tous, pour le sujet, pour son entourage, pour les soignants* » (12). Alors comment rêver pour l'autre, pour le soutenir et l'inscrire dans un lien au vivant par la parole qui participe à construire une appartenance symbolique à une communauté d'accueil ? Nous ne sommes pas seulement dans une bienveillante neutralité, nous sommes dans un bienveillant désir que notre patient puisse à nouveau espérer en un avenir. Nous avons le désir de transformer sa détresse, de lui apporter un refuge, car ce dont il a besoin est avant tout de retrouver un espace de sécurité. Nous avons le désir qu'il réanime le sien pour la vie, pour faire des projets. Et comment ne pas répondre, être tenté d'agir pour le patient dans la réalité ? Et comment ne pas reproduire une relation de dépendance dans le cadre d'une relation transférentielle ? Geoffroy (13) parle de « *disponibilité inquiète* » du soignant pour décrire la relation soignant-soigné. Pour Douville (14), nous aidons à la restauration d'un collectif au singulier. Le processus de symbolisation et de transformation prend aussi son sens dans la capacité à se séparer, processus d'individuation.

Limiter ce risque de produire une relation de dépendance par le vécu émotionnel partagé dans le groupe a été notre préoccupation afin d'éviter une nouvelle rupture à la fin de l'atelier.

CONCLUSION

UN ATELIER QUI DEVIENT LE TEMPS ET LE LIEU DES POSSIBLES

Les mots qui sont revenus très souvent dans les ateliers sont « **la famille** » et « **le village** ». Le cercle formé dès la première séance a donné naissance à une atmosphère chaleureuse, où l'on chantait, dansait, parlait, riait et partageait le goûter ensemble. Le groupe a permis de briser l'isolement, de recréer du lien et de renforcer un sentiment d'appartenance. Des souvenirs d'ailleurs, du pays, joyeux et/ou douloureux ont pu être retrouvés et partagés. Cette reconnexion avec leurs origines et leurs liens générationnels les autorise à se réapproprier leur culture et non à exclure, pour s'intégrer dans celle du pays d'accueil. Dans ce cheminement, nous avons créé notre propre culture. S'autoriser à chanter, danser, rire, jouer, a permis de dépasser des interdits familiaux, de retrouver un goût

de vivre et d'aller au-delà des sentiments de honte et d'impuissance. L'expression artistique a instauré une communication qui transcende les langues : on ne se rend compte que tardivement qu'on ne parle pas la même langue. L'introduction des instruments de musique a permis de créer des rythmes ensemble et a favorisé des ambiances enveloppantes et la mise en mouvement. Cela a renforcé le sentiment d'un collectif vivant, qui crée un ensemble poétique. Ce dispositif est un espace-temps de vie et d'expériences. Selon Vacheret (15), il est un espace de transformation de la réalité psychique inconsciente qui s'appuierait sur les fonctions communes au groupe et à l'objet médiateur dans leur fonction de symbolisation.

Danser ensemble a été une parenthèse offerte par ces temps d'ateliers. On peut parler de **mobilités géographiques, psychiques et relationnelles** et espérer des effets sur le lien, la clinique et les postures professionnelles. Cette expérience *« d'un petit bouleversement a des effets déstabilisants sur celles qui en font l'expérience, dans la mesure où il rend sensible la distance entre « statut, rôle et fonction » »* (16)

ET APRÈS ?

Le groupe WhatsApp créé par les participantes pendant l'atelier perdure au-delà des séances et permet un soutien et une entraide de certaines. Cette expérience se poursuit via un dispositif porté par une autre association qui donne la possibilité de reprendre les chants et danses des participantes et de les présenter à nouveau devant un public. Certaines se sont inscrites à un groupe de sport adapté pour les femmes victimes de violences ou un groupe de danse africaine. Cet atelier apparaît ainsi comme un point d'ancrage pour ces femmes qui ont pu s'en saisir et en faire autre chose.

De notre côté, nous avons le projet de reconduire l'action pour ce public. Les CADA sont partants pour porter le projet et participer en fonction de leurs disponibilités sur un format de groupe ouvert, hebdomadaire pendant un trimestre. Nous recherchons des subventions afin de financer la rémunération de l'artiste.

Enfin, dans la continuité de ces ateliers, deux autres ateliers ont pu voir le jour au sein du CH, l'un en hôpital de jour pour adolescents, l'autre en Centre médico-psychologique pour adultes.

LES MOTS DES PROFESSIONNELS

« C'était génial de participer au groupe - On a développé un rapport différent avec les familles - Il a permis de voir les personnes accompagnées dans une autre dynamique - Ça a changé notre regard et notre position de référent social sur la personne accompagnée - Ça permet de faire un pas de côté intéressant mais qui n'est pas toujours facile - Cela nous a permis d'aller sur d'autres domaines d'interventions ensuite - Nous avons mieux compris la relation mère-enfant que lors des visites en appartement - Certaines se sont mises à dormir sans traitement, d'autres ont perdu du poids - Elles ont pu créer du réseau. Elles arrivaient sans connaître personne. »

RETOURS DES PARTICIPANTES

« C'était magique - Il fallait se forcer à venir, mais après on se sentait mieux - Ça permet de retrouver le sommeil, se détendre et repartir moins douloureuse - Le groupe fait du bien. On arrive triste et on repart avec de nouvelles sensations dans le corps - Je me suis sentie bien avec les autres - Ça me rappelle le village - C'est là-bas qu'on dansait comme ça. Je ne pensais pas y repenser un jour. Depuis qu'on a pris la route on n'y a plus pensé - Je n'ai jamais vu la petite aussi calme. D'habitude elle passe son temps à crier - Ça fait du bien de voir son enfant s'amuser avec d'autres enfants - Lola nous a déployé nos ailes. »

BIBLIOGRAPHIE

1. Marian C. *Her Papers*. New York: Chaiklin H, éditeur. In: Schott-Billmann F. *Quand la danse guérit*. Paris: Trédaniel; 2023.
2. Zlatanova Z, Wolmark L. La danse comme foyer d'asile: circulation, corps et institution. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2018;(25):63-72.
3. Hauteux D, Anselme C. *Danser à corps joie*. France: Dangles; 2018. 40.
4. Kaës R. *La théorie psychanalytique du groupe*. 6e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2017.
5. Effort AL. *L'alternance dynamique*. Villers-Cotterêts: Ressouvenances; 2013. 120.
6. Winnicott DW. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1975. Cité dans: Lachal C, Asensi H, Moro MR. *Cliniques du jeu: jouer, rêver, soigner, ici et ailleurs*. Grenoble: La Pensée sauvage.
7. Bion WR. *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses Universitaires de France; 1979.
8. Tovmassian LT. Rôle de l'environnement, dynamiques transférentielles et contre-transférentielles avec la clinique du trauma. *Cahiers de psychologie clinique*. 2018;(50):107-131.
9. Métraux JP. Nourrir la reconnaissance mutuelle. *Journal des psychologues*. 2007;(252):57-61.
10. Ricoeur P. Devenir capable, être reconnu. *Esprit*. 2005;(7).
11. Anzieu D. *Le corps de l'œuvre: essais psychanalytiques sur le travail créateur*. Paris: Gallimard; 1981.
12. Duchet C. *Cliniques du traumatisme: du collectif au singulier, les trois temps du soin*. Malakoff: Dunod; 2018. 191.
13. Geoffroy M. *La patience et l'inquiétude: recherche métaphysique et ontologique pour une fondation de l'éthique du soin* [thèse]. 2003.
14. Douville O. Demande d'asile, refuge, destins d'une position « traumatique » de l'étranger. *Chimères*. 2020;(96):36-52.
15. Vacheret C. Le photolangage, une médiation thérapeutique. *Le Carnet Psy*. 2022;(hors-série 33).
16. Oury J. Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles. *Vie sociale et traitements*. 2007;(95):110-125.

LES AUTRICES :

Lola ATGER-HAESSIG¹, Juliette ATGER², Catherine MAUPETIT², Mélanie JABLONSKI³

¹Compagnie Cùra

²Centre Médico Psychologique Bourges-Aubigny

³Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

Route du petit Dame 3, 18110 Saint Eloy de Gy
lola.atger@gmail.com

LE VÊTEMENT COMME ANALYSEUR INSTITUTIONNEL EN HÔPITAL DE JOUR PSYCHIATRIQUE

- Jonathan DRAI, Lucia KOZIC, Lorane MARQUES, Julien VAGNIÈRES, Aliénor VUADENS -

RÉSUMÉ - SUMMARY

La question du vêtement en institution psychiatrique, souvent perçue comme secondaire, constitue un analyseur institutionnel privilégié des tensions entre liberté individuelle, cadre thérapeutique et dynamique collective. À partir d'une situation survenue dans notre Centre Thérapeutique de Jour, où une patiente se présente dénudée, cet article interroge la manière dont une crise locale peut devenir une opportunité de travail psychique et institutionnel. En mobilisant le concept de Moi-peau développé par Anzieu (1), ainsi que les apports de Flügel (2) et de Roussillon (3) sur le vêtement comme compromis névrotique et médium malléable, il montre comment le corps exposé met à l'épreuve les enveloppes psychiques individuelles et groupales, tout en révélant les enjeux générationnels et sociétaux autour des normes vestimentaires.

L'analyse articule trois axes principaux en décrivant d'abord les mouvements transférentiels et contre-transférentiels suscités par la tenue de la patiente, tant chez les autres patients que chez les soignants, puis les dynamiques de groupe faites de clivage, de projections massives et d'angoisse de morcellement qui transforment un incident vestimentaire en crise institutionnelle, et enfin les dispositifs d'élaboration collective permettant de métaboliser l'agir et les conflits en matériau de symbolisation partagé.

Cette vignette clinique montre que le vêtement ne relève pas seulement de la bienséance ou du règlement mais d'une véritable clinique du cadre et du corps en institution. Travailler ces situations avec les patients et les équipes permet de restaurer une fonction contenant, de soutenir la subjectivation et de faire du conflit un espace de création plutôt qu'un motif de normalisation ou d'exclusion.

MOTS CLÉS : Vêtement - Moi-peau - Institution psychiatrique - Cadre thérapeutique - Dynamique groupale - Analyseur institutionnel

CLOTHING AS AN INSTITUTIONAL ANALYZER IN PSYCHIATRIC DAY HOSPITALS BETWEEN INDIVIDUAL FREEDOM, THERAPEUTIC FRAMEWORK AND COLLECTIVE DYNAMICS

The issue of clothing in psychiatric institutions, often perceived as secondary, functions as a privileged institutional analyzer of tensions between individual freedom, therapeutic framework, and collective dynamics. Based on a clinical situation that occurred in our Day Treatment Center, where a patient presented herself wearing very revealing clothes, this article examines how a local crisis can become an opportunity for psychological and institutional work. Drawing on Anzieu's concept of the skin ego (1), as well as Flügel (2) and Roussillon's (3) contributions on clothing as a neurotic compromise and malleable medium, it shows how the exposed body tests individual and group psychic envelopes, while revealing the generational and societal issues surrounding clothing norms.

The analysis articulates three main axes, first describing the transferential and counter-transferential movements elicited by the patient's attire, both in other patients and in caregivers, then the group dynamics of division, massive projections, and anxiety about fragmentation that transform a clothing incident into an institutional crisis, and finally the collective elaboration mechanisms that allow actions and conflicts to be metabolized into shared symbolization material.

This clinical vignette suggests that clothing in psychiatric care cannot be reduced to questions of propriety or institutional rules, but reveals how the institution negotiates the balance between containing function and respect for subjectivity, between protection of the collective and recognition of individual expressions. Working through such situations with patients and teams restores the holding function of the setting, supports subjectivation and turns conflict into a space for clinical creativity instead of normalization or exclusion.

KEY WORDS : Clothing - Skin Ego - Psychiatric institution - Therapeutic framework - Group dynamics - Institutional analyzer

INTRODUCTION

La situation d'une patiente de 22 ans se présentant au Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) avec une tenue dénudée a agi comme un puissant analyseur institutionnel (4). Cette jeune femme, d'origine néerlandaise, est issue d'un milieu familial conservateur et religieux. Elle vit au domicile parental avec ses deux frères, occupant la place de benjamine de la fratrie. Son orientation au CTJ fait suite à deux hospitalisations rapprochées en milieu psychiatrique aigu, dans un contexte d'épisode dépressif sévère avec idéations suicidaires et symptomatologie psychotique, secondairement amendée après plusieurs mois d'hospitalisation.

Son parcours récent, marqué par des tentatives de formation interrompues, témoigne d'une période charnière entre adolescence tardive et entrée dans l'âge adulte, transition qui apparaît comme un facteur central de la déstabilisation actuelle. À son arrivée au CTJ, la patiente se présente comme discrète, en retrait, envahie par des angoisses massives entravant les possibilités de lien au groupe. Sa présentation corporelle est alors en adéquation avec les normes familiales intériorisées : tenues sobres, couvrantes, parfois d'allure infantile, absence de maquillage dans un contexte où celui-ci est peu toléré.

Au fil de la prise en charge, une transformation progressive de son apparence s'opère. La patiente modifie ses vêtements à son arrivée au centre, noue ses chemisiers, raccourcit ses jupes, adopte un maquillage parfois excessif appliqué sur place. Elle réalise ses premiers tatouages et un piercing au nombril. Le corps se dévoile progressivement, dans une dynamique d'expérimentation identitaire et d'affirmation de soi, souvent mise en scène au sein du groupe, avec une dimension parfois maladroite ou clivante.

C'est dans ce contexte évolutif qu'un événement particulier, marqué par une tenue particulièrement dénudée lors d'un entretien individuel, va agir comme un révélateur des tensions institutionnelles. La remise en question de cette tenue dans un lieu de soin, le soignant exprimant un certain malaise face à celle-ci, a entraîné un vécu stigmatisant et provoqué des tensions. Cet événement a agi telle une étincelle mettant au jour des enjeux déjà souvent évoqués dans l'équipe soignante et qui vont alors enflammer notre centre thérapeutique dans tous ses espaces et pousser à questionner nos visions et celles du groupe au sens large.

Loin d'être anodin, cet épisode révèle des tensions entre subjectivité individuelle et normes collectives, entre expression symptomatique et cadre thérapeutique. Il suscite débats et remises en question au sein de l'équipe et du groupe de patients, touchant à la fois la liberté personnelle, le cadre de soin, ainsi que des enjeux générationnels et sociétaux.

SITUATION CLINIQUE : LE VÊTEMENT COMME ANALYSEUR INSTITUTIONNEL

Cette situation vient mettre à l'épreuve ce cadre, en exposant de façon crue la question des limites entre intime et collectif, entre expression singulière et règles partagées. Cet événement fonctionne comme un véritable analyseur institutionnel au sens de Lourau (4), en ce qu'il fait surgir, dans une scène locale apparemment anodine, des conflits latents touchant l'ensemble du dispositif de soins. Cette apparition vestimentaire agit comme un déclencheur de mouvements affectifs intenses, tant chez les patients que chez les soignants. Elle provoque gêne, curiosité, colère, parfois fascination, et oblige chacun à se positionner sur ce qui est acceptable ou non dans cet espace de soin.

Très rapidement, la question dépasse la seule patiente pour devenir un enjeu institutionnel : jusqu'où la liberté individuelle peut-elle s'exercer dans un lieu de soins collectif ? Comment ajuster le cadre sans tomber ni dans le laxisme ni dans la normalisation punitive des corps et des apparences ?

Au fil des échanges, d'abord informels puis plus formalisés, le vêtement apparaît comme un langage à part entière, où se rejouent des conflits liés à la sexualité, à la pudeur, à l'appartenance au groupe et aux différences générationnelles. La tenue de la patiente ne se lit plus comme un simple « écart de conduite », mais comme un point de cristallisation des angoisses et des représentations de chacun face au corps exposé.

Dans cette perspective, la situation clinique sert de scène d'observation privilégiée des tensions entre contenance et liberté, entre soin du sujet et protection du collectif. Elle invite l'institution à élaborer, avec les patients, des repères communs qui ne se réduisent pas à un règlement vestimentaire, mais ouvrent un espace de parole et de symbolisation autour du corps, du regard et du vivre-ensemble.

En ce sens, la tenue de la patiente ne se réduit pas à un incident de conduite, mais dévoile le mode de traitement, par l'institution, des tensions entre liberté individuelle, protection du collectif et fonction contenante du cadre.

LE MOI-PEAU : UNE ENVELOPPE PSYCHIQUE À L'ÉPREUVE DE L'INSTITUTION

Le concept de Moi-peau, développé par Didier Anzieu, offre une grille de lecture essentielle pour comprendre la mise en scène corporelle observée chez certains patients en institution psychiatrique (1). Selon

Anzieu, le Moi-peau désigne : « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert, dès les phases précoces de son développement, pour se représenter lui-même à partir de l'expérience de la surface du corps ». Dans cette perspective, la peau fonctionne comme une enveloppe protectrice et contenant, mais aussi comme un espace de différenciation entre soi et l'autre, entre dedans et dehors.

Ce contenant psychique primaire se construit à travers les premiers soins, le portage, le peau-à-peau, et permet à l'enfant d'éprouver un sentiment d'unité, de sécurité et d'existence. Lorsque cette enveloppe est solide, l'individu peut symboliser ses expériences, différencier le dedans et le dehors, et investir le monde avec confiance. À l'inverse, une fragilité ou une porosité du Moi-peau expose à des difficultés à délimiter ses contours psychiques : le corps prend alors le relais, devenant le théâtre d'expressions non verbales ou agies, comme le choix de tenues très marquées ou provocantes.

Dans le cas clinique présenté, la tenue très dénudée de la patiente peut être comprise comme une tentative de reconstruire une enveloppe identitaire là où le Moi-peau a été fragilisé. Ce choix vestimentaire n'est pas seulement une provocation ou une revendication générationnelle : il peut traduire une quête de repères, un appel au cadre, voire une lutte contre l'angoisse de morcellement. Quand les mots manquent, le corps devient langage : il exprime, communique, révèle ou attaque. La patiente « s'habille » d'un Moi-peau de substitution, mettant en scène un corps qui cherche à exister, à être reconnu, contenu et bordé psychiquement.

L'effet de cette exposition corporelle déborde le sujet. Elle percute les enveloppes psychiques du groupe, réveille des angoisses archaïques, des vécus de limites mal construites, et mobilise le collectif dans une fonction de pare-excitation (1). Le groupe tente alors, plus ou moins consciemment, de contenir ce qui déborde, de symboliser ce qui ne peut l'être par la parole. Du côté des soignants, la reprise trop directe de la patiente a été vécue comme une attaque narcissique, illustrant la nécessité d'un positionnement juste : poser un cadre sans blesser, jouer le rôle de Moi-peau externe sans être intrusif ni brutal.

Ainsi, la compréhension du Moi-peau permet de dépasser une lecture purement comportementale ou normative du symptôme. Il s'agit d'accueillir ce que le corps exprime, de maintenir un cadre clair mais souple, et de soutenir la patiente dans la reconstruction d'une enveloppe psychique plus solide. Le rôle de l'institution est alors de traduire, contenir et symboliser ce qui déborde, afin de permettre au sujet de réhabiter son corps autrement, depuis l'intérieur, et de retrouver une vie psychique incarnée et différenciée.

THÉORIE DU VÊTEMENT : ENTRE MÉDIUM MALLÉABLE ET COMPROMIS NÉVROTIQUE

LE VÊTEMENT COMME LANGAGE INSTITUTIONNEL

Le vêtement, loin d'être un simple accessoire ou une question d'apparence, s'impose en institution comme un véritable langage symbolique. René Roussillon parle de « médium malléable » pour désigner ces objets intermédiaires permettant la matérialisation de conflits intrapsychiques dans l'espace collectif (3). Selon l'auteur, la tenue vestimentaire, par sa transformabilité et sa sensibilité, se prête à des interprétations multiples. Elle peut être perçue comme provocation, appel à l'aide, affirmation identitaire ou encore tentative de se démarquer. En institution, elle agit comme un opérateur transitionnel, cristallisant des enjeux inconscients tels que la sexualité, la recherche de limites ou la quête de reconnaissance. Elle met à l'épreuve la capacité du cadre institutionnel à contenir ces manifestations sans tomber dans la rigidité ou la stigmatisation. Ainsi, le vêtement devient un révélateur de la malléabilité du cadre, de la souplesse de l'institution et de sa capacité à accueillir la singularité tout en maintenant un espace sécurisant.

COMPROMIS NÉVROTIQUE ET DIALECTIQUE FREUDIENNE

La psychanalyse, notamment les travaux de Freud (5) et de Flügel (2), éclaire la fonction psychique du vêtement. Freud a peu écrit sur le sujet, mais il associe le vêtement à la honte de la sexualité et à la gêne d'apparaître nu. Il évoque la « dissimulation progressive du corps » comme un processus de civilisation et de sublimation des pulsions. Flügel, dans sa « Psychologie du vêtement », va plus loin en définissant le vêtement comme un compromis fondamental entre deux tendances opposées : le désir d'exhibition et le besoin de pudeur. Il parle de « compromis névrotique », une formation qui permet de satisfaire partiellement des désirs refoulés tout en respectant les normes sociales. Ainsi, s'habiller n'est jamais neutre : c'est à la fois un acte de protection, de décoration, de séduction et d'appartenance. Les comportements exhibitionnistes ou, à l'inverse, d'hyper pudeur, traduisent souvent une fixation à des stades infantiles, une quête de reconnaissance narcissique ou une tentative de défier l'autorité symbolique. Le vêtement devient alors le support d'une dialectique entre affirmation de soi, respect du groupe et gestion des pulsions.

HISTOIRE, SOCIÉTÉ ET CONTROVERSES

L'histoire du vêtement montre combien il a toujours été au cœur des débats sociaux, culturels et politiques (6). Les exemples sont nombreux : de l'interdiction du pantalon pour les femmes à Paris jusqu'en 2013 à la minijupe des années 1960, en passant par les polémiques actuelles autour du crop-top ou du voile. Chaque époque, chaque société, chaque institution projette sur le vêtement ses propres angoisses, valeurs et frontières. Dans le soin psychiatrique, où l'uniforme n'est pas la norme, la question du vêtement prend une dimension particulière : elle interroge la frontière entre espace privé et espace collectif, entre liberté individuelle et exigences du cadre thérapeutique. Le vêtement peut devenir marque d'appartenance, signe de ralliement ou, au contraire, facteur d'exclusion. Il est aussi un support de projection : ce que l'on voit ou croit voir chez l'autre renvoie à ses propres normes, désirs ou peurs. Enfin, la dimension générationnelle est essentielle : l'arrivée de jeunes patients, porteurs de nouveaux codes vestimentaires, oblige l'institution à repenser ses repères sans tomber dans la caricature du « c'était mieux avant » ou dans la permissivité totale. Le défi consiste alors à ouvrir un espace de dialogue, d'élaboration et de co-construction, afin que le vêtement reste un objet de symbolisation, et non de clivage ou de violence.

En somme, la théorie du vêtement, entre médium malléable et compromis névrotique, révèle la richesse et la complexité de ce qui se joue autour de l'apparence en institution psychiatrique. Elle invite à dépasser une lecture purement comportementale pour ouvrir une réflexion sur la symbolisation, la subjectivation et la place de chacun dans le collectif.

DYNAMIQUES GROUPALES ET CRISE INSTITUTIONNELLE

GROUPE PATIENTS : ANGOISSE DE MORCELLEMENT ET DÉFENSES ARCHAÏQUES

La tenue dénudée de la patiente déclenche des mécanismes groupaux primitifs (7,8) :

- ♦ Clivage : Scission entre patients « respectueux des normes » et la patiente perçue comme transgressive, reproduisant une logique de survie psychique.
- ♦ Projection massive : Attribution à la patiente des désirs inavouables du groupe (exhibitionnisme, séduction), évacuant les conflits internes.
- ♦ Angoisse de morcellement (1) : L'exposition corporelle menace l'enveloppe groupale, réveillant des fantasmes de dissolution identitaire.

Ces réactions illustrent le présupposé « attaque-fuite » (9), où le groupe évite l'élaboration psychique par la polarisation.

GROUPE SOIGNANTS : SATURATION DU CONTRE-TRANSFERT

Nous avons mis en évidence, grâce aux espaces de travail en équipe, des oscillations entre trois pôles pathogènes (10) :

- ♦ Identification à l'agresseur : Tentative de normalisation par des chartes vestimentaires punitives, réactualisant des scénarios de violence symbolique.
- ♦ Culpabilité persécutrice : Sentiment d'échec thérapeutique (« On n'arrive pas à la cadrer ») menant au burnout (11).
- ♦ Déshumanisation des relations : Usage du « on » institutionnel pour évacuer la responsabilité individuelle, niant la fonction transitionnelle du symptôme (12).

Cette crise se manifeste par la perte de métaphorisation (13) : le vêtement n'est plus lu comme langage symbolique, mais comme « trouble du comportement » à éradiquer.

La crise institutionnelle naît de l'incapacité à contenir les projections groupales, rigidifiant les métacadres au détriment de la fonction créatrice.

TRANSFORMER LA CRISE : DISPOSITIFS D'ÉLABORATION COLLECTIVE

Afin de dépasser la crise institutionnelle, des dispositifs concrets ont été mis en place. Tout d'abord, des groupes mensuels de parole ont permis la construction de repères partagés avec les patients ainsi que l'expression des ressentis et des tensions. Ces espaces favorisent l'émergence d'une parole collective, transformant l'agir en élaboration symbolique. Ensuite, le psychodrame Balint, une méthode associant analyse relationnelle et mise en scène corporelle, a été utilisée par l'équipe soignante. Les soignants ont rejoué des situations cliniques problématiques (ex. : reprise d'une patiente en tenue dénudée) pour faciliter la décentration par le jeu de rôles et le « doublage ». Cette approche a permis de décrypter les contre-attitudes (identification à l'agresseur, angoisse de séduction) et de restaurer une posture clinique nuancée (14). Enfin, les supervisions analytiques, soutenues par des tiers extérieurs, permettent le décryptage systématique des résonances contre-transférentielles (ex. : projections persécutrices). Face aux enjeux générationnels, nous avons d'ailleurs fait le choix de nous appuyer sur des superviseurs spécialisés dans la prise en charge des adultes, mais aussi des

enfants et des adolescents. Ces espaces ont prévenu la rigidification des protocoles et le burnout des équipes (15).

Ces dispositifs ont restauré la fonction contenante de l'institution en métamorphosant les crises en « poèmes cliniques », en ouvrant des espaces où le conflit devient matière à création partagée.

OUVERTURE À D'AUTRES REGARDS

Le choix d'une lecture principalement psychanalytique a été fait en raison de sa pertinence pour appréhender les dimensions transférentielles, les enjeux d'enveloppe psychique et les mouvements groupaux mobilisés dans cette situation. Cette orientation ne saurait toutefois être exclusive. Les approches sociologiques, anthropologiques et philosophiques offrent des prolongements féconds pour penser le vêtement comme fait social total, inscrit dans des logiques de signes, de normes et de régulation des corps. Du point de vue sociologique, le vêtement participe de mécanismes de distinction et d'inscription dans des hiérarchies symboliques, mettant en jeu des habitus et des attentes implicites qui organisent le visible et le dicible dans un collectif (16). L'anthropologie rappelle quant à elle que les seuils de pudeur, d'exposition et de lisibilité du corps varient selon les contextes culturels et historiques, invitant à dénaturaliser ce qui, au sein de l'institution, peut être perçu comme allant de soi (18). Mais c'est sans doute la perspective philosophique qui permet de déployer le plus largement les enjeux en présence : le corps y apparaît comme lieu d'inscription des normes et des rapports de pouvoir, espace de visibilité gouverné par des régimes de regard et de discipline (17). Le vêtement ne se contente pas de recouvrir le corps ; il participe à la production de subjectivités en organisant ce qui peut être montré, dissimulé ou régulé, et en inscrivant le sujet dans un réseau de contraintes et de reconnaissances.

Dans ce cadre élargi, la question de la sexualité s'impose comme un opérateur central, à la croisée du psychique, du social et du politique. Le corps exposé mobilise des affects, des fantasmes et des représentations qui ne relèvent pas uniquement du sujet, mais traversent également les soignants et le collectif institutionnel, engageant des dynamiques transférentielles et contre-transférentielles parfois intenses. Il met en jeu des régimes de regard (voir, être vu, se sentir regardé) qui participent à la construction du sujet autant qu'ils peuvent le fragiliser, dans une performativité des identités corporelles et sexuées (19). Se dessine alors un dilemme éthique majeur : comment accueillir ce qui, du sexuel, se manifeste dans l'espace de soin sans le réduire à une déviance ni le laisser s'imposer comme une évidence brute ? Comment soutenir une élaboration qui ne soit ni répressive ni permissive, mais qui permette de maintenir un espace de symbolisation partagé ? Le vêtement apparaît ainsi comme un opérateur privilégié de cette tension, à la fois médiation symbolique et point de cristallisation des conflits entre désir, altérité et normes collectives. L'enjeu pour l'institution n'est dès lors ni d'effacer ces tensions ni d'y répondre par des prescriptions défensives, mais de soutenir un espace où elles puissent être élaborées, mises en pensée et transformées, afin que le cadre demeure un lieu vivant de travail du lien entre corps, subjectivité et collectif.

CONCLUSION

La gestion du vêtement en institution psychiatrique dépasse la simple question vestimentaire : elle convoque des enjeux fondamentaux de symbolisation, de limites et de subjectivation. Le concept de Moi-peau (1) et les théories du vêtement (2,3) offrent des clés pour transformer les crises en opportunités d'élaboration collective. Les dispositifs co-construits avec les patients, groupes de parole, ateliers artistiques, restaurent une fonction contenante en métamorphosant l'agir en parole. L'institution idéale n'est pas celle qui éradique les conflits, mais celle qui sait en faire des « poèmes cliniques », ouvrant la voie à une subjectivation partagée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anzieu D. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod; 1985.
2. Flügel JC. *The Psychology of Clothes*. London: Hogarth Press; 1930.
3. Roussillon R. Le médium malléable. In: *Psychanalyse et médiations*. Paris: Dunod; 2008. 45-67.
4. Lourau R. *L'analyseur institutionnel*. Paris: Minuit; 1970.
5. Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Presses Universitaires de France; 1905.
6. Carter M. *Fashion Classics from Carlyle to Barthes*. Oxford: Berg; 2003.
7. Kaës R. *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris: Dunod; 1993.
8. Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod; 1975.
9. Bion WR. *Recherches sur les petits groupes*. Paris: Presses Universitaires de France; 1961.
10. Sassolas JC. *Les institutions et leurs contre-transferts*. Paris: Dunod; 2004.
11. Beauchemin Belda M, et al. Burnout des équipes de psychiatrie: facteurs institutionnels. *Ann Méd Psychol*. 2019;177(7):685-692.
12. Goffman E. *Asiles*. Paris: Minuit; 1968.
13. Delion P. *L'enfant autiste et la psychanalyse*. Toulouse: Érès; 2014.
14. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 1972.
15. Qury JP, Tosquelles F. *Pratique de l'institutionnel*. Toulouse: Érès; 2012.
16. Barthes R. *Système de la mode*. Paris: Seuil; 1967.
17. Foucault M. *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard; 1975.
18. Entwistle J. *The Fashioned Body: Fashion, Dress and Modern Social Theory*. 2nd ed. Cambridge: Polity Press; 2015.
19. Butler J. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York (NY): Routledge; 1990.

LES AUTEURS :

Jonathan DRAI, Lucia KOZIC, Lorane MARQUES, Julien VAGNIÈRES, Aliénor VUADENS

Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) Vevey,
Centre de psychiatrie des Communaux
Rue des Communaux 7, 1800 Vevey (Suisse)
jonathan.drai@nant.ch

EN QUOI L'ÉCRITURE FAIT LIEN ?

- Charlotte BRIDON, Sylvie BOULAY LE SOLLEUZ, Stéphane BRANGER -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Cet article évoque ce qui fait lien au sein d'un groupe thérapeutique d'écriture destiné à des patients relevant d'un Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) et d'un Hôpital de Jour (H.J.). Dans ces lieux sont accueillis des sujets souffrants : des patients psychotiques qui sont assaillis par des réels terrifiants, des sujets névrotiques dont la souffrance souvent réside dans le fait qu'ils se défendent d'une pulsionnalité qui demande à se satisfaire. L'expérience clinique dans l'atelier thérapeutique semble rendre compte que la pratique de l'écriture apporte un certain apaisement.

L'atelier d'écriture et le cadre qu'il propose au sein de l'hôpital de jour permettent d'accueillir ce qui parfois est délié et favorisent les liens par l'inscription dans l'ordre symbolique. L'écriture, comme médium, inscrit le sujet dans une culture, dans un lien social, mais aussi par ses codes, ses techniques, soutient une articulation de la pensée, la métaphorisation. La lecture des textes dans le groupe et en public à la Médiathèque apparaît tout autant importante dans la structuration des liens intrapsychiques et interpersonnels. Ce texte témoigne également de la manière dont le groupe, les soignants et l'artiste intervenant participent à la création de ces liens.

MOTS CLÉS : Écriture - Lecture à haute voix - Lien social - Symbolique - Imaginaire - Réel

HOW DOES WRITING CREATE CONNECTION?

This article explores what creates connections within a therapeutic writing group intended for patients from a Medico-Psychological Center and a Day Hospital. These places welcome suffering individuals : psychotic patients who are overwhelmed by terrifying realities, and neurotic individuals whose suffering often lies in defending against impulses that demand satisfaction. Clinical experience in the therapeutic workshop seems to show that the practice of writing brings some relief.

The writing workshop and the framework it offers within the day hospital allow what is sometimes unbound to be received and foster connections through inscription into the symbolic order. Writing, as a medium, places the individual within a culture and a social link, but also, through its codes and techniques, supports the structuring of thought and metaphorization. Reading texts within the group and in public at the Media Library also appears to be just as important in structuring intrapsychic and interpersonal bonds. This text also demonstrates how the group, the caregivers, and the participating artist contribute to the creation of these bonds.

KEY WORDS : Writing - Reading aloud - Social link - Symbolic - Imaginary - Real

INTRODUCTION

Depuis 2009, un atelier d'écriture est proposé aux patients accueillis au sein de l'HJ pour adultes Louise Michel, puis en 2013 il s'adresse aussi aux patients du CMP. Il est ouvert à une dizaine de participants. Il a lieu chaque semaine, le mardi après-midi pendant 1h30, dans les locaux de l'Hôpital de Jour. Il est animé par deux soignants et une psychologue¹.

De janvier à juin 2012, se sont rencontrés à plusieurs reprises, les soignants animateurs d'ateliers d'écriture au sein de l'HJ Gustave Ferrié, CMP/HJ Louise Michel et le CMP de Sancerre, ce dernier ayant la spécificité d'être animé par un auteur intervenant : Stéphane

Branger. Auteur et musicien, il publie essentiellement de la poésie et des livres pour la jeunesse, et réalise des livres d'artistes avec des peintres. En 2007, il fut invité par une infirmière du CMP de Sancerre à intervenir dans un atelier d'écriture. La première saison s'est bien déroulée, avec la réalisation d'un petit livret et une lecture à la bibliothèque où se déroulaient les ateliers. Fort de cette expérience, il fut recruté comme intervenant par le Centre Hospitalier George Sand en septembre 2008.

Lors des rencontres entre les différents groupes d'écriture, les soignants éprouvaient la nécessité de

¹ Alice Fosset, psychologue clinicienne référente de l'hôpital de jour Louise Michel.

partager leurs pratiques des ateliers (leur manière de faire, la fonction du média « écriture »). Assez rapidement, il est apparu important que les patients participent à ces échanges, qu'ils puissent aussi sortir de leur groupe habituel pour faire connaissance avec les autres groupes, découvrir d'autres façons d'écrire et faire l'expérience d'une présentation de leurs écrits sous forme de lecture, s'ils le souhaitent. C'est ainsi qu'est née l'idée de présenter une lecture réunissant les textes des trois groupes d'écriture. Grâce aux différents contacts de l'auteur intervenant, cette lecture eut lieu au mois de juin 2013 à la Médiathèque de Bourges, pour la première fois². Pour mener à bien ce projet, il a été demandé que Stéphane Branger puisse intervenir ponctuellement sur les ateliers des HJ Gustave Ferrié³ et HJ/CMP Louise Michel. Ses qualités d'auteur, de musicien et d'interprète permettent d'amener les participants à effectuer un travail sur l'écriture mais aussi sur la voix, l'élocution, la respiration, la position du corps, compétences spécifiques nécessaires à une présentation publique des écrits d'ateliers.

Actuellement, il vient animer une séance par mois pour travailler l'écriture de textes et préparer la lecture publique à la médiathèque de Bourges réunissant les trois ateliers d'écriture.

Depuis septembre 2024, cette séance a lieu à la médiathèque. Ce partenaire a incité le groupe à participer davantage à la vie et à l'actualité du lieu (expositions, nouvelles parutions de livres, CD ou DVD) tout au long de l'année. Il semblait effectivement intéressant d'ouvrir le groupe à ce lieu culturel, public, « extérieur » à l'institution hospitalière, qui peut être investi par ailleurs, en dehors des temps de soin, par chacun. Les patients qui le souhaitent peuvent s'y rendre en bus de ville avec les soignants ou ils peuvent rejoindre le groupe sur place. Lors de ces séances, il y a un temps d'exploration, de consultation des collections, et un autre temps, celui de l'écriture, animé par l'auteur intervenant, dans une salle réservée pour le groupe. En 2025, deux ateliers se sont également déroulés en collaboration avec la Maison des Musées de Bourges, ayant pour thématique le carnet de voyage en lien avec l'exposition « Bourges, centre de l'Europe-voyage au cœur des collections »⁴, autre moyen d'aller davantage vers l'extérieur avec de nouveaux supports culturels, de continuer à nourrir l'imaginaire.

LE FIL DE L'ATELIER

Les ateliers se déroulent toujours de la façon suivante : l'atelier commence par un « échauffement » (jeux autour des mots, à l'oral) permettant au groupe de se retrouver, et à chacun d'entrer dans l'expression verbale. Ensuite, deux temps d'écriture sont proposés avec des consignes différentes : cela peut être créer un texte à partir de quelques mots, d'un poème, d'une phrase, d'un objet, d'une photo ; ... utiliser des contraintes d'écriture (acrostiches, haïkus), etc. Tous les participants écrivent, patients et soignants. Puis, un temps de lecture facultatif donne l'occasion à chacun, après chaque écrit, de s'y engager (ou non), et d'écouter les autres. Pour terminer, un tour de table où chacun donne le « mot de la fin », qui, pour chacun, représente la séance. Chaque participant conserve ses écrits dans une pochette personnelle.

L'atelier d'écriture a été pensé comme un espace d'expression favorisant les associations libres et l'imaginaire. Il s'agit aussi de faire avec la contrainte que constituent la consigne et les règles du langage. Tout patient intéressé peut y être accueilli, quels que soient ses acquis sur le plan de l'écrit (avec la possibilité d'un étayage par les soignants pour transcrire). Il s'agit d'y travailler la naissance ou la restauration du désir d'écrire. Il y est fait l'expérience (patients et soignants) que la création est une prise de risque qui peut être surprenante, contraignante, décevante, frustrante, gratifiante. C'est aussi rencontrer l'autre dans sa différence.

Il n'y a pas d'obligation de production, et le contenu n'est pas interprété.

Pour que l'écriture et la lecture puissent avoir lieu, les soignants sont garants du cadre : chacun écrit de manière personnelle. Lors de la lecture, ils s'efforcent d'être dans une posture de bienveillance et ils soutiennent l'attention dans le groupe. Les soignants sont parfois amenés à accueillir les affects qui émergent chez les participants, ce peut être pendant l'écriture (blocage, angoisse de la « page blanche », insatisfaction), ou pendant la lecture (la décision de ne pas lire, rare, parfois liée à la peur d'un débordement émotionnel, une insatisfaction éprouvante). Le vécu dans le groupe est possiblement abordé lors d'une prise en charge individuelle.

Par les propositions d'écriture (« exercices »), les soignants sollicitent le sujet. Les propositions sont orientées selon ce que les animateurs souhaitent travailler (la relation à l'autre, en dyade ou en groupe,

² Cette lecture a lieu chaque année. Elle a été interrompue en 2020 et 2021 en raison de la pandémie du COVID.

³ Autre HJ/CMP de Bourges.

⁴ Dans le cadre de Bourges Capitale Européenne de la Culture 2028, La Maison des Musées a exploré par cette exposition les liens entre la capitale Berryère et les diverses régions de l'Europe.

l'émergence d'affects, de souvenirs, la pensée, la réflexion, la mise en lien...). Tout en sachant que l'exercice peut être investi d'une toute autre façon.

L'EFFET DE LIAISON DU TEMPS DE L'ÉCRITURE

L'hôpital de jour accueille des sujets souffrants. Des patients psychotiques qui sont assaillis par des réels terrifiants du fait d'un défaut de symbolisation, le conscient et l'inconscient se retrouvent indifférenciés, les registres Imaginaire, Symbolique et Réel dénoués. Quant aux sujets névrotiques, leur souffrance réside souvent dans le fait qu'ils se défendent d'une pulsionnalité qui demande à se satisfaire. Il nous est permis de constater dans notre clinique que la pratique de l'écriture apparaît pouvoir apporter un certain apaisement des symptômes (anxiété, persécution, dénigrement).

Le cadre de l'atelier d'écriture au sein de l'hôpital de jour permet de recevoir ce qui est parfois délié et semble favoriser les liens par l'inscription dans l'ordre symbolique.

L'écriture elle-même par les codes de syntaxe qu'elle suppose ou encore par les consignes d'écriture commune dispensées par les soignants ou l'intervenant participent de l'inscription dans un ordre symbolique, favorisant l'articulation de la pensée, le passage de l'objet à sa représentation, la métaphorisation.

D'autre part, la fiction autorise un espace de projection plus libre que celui de la vie réelle, et ouvre alors des possibles. Là où dans le quotidien, le sujet ne peut s'autoriser à être, il peut grâce à l'imaginaire suscité par l'acte d'écrire, oser davantage, par exemple par le truchement d'un personnage, d'une époque, ou en s'appuyant sur l'écrit ou les dires d'autres participants. Écrire, c'est aussi se laisser surprendre, surprendre par soi-même, par l'inconnu en soi ou l'inconnu de soi comme l'énonce Marguerite Duras dans son texte « écrire » (1):

« L'écriture c'est l'inconnu. Avant d'écrire, on ne sait rien de ce qu'on va écrire. Et en toute lucidité. C'est l'inconnu de soi, de sa tête, de son corps. Ce n'est même pas une réflexion, écrire, c'est une sorte de faculté qu'on a à côté de sa personne, parallèlement à elle-même, d'une autre personne qui apparaît et qui avance, invisible, douée de pensée, de colère, et qui quelquefois, de son propre fait, est en danger d'en perdre la vie. Si on savait quelque chose de ce qu'on va écrire, avant de le faire, avant d'écrire, on n'écrit jamais. Ce ne serait pas la peine. Écrire, c'est tenter de savoir ce qu'on écrirait si on écrivait — on ne le sait qu'après — avant, c'est la question la plus dangereuse que l'on puisse se poser. Mais c'est la plus courante aussi. L'écrit ça arrive comme le vent, c'est nu, c'est de

l'encre, c'est l'écrit et ça passe comme rien d'autre ne passe dans la vie, rien de plus, sauf elle, la vie. ». Ici, Marguerite Duras semble témoigner de cet effet de surprise que favorise l'acte d'écriture en permettant l'émergence d'éléments inconnus à la conscience du sujet, des fragments inconscients.

Le fantasme, dans et par l'écriture, pour les sujets névrotiques, bien qu'orné d'artifices et de précautions, peut se dévoiler entre les lignes et ainsi trouver une forme de satisfaction. Pour les sujets psychotiques, l'écriture est un moyen de border le Réel, en tentant de favoriser le nouage entre les registres Imaginaire, Symbolique et Réel. Face au trou du réel (de la mort et du non rapport sexuel), l'écriture par l'articulation des signifiants tente de faire suture.

Pour certains, écrire permet de s'exprimer sans en passer par une parole qui peut les gêner, les encombrer. Pour Marguerite Duras (2) « *Écrire c'est aussi ne pas parler. C'est se taire. C'est hurler sans bruit* ».

L'acte d'écrire absente l'autre de sa présence immédiate puisqu'il exclut l'oral. Il s'inscrit dans le silence. La bouche doit se taire quand la main écrit, pour laisser parler la main. Écrire mobilise à la fois le corps et la pensée reliant alors motricité, perception, affectivité. Le geste graphique est lui-même un langage du corps. Les manuscrits des patients peuvent nous renseigner sur leur état psychique : une écriture crispée, tremblée ou désorganisée peut traduire une tension interne ou de l'anxiété. Le geste d'écriture possède une valeur thérapeutique en tentant de recréer un lien entre le corps et la psyché.

Écrire, c'est aussi laisser une trace qui perdure au-delà du sujet, témoigner de son existence par l'inscription de sa marque sur une feuille et tenter de s'opposer à la perte de toute trace qui singularise le sujet. Écrire, c'est rendre présente l'absence. Freud, dans « le malaise dans la culture » (3) définit l'écriture comme « langage de l'absent » : « *À l'origine, l'écriture était le langage de l'absent, la maison d'habitation, le substitut du corps maternel, cette toute première demeure dont la nostalgie persiste probablement toujours, où l'on était en sécurité et où l'on se sentait bien* ».

Le groupe en lui-même permet de rétablir une liaison symbolique des émotions et impressions sensorielles les plus primitives parfois. Les ressentis archaïques, violents sont reconnus et recueillis par la fonction contenant et symbolisante du groupe et peuvent y être transformés, transformés en affects moins mortifères.

Dans le groupe, émergent des phénomènes d'identification, de repérage d'affects, de représentations, des questionnements sur des sujets que nous partageons tous (la solitude, la vie, la mort, ce qui fait énigme...).

Les soignants sont souvent étonnés par les écrits des patients qui s'expriment très peu à l'oral, avec le sentiment de les découvrir autrement. Il leur arrive d'observer une évolution dans les écrits, et dans l'attitude, la posture. Lors des premières séances, ils constatent des écrits restreints, des sujets empêchés par l'inhibition, une image de soi dégradée. Puis au fur et à mesure des séances, les écrits s'étoffent, deviennent plus personnels. Une satisfaction, nouvelle, chez les auteurs est alors perçue. La fonction du groupe a son rôle dans cette évolution. Il y a un sentiment d'appartenance, d'une identité de groupe forte (du fait de partager des écrits dans lesquels chacun dépose une part de son intimité).

Lors d'une séance et dans la perspective de l'intervention au colloque GHJPSY « quand la culture s'invite dans les hôpitaux de jour », la question « que vous apporte le fait d'écrire dans ce groupe ? » a été posée à l'ensemble des participants et a donné lieu aux témoignages suivants :

« Écrire dans ce groupe permet d'échanger ses idées, confronter ses pensées à celles des autres. C'est un grand moment de partage, de cohésion. Écrire oblige à s'exprimer de façon correcte en utilisant notre belle et riche langue française. Cela apporte parfois des connaissances culturelles ou intellectuelles diverses, car les savoirs de chaque personne du groupe sont parfois différents. Cela permet aussi de se concentrer sur l'activité même et de mettre de côté mes soucis, la maladie qui fait que nous faisons partie intégrante de ce point », Léa.⁵

« La première chose que m'apporte l'activité d'écriture est le fait de trouver des idées à mettre sur papier. Cela demande de puiser dans son imaginaire pour répondre à l'exercice. (...) Une autre chose aussi, cela permet d'organiser sa pensée, de la soumettre à la grammaire et la conjugaison du langage, exercer le français nourrit l'intellect par l'écriture, chose que je ne fais pas d'ordinaire dans ma vie. Cela permet aussi d'évoluer au sein d'un groupe, ce qui m'aide à gérer ma timidité. Enfin, c'est un rendez-vous qui ponctue la semaine et qui m'est agréable. », Corentin.

LE TEMPS OÙ ON LIT ET ON SE LIE

Lors des séances, après chaque travail d'écriture, il y a un temps de lecture, chaque participant lit son texte aux autres. Mais il y a aussi un autre temps de lecture, proposé à la médiathèque de Bourges. Une lecture où trois groupes d'écriture, tous animés ou coanimés par Stéphane Branger, présentent leurs textes sur un thème commun décidé par l'ensemble des groupes en amont.

La pratique de la lecture à haute voix fait partie de l'acte d'écrire.

Il est lu en soi, à l'intérieur de soi mais aussi pensé pour être lu au groupe. L'écrit s'adresse à l'Autre, et c'est dans cette adresse qu'il y a une inscription dans un lien social.

Dans la lecture à haute voix, s'intriquent le registre de la « pulsion scopique » et le registre de la « pulsion invoquante » (5), autrement dit se trouvent conviés le regard et la voix. Le regard est dirigé vers le spectateur, mais fait retour sur le sujet au contraire de la voix qui va vers l'autre. En cela, il y a une distinction entre le « se faire voir » et « se faire entendre ». Les sujets psychotiques peuvent accorder de l'importance à ce temps du « se faire entendre » qui peut constituer un appel à l'Autre et permettre de maîtriser la jouissance dans un appel au désir de l'Autre. Les sujets psychotiques peuvent recourir à cette pulsion d'appel qui se dirige vers le désir de l'Autre, le « se faire entendre » qui est un appel au Nom du Père et permet l'identité du sujet.

Le lecteur à haute voix se confronte à une forme d'exposition qui ne saurait se résumer à une simple restitution de la chose écrite. Il y a aussi une intention, que veut-on transmettre à l'auditeur ? Quel sens, quelle émotion ? Il y a un travail d'interprétation, soit une élaboration à partir des mots posés sur la feuille pour les rendre saisissables mais aussi les incarner, leur donner vie, une densité, en jouant sur l'énonciation, l'élocution, l'accentuation, le rythme, la respiration et aussi les silences. Le sens et le son sont liés par la voix de celui qui lit.

Avec l'oralisation, le texte se révèle, révèle sa texture. Le lecteur façonne la matière textuelle dans un espace sonore et corporel.

C'est d'autant plus frappant avec les textes qui sont écrits pour être lus lors de la lecture de juin à la médiathèque. Chacun y met son style, son rythme, sa façon propre d'articuler les signifiants entre eux et de les faire résonner. C'est un travail qui fait apparaître la singularité comme parfois la structure psychique. Roland Barthes dit dans son livre « Le plaisir du texte » (4) : « l'écriture à haute voix n'est pas phonologique, mais phonétique ; son objectif n'est pas la clarté des messages, le théâtre des émotions ; ce qu'elle cherche (dans une perspective de jouissance), ce sont les incidents pulsionnels, c'est le langage tapissé de peau, un texte où l'on puisse entendre le grain du gosier, la patine des consonnes, la volupté des voyelles, toute une stéréophonie de la chair profonde : l'articulation du corps, de la langue, non celle du sens, du langage. »

Dans la lecture à haute voix, le corps est convoqué et non sans plaisir. Notamment, celui de pouvoir jouer avec le verbe, mais aussi avec l'expressivité du visage,

5 Les prénoms et tout élément qui pourrait faire reconnaître les patients ont été modifiés. Ce sont les patients eux-mêmes qui ont choisi un autre prénom.

les mouvements du corps. D'ailleurs, souvent les patients énoncent que bien qu'ils appréhendent de lire, de se soumettre au regard et à l'oreille de l'autre, par peur du jugement, de ne pas faire assez bien ou de trop se dévoiler par exemple, le plaisir de lire vient rapidement éclipser les craintes. Parfois même, l'envie de lire devient si forte qu'il oriente l'écriture, par le souhait d'écrire plus de dialogues ou de poèmes.

Toujours dans « le plaisir du texte », Barthes tente de rendre compte d'une typologie des plaisirs de lectures ou des lecteurs de plaisirs dans laquelle il définit (6) : « Le fétichiste s'accorderait au texte découpé, au morcellement des citations, des formules, des frappes, au plaisir du mot. L'obsessionnel aurait la volupté de la lettre, des langages seconds, décrochés, des métalangages (cette classe réunirait tous les logophiles, linguistes, sémioticiens, philologues : tous ceux pour qui le langage revient). Le paranoïaque consommerait ou produirait des textes retors, des histoires développées comme des raisonnements, des constructions posées comme des jeux, des contraintes secrètes. Quant à l'hystérique (si contraire à l'obsessionnel), il serait celui qui prend le texte pour de l'argent comptant, qui entre dans la comédie sans fond, sans vérité, du langage, qui n'est plus le sujet d'aucun regard critique et se jette à travers le texte (ce qui est tout autre chose que de s'y projeter). »

Ce plaisir, c'est aussi ce que peuvent exprimer les participants. À la question « que vous apporte le fait de lire votre écrit à haute voix au groupe ? »⁶, ils ont pu répondre :

« La première fois que j'ai lu en groupe, « je n'étais pas fière », mais personne ne m'a critiquée et ça m'a mise en confiance et maintenant je suis la première pour lire. Je lis beaucoup, mais jamais à haute voix donc pouvoir écrire et se relire m'apporte de la joie et j'aime entendre ce que mes camarades ont écrit sur le même sujet mais avec plein de différences, c'est ça le charme de l'écriture. », Romy.

« Vaincre la timidité et la crainte de déplaire. Améliorer son élocution, voire mettre le ton. Découvrir les textes des autres membres du groupe est un très bon moment dans le déroulé de l'atelier. », Isabelle.

« Avant la lecture au groupe, je stresse de lire mes écrits à haute voix quand je trouve que ce que j'ai fait ne me satisfait pas. Mais c'est un groupe bienveillant. Alors, je mets ma timidité de côté et je lis ce que j'ai écrit. Et ce qui est bien, c'est que l'on ne nous oblige pas à lire si on n'a pas envie. Cela me permet de parler en public comme pour la lecture à la médiathèque. Le fait d'être tous ensemble m'aide à appréhender à me retrouver devant du monde. », Brenda.

« Le fait de lire l'écrit à haute voix permet et oblige aussi à écrire en choisissant les mots qui reflètent le plus possible mes pensées. Et cela d'autant plus que je sais qu'il n'y aura aucun jugement sur ce que j'écris car parfois, certains de mes écrits sont plus sombres que d'autres pour des raisons qui me sont personnelles. Et, je sais que ce que je lis à haute voix n'influencera pas les relations sereines qui existent dans ce groupe pendant l'activité ou même après. De plus, le fait de lire les écrits à haute voix apporte une certaine aisance lors des discussions extérieures au groupe. », Léa

L'impact de la lecture sur le sujet qui lit à haute voix ne se mesure pas aux effets affectifs ou émotionnels mais à l'effet inconscient. User de la voix renvoie au plus intime du sujet en tant qu'elle serait, selon Lacan, la part du cri (le cri du nourrisson) qui n'est pas absorbée dans le réseau de significations.

LE RÔLE « LIANT » DE L'ARTISTE INTERVENANT

Pourquoi ce qualificatif « liant » ? Parce que selon le dictionnaire, c'est à la fois ce qui est propre à lier, qui est souple, élastique, non cassant (médium en peinture, encre d'impression, ...) et aussi ce qui est doux, complaisant, affable, sociable, propre à former des liaisons.

Cet intervenant est le « liant » du groupe de l'HJ/ CMP BS, mais aussi entre les trois groupes qui proposent la lecture commune. Il est celui qui rassemble, coordonne, articule pour fluidifier cette présentation.

Cet auteur qui accompagne le groupe, crée, par sa présence, une autre dimension de liaison. Il fait le lien entre le dedans et le dehors de l'institution de soin. Il n'est pas soignant, il apporte sa technique d'écriture, guide, propose des supports (consignes, citations, images...).

Il donne l'occasion au sujet de ne pas être réduit à sa dimension pathologique mais permet de le relier à sa potentialité créative, à son imaginaire. Sa présence donne aux patients et aux soignants l'opportunité de se décoller des identifications aux troubles psychiques.

Par ses connaissances, son univers artistique et ses relations, l'intervenant ouvre les patients sur un horizon élargi de possibles. La relation à l'écriture et la confiance se sont établies entre tous les membres du groupe dans le temps, avec la temporalité propre à chacun. Les patients témoignent régulièrement de l'attention qu'il leur porte, de sa présence qui accompagne sans brusquer. C'est aussi sa singularité qui fait que sa fonction de « liant » fonctionne, car pour lier, il faut tout d'abord qu'une rencontre ait lieu.

⁶ Question aussi posée lors d'une séance et dans la perspective de l'intervention au colloque GHJPSY « Quand la culture s'invite dans les hôpitaux de jour »

CONCLUSION

Nous avons tenté dans ce texte de rendre compte de l'effet de liaison de l'écriture, de la lecture et du groupe lui-même. En effet, nous avons pu constater dans ces ateliers qu'une transformation de la pulsionnalité mortifère qui délie le sujet a pu donner lieu à une création « sinthomatique » qui renoue les registres Imaginaire, Symbolique et Réel ou au moins à un réaménagement du symptôme et pour tous à une impulsion à la sublimation : « *l'art de la création, c'est la manière dont le sujet a repris son signifiant primordial traumatique de manière assonante. Ils sont toujours là, mais le sujet les a déconstruits de la jouissance du tragique et de la pulsion de mort. Le sujet a inventé à les faire résonner autrement non plus source de ravage mais origine du bénéfice.* » écrit Danièle Rouillon (7). L'atelier permet à chacun d'alléger le poids de certains signifiants au profit de l'expression d'une singularité, d'un style.

BIBLIOGRAPHIE

1. Duras M. *Écrire*. Paris: Gallimard; 1995. 52-53.
2. Duras M. *Écrire*. Paris: Gallimard; 1995. 28.
3. Freud S. *Le malaise dans la culture*. Paris: Presses Universitaires de France; 2002. 34.
4. Barthes R. *Le plaisir du texte*. Paris: Seuil; 1973. 104-105.
5. Lacan J. *Le Séminaire, livre XI: les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil; 1964.
6. Barthes R. *Le plaisir du texte*. Paris: Seuil; 1973. 99-100.
7. Rouillon D. Des éléments inconciliables et pourtant, dans *Destruction-Construction*. In: *Regards croisés des arts: scriptural, pictural, musical et de la psychanalyse*. TAMI; 2013. 108.

LES AUTEURS :

Charlotte BRIDON¹, Sylvie BOULAY LE SOLLEUZ², Stéphane BRANGER³

¹CMP/ HJ Louise Michel, secteur Bourges Sancerre du Centre Hospitalier George Sand,
Rue Louis Michel 34, 18000 Bourges (France)
charlotte.bridon@ch-george-sand.fr

²CMP Louise Michel, secteur Bourges Sancerre du Centre Hospitalier George Sand, Bourges (France)

³Centre Hospitalier George Sand, Bourges (France)

QUAND LA CULTURE SOIGNE : RENCONTRE INÉDITE ENTRE PATIENTS, SOIGNANTS ET L'ASSOCIATION BELGE ARTICLE 27

- Adèle STRUYE, Laura RODRIGUEZ VALLINA, Laurent PIRAT -

RÉSUMÉ - SUMMARY

À l'hôpital de jour psychiatrique « Le Quotidien » à Bruxelles, les sorties culturelles jouent un rôle thérapeutique et social depuis plus de 25 ans.

Nous nous attacherons d'abord à définir la culture. Après les définitions classiques, nous donnerons la parole aux patients. Ceux-ci décrivent la culture comme vitale : elle apaise, ouvre l'esprit, crée du lien et favorise la réinsertion.

Ensuite, nous développerons l'organisation des sorties socioculturelles dans notre hôpital de jour. Chaque semaine, patients et soignants participent à des activités variées (musée, cinéma, théâtre, opéra, etc.). Ces sorties offrent un espace médiateur entre soin et société et renforcent le sentiment d'appartenance et d'existence citoyenne. Elles permettent une relation soignant-soigné plus horizontale. Les sorties permettent aussi de dépasser les représentations élitistes de certains lieux et d'encourager une pratique culturelle qui persiste dans le temps, malgré les obstacles financiers ou psychiques.

Dans la suite de cet article, nous développerons notre collaboration avec l'association belge « Article 27 », qui facilite l'accès à la culture pour les personnes en situation de précarité socio-économique.

Nous nous interrogerons enfin sur la nécessité ou non d'adapter les contenus culturels au public concerné. Nous concluons avec des pistes pour encourager les patients à continuer à fréquenter les lieux culturels après leur fin de séjour à l'hôpital de jour.

MOTS CLÉS : Hôpital de jour psychiatrique - Culture - Inclusion - Sorties socioculturelles - Espace médiateur

WHEN CULTURE HEALS : A UNIQUE ENCOUNTER BETWEEN PATIENTS, CAREGIVERS AND THE BELGIAN ASSOCIATION ARTICLE 27

At the psychiatric day hospital "Le Quotidien" in Brussels, cultural outings have played a therapeutic and social role for over 25 years.

We will begin by defining culture. After the classic definitions, we will give the floor to the patients. They describe culture as vital: it soothes, broadens the mind, creates connections, and promotes reintegration.

Next, we will discuss the organization of socio-cultural outings at our day hospital. Each week, patients and caregivers participate in a variety of activities (museum, cinema, theater, opera, etc.). These outings provide a mediator space between care and society, strengthening the sense of belonging and civic engagement. They allow for a more horizontal caregiver-patient relationship. The outings also help to overcome elitist perceptions of certain places and encourage a sustained cultural practice, despite financial or psychological barriers.

In the following section of this article, we will elaborate on our collaboration with the Belgian association Article 27, which facilitates access to culture for people experiencing socio-economic hardship.

We will then consider the necessity of adapting cultural content to the target audience. Finally, we will offer suggestions for encouraging patients to continue attending cultural venues after their stay at the day hospital.

KEY WORDS : Psychiatric day hospital - Culture - Inclusion - Socio-cultural outings - Mediator space

INTRODUCTION

« Le Quotidien » est un hôpital de jour psychiatrique situé à Bruxelles, en Belgique. Il s'agit d'une structure qui dépend de la Clinique Fond'Roy, elle-même englobée dans le réseau de soins psychiatriques Epsilon. Notre hôpital de jour a ouvert ses portes il y a plus de 25 ans. Jusqu'en 2015, il a accueilli des adolescents et des adultes. En 2015, les adolescents ont été accueillis sur un autre site spécifique et depuis lors, il faut avoir dix-huit ans accomplis pour bénéficier de notre accompagnement.

Nous accueillons en moyenne 35 à 40 patients par jour, du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h. Ces patients souffrent de problèmes psychiatriques divers. La durée de séjour est variable selon le projet du patient, entre quelques mois et 2 ans maximum. Notre équipe est composée d'une quinzaine de professionnels, travaillant généralement à temps partiel : une psychiatre, 5 psychologues, 4 infirmières, 2 éducateurs spécialisés (dont un éducateur sportif), une art-thérapeute, 2 ergothérapeutes, 2 animatrices, une danseuse et une aide hôtelière.

Les ateliers proposés aux patients, qu'ils relèvent du champ de la parole, du créatif, du corporel ou du socioculturel, partagent tous un même objectif : permettre la rencontre avec le patient.

Nous avons choisi d'aborder les sorties socioculturelles que nous proposons chaque semaine au groupe de patients. Les sorties nous conduisent à quitter l'hôpital et aller, ensemble, à la rencontre des lieux culturels. Que voyons-nous, quelles émotions partageons-nous ? Quelles particularités y a-t-il à faire une visite culturelle avec un groupe de patients en souffrance psychique ? Et de quelle culture parlons-nous ? À quoi sert-elle en hôpital de jour ?

QUELQUES DÉFINITIONS DE LA CULTURE

Tout d'abord, commençons par définir la culture.

Selon le dictionnaire en ligne le Robert (1), le mot « culture » a plusieurs significations. Nous retranscrivons ici celles qui nous concernent davantage. Il s'agit de « *l'ensemble des aspects intellectuels, artistiques d'une civilisation ; ensemble des formes acquises de comportement dans les sociétés humaines* » ou encore du « *développement de certaines facultés de l'esprit par des exercices intellectuels appropriés ; ensemble des connaissances acquises* ».

La définition de la culture par l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) (2) nous semble plus complète : « *La Déclaration de Mexico de 1982 sur les politiques culturelles de l'UNESCO définit la culture comme*

l'ensemble des traits spirituels, matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société. Elle englobe les arts, le mode de vie, les droits de l'homme, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. La culture façonne les individus et les sociétés, en favorisant l'unité par le biais de valeurs et de traditions partagées. (...) ».

La culture questionne. Elle éclaire les zones d'ombre, fait émerger des émotions, des contradictions. Elle est vivante, mouvante, parfois inconfortable, et c'est aussi pour cela qu'elle est indispensable. Nous croyons en la culture comme espace de rencontre, de nuance, d'expression et de liberté, dans un cadre où ces dimensions parviennent à coexister, même dans leur complexité.

Nous avons souhaité interroger nos patients de l'hôpital de jour à ce sujet et comme à chaque fois, ils sont justes. Pour certains, la culture est une langue, « *un moment suspendu où l'on peut créer du lien* ». Pour d'autres, la culture est ce qui fait le passage de l'enfance à l'âge adulte. Pour d'autres encore, elle renvoie aux traditions : « *un héritage qui peut aussi se transformer avec le temps, comme Noël ou la Saint-Nicolas* ». « *La culture c'est vital, universel* ». « *C'est une inspiration, une introspection spirituelle* ».

Et à quoi sert-elle, selon eux ?

« *C'est un meilleur appui à la thérapie* ». « *Heureusement que certains musées sont gratuits* ». « *Ça permet de se déconnecter du réel, ça nous sauve* », dira un autre patient.

Mais aussi : « *Ça ouvre l'esprit, ça apaise, c'est un échange, des discussions* ». « *Ça permet de voyager* ». « *Ça aide à avoir un bon moment dans la journée* ». Ou encore : « *Ça adoucit la vie* ».

Ils ajoutent : « *C'est l'importance de créer du lien, ça aide à la réinsertion sociale* ».

« *On peut s'identifier, apprendre à se connaître* ». « *On peut donner son avis, même si on n'y connaît rien* ». « *Donner un avis, c'est se sentir utile* ».

Nos patients ont mis des mots sur des essentiels : créer du lien, opérer un passage, se rencontrer avec soi et les autres, s'énoncer en tant qu'individu faisant partie d'un groupe. Leurs propos nous rappellent à quel point ils trouvent du sens dans les sorties socioculturelles proposées.

LES SORTIES SOCIOCULTURELLES À L'HÔPITAL DE JOUR PSYCHIATRIQUE « LE QUOTIDIEN »

Abordons maintenant l'organisation des sorties au sein de notre hôpital de jour psychiatrique « Le Quotidien ». L'une des spécificités d'un hôpital de jour est de pouvoir faire le lien entre le soin et la société, c'est pourquoi

des sorties socioculturelles ont été organisées dès la création du « Quotidien ». On note cependant trois phases dans la réflexion autour de ces sorties. Dans un premier temps, il y avait deux propositions de sortie et tous les patients présents devaient y participer. Certains y échappaient en se cachant ou en étant systématiquement absents ce jour-là. Dans un deuxième temps, nous avons proposé une alternative : un atelier polyvalent ou une sortie. Depuis quelques années, il y a plusieurs choix d'activités, dont la sortie, qui n'est donc plus obligatoire. Nous gardons cependant l'idée de privilégier les sorties et d'inciter les patients à y participer. Pour le choix des sorties, au départ, un groupe de patients participait activement à leur organisation en amont : choisir la sortie, se renseigner, appeler pour réserver, chercher l'itinéraire, etc. Mais le groupe « préparation des sorties » a eu de moins en moins de succès, et souvent, ceux qui proposaient les sorties n'y participaient pas. Actuellement, notre collègue éducateur Laurent Pirat a repris l'organisation des sorties. Il fait un choix arbitraire de sorties pour le mois suivant. Ce choix est alimenté par l'expérience des sorties passées, par les propositions formulées par des partenaires culturels ou par les patients lors de discussions informelles. Nous proposons des sorties variées : cinéma, exposition, théâtre, pétanque, opéra, bowling, participation à des événements collectifs/citoyens, billard, visites d'entreprises, etc. Se projeter dans une sortie future, c'est déjà un mouvement important. Parfois, les patients s'inscrivent avec l'intention de venir mais n'y parviennent pas le jour même. Nous considérons, même si cela entraîne des désagréments d'organisation, que cela est préférable à une absence totale d'inscription.

Depuis de nombreuses années, en été, de mi-juin à mi-septembre, nous proposons des sorties à la journée : une journée à la mer ou à la découverte d'une ville belge, dans un parc d'attractions, à l'accrobranche, une descente de cours d'eau en kayak, etc. Certains patients nous disent que ce sont leurs vacances. Certaines sorties sont devenues des rituels, sont attendues l'année suivante, comme la journée à la mer ou le kayak.

Faire des sorties avec les patients, c'est leur proposer un espace médiateur au sein duquel le patient, le soignant et la société vont cohabiter et tenter de se rencontrer. Cet espace se vit de façon singulière à chaque fois car chaque sortie est différente : ce n'est pas le même groupe de patients, ce ne sont ni les mêmes lieux, ni les mêmes intervenants. Ce mouvement ne va pas de soi pour beaucoup de nos patients : cela représente un coût psychique important. Certains nous disent : « C'est trop compliqué pour moi de ressortir. Je sors déjà de chez moi le matin pour arriver au « Quotidien », ça me demande beaucoup d'efforts alors ressortir ailleurs, c'est trop ». Cependant, nous faisons ici l'hypothèse que

quitter un lieu connu avec ses soignants vers un inconnu pourra permettre à certains une forme de mise au travail du rapport à l'autre, du rapport à la découverte, au potentiel plaisir, aux émotions qui émergent. Nous avons le sentiment qu'ils s'appuient sur notre capacité à faire écran mais aussi tiers avec le monde extérieur, comme ils le nomment. Nous représentons une forme d'interface entre eux et la cité, avec tout ce qu'elle incarne (les transports en commun, les magasins, la foule, etc.).

Sortir ensemble, c'est faire partie d'un collectif. Dès que nous passons le seuil du « Quotidien », nous partons ensemble vers les transports en commun qui nous mèneront à notre lieu de visite. Du temps de la mise en route à la fin de journée, il y a une place centrale pour l'informel, dans une relation plus horizontale. Nous sommes confrontés ensemble au monde extérieur et à la manière d'y faire face. Cela renforce chez les patients un sentiment d'exister au sein d'une société.

En tant que soignants, nous restons les garants de la construction et du maintien d'un cadre contenant jusqu'à la fin de journée. Les patients nous font confiance et nous percevons très vite leur besoin d'être portés à la fois par notre désir d'y aller mais aussi par notre supposée capacité à pouvoir organiser cette sortie.

Nous n'assistons pas au préalable à toutes les pièces de théâtre, projections de films ou expositions proposées aux patients. Nous nous renseignons en amont mais il reste souvent une part de surprise et d'imprévu dans ce à quoi nous allons assister, ensemble, et sur les effets que cela aura sur chacun de nous. Tout en assurant un cadre sécurisant, nous ne contrôlons pas tout et nous pensons que cette part de surprise est à maintenir parce qu'elle fait partie de la vie. Une fois le périple du trajet de tram ou de train terminé, nous sommes souvent accueillis par un guide, un intervenant ou un médiateur culturel. Au musée, les guides ignorent que nous sommes un groupe venant d'un hôpital de jour psychiatrique. Lorsque la question nous est posée, nous répondons que nous sommes un groupe de sortie. Nous tenons à maintenir cette discrétion autant que possible, ce que nos patients apprécient.

Est-ce que le guide aurait un discours différent en sachant que nous venons d'un lieu de soins psychiatriques ? Quelles seraient ses représentations de la maladie mentale ? Se sentirait-il moins à l'aise en abordant certains sujets ? Devrait-il adapter son discours à notre public ? Si oui, jusqu'à quel point et comment ne pas le dénaturer ? Et s'adapter à quoi ? Nous y reviendrons un peu plus loin dans l'article.

Beaucoup de patients découvrent les musées via les sorties. Nous observons souvent un véritable émerveillement. Certains partagent leur plaisir de découvrir de nouveaux lieux mais aussi de voir émerger

de nouvelles ressources internes. Ils découvrent parfois des lieux qu'ils n'auraient pas osé ou imaginé visiter un jour. Les patients parviennent souvent à questionner et parfois à dépasser leur représentation des lieux culturels, vécus par certains comme élitistes. Pour ces personnes, il s'agit de désacraliser ces endroits pour qu'ils se sentent légitimes d'y retourner un jour sans le groupe. L'opéra, par exemple, souffre encore de cette réputation de lieu réservé à une élite. Plusieurs fois par an, nos patients ont l'occasion d'aller voir la dernière répétition d'un opéra. Beaucoup d'a priori tombent à ce moment-là pour faire place à un véritable intérêt. Citons au passage l'existence de l'association belge « Un pont entre deux mondes » qui souhaite rendre le monde de la musique, du chant et de l'opéra plus accessible aux publics fragilisés.

Certains patients, à la sortie d'une exposition de peinture, vont vouloir s'essayer à une technique picturale « à la manière de » lors d'un atelier de peinture au sein de l'hôpital de jour. D'autres vont découvrir le plaisir immense d'aller au cinéma ou d'y retourner parfois pour la première fois depuis des années. Parfois, cela leur donnera l'envie d'y retourner avec leur famille ou des amis, en dehors de l'hôpital de jour. Les patients découvrent alors que la culture leur est accessible, simplement parce qu'elle est là, sans connaissance préalable nécessaire. Nous percevons à quel point, dans ces moments-là, se restaure en eux le sentiment d'appartenir à une société.

« On a de la chance, vous nous gêtez ». « J'ai appris plein de choses, ça fait du bien, ça fait penser à autre chose pendant quelques heures ». « Heureusement qu'on a un guide, parce que je n'y connais rien en art ». Voilà quelques mots des patients au détour d'une sortie.

Faire offre d'un moment culturel redonne à nos patients le sentiment d'exister. Neuburger (3) nous rappelle d'ailleurs que le sentiment d'exister est différent de celui de se sentir vivant, de sentir battre son cœur ou de constater simplement que ça bouge à l'intérieur de soi. *« C'est le sentiment d'appartenir à une communauté. Il nous renvoie à la quête de notre identité, dans notre propre famille et dans la société. Cela fait appel à notre sentiment d'appartenance, notre place dans le collectif ».*

Exister pour l'autre, c'est parvenir à s'énoncer. C'est se placer en tant que sujet pensant, ayant un avis et un ressenti propre. Pouvoir le partager à l'autre est, selon nous, ce que nous cherchons à faire émerger chez nos patients. Ces sorties permettent une démocratisation de la culture pour nos patients qui ont souvent un vécu de marginalité. Exister pour une société, c'est aussi arrêter de se dire qu'en tant que malade, on représente un coût, qu'on doit faire preuve d'une gratitude sans faille mais aussi faire preuve d'une certaine discrétion

voire d'invisibilité. L'effet des sorties culturelles est vraiment de véritablement remettre nos patients à leur place de citoyens légitimes, prenant leur place dans le social. Enfin, un effet majeur de nos sorties est l'impact émotionnel sur nous tous. Ces émotions vécues conjointement humanisent davantage le lien soignant-soigné, comme dans l'exemple suivant :

Un jour, après le vote des patients pour le choix du film, nous nous rendons au cinéma pour voir « TKT », sorti le 9 octobre 2024. Ce film évoque avec beaucoup de justesse le harcèlement scolaire et la responsabilité collective en jeu. Lors de la présentation du film aux patients, nous évoquons la thématique, sans plus. Au cinéma, nous découvrons le film ensemble. Il est très touchant, les intervenants sont émus aux larmes. À la sortie du cinéma, nous sommes tous sans voix. La coutume veut que nous fassions une clôture de la journée avant que chacun ne rentre chez soi. Ce jour-là, nous sentons que nous avons tous été très émus, bouleversés, pour des raisons différentes. Les patients voient notre émotion, ils la devinent en voyant nos yeux rougis. Nous partageons avec eux nos ressentis. Presque tous nos patients partagent leur souvenir d'avoir été victime de harcèlement à l'adolescence. Les souvenirs sont encore très vivants. Nous percevons que ce genre de sorties fait tomber certaines barrières ou codes de l'hôpital. Les patients ont accès différemment à nous et à notre sensibilité. Nous observons que cela a un effet rassurant sur eux. Comme si cela légitimait leurs propres émotions : nous sommes simplement un groupe d'humains qui partageons des émotions communes, ensemble.

L'ASSOCIATION BELGE ARTICLE 27

Nous souhaitons maintenant aborder notre collaboration avec l'association Article 27. Cette association belge se donne la mission de sensibiliser et de faciliter la participation culturelle pour toute personne vivant une situation sociale difficile. Catherine Gros Lambert, intervenante de l'association, a contribué à la réflexion de cette partie de l'article visant à expliquer au mieux cette initiative et ce qu'elle apporte aux bénéficiaires.

La culture doit rester accessible à tous. Selon l'Article 27 de La Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies (4), *« Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent ».*

L'association Article 27 rappelle qu'il faut plus que jamais construire l'inclusion, que c'est un impératif issu des luttes humaines. Entre 2023 et 2025, les membres de cette association ont mené une réflexion en réseau sur le thème de « Cultivons l'inclusion » (5). Pour eux, *« chacun.e peut participer pleinement à la vie culturelle sans devoir justifier ses fragilités ou ses*

obstacles personnels ». Ils ajoutent : « Humanité, équité, coopération, inclusion : ces piliers construisent les fondations d'une possible représentation des diversités humaines et des diversités des points de vue au sein de tout projet artistique, social et de médiation culturelle ».

Depuis quelques années, nous bénéficions d'un partenariat avec l'association Article 27. Elle nous apporte un soutien sur le plan financier, par l'intermédiaire de tickets, mais aussi en menant des actions de médiation culturelle (ateliers, visites guidées, etc.). Cela nous permet d'organiser davantage de sorties en groupe mais aussi d'en faire bénéficier individuellement les patients en dehors de l'hôpital de jour. Avec un ticket, le patient paie 1,25€ pour une place, quel que soit le prix habituel dans le lieu culturel. Il peut aussi bénéficier d'un deuxième ticket mensuel pour un accompagnant de son choix.

ADAPTATION DES CONTENUS CULTURELS AU PUBLIC CONCERNÉ

Enfin, nous nous sommes interrogés sur la nécessité ou non d'adapter les contenus culturels au public concerné. Les musées et autres institutions culturelles apparentées sont conçus fatalement selon un étalon majoritaire. Toute exposition, tout lieu culturel est imaginé par rapport à un public étalon. De la hauteur des marches d'escalier aux intitulés des événements, de l'organisation d'un parcours à l'image choisie pour une affiche, c'est la figure exemplaire d'un visiteur-type qui se dessine derrière chaque choix. La médiatrice culturelle Cécilia de Varine (6) différencie visiteur rêvé et visiteur réel. Elle distingue deux grandes catégories de publics : un public majoritaire, non pas par le nombre mais par le fait qu'il a été imaginé par ceux qui ont conçu l'exposition ou le lieu. Il est composé de personnes qui poussent sans grande difficulté la porte du lieu culturel et qui se sentent à l'aise avec les règles du lieu. L'autre catégorie regroupe l'ensemble des personnes qui ne se sentent pas totalement autorisées à faire usage du lieu culturel en question. On les appellera publics minoritaires, du fait de leur diversité et de l'attention spécifique qu'il est nécessaire de leur accorder. Ils portent en eux la difficulté d'être reconnus comme légitimes et le sentiment qu'il leur manque quelque chose pour passer inaperçu ou pour se sentir à l'aise dans ce genre de lieu. Ils ont une expérience de l'exclusion et ne se sentent pas autorisés à jouir de ce bien commun qu'est le musée. Pourtant, toujours selon Cécilia de Varine (6), il y a un réel intérêt à accueillir les personnes les plus singulières. S'appuyer sur leurs spécificités, leurs difficultés et leurs compétences permet de transformer les choses en profondeur. Elle illustre son propos : « Si un aveugle bute sur une marche d'escalier, n'est-ce pas l'ensemble des publics qui profitera de l'amélioration de cette marche ? Si un jeune n'arrive pas à déchiffrer une étiquette, n'est-ce pas l'ensemble des

visiteurs qui profitera de l'amélioration de la présentation scripturale ? Ce qu'on fait pour améliorer l'accueil de chaque visiteur, on le fait pour tous les publics. Bien plus que le public majoritaire qui n'exige souvent que des aménagements de confort, les publics minoritaires nous offrent la possibilité de repenser avec exigence le sens de l'institution dans sa capacité à être au service de tous et de la collectivité. »

Selon notre expérience avec les patients du Quotidien, une visite guidée peut être adaptée à notre public de patients mais pas de façon excessive. En partant d'une bonne intention, cela peut mettre les patients très mal à l'aise si le guide utilise un vocabulaire ou des références trop simplistes ou infantilisantes. Heureusement, cela arrive très rarement. L'adaptation se fait plutôt autour de la thématique ou par l'angle d'approche de l'exposition visitée.

Le fait d'être accueilli de manière personnalisée est très important : les patients se sentent attendus et privilégiés. Les ateliers préparatoires à la visite permettent souvent de rencontrer les artistes qui nous partagent leur processus créatif. Enfin, après un spectacle, les bords de scène donnent la parole au public et permettent plus d'horizontalité avec les artistes.

ET APRÈS ?

À l'issue du séjour à l'hôpital de jour, les patients poursuivront-ils une pratique culturelle ? Les conditions financières avantageuses (notamment via les tickets Article 27) prendront fin avec leur séjour (sauf pour certaines personnes qui bénéficient d'une aide sociale). Alors, quelles alternatives proposer ? Nous avons la chance d'être implantés dans une capitale où l'offre culturelle est abondante. Le site de l'association Article 27 recense des propositions de sorties gratuites et accessibles à tous. Citons aussi l'initiative des prescriptions muséales, qui permettent de visiter certains musées de Bruxelles gratuitement. Ajoutons que de plus en plus de lieux de spectacles proposent des systèmes « Pay what you can », afin que le prix ne soit pas un frein à l'accès à la culture.

Cependant, nous nous rendons compte que l'aspect financier n'est pas toujours le frein principal. C'est plutôt le fait de devoir initier une sortie culturelle, d'autant plus quand la personne est seule. Certains patients se voient en dehors de l'hôpital de jour pour se rendre ensemble à des sorties et continuent à le faire après leur séjour. Et nous espérons que les patients se serviront de leur expérience des sorties socioculturelles hebdomadaires à l'hôpital de jour pour pousser eux-mêmes, sans nous cette fois, la porte d'un lieu culturel.

En septembre 2025, nous avons franchi une étape supplémentaire dans ce que nous avons proposé aux patients en matière de sorties. Une journée complète

du « Quotidien », avec les accueils, groupes de parole, repas et ateliers/activités, s'est déroulée hors des murs, en plein air, dans un parc forestier de Bruxelles. Toute l'équipe et tous les patients se sont donc retrouvés en dehors des murs, et cela a été l'occasion pour tous d'expérimenter la rencontre autrement. Notre aide hôtelière et la psychiatre ont, par exemple, eu l'occasion de participer à un atelier d'improvisation avec les patients. Ce fut l'occasion de nous rencontrer et d'apprendre à nous connaître autrement, en dehors d'un bureau ou d'un lieu de soins. Le temps d'une sortie, certaines barrières tombent et la relation est plus horizontale, d'humain à humain. Nous sommes persuadés que cela enrichit grandement le soin.

CONCLUSION

Tout au long de cet article, nous avons décrit l'usage que nous faisons des sorties socioculturelles dans notre hôpital de jour. Ces sorties prennent une place importante dans le programme d'activités proposé aux patients. Nous avons explicité ce que la culture et les sorties socioculturelles apportent aux patients et à la relation soignant-soigné. Elles permettent aussi aux patients de pouvoir s'énoncer et de se sentir exister au sein d'une communauté et de la société. Nous avons ensuite abordé notre collaboration avec l'association belge Article 27, puis discuté de l'adaptation des contenus culturels au public concerné. Nous avons conclu en ouvrant les horizons : durant le séjour des patients mais aussi après leur passage à l'hôpital de jour.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Robert. Définition: culture. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/culture>
2. UNESCO. À propos de la culture. Disponible sur: <https://www.unesco.org/fr/culture/about>
3. Neuburger R. Le sentiment d'exister. *Un psy dans la ville*. France Inter; 2013. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/un-psy-dans-la-ville/le-sentiment-d-exister-4196026>
4. Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
5. Article 27 Bruxelles. *Cultivons l'inclusion*. Disponible sur: https://bruxelles.article27.be/IMG/pdf/250917_reseaux_en_reflexion_2025_web.pdf
6. De Varine C. L'accueil de tous au musée, au risque du changement. *L'Observatoire*. 2007;(32):31-34. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-l-observatoire-2007-2-page-31?lang=fr>

LES AUTEURS :

Adèle STRUYE, Laura RODRIGUEZ VALLINA, Laurent PIRAT

Epsilon-Clinique Fond'Roy
Avenue Jacques Pastur 49, 1180 Uccle (Belgique)
a.struye@epsilon.be

FACE À LA PÉDOPSYCHIATRIE : LA CULTURE TAMOULE ENTRE AUTISME ET MÉDIATIONS DE SOIN

- Nikita BERGEN -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Les manières de percevoir, nommer et comprendre les troubles du développement sont socialement et culturellement codées. La vision de l'autisme telle qu'elle s'inscrit dans la pédopsychiatrie française, et plus largement dans les modèles occidentaux, peut ainsi entrer en décalage avec les cadres de référence des familles issues d'autres contextes culturels. Ces écarts, loin d'être de simples malentendus culturels, traduisent des cadres de pensées et de développement distincts autour de l'enfance, de la parentalité et de la maladie.

À partir de situations cliniques et de réflexions issues de la rencontre avec la clinique de l'autisme et de la culture tamoule, cet article interroge la place des transmissions culturelles invisibles dans les parcours de soins et les ajustements nécessaires au sein des dispositifs institutionnels. Cette réflexion s'inspire de la clinique rencontrée en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en centre médico-psychologique.

La médiation thérapeutique, qui étaye les pratiques institutionnelles, permet d'accueillir une pluralité de représentations du développement lorsqu'un espace de traduction entre les mondes des parents et des soignants est possible. Ce travail devient indispensable afin de soutenir l'alliance thérapeutique. L'usage des médiations peut offrir un cadre contenant dans lequel les différences culturelles sont susceptibles d'être élaborées plutôt qu'invisibilisées.

Cette approche propose de penser la rencontre clinique non pas comme une différence à réduire ou à corriger, mais comme un travail de co-élaboration à inclure dans nos cultures de soin.

MOTS CLÉS : Pédopsychiatrie - Autisme - Groupe thérapeutique - Médiation - Approche transculturelle - Culture tamoule

IN RELATION TO CHILD PSYCHIATRY : TAMIL CULTURE BETWEEN AUTISM AND THERAPEUTIC MEDIATIONS

Ways of perceiving, naming, and understanding developmental disorders are socially and culturally shaped. The representation of autism as it is embedded in French child psychiatry, and more broadly in Western clinical models, may therefore differ from the reference frameworks of families from other cultural contexts. These discrepancies, far from being mere cultural misunderstandings, reflect distinct frameworks of thought and development concerning childhood, parenting, and illness.

Drawing on clinical situations and reflections arising from encounters between autism care and Tamil cultural contexts, this article examines the role of invisible cultural transmissions within care pathways, as well as the adjustments required within institutional settings. This reflection is grounded in clinical practice developed in a part-time therapeutic care center (CATTP) and in a community mental health center.

Therapeutic mediation, which underpins institutional practices, makes it possible to welcome a plurality of representations of development when a space for translation between worlds can be created between parents and professionals. This work becomes essential in order to support the therapeutic alliance. The use of mediations may offer a containing framework in which cultural differences can be elaborated rather than rendered invisible.

This approach proposes to conceive the clinical encounter not as a difference to be reduced or corrected, but as a process of co-construction to be fully integrated into our cultures of care.

KEY WORDS : Child psychiatry - Autism - Therapeutic group - Mediation - Transcultural approach - Tamil culture

INTRODUCTION

La prise en charge des troubles du développement chez l'enfant en pédopsychiatrie peut illustrer des tensions entre recommandations institutionnelles, pratiques cliniques et expériences familiales. Parmi les divers troubles rencontrés, l'autisme, défini par des altérations persistantes de la communication et des comportements ou intérêts restreints et répétitifs (1), constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, avec une prévalence en constante augmentation (2). Cette progression du nombre de diagnostics d'autisme reflète à la fois un élargissement de critères diagnostiques, une meilleure reconnaissance clinique et une sensibilisation renforcée auprès des professionnels (2,3,4).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonnes pratiques, afin d'améliorer l'évaluation et l'accompagnement des enfants et adolescents avec autisme (5). Le diagnostic repose sur un examen clinique pluridisciplinaire, complété par l'utilisation d'outils lorsque cela est jugé nécessaire. Ce cadre vise à homogénéiser les pratiques, mais il se confronte à la complexité persistante du diagnostic, aussi bien au plan clinique qu'institutionnel. Comme l'a souligné Golse (6), le diagnostic d'autisme reste marqué par une ambiguïté institutionnelle, car son inscription dans la catégorie plus large des troubles du neurodéveloppement (TND) regroupe des entités très hétérogènes, ce qui brouille parfois les repères pour les professionnels comme pour les familles.

Au niveau des familles, d'autres difficultés se dessinent par des retards fréquents dans l'accès au diagnostic et aux soins. Le manque de moyens en pédopsychiatrie, les disparités sur le territoire et les structures saturées accentuent la complexité des parcours, au point que de nombreuses familles se heurtent à des ruptures de suivi ou à des délais prolongés. Ces obstacles concernent l'ensemble des enfants, mais ils s'avèrent encore plus marqués pour ceux issus de l'immigration, dont les parents rencontrent souvent des barrières linguistiques et culturelles supplémentaires (7,8).

La migration, entendue comme le déplacement de personnes entre pays, peut répondre à des motifs variés tels que le travail, l'exil, le regroupement familial et le déracinement (9). En France, elle concerne une part importante de la population : près d'un enfant sur trois grandit avec au moins un parent immigré (10). Ce mouvement entraîne des réorganisations identitaires complexes à double appartenance culturelles, où s'entrecroisent langue, histoire et transmission (11,12). Ces enjeux se révèlent avec force dans le champ de la pédopsychiatrie puisque, la culture oriente les représentations de la santé, de la maladie et des soins (13).

Le travail du clinicien induit une place centrale à la question diagnostique puisqu'elle constitue le socle

du cadre biomédical (12,14). Cette logique ne correspond pas toujours aux attentes ni aux représentations des parents qui s'appuient sur d'autres systèmes explicatifs. Cela invite à interroger la place de la culture dans nos propositions de soin, afin de construire une compréhension partagée, essentielle à l'accompagnement des familles. Nous nous intéressons ici plus particulièrement à la population tamoule, très présente en Île-de-France (15,16). Elle est issue de trajectoires migratoires diverses : pour les familles originaires du sud de l'Inde, il s'agit le plus souvent de migrations économiques facilitées par l'histoire coloniale ; pour les familles venues du Sri Lanka, il s'agit davantage d'exils liés au contexte géopolitique du pays. Aujourd'hui, ces familles se rassemblent en diaspora sous une appellation commune : les Tamouls et partagent des référentiels culturels, linguistiques et religieux forgeant une identité collective qui se métisse continuellement au contact de la migration.

C'est dans ce cadre que nous questionnons la place des représentations culturelles parentales lorsqu'un trouble du neurodéveloppement est suspecté. Comment ces représentations influencent-elles la manière dont les dispositifs institutionnels sont investis ? Et, plus largement, de quelle façon le clinicien peut-il s'appuyer sur elles pour soutenir la relation thérapeutique ?

EXPÉRIENCE DES PARENTS FACE AU DIAGNOSTIC D'AUTISME

COMPRÉHENSION PARENTALE DU DIAGNOSTIC ET POIDS PSYCHIQUE

Dans le champ biomédical occidental, le diagnostic repose sur la sémiologie clinique : entre observation et usage d'outils standardisés (1). Il vise à identifier et classer des symptômes selon des critères universels. Ce modèle, hérité de l'histoire médicale nord-américaine, puis européenne, s'appuie sur une conception rationnelle et objectivante de la santé mentale. Présenté comme neutre, il tend à invisibiliser d'autres manières de concevoir la maladie, le développement et la parentalité (11,14). Pour les familles issues de la migration, le terme de diagnostic ne se limite pas à la description de signes observables. Il s'inscrit dans des systèmes explicatifs plus vastes, mêlant étiologies, ontologies et soins traditionnels (12,17). L'annonce d'un trouble chez l'enfant devient ainsi une épreuve psychique autant qu'un enjeu de sens. La quête d'une explication : « pourquoi cela arrive ? », dépasse la simple exploration biologique. Elle engage la place de l'enfant dans la famille, la parentalité et les croyances culturelles. Chez les parents tamouls, l'annonce du diagnostic d'autisme suscite d'abord un sentiment d'inquiétude mêlé d'incompréhension. Le mot « autisme », souvent répété après avoir été prononcé par les professionnels,

reste abstrait, difficile à s'approprier. L'absence de traduction et d'explication claire amplifie le désarroi et la culpabilité, surtout lorsque les examens somatiques sont normaux. Le diagnostic ne vient pas apaiser mais ravive de vives inquiétudes concernant la place de l'enfant et ses enjeux. Ce n'est qu'au fil du temps et de leurs expériences que les familles réélaborent la signification de ce terme et construisent leur propre compréhension du trouble. Dans cette élaboration, les parents s'appuient sur différents soutiens : la communauté tamoule (familles, professionnels de santé de même origine), les échanges avec d'autres parents, ou les contenus en ligne. Ces espaces leur permettent d'articuler le discours médical à leurs propres repères culturels (18). Toutefois, la dimension étiologique reste souvent au premier plan : la blessure narcissique et le sentiment d'impuissance persistent. L'étiologie du trouble du spectre de l'autisme (TSA) étant reconnue comme multifactorielle, entre facteurs génétiques, environnementaux et épigénétiques (4,19), cette absence de cause unique laisse un vide symbolique difficile à combler.

Ces divergences de lecture entre cliniciens et familles ne sont pas nécessairement sources de conflit, mais elles peuvent nourrir des malentendus lorsqu'elles ne sont pas reconnues. L'approche transculturelle vise précisément à rendre ces écarts visibles pour en faire des appuis de compréhension plutôt que des obstacles à l'alliance (11). Le risque, sinon, est de renforcer le décalage entre un discours institutionnel centré sur la norme développementale et une parole parentale en quête de sens. Reconnaître cette pluralité de représentations, c'est déjà instaurer une rencontre thérapeutique plus équilibrée.

FONCTIONNEMENTS SOCIÉTAUX ET IDENTITÉS EN JEU

La migration confronte les familles à une double appartenance, prise entre filiation et affiliation (12). Cette tension crée un espace d'entre-deux où les représentations du développement, de la santé et du soin doivent constamment être réajustées. Cet équilibre fragile peut nourrir un sentiment de décalage, voire de contrainte chez les parents tamouls qui se retrouvent face aux institutions médicales avec l'impression de devoir suivre ce qui est proposé, même lorsque leurs inquiétudes ne sont pas encore consolidées (18). Cette confrontation à de nouveaux modèles normatifs peut être vécue comme une mise à l'épreuve de leurs propres repères et parfois comme une injonction à penser et agir autrement. D'autres au contraire, hésitent à consulter, redoutant d'être jugés sur leur manière d'élever l'enfant.

L'exemple du développement du langage illustre bien ce décalage. Dans la culture tamoule, un enfant qui parle peu n'est pas nécessairement considéré comme

préoccupant car jusqu'à 6 ans, il est considéré en pleine croissance. C'est une fois plongé au sein du groupe de pairs, au regard du collectif, qu'il en devient questionnant lorsque le retard ne se résorbe pas (20). À l'inverse, les institutions françaises, centrées sur le repérage précoce, valorisent la détection des écarts dès les premières années. L'enfant qui parle peu est rapidement orienté vers une évaluation. Ce décalage temporel dans la perception du développement peut être source de malentendus : les parents, sollicités pour s'inquiéter d'un signe qu'ils ne perçoivent pas encore comme pathologique, peuvent vivre le dépistage comme une injonction (18).

La grille de lecture occidentale, centrée sur l'autonomie, la communication verbale et l'individuation peut induire ce vécu auprès des parents issus de la migration, notamment dans d'autres contextes, où la socialisation repose davantage sur le système collectif environnant et la continuité relationnelle.

Dans cette perspective, la culture ne peut être considérée comme un simple arrière-plan. Elle structure la clinique, oriente la manière dont les signes sont perçus et interprétés et influence directement la relation avec les institutions. Dans la rencontre clinique, reconnaître ces dynamiques transculturelles c'est aussi reconnaître les ressources qu'elles mobilisent. L'alliance de soin ne repose pas seulement sur l'adhésion au dispositif institutionnel, mais sur la possibilité donnée à chacun d'y inscrire ses propres cadres de sens.

Ainsi, la migration ne produit pas uniquement des tensions ; elle ouvre aussi des potentialités d'invention clinique. Le clinicien, confronté à cette pluralité, cherche des nouveaux modes d'accueil actualisés.

LES ESPACES THÉRAPEUTIQUES : ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF ET MÉDIATIONS

PRISES EN CHARGE GROUPALES ET MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUES

La prise en charge des enfants autistes s'appuie aujourd'hui sur une pluralité de dispositifs. L'objectif est d'accompagner l'enfant dans son développement global, en soutenant ses capacités relationnelles, cognitives et affectives.

Dans les hôpitaux de jour (HDJ), les centres médico-psychologiques et CATTP, les prises en charge groupales occupent une place centrale. Elles offrent aux enfants un cadre structuré et contenant, où la dimension collective devient un levier thérapeutique majeur. Le groupe agit comme un espace transitionnel : il favorise l'attention conjointe, l'imitation et la communication, autant de compétences souvent fragilisées. Il permet

aussi de soutenir le sentiment d'appartenance, de réduire l'isolement (Golse, 2006 ; Vez, 2014).

La question du transfert y prend une place particulière. Dans les prises en charge individuelles, la relation duelle peut être vécue comme trop intense par l'enfant autiste, qui éprouve parfois des difficultés à traiter et intégrer une interaction frontale. Pour les professionnels également, le groupe permet la diffraction : il aide à contenir les projections massives d'angoisse, favorise la mise en commun et la narration de l'expérience clinique (21,22).

L'histoire des prises en charge institutionnelles des enfants autistes en France est étroitement liée à l'invention et au développement de médiations thérapeutiques. Dès les années 1960-1970, plusieurs équipes hospitalières ont expérimenté des dispositifs originaux : ateliers de peinture, de modelage, de musique, ou encore des médiations plus singulières, comme l'eau à l'hôpital de La Borde. Ces dispositifs illustrent bien la créativité nécessaire pour rencontrer ces enfants autrement que par la seule parole (23).

Aujourd'hui encore, les prises en charge groupales reposent largement sur l'usage de ces médiations : jeux, musique, danse, activités motrices. Ces supports constituent des voies d'accès essentielles à la relation. La médiation ouvre un espace où l'enfant peut s'exprimer autrement que dans la confrontation directe, ce qui contribue à atténuer les angoisses archaïques souvent massives dans l'autisme (21), et permet la construction progressive d'un espace de pensée partagé (23).

Ces dispositifs, qui font sens pour les soignants dans les contextes institutionnels occidentaux, ne sont pas toujours perçus de la même manière par les familles issues de la migration alors que l'adhésion des parents aux soins est étroitement liée à la qualité de l'alliance thérapeutique : plus les familles comprennent le sens des pratiques proposées et en reconnaissent la valeur, plus elles peuvent accompagner leur enfant et coopérer avec l'équipe soignante (22,24).

À l'inverse, lorsque la logique des médiations apparaît étrangère ou décalée par rapport aux repères culturels des familles, cela peut entraîner des incompréhensions, voire un désengagement progressif, notamment lorsqu'il est attendu des soins une orientation plus rééducative, centrée sur l'amélioration des performances de l'enfant.

EXEMPLE CLINIQUE : LE GROUPE À MÉDIATION DANSE

C'est dans cette perspective qu'il importe d'interroger la place des médiations et les influences culturelles qui les traversent. Certaines médiations, comme la danse ou la musique, mobilisent une analyse particulière, tant elles sont porteuses de valeurs et de significations différentes selon les contextes.

Dans le champ des modèles biomédicaux dominants, la musique est utilisée comme outil thérapeutique : elle facilite la communication, soutient l'expression émotionnelle et stimule les fonctions cognitives et sociales. Chanter ensemble, marquer un tempo ou improviser devient une manière d'entrer en contact avec l'enfant autiste sans recourir uniquement au langage verbal. Les travaux en musicothérapie ont montré ses effets positifs sur la réduction de l'anxiété, l'attention conjointe, la communication non verbale et le renforcement des interactions sociales (24).

La danse, comme médiation corporelle, permet à l'enfant de se relier à son corps, de travailler la coordination et le rythme, tout en explorant des formes de communication non verbales à travers le mouvement. En contexte groupal, elle favorise la synchronisation, l'imitation et l'alternance entre initiation et reproduction. La danse-thérapie a ainsi montré son intérêt dans l'accompagnement des enfants autistes pour la régulation émotionnelle et l'ouverture relationnelle (25,26).

La signification des médiations utilisées peut être profondément différente entre les systèmes de lecture.

Dans le contexte tamoul, la musique a longtemps été intégrée avant tout aux rituels collectifs et au cinéma. Les chansons de films, largement diffusées et partagées dans la diaspora, constituent de véritables marqueurs identitaires (27). Elles accompagnent les grands moments de la vie (fêtes, rituels et deuils) et soutiennent l'expression des émotions dans une dimension communautaire. La fonction de la musique n'est donc pas thérapeutique au sens occidental, mais émotionnelle et identitaire : elle agit comme un lien avec la culture d'origine et soutient une continuité symbolique (28).

Quant à la danse, elle occupe une place plus ritualisée et codifiée. Héritière de traditions telles que le Bharatanatyam en Inde du Sud, elle mêle expression corporelle, rythme et narration mythologique. Elle porte un langage spirituel et culturel, inscrivant le corps dans une histoire et un univers symbolique (28,29). Ainsi, si musique et danse occupent des places privilégiées dans les dispositifs thérapeutiques du cadre biomédical, elles n'ont pas le même statut dans la culture tamoule.

Un exemple clinique illustre concrètement cette question. Dans un groupe thérapeutique de danse, une enfant tamoule, que nous appellerons Shayira, participait à des séances organisées autour d'une playlist volontairement diversifiée.

Au début de l'année, Shayira réalisait quelques mouvements isolés, parfois proches de postures de yoga. Progressivement, elle cessait de se mouvoir, préférant rester assise ou allongée, presque immobile.

Elle paraissait d'abord en retrait, tout en observant attentivement son environnement. Elle pouvait finalement réagir aux sollicitations sans entrer directement en mouvement avant la fin de la séance.

Notre première lecture fut celle d'un désengagement, voire d'un refus de participer, interprété comme une difficulté face au groupe. Elle semblait avoir besoin de temps pour revenir vers les autres.

La relecture progressive de son évolution a permis une autre compréhension. Shayira alternait en réalité entre différentes postures : debout, assise, au sol mais restait toujours en lien avec les mouvements du groupe, souvent par de fines imitations. En fin d'année, elle pouvait chanter certains airs, imiter des gestes et proposer des postures rappelant le yoga. Ses postures de mains pouvaient en réalité se rapprocher de ce qu'on appelle des mudras (positions de main au Bharatanatyam).

Ce qui avait été interprété comme un retrait s'avérait être une autre modalité de participation : écouter, interioriser, habiter le temps de musique et de danse autrement, plus passivement. Ce mode d'engagement pouvait aussi refléter en réalité, une manière de vivre la musique plus proche des usages culturels tamouls, où l'écoute et le visionnage collectifs priment souvent sur la performance individuelle. Son apparente inactivité ne traduisait donc pas une difficulté à être en lien, mais une autre façon d'être en lien.

Cette expérience a même transformé le dispositif : un temps nommé « spectacle » a été introduit. Inspiré par le comportement de Shayira, il permettait aux uns de se mouvoir et aux autres d'observer et d'applaudir, à distance de la « scène » principale.

Cette vignette met en évidence combien nos lectures cliniques dépendent de nos repères. Une difficulté dans un cadre peut constituer dans un autre, une forme d'investissement. Reconnaître cette pluralité de regards permet d'éviter de réduire les médiations à une lecture unique, et d'ouvrir la possibilité d'une rencontre plus ajustée entre soignants, enfants et familles.

DISCUSSION

L'observation clinique ouvre à la réflexion sur la pluralité des lectures et la place du langage autour du mot autisme et de sa prise en charge.

En tamoul, la langue fonctionne souvent par des mots-actions. La traduction de l'autisme, « Mathyirrukam », renvoie littéralement à « tête serrée » (30), une expression qui évoque davantage un ressenti corporel qu'un diagnostic. Dans la pratique, l'expression reste peu connue. Le terme médical « autisme », repris en

anglais comme « autism », circule dans les entretiens mais reste en suspens : il n'est pas toujours intégré dans l'expérience vécue. Ce décalage souligne qu'un mot, même présenté comme universel, ne résonne pas forcément dans tous les registres de sens en fonction des langues et des mondes symboliques auxquels il s'adresse. Ce flottement du mot fait écho aux tensions institutionnelles. Les soins pédopsychiatriques s'organisent désormais majoritairement en ambulatoire : consultations, suivis, hospitalisations de jour ou CATTP. Mais la saturation du système conduit à privilégier les procédures évaluatives au détriment d'un travail thérapeutique en profondeur. Seul un enfant ou adolescent sur deux souffrant de troubles psychiques bénéficierait aujourd'hui des soins nécessaires (6). Dans ce contexte contraint, les médiations prennent une place centrale : elles soutiennent la continuité du soin et offrent un cadre symbolique à la relation, souvent marquée dans l'autisme par l'imprévisible ou les angoisses archaïques.

Pour le clinicien, la médiation joue une fonction de tiers : elle contient et structure, tout en aidant à penser ce qui, autrement, pourrait être vécu comme envahissant. En groupe, elle permet aussi à l'équipe d'élaborer collectivement, de transformer l'expérience partagée en matériel clinique. Ces dispositifs ne profitent donc pas qu'aux enfants : ils soutiennent les soignants dans leur capacité à maintenir une position contenant.

Cependant, la logique du soin groupal, qui permet de proposer plus de soins à plusieurs enfants en un temps limité, revient parfois à réduire la possibilité de proposer des espaces de soin individuels. L'observance parentale devient alors un critère implicite d'évaluation de l'investissement des parents, alors qu'elle peut étroitement être liée à la qualité de l'alliance thérapeutique. Or cette alliance dépend fortement des représentations culturelles de la santé et du développement, propres aux familles mais également partagées avec celles du clinicien.

Dans les familles tamoules, le versant rééducatif domine souvent : lorsque l'enfant se différencie du groupe, il faut lui apprendre ce qui manque. Le soin est perçu comme un moyen d'acquisition plutôt que comme un espace de symbolisation. Les interactions précoces (place du regard, du jeu etc.) s'inscrivent dans une continuité relationnelle différente de celle valorisée par les institutions occidentales. Dès lors, une prise en charge fondée sur l'expression ou la symbolisation peut paraître étrangère, voire déstabilisante. Si ces écarts ne sont pas nommés et pensés, ils risquent d'entretenir l'incompréhension et d'affaiblir l'alliance thérapeutique (22,24).

De plus, la place accordée au psychique dans la culture tamoule demeure limitée. Pour les parents migrants, souvent fragilisés socialement, s'ajoute la volonté de se conformer aux normes du pays d'accueil : un mouvement d'ajustement parfois vécu comme un renoncement à leurs propres repères. Comme l'a montré Sayad (31) avec la notion de double absence, cette position intermédiaire peut générer une internalisation des stéréotypes et une forme de silence. Plusieurs parents n'osent pas exprimer leur grille de lecture par crainte d'être jugés (32). Cette autocensure creuse encore l'écart entre ce qui est pensé, dit et entendu dans la rencontre clinique.

Dès lors, la posture du clinicien doit rester ouverte, accueillant les représentations parentales non comme des freins mais comme des ressources. C'est à cette condition que peut se construire un véritable espace de co-pensées, capable d'articuler les cadres culturels sans les hiérarchiser entre eux.

CONCLUSION

L'autisme, situé à la croisée d'enjeux cliniques, institutionnels et culturels, interroge profondément nos pratiques. Les décalages entre parents et soignants ne sont pas des résistances : ils constituent des occasions de penser autrement la diversité des manières d'envisager le développement et la santé.

Prendre en compte les représentations parentales ne signifie pas seulement mieux accueillir les familles ; cela engage le clinicien dans un travail de décentrement, parfois exigeant, qui met à l'épreuve ses propres évidences. Ces situations agissent comme des révélateurs : elles invitent à actualiser les outils cliniques et à réinventer les dispositifs pour qu'ils demeurent en phase avec la pluralité des contextes migratoires contemporains. La clinique transculturelle rappelle ainsi que la culture n'est pas un arrière-plan facultatif du soin, mais une composante constitutive de la rencontre thérapeutique. En reconnaissant cette dimension, les institutions et les praticiens peuvent transformer leurs pratiques : non pas pour les uniformiser, mais pour les rendre plus ajustées, inclusives et vivantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *J Pediatr Res*. 2020;65(6):591-598.
3. Kim YS, Fombonne E, Koh YJ, et al. A comparison of DSM-IV PDD and DSM-5 ASD prevalence in an epidemiologic sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(5):500-508.
4. Zwaigenbaum L, Brian JA, Ip A. Le dépistage précoce du trouble du spectre de l'autisme chez les jeunes enfants. *Paediatr Child Health*. 2019;24(7):433-443. doi:10.1093/pch/pxz120.
5. Haute Autorité de Santé. *Troubles du spectre de l'autisme: interventions et parcours de vie de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations de bonne pratique*. Paris: HAS; 2018.
6. Méadel J, Golse B. L'offre de soins en pédopsychiatrie: à propos du rapport de la Cour des comptes de mars 2023. *Psychiatr Infant*. 2024;67(2):3-14.
7. Martinot M, Giacobi C, De Stefano C, et al. Âge au diagnostic de trouble du spectre autistique en fonction de l'appartenance à une minorité ethnoculturelle ou du statut migratoire: revue de la littérature systématisée. *L'Encephale*. 2021;47(2):157-170. doi:10.1016/j.encep.2020.06.007.
8. Rattaz C, Loubersac J, Michelon C, et al. Factors associated with age of diagnosis in children with autism spectrum disorders: report from a French cohort. *Autism*. 2022;26(6):1493-1503. doi:10.1177/13623613221079472.
9. Augereau N, Tordjmann S. Étude de la place de la migration parmi les facteurs de vulnérabilité aux troubles autistiques. *Contraste*. 2017;46(1):163-188.
10. Radjack R, Camara H, Moro MR. Accoucher en terre étrangère, entre rudesse et richesse. *Soins Pédiatr Pueric*. 2024;45(341):25-31. doi:10.1016/j.spp.2024.03.004.
11. Baubet T, Moro MR. La clinique interculturelle. In: Moro MR, Baubet T, editors. *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Paris: Masson; 2010. 31-48.
12. Moro MR. *Les parents en exil: prendre soin de l'enfant et de la famille en situation de migration*. Paris: Presses Universitaires de France; 2014.
13. Kang-Yi CD, Grinker RR, Beidas R, et al. Influence of community-level cultural beliefs about autism on families' and professionals' care for children. *Transcult Psychiatry*. 2018;55(5):623-647. doi:10.1177/1363461518779831.
14. Azoulay C. Problématiques culturelles et bilan psychologique. In: Azoulay C, Chagnon J, editors. *Le bilan psychologique face aux diversités culturelles*. Paris: In Press; 2019. 17-28. doi:10.3917/pres.azoul.2019.01.0018.
15. Madavan D. Réfugiés tamouls sri lankais: guerre, migration et intégration. *Migr Soc*. 2015;(161):105-120. doi:10.3917/migra.161.0105.
16. Goreau-Ponceaud A. La diaspora tamoule: lieux et territoires en Île-de-France. *L'Espace Politique*. 2008;(4):19-33.
17. Marquer C. *Validation transculturelle d'une échelle en contexte humanitaire: dépistage des difficultés psychologiques du jeune enfant haoussa au Niger (Maradi)* [thèse]. Paris: Université Paris Descartes; 2014. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01195996>

18. Bergen N, Simon A, Moro MR, et al. Représentations parentales suite au diagnostic d'autisme: entre l'ici et le monde tamoul. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2025. Publication en ligne avant impression.
19. Wang C, Wang H. The growing challenge of autism spectrum disorder: a comprehensive review of etiology, diagnosis, and therapy in children. *Elevate Ser*. 2021;3(1):1-15.
20. Shanmugarajah K, Rosenbaum P, Di Rezze B. Exploring autism, culture, and immigrant experiences: lessons from Sri Lankan Tamil mothers. *Can J Occup Ther*. 2022;89(2):170-179. doi:10.1177/00084174221085433.
21. Golse B. *L'autisme: de la clinique à la recherche*. Paris: Odile Jacob; 2006.
22. Ullrich HE. Culture, empathy, and the therapeutic alliance. *Psychodyn Psychiatry*. 2019;47(4):425-440. doi:10.1521/pdps.2019.47.4.425.
23. Mouchenik Y, Rosso M, Lefebvre F. La médiation thérapeutique: un espace pour penser la rencontre. *Psychiatr Infant*. 2017;60(1):165-186. doi:10.3917/psy.601.0165.
24. Brand A, Groen SPN, Destoop N, et al. The effect of the cultural formulation interview on therapeutic working alliance: a study protocol. *Front Psychiatry*. 2024;15:1322356. doi:10.3389/fpsy.2024.1322356.
25. Martínez-Vérez V, Gil-Ruiz P, Domínguez-Lloria S. Interventions through art therapy and music therapy in autism spectrum disorder, ADHD, language disorders, and learning disabilities in pediatric-aged children: a systematic review. *Children*. 2024;11:706. doi:10.3390/children11060706.
26. Mazéas D. La chorégraphie des premiers liens et ses retrouvailles dans le transfert: le partage des signifiants formels respiratoires. *Cliniques méditerranéennes*. 2018;(97):35-48. doi:10.3917/cm.097.0035.
27. Simon A. De l'image à la clinique: le cinéma comme mise en scène thérapeutique de la culture tamoule. *Journal des psychologues*. 2009;(272):64-67. doi:10.3917/jdp.272.0064.
28. Govindama Y. *Le corps dans le rituel*. Paris: ESF Éditeur; 2000.
29. Stork H. *Enfances indiennes: étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Le Centurion; 1986.
30. Simon A, Moro MR. La tête serrée: représentations de l'autisme chez les enfants tamouls et leurs parents. *Lettre Enfance Adolesc*. 2007;70(4):51-56. doi:10.3917/lett.070.0051.
31. Sayad A. *La double absence*. Paris: Seuil; 1999.
32. Radjack R, El Hussein M, Ludot M, et al. Devenir parents en situation transculturelle. *Soins Pédiatr Pueric*. 2020;41(311):31-37. doi:10.1016/j.spp.2020.07.008.

L'AUTRICE :

Nikita BERGEN ^{1,2}

¹ Psychologue clinicienne à l'Établissement public de Santé Ville-Evrard (France)

² Doctorante à l'université Sorbonne Paris Nord, UTRPP (France)

Laboratoire UTRPP

Avenue Jean-Baptiste Clément 99, 93430 Villetaneuse (France)

Nikita.bergen09@gmail.com

POLYPHONIE, CONSONANCE DES VOIX EN THÉRAPIE

- Hugues LIBERT -

RÉSUMÉ - SUMMARY

La musique est un puissant marqueur culturel. Elle accompagne les humains depuis le début de leur existence, dans leur croissance, leur travail, leurs joies et peines, jusqu'aux rites funéraires. Elle se révèle être un élément essentiel de l'évolution des sociétés humaines.

À la Renouée, hôpital de jour psychiatrique pour adultes, nous proposons des ateliers de musicothérapie vocale. La voix, cet instrument de musique si unique et personnel, est un puissant vecteur de reconnexion avec soi et les autres.

L'atelier « Ensemble vocal » se concentre premièrement sur le corps, par une mise en mouvement douce, afin de se centrer et de créer une disponibilité corporelle propice à la vocalisation. Nous avons besoin d'une posture adéquate pour l'écoute et la projection du son. Cette posture adéquate et ce temps de mise en condition favorisent aussi l'activation du système parasympathique, entraînant un cercle vertueux de détente active, créant ainsi un espace d'expression intérieur sécurisé, une place pour être dans le groupe.

Dans le processus de l'atelier, nous commençons à chanter doucement à l'unisson pour aller progressivement vers la polyphonie, où plusieurs voix se superposent, s'enchevêtrent, se croisent, se répondent. Nous accédons ainsi progressivement à l'harmonie et à la complexité rythmique. Ce partage des voix stimule le système motivationnel de récompense et favorise la plasticité cérébrale, entraînant des effets bénéfiques à long terme. Le chant en collectif est un espace thérapeutique du lien, soutenant la dynamique de l'intra- et de l'interpsychique.

MOTS CLÉS : Musicothérapie - Chant - Culture - Neurosciences

POLYPHONY AND VOCAL RESONANCE IN THERAPY

Music is a powerful cultural marker. It has accompanied humans since the beginning of life, stands by their side throughout their work, their joys and sorrows and remains present in their funeral rites. It constitutes an essential element in the evolution of human societies.

At La Renouée, a psychiatric day clinic for adults, we offer vocal music therapy. The voice as a unique and personal musical instrument is a powerful means of reconnecting with oneself and others.

The workshop « Ensemble vocal » primarily focuses on the body through gentle, gradual movements in order to facilitate vocalisation. In this context, a proper posture is essential for the body to function as both the transmitter and the receiver of sound. This posture together with the time devoted to preparation promotes the activation of the parasympathetic nervous system, generating a virtuous circle of active relaxation that helps secure a space for inner expression as well as a place within the group.

The first stage of the workshop process focuses on singing softly in unison to progressively moving towards polyphony in which voices overlap, intertwine, interact. Reaching harmonic and rhythmic complexity is a gradual process. The sharing of voices stimulates the brain's motivational reward system, enhances neuroplasticity and supports long-term benefits. Overall, group singing creates a therapeutic bonding space, reinforcing the intra- and interpsychic dynamics.

KEY WORDS : Music Therapy - Singing - Culture - Neuroscience

INTRODUCTION

C'est au confluent de la culture, du collectif et de l'individu, du sentiment d'identité et d'appartenance, de la communication et de la transmission que s'inscrivent les arts, dont la musique. D'où nous vient-elle ? A-t-elle été précédée par le langage ou bien serait-ce l'inverse ? Comment agit-elle comme liant social ? Quel

est le lien entre la musique et le mouvement ? Pourquoi chanter procure-t-il du plaisir, de la détente et crée de la cohésion dans le groupe ? Comment l'usage de la voix chantée fait soin et trouve sa place en hôpital de jour ?

Ce colloque des hôpitaux de jour psychiatriques posait la question de la place de la culture dans les soins et de son usage comme levier thérapeutique. Nous tenterons dans cet article d'en proposer quelques éléments de réponse à travers les ateliers de musicothérapie, plus spécifiquement de chant, qui ont lieu à La Renouée.

L'hôpital de jour La Renouée est un lieu d'accueil pour adultes souffrant de troubles psychiatriques tels les troubles de l'humeur, les psychoses, les troubles de la personnalité et les assuétudes. Nous nous positionnons tant dans un suivi post-hospitalisation que dans l'accueil de patients qui viennent directement du réseau extérieur, sans avoir été hospitalisés. A la création de La Renouée, c'est le choix du temps long qui a été posé. Nous offrons la possibilité aux patients d'y rester 2 ans.

LA MUSICOTHÉRAPIE

La musicothérapie est une discipline qui, comme son nom l'indique, se trouve à cheval entre deux vastes champs d'études, eux-mêmes divisés en branches multiples et matières distinctes. Dans cet article, nous nous intéresserons à l'usage de la musique en psychiatrie et plus précisément à la pratique du chant en collectif.

Pour J. Siron, « la musique touche profondément aux sentiments humains et aux pratiques sociales. Il existe de forts liens entre l'organisation d'une société et l'organisation de sa musique ainsi qu'au sens qu'elle donne à la musique. [...] La musique est une mémoire collective, elle a une fonction de ciment social, d'identification sociale, de modèle culturel, d'outil de consolidation d'une communauté, elle permet de délimiter le territoire d'un groupe social » (1).

En tant qu'élément culturel signifiant et omniprésent, elle peut être adaptée à tout type de secteur de soin ou d'apprentissage. En effet, il existe des répertoires pour chaque champ d'application, que nous travaillions avec des adultes, des enfants ou des personnes âgées. L'instrumentarium lui aussi est vaste et adaptable en fonction des besoins, ce qui nécessite une bonne connaissance des outils.

En tant que thérapeutes, nos fondements concernant la musicothérapie sont ceux exprimés par la Thérapie Créative¹ et l'approche centrée sur la personne². Nos outils de travail psychocorporel sont issus du yoga,

de la pleine conscience et d'autres traditions (aikido, acrobatie). Quant à notre institution, elle s'appuie sur le modèle de la thérapie institutionnelle³.

Utiliser la musique comme levier thérapeutique demande au praticien de se positionner d'une part en musicien capable de générer, de conduire et d'adapter les processus musicaux et d'autre part en thérapeute capable d'intervenir dans la prise en compte et l'accompagnement de la souffrance, de la pathologie du patient.

Cette pratique d'accompagnement des processus thérapeutiques à travers la musique s'exprime particulièrement bien dans les ateliers de chant. Toutes les grandes traditions musicales à travers le monde et les âges ont utilisé la voix comme élément fondamental. Elle est un outil puissant, notre instrument de musique premier. Les chants rythment le quotidien de l'humanité et font lien dans les communautés. Ils peuvent être saisonniers, sacrés, de chasse, de guerre, de travail ou encore de divertissement. Ils accompagnent les principales manifestations de l'existence depuis les prémises de l'humanité (4).

R. Dunbar identifie la musique et le chant comme étant des éléments fondamentaux de l'évolution des hominidés, avant le langage parlé (5). Selon lui, la vie en communauté a été l'enjeu principal de cette évolution. Pour qu'il y ait communauté, il faut des éléments constitutifs de cohésion. Dunbar répertorie 6 « outils sociaux » apparus au cours du développement des communautés, générant les endorphines nécessaires à la cohésion de grands groupes : le rire (archaïque), le chant (dans le sens de faire chœur, écho, sans paroles) et la musique, la danse, les festins, les contes et les rituels religieux. Les trois derniers outils nécessitent le langage, ils prennent forme plus tardivement (5). La musique apparaît donc très tôt dans le développement des sociétés humaines, comme outil de création et de maintien du lien, permettant de rassembler de grands groupes, au-delà des mots.

Ces facultés à rassembler et à créer du lien forment le socle de la musicothérapie. Les pathologies que nous rencontrons en hôpital de jour psychiatrique, comme la psychose ou les troubles de l'humeur, font état du manque de lien et de capacité à être avec l'autre. Dans l'acte musical, nous pouvons tous être une partie du continuum sonore, être à soi et aux autres dans le

1 Nous nous référons au concept de thérapie créative plutôt qu'à celui d'art-thérapie. La notion de thérapie créative, enseignée entre autres aux Pays-Bas, est plus large et moins ambiguë que celle d'art-thérapie en français. Elle permet en effet d'inclure les arts plastiques, la musique, la danse et le théâtre sans créer de confusion entre l'art-thérapie utilisant les arts plastiques comme moyen d'expression et les autres formes de thérapies créatives.

2 L'approche centrée sur la personne est un courant psychothérapeutique de la 3^e vague développé par C. Rogers dans lequel l'individu est central et non le problème. La relation thérapeutique y tient une place fondamentale. La thérapie offre un cadre de changement dans lequel le client fait de nouvelles expériences, développe des capacités de résolution de problèmes et peut évoluer vers de nouveaux comportements plus adaptés. Les attitudes du thérapeute sont non directives, non jugeantes et dirigées vers les expériences et émotions du client. L'acceptation de ce qui est y tient une place essentielle. (2)

3 La thérapie institutionnelle est née pendant la Seconde Guerre Mondiale grâce à la mise en place par F. Tosquelles d'un « club thérapeutique » dans lequel les patients prirent eux-mêmes des responsabilités, devenant acteurs de leur prise en charge. Il s'agit d'une psychiatrie centrée sur l'humain et le communautaire, qui se veut ouverte sur la cité et la vie en dehors du modèle hospitalo-centré. (3)

même temps. Nous rassemblons dans les ateliers de musicothérapie des patients souffrant de dépression, d'anxiété, de psychose, de troubles de l'attention, de dépendance, de stress post-traumatique ou encore de burn-out. Il n'y a besoin d'aucun prérequis pour pouvoir y participer et les patients à La Renouée choisissent librement de s'inscrire à l'atelier, en fonction de leurs objectifs thérapeutiques. Chacun peut y évoluer à son rythme et se sentir faire partie de l'événement.

Une grande partie du travail thérapeutique se passe dans l'action et est donc par essence non-verbale. Cela dit, nous ouvrons des moments de parole, faisant suite aux expériences vécues et observations diverses, ce qui permet une intégration douce des processus, de passer du vécu aux mots et à la métacognition, de pouvoir relier les boucles sensorielles, affectives et cognitives. Cette prise de conscience basée sur l'expérience est ensuite remise dans le jeu, au travail dans l'espace tiers que la musique ouvre. Cet espace est celui de l'instant présent, de la concentration, de l'émotion, des défis, de l'écoute, de l'être et du dire ensemble, du singulier et du pluriel. Mis à part les personnes n'ayant aucune affinité avec la musique, il n'y a pas de contre-indication à la participation aux ateliers de musicothérapie.

L'ENSEMBLE VOCAL

L'« ensemble vocal » est une offre thérapeutique qui existe depuis plus de 10 ans à La Renouée et qui a lieu une fois par semaine, à raison de 1h45 en matinée. Cet atelier a plusieurs fonctions et est investi par les participants de manière très personnelle. Il est à la fois lieu d'expression, de détente active, de prise en compte du corps, de la respiration, de la voix et du collectif.

La voix n'étant pas séparée du corps, nous la mettons en mouvement à partir de ce dernier. Bien souvent la voix n'est pas pensée, elle est là pour parler et partager le quotidien, comme une évidence. Unique, propre à chaque individu, elle est une carte d'identité sonore et donne à entendre une forme d'intimité. Elle est le reflet de ce que nous sommes, de notre génétique, de notre histoire, de ce que nous pensons et ressentons. La voix étant intimement dépendante de la respiration, elle est directement en lien avec nos sentiments et émotions. À ce titre, il n'est donc pas toujours facile pour des adultes non-musiciens d'oser chanter. « La peur du ridicule domine car la voix chantée, plus que tout autre instrument, parle de la sensibilité intérieure et peut paraître presque plus impudique que la nudité » (6).

D'autre part, le corps, lui aussi porteur de mémoire, est souvent tendu voire douloureux. Avant de commencer à chanter, il faut le réveiller et s'éveiller à lui. Ce démarrage

par le corps permet de s'y ancrer, de prendre le temps, de s'incorporer. Cela nous donne aussi l'opportunité de prendre conscience de la respiration et de nous poser dans l'instant présent. Il s'agit pour beaucoup de participants d'une réappropriation, de pouvoir se réinvestir en douceur et avec bienveillance.

De plus, dynamiser le corps est essentiel pour le chant car une bonne posture induit une écoute active et permet de poser la voix de façon à éviter de trop solliciter et de la fatiguer. Le corps est en même temps émetteur et récepteur musical. Chanter est un acte qui demande une implication totale, un engagement des systèmes respiratoire, locomoteur, auditif, perceptif, vocal, émotionnel, de la concentration et de la mémoire.

La genèse du son est expiration, l'air mettant les cordes vocales en mouvement dans le larynx. Ces vibrations sonores sont ensuite amplifiées et modulées dans la caisse de résonance du pharynx et de la bouche. Cela étant dit, « il n'y a pas « d'appareil vocal » dédié de façon spécifique à la voix. [...] Elle met en jeu à chaque instant, non seulement le corps entier et son équilibre interne au moment où elle se vit, mais aussi l'intention qui la sous-tend, la relation avec le monde environnant ou les personnes à qui elle est destinée » (7).

En ce qui concerne la respiration, nous aimerions insister sur le fait que l'expiration chantée est volontaire. Elle demande de soutenir la voix, de s'ajuster à la dynamique de la musique, de pouvoir tenir les notes longues et la durée des phrases musicales. Une expiration profonde permettra de faciliter l'inspiration, qui se fait naturellement, d'autant plus si le corps est bien positionné dans sa verticalité. « La respiration, donc, peut être effectuée de manière automatique par le système nerveux, mais elle est intimement liée au travail du système musculo-squelettique. En termes simples, les conditions justes de la respiration dépendent du système de soutien musculaire » (8). « [...] le soutien du tronc dans le sens d'un allongement et d'une expansion est la condition sine qua non d'une respiration complète et efficace » (8).

L'atelier d'ensemble vocal permet donc de prendre le temps d'un travail sur la respiration, tant dans l'acte chanté que par des exercices spécifiques tels que ceux enseignés dans le yoga (Pranayama⁴). Selon S.W. Porges, « le Pranayama yoga est fonctionnellement un yoga de système d'engagement social, puisqu'à travers sa pratique s'effectue un entraînement neural, à la fois de la respiration et des muscles striés de la face et de la tête » (9).

4 B.K.S. Iyengar nous éclaire sur le Pranayama : « Prana » signifie « souffle », « respiration », « vie », « vitalité », « énergie » ou « force ». [...] « Ayama » signifie « étirement », « extension », « expansion », « longueur », « largeur », « régulation », « prolongation », « retenue » ou « contrôle ». « Pranayama » veut donc dire prolongation, retenue et contrôle du souffle. [...] Dans ses Yoga Sutras (chap. 2, sutras 49-51), Pantajali décrit le pranayama comme étant l'admission et l'évacuation contrôlées du souffle dans une posture fermement établie. » (10)

L'OREILLE ET LA THÉORIE POLYVAGALE

Un autre aspect corporel fondamental de la production de musique est bien sûr l'oreille. Elle est l'organe de captation de la vibration sonore et de transformation de l'onde en signal électrique. Elle permet au cerveau de se créer une « image » du complexe sonore qui lui arrive. Par son truchement s'instaure une boucle cybernétique qui permet l'ajustement de notre propre production au complexe musical en cours.

De plus l'oreille est l'organe qui gère l'équilibre, le mouvement dans l'espace et les proprioceptions. À ce titre, elle gère une masse considérable d'informations venant de tout le corps, en tout temps. Elle est donc l'organe sensitif qui permet la danse, tant en ce qui concerne la captation de l'événement sonore que ce qui est de mettre le corps en mouvement par rapport à cet événement sonore. C'est elle à qui il faut apprendre à écouter pour chanter juste.

L'oreille, en tant que capteur multisensoriel, est, en plus du nerf auditif, reliée au grand réseau du nerf vague ou pneumogastrique, voie de la régulation végétative (régulation cardiopulmonaire et digestive) et du contrôle sensorimoteur du larynx. Le nerf vague est en lien avec l'oreille par le rameau auriculaire qui transmet l'innervation sensorielle de la peau du conduit auditif de l'oreille et du pavillon de l'oreille. Ce nerf, aussi appelé parasympathique, est celui qui permet d'induire détente, sentiment de sécurité, engagement social et comportement pro-social.

La Théorie Polyvagale (TPV) propose comme hypothèse que « l'émergence des comportements pro-sociaux serait en lien avec l'évolution du système nerveux autonome et que les plateformes neurales seraient impliquées dans le maintien d'une bonne santé, de la croissance et de la réparation » (11). Elle distingue trois grands circuits formant le système nerveux autonome : le plus ancien en termes d'évolution est le circuit vagal dorsal, suivi du système nerveux sympathique et enfin du parasympathique (circuit vagal ventral). Lorsqu'une personne est en bonne santé, ces trois circuits fonctionnent harmonieusement, permettant à la personne des échanges sains avec son environnement.

Le système nerveux sympathique est associé au comportement de fuite/combat activé lors de moments de stress. Le complexe vagal dorsal, quant à lui, émerge du nucleus vagal dorsal et forme la réponse primaire au danger en y répondant par la minimisation des fonctions vitales (diminution du rythme cardiaque, altération de la digestion...) et se traduisant par l'immobilisation, l'effondrement ou d'autres expériences comme la dissociation ou la perte de conscience (10). Ces états de dissociation ou de sidération ainsi que les états pathologiques de stress chronique se rencontrent

particulièrement souvent en psychiatrie, indiquant un potentiel dérèglement du système vagal.

La TPV propose l'usage d'interventions thérapeutiques de type corps-esprit afin d'aider les patients à reconnaître et nommer les sensations corporelles et leurs émotions, tout en renforçant les expériences positives. Il convient d'affermir, assouplir et activer le nerf vague en passant par du travail psychocorporel, des exercices de respiration et du travail dirigé et calme dans un média, permettant de reconnecter notamment avec la notion de plaisir et de jeu dans un espace sécurisé et bienveillant (11).

Le chant, comme outil de travail sur le nerf vague, permet, en plus des bienfaits dus à une expiration profonde, d'augmenter le tonus neural des muscles de l'oreille moyenne, d'utiliser la régulation neurale des muscles du larynx et du pharynx, ainsi que de mobiliser les muscles de la bouche et du visage à travers l'action du nerf facial et du nerf trijumeau (10). « Donc chanter, et mieux encore chanter en groupe, est un formidable exercice neural du système d'engagement social » (10).

LE CHŒUR CHANTANT

C'est seulement après ce passage par le corps et par la respiration que nous allons progressivement explorer les dimensions vocales. Nous partons de l'atonalité, du *humming* ou chant « *a bocca chiusa* » (bouche fermée) et du chant monosyllabique, avec ou sans bourdon, pour arriver progressivement à la polyphonie vocale, où plusieurs mélodies se superposent, se mêlent et forment ainsi l'harmonie. Nous y revisitons les répertoires traditionnels et contemporains, écrits pour la polyphonie. Les chants choisis sont en général courts, construits à partir de boucles mélodiques qui s'agencent entre elles, se répondant et formant un tout organique. C'est généralement un défi pour les participants de garder leur partie en entendant les parties des autres, mais l'harmonie qui se crée alors procure un sentiment de joie et d'union qui les emporte, entre expression individuelle et réalisation collective. Ce qui se passe alors est de l'ordre de la sublimation, potentiellement dans le sens analytique de transformation de pulsions à travers un acte créatif socialement acceptable, mais aussi dans le sens d'un profond sentiment de fusion avec les autres, de raffinement de la fréquence vibratoire personnelle, voire d'élévation spirituelle. Il en ressort un vécu d'appartenance et d'écoute renforcée. Le résultat sonore est plus que la somme des parties, les contrepoints rythmiques, les mélodies mêlées qui deviennent harmonie, les harmoniques générées, la synchronisation des voix et des respirations... tout s'assemble pour nous mettre tout entier en vibration sur un même diapason.

« Les études scientifiques confirment que l'action rythmique synchronisée dans le contexte d'une chorale, à laquelle s'ajoute la fusion des notes de l'harmonie, renforce le sentiment d'appartenance à un groupe, l'image de soi et la confiance réciproque, ce qui favorise la collaboration. Lorsque deux personnes produisent une structure sonore continue, en parfaite harmonie et synchronie, la frontière entre le soi et l'autre s'estompe, ce qui entraîne une fusion des individus. Cette expérience renforce les liens entre les personnes, et elle est souvent associée à la production d'ocytocine, un neuropeptide sécrété par l'hypothalamus qui module les comportements empathiques, la confiance, la générosité, le parentisme et la sexualité » (6).

De récentes études en neurosciences montrent que « le pouvoir de la musique n'est pas que psychologique : il repose sur des modifications biochimiques du cerveau qui ont un impact sur le fonctionnement physiologique de l'ensemble de l'organisme. La durée d'action de ces modifications est généralement bien plus longue que l'expérience musicale réelle » (6). Sont, entre autres stimulés les systèmes de la « motivation-récompense », de la mémoire et de l'apprentissage qui permettent de trouver du plaisir et de l'envie d'apprendre. C'est ce même système de motivation-récompense qui est stimulé lors des comportements d'addiction (6).

Jouer de la musique de façon régulière permet de stimuler le cerveau et de favoriser la flexibilité cognitive⁵. Lorsque cette stimulation est fréquente, de nouvelles connexions se créent entre les synapses, relançant ainsi la plasticité cérébrale⁶. « Lors d'une pratique musicale collective, la multiplicité des traitements perceptifs, moteurs, attentionnels, sociaux et émotionnels peut entraîner une synchronisation cérébrale sur un grand nombre de régions cérébrales. La répétition de ce type de « symphonie neuronale » promeut la neuroplasticité et entraîne des effets positifs vers des compétences qui ne sont pas spécifiquement musicales » (6).

Le chant en collectif permet, entre autres, de vivre et vibrer à travers la musique, de stimuler la confiance en soi, de renforcer la cohésion sociale et d'augmenter l'estime réciproque des acteurs (6), de partager un moment de plaisir, de favoriser le développement du potentiel créatif, de faciliter l'extériorisation des affects de manière non verbale, d'ouvrir à l'expérience subjective de l'esthétique musicale, d'encourager le lâcher prise en travaillant la flexibilité cognitive, de faire l'expérience de la structure musicale, de faciliter la détente du corps et de l'esprit, de s'ancrer dans l'instant présent, de stimuler la concentration, de

diminuer les ruminations mentales, entre autres objectifs thérapeutiques.

Tous ces objectifs ne sont pas des buts lointains ou des finalités à atteindre mais peuvent se vivre dès les premiers instants de participation, tout en se développant au fil des séances. Nous avons pu en faire l'expérience au cours du colloque, lors de la présentation de l'atelier. La première partie de chant méditatif accompagné par la shruti box⁷ nous a permis de ressentir le calme et l'effet de cathédrale sonore. Quant au chant d'origine africaine qui a suivi, il nous a ouvert à la polyphonie et au plaisir du partage choral. Les participants ont ainsi pu faire l'expérience de façon directe et personnelle des objectifs susmentionnés.

Avant de conclure, voici quelques extraits de témoignages de participantes de l'« Ensemble vocal » :

« Un atelier qui renforce la concentration, la coordination, la mémoire auditive et la sensibilité artistique. Tellement d'éléments positifs qui me redonnent le goût d'apprendre et de vivre tout simplement. Aujourd'hui, je ne sais pas encore si j'ai trouvé ma voix ? Une chose est sûre, j'ai découvert une voie. » Mme M.

« Deux trois notes se libèrent, certaines émotions nous emportent et la magie opère. Et ce toujours dans un cadre rassurant, préétabli à chaque atelier, qui nous permet d'explorer à une distance sécurisée des sentiers battus. » Mme F.

« J'ai toujours apprécié l'atelier dans sa part de convivialité, de faire vivre « ensemble » les paroles d'une chanson. [...] Côté fédérateur et collectif que j'ai vraiment apprécié. Synonyme de joie, de gaieté, de sourire, de chaleur. » Mme B.

« Je suis revenue encore et encore pour mille raisons depuis; j'avais évidemment envie de retrouver cette sensation d'apaisement... [...] Il y a quelque chose de très beau dans l'idée de construire ensemble, et que chacun.e puisse trouver sa place, qu'il y ait une place pour chacun.e dans un ensemble. » Mme G.

5 « La flexibilité cognitive désigne en psychologie la capacité de passer d'une tâche cognitive à une autre, d'un comportement à un autre en fonction des exigences de la situation. » (6)

6 La plasticité cérébrale ou neuroplasticité est la capacité du cerveau à établir de nouvelles connexions entre les neurones et à se restructurer.

7 La Shruti box est un instrument indien à anches libres, actionné par un soufflet à main, qui fait sonner un bourdon (son stable et continu, généralement une quinte) et offre un excellent soutien pour la voix.

CONCLUSION

La musique est un vecteur d'identité sociale et individuelle. Elle est présente à travers tous les continents, toutes les civilisations et sous-cultures. La voix, élément fondamental à la construction des sociétés humaines et à notre communication interpersonnelle, est un instrument de musique universel particulièrement riche. Nous pouvons chanter une berceuse à un enfant, seul sous la douche, accompagnés d'instruments, en collectif, en chœur ou en chorale et créer des polyphonies qui nous font vibrer.

Le chant comme outil thérapeutique peut s'appuyer sur une immense palette de compositions, traditionnelles et contemporaines. D'autre part, le fait de chanter invite le corps et la respiration dans une danse de transformation intérieure. C'est tout l'être qui est impliqué.

Dans l'atelier « Ensemble vocal », nous commençons par éveiller notre corps et prendre conscience de notre respiration. Nous allons progressivement vers le chant, d'abord à partir de ce que nous vivons intérieurement pour petit à petit aller vers le collectif. Nous progressons vers le chant polyphonique et faisons l'expérience de l'harmonie et du rythme.

Ce qui fait thérapie est l'essence même de la musique. La mise en mouvement du corps musicien, les modifications de la respiration, les partages avec les autres, les résonances et l'écoute active, l'implication totale de l'être, la concentration et l'ancrage dans le moment, l'effet dynamisant et en même temps relaxant... les modifications psychocorporelles se manifestent sur différents niveaux, qu'il s'agisse de la chimie cérébrale ou de l'activation du système nerveux parasympathique.

Le chant en collectif est un puissant moyen de créer un sentiment d'appartenance au groupe et de retrouver de la confiance en soi, de retrouver la joie et le plaisir d'être ensemble.

BIBLIOGRAPHIE

1. Siron J. *La partition intérieure*. Paris: Outre Mesure; 1994. 59.
2. Van der Staak CPF, Cassee AP, Boeke PE. *Oriëntatie in de psychotherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1994. 98.
3. Delion P. La psychothérapie institutionnelle: d'où vient-elle et où va-t-elle ? *Empan*. 2014;(96):104-112. doi:10.3917/empan.096.0104.
4. Malherbe M, Rosa de Poullois A. *Les musiques de l'humanité*. Paris: Criterion; 1997. 102.
5. Dunbar RIM. The origins and function of musical performance. *Front Psychol*. 2023;14:1257390. doi:10.3389/fpsyg.2023.1257390. 1.
6. Bigand E, Tillmann B. *La symphonie neuronale*. Paris: HumenSciences/Humensis; 2020. 77, 79, 114, 145, 161.
7. Calais-Germain B, Germain F. *Anatomie pour la voix*. Paris: Désiris; 2019. 220.
8. Dimon T. *Votre corps, votre voix*. Vannes: Sully; 2019. 41, 44.
9. Porges SW. *Théorie polyvagale et sentiment de sécurité: enjeux et solutions thérapeutiques*. Les Ulis: EDP Sciences; 2022. 22, 23, 47, 127.
10. Iyengar BKS. *Pranayama Dipika, lumière sur le pranayama*. Paris: Buchet/Chastel; 1985, 2002, 2012. 38.
11. Sullivan MB, Erb M, Schmalzl L, Moonaz S, Taylor JN, Porges SW. Yoga therapy and polyvagal theory: the convergence of traditional wisdom and contemporary neuroscience for self-regulation and resilience. *Front Hum Neurosci*. 2018;12:67. doi:10.3389/fnhum.2018.00067.
12. Haeyen S. De polyvagaaltheorie en de betekenis voor vaktherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*. 2023;19(3):14-19.
13. Rosenberg S. *Stimuler le nerf vague pour faciliter la guérison*. Paris: Guy Trédaniel; 2020.
14. Smeijsters H. *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho; 2000.
15. Bruscia KE. *Defining Music Therapy*. 2nd ed. Gilsum: Barcelona Publishers; 1998.

L'AUTEUR :

Hugues LIBERT

Hôpital de jour la Renouée, SILVA MEDICAL,
Chaussée de Namur 231, 1300 Wavre (Belgique)
hugues.libert@silva-medical.be

LE MOT DE LA FIN...

- Professeur Philippe REY-BELLET -

Mesdames, Messieurs,
Chères et chers collègues,

Au moment de conclure ce 52^e colloque des hôpitaux de jour psychiatriques au sein du Centre Hospitalier George Sand à Bourges, je me surprends à penser que nos échanges de ces derniers jours, autour de la culture dans les hôpitaux de jour, résonnent bien au-delà de la seule psychiatrie. Tant les conférences que les ateliers nous ont aussi parlé de nos sociétés, de leur fragilité, de leur manière de tenir ensemble, de ce qui fait encore lien dans un monde traversé par l'incertitude. À travers conférences, ateliers et partages d'expériences, Bourges est ainsi devenu, le temps du colloque, un espace de pensée et de transmission où la culture apparaissait non comme un supplément du soin, mais comme l'une de ses conditions fondamentales : une manière de préserver du lien, du langage et une certaine idée de la civilisation au cœur même de la psychiatrie.

Nous nous réunissons cette année dans un contexte politique particulier. La France traverse une période de tensions et d'instabilité institutionnelle où le pouvoir semble parfois suspendu, fragmenté, dispersé. La Belgique, quant à elle, nous a montré qu'un pays pouvait fonctionner de longs mois sans gouvernement véritablement constitué. Et je vous parle depuis la Suisse, pays souvent présenté comme un modèle de stabilité politique, même si cette stabilité repose paradoxalement sur une forme d'effacement du pouvoir. Chez nous, les institutions fonctionnent avec continuité, parfois avec discrétion au point que beaucoup de citoyens ignorent même le nom des membres du gouvernement fédéral. Le pouvoir y est collégial, diffus, partagé, presque anonymisé. Mais n'y voyez là aucune idéalisation d'un tel modèle, car l'essentiel se loge dans la capacité à tolérer des frictions, des confrontations permanentes et aussi une capacité à accepter de ne trouver que le moins mauvais compromis possible bien plus qu'un idéal, à supporter aussi un certain immobilisme avant que n'émerge peut-être une forme de changement. Et peut-être cela nous enseigne-t-il quelque chose d'essentiel, que nous retrouvons dans l'histoire de la psychiatrie.

Cet environnement sociétal, inquiétant à bien des égards, pourrait nous amener à penser qu'une société ne pourrait tenir que par la verticalité du commandement, par une incarnation forte du pouvoir, par l'autorité centrale. Mais ne serait-ce pas là simplement des dérives issues de l'angoisse d'une société en pleine mutation, risquant de nous entraîner vers l'illusion simplificatrice du pouvoir autoritaire ? Pourtant, certaines expériences politiques, comme certaines expériences institutionnelles en psychiatrie, montrent autre chose : qu'il existe aussi des

formes de stabilité fondées non pas sur la domination, mais sur la circulation ; non pas sur l'autorité absolue, mais sur les médiations ; non pas sur la centralisation, mais sur l'intelligence collective. Le choix de ne jamais rien céder à la complexité de l'être humain, du groupe, d'opposer de la nuance à toute volonté simplificatrice, est certes un chemin difficile mais probablement le seul fécond pour la psychiatrie, confrontée aux méandres de la souffrance humaine. Dans un contexte où les institutions psychiatriques sont souvent confrontées à des logiques gestionnaires et sécuritaires, ce colloque a rappelé combien la culture demeure un vecteur essentiel d'humanisation du soin. Les échanges ont mis en lumière le rôle thérapeutique de la création artistique, de la rencontre interculturelle et des médiations collectives dans les hôpitaux de jour, héritiers d'une tradition issue notamment de la psychothérapie institutionnelle.

Cela fait écho, me semble-t-il, à ce que sont les hôpitaux de jour lorsqu'ils fonctionnent réellement comme des institutions vivantes. Aucun soignant, aucun cadre, aucun médecin, aucun protocole ne peut à lui seul porter le soin psychique. Ce qui soigne, ce n'est jamais uniquement une organisation institutionnelle ou des protocoles de soins. Ce qui soigne, c'est un tissu de relations, une circulation de paroles, une capacité collective à penser ensemble les situations complexes. Une institution vivante ressemble parfois davantage à une démocratie fragile qu'à une machine hiérarchique parfaitement ordonnée.

Et dans cette organisation humaine du soin, la culture joue un rôle fondamental. La culture, dans les hôpitaux de jour, ne se limite pas aux ateliers artistiques, aux sorties ou aux médiations thérapeutiques, même si celles-ci ont une importance considérable. Elle désigne plus profondément une manière de faire institution. Une manière d'organiser des espaces où la parole circule, où les différences peuvent coexister, où les temporalités singulières sont respectées, où quelque chose de la créativité humaine peut encore émerger malgré la souffrance psychique.

Car la maladie psychique attaque souvent précisément cela : la capacité à symboliser, à créer du sens, à maintenir un lien vivant avec soi-même, avec les autres et avec le monde. Face à cette désorganisation, la culture constitue une fonction de liaison. Elle offre des formes, des récits, des rythmes, des images, des œuvres, des expériences collectives qui permettent parfois au sujet de retrouver une inscription possible dans l'existence commune, dans le collectif social.

Les hôpitaux de jour ont historiquement porté cette intuition fondamentale : on ne soigne pas seulement avec des médicaments ou des protocoles, mais aussi

avec une ambiance, une institution, une équipe, des rituels, des activités, des rencontres, des conflits pensés collectivement et une ouverture sur la cité. Cette dimension est aujourd'hui précieuse, peut-être plus encore qu'hier.

On dit souvent que la culture est ce qui reste lorsqu'on a tout oublié. Cette phrase, d'une grande profondeur, prend une résonance particulière en psychiatrie. Car beaucoup de nos patients vivent précisément des expériences de désorganisation où les repères habituels s'effondrent : mémoire de soi, continuité biographique, inscription sociale, capacité à symboliser le monde. Pourtant, même lorsque tout semble vaciller, il demeure souvent quelque chose : un rythme, une chanson, une image, une émotion esthétique, une manière d'habiter une relation, un geste partagé, une trace sensible de l'humain.

La culture n'est donc pas un supplément facultatif du soin psychiatrique. Elle en constitue peut-être l'un des noyaux les plus profonds.

Et ce colloque en a été la démonstration éclatante par la diversité et la richesse tant des conférences que des ateliers.

Durant ces journées, nous avons créé ensemble bien davantage qu'un espace scientifique. Nous avons construit un lieu de pensée, d'échange et de transmission dans une époque saturée d'accélération, de gestion et parfois de brutalité sociale. En cela, ce colloque apparaît presque comme un îlot de civilisation. Un espace où le temps de la parole, d'une parole respectueuse des différences, existe encore. Un espace où la complexité psychique n'est pas réduite à des algorithmes diagnostiques. Un espace où l'on continue à penser qu'un être humain ne peut être résumé ni à un symptôme, ni à une trajectoire administrative, ni à une statistique de santé publique.

Il y a là quelque chose ici qui nous relie profondément à l'histoire de la psychiatrie institutionnelle, et notamment, pas si loin d'ici, à l'expérience de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban. Dans les heures les plus sombres du XX^e siècle, alors que l'Europe sombrait dans la barbarie, certains psychiatres, soignants, intellectuels et résistants ont compris que la culture constituait une nécessité vitale face à la destruction de l'humain. À Saint-Alban, autour de figures comme François Tosquelles, la psychiatrie ne se pensait pas séparément de la poésie, de la philosophie, du théâtre ou de la politique. La culture devenait une manière de maintenir ouverte la possibilité même d'une humanité partagée.

Cette intuition demeure d'une actualité saisissante.

Car il n'existe pas de société sans culture. Claude Lévi-Strauss nous l'a rappelé avec force : la culture est ce qui transforme un simple regroupement humain en société véritable. Elle est ce qui organise les échanges, les récits, les interdits, les symboles et les modes de reconnaissance mutuelle. Sans culture, il ne reste que des individus juxtaposés, parfois administrés, parfois surveillés, mais ne faisant plus véritablement monde commun.

Les hôpitaux de jour occupent ainsi une place précieuse. Ils sont parmi les rares lieux institutionnels où l'on tente encore de fabriquer du commun avec des personnes souvent menacées d'exclusion sociale ou psychique. Ils résistent, à leur manière, à la désaffiliation contemporaine. Ils rappellent que le soin psychique suppose toujours une inscription culturelle et relationnelle.

Lorsque nous proposons un atelier d'écriture, un groupe théâtre, une médiation artistique, un repas partagé ou simplement un espace de parole vivant, nous ne faisons pas de « l'occupationnel ». Nous réintroduisons du symbolique là où le chaos psychique tend à désorganiser le monde interne et les liens sociaux. Nous recréons des formes de civilisation à petite échelle.

Et peut-être est-ce cela, au fond, la mission la plus importante de la psychiatrie aujourd'hui : maintenir des espaces où l'humain demeure possible. Dans une époque fascinée par la performance, la normalisation et le contrôle, les hôpitaux de jour continuent à faire le pari inverse : celui de la rencontre, du temps, de l'incertitude créatrice, de la pluralité des regards et de la culture comme fondement du soin.

Ce colloque nous aura rappelé que la psychiatrie n'est pas seulement une discipline médicale. Elle est aussi une pratique de civilisation.

Et tant qu'il existera des lieux comme ceux-ci, tant qu'il existera des équipes capables de faire vivre cette culture institutionnelle, alors il demeurera, malgré les crises politiques ou gestionnaires, malgré les fragilités sociales et malgré les violences du monde, quelque chose de profondément humain à transmettre.

Pour toutes ces raisons, je remercie chaleureusement l'équipe du Centre Hospitalier George Sand, organisatrice du congrès, pour son accueil et pour la qualité de ce très beau colloque annuel du Groupement des Hôpitaux de jour psychiatriques. Nous en ressortons tous enrichis, et sans doute, plus humains.

L'AUTEUR :

Professeur Philippe REY-BELLET

Psychiatre-psychothérapeute FMH

Directeur médical de la Fondation de Nant

Directeur de la formation universitaire continue en psychothérapie psychanalytique de l'Université de Genève

Route de Nant 1804, Corsier-sur-Vevey (Suisse)

philippe.reybellet@nant.ch

ARGUMENT DU COLLOQUE 2026 – LIÈGE

La créativité dans le collectif : Immersion au cœur des soins en hôpital de jour

- Docteur Jean-Benoît DÉSSERT, Professeur Eric CONSTANT -

Un retour aux fondamentaux : voilà le voyage plaisir auquel nous vous invitons pour le Colloque de 2026 qui se déroulera à Liège, la Cité Ardente... Après une série de Colloques qui nous ont permis de questionner et de réfléchir autour de la temporalité et de la crise, nous emboîtons le pas à l'équipe de Bourges. Le colloque 2025 nous a donné l'occasion d'aborder la culture, les arts qui soignent, et l'art de soigner. Nous vous invitons à approfondir cette thématique des arts en mettant en lumière la créativité, indispensable moteur permettant aux soignants d'adapter leurs pratiques afin de répondre aux besoins individuels, mais également collectifs, de nos patients. Les soins individuels ambulatoires, les équipes mobiles, et les hospitalisations résidentielles n'offrent pas la même possibilité de travailler les relations qu'entretient l'individu avec le monde qui l'entoure que ce qu'offre l'hôpital de jour. En effet, presque par définition, il n'y a pas de « chambre seule » dans les hôpitaux de jour ; l'axe central de la topographie de nos hôpitaux de jour se trouvant être ce que nous nommons souvent « la salle de vie » ou « la salle commune ». Que ce soit lors des moments informels partagés dans cette salle de vie ou lors des activités, le groupe agit comme un microcosme de la société : les relations et dynamiques qui s'y jouent permettent aux participants de travailler sur leurs propres modes de fonctionnement sociaux et interpersonnels. Comme le souligne Irvin Yalom, le rôle du soignant est crucial dans ces dynamiques de groupe puisqu'il se doit de guider et de maintenir une atmosphère de sécurité et de bienveillance propice à l'éveil thérapeutique. En hôpital de jour, il n'existe de fait pas de soins sans thérapie de groupe, sans sociothérapie, ni sans thérapie communautaire. Comme Jean Oury nous y a encouragé, il nous semble ainsi particulièrement stimulant de continuer à placer le groupe en tiers médiateur ; cet espace où les conflits internes et les angoisses peuvent être symboliquement partagés et transformés. « Le groupe constitue un cadre où chaque conflit, chaque angoisse trouve un espace de résonance et de métabolisation » nous disait ainsi Oury dans Le soin institutionnel. Nous vous convions chaleureusement à un grand échange sur la place des thérapies de groupe en hôpital de jour et à partager, ensemble, nos visions créatives des soins. Qu'en est-il de votre créativité dans les soins et dans vos équipes ? Comment vous permet-elle d'aborder la souffrance de vos patients et de traverser les difficultés propres au travail en psychiatrie ? Quelles sont vos pratiques des thérapies de groupe et de l'art-thérapie ? Des arts de musées aux arts de rue, en passant par les arts de la scène : quels sont les leviers artistiques que vous utilisez dans vos pratiques ? Comment la thérapie communautaire s'inscrit-elle dans vos pratiques quotidiennes ? Que représente pour vous la sociothérapie et comment l'articulez-vous dans votre travail auprès des patients ? Que vous travailliez avec des bébés, des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées, venez « faire groupe » le temps d'un week-end pour partager vos expériences autour de la praxis du soin passionnante qui émerge de la rencontre entre la créativité et le collectif !

LES AUTEURS :

Docteur Jean-Benoît DÉSSERT, Professeur Eric CONSTANT

Centre Hospitalier Spécialisé Notre-Dame des Anges ASBL
Rue Emile Vandervelde 67, 4000 Liège (Belgique)
jean-benoit.desert@cnda.be

MONOGRAPHIES DES COLLOQUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES 1973-1997

- I 1973 : **Liège**, sans thème
- II 1974 : **Namur**, sans thème
- III 1975 : **Lille**, sans thème
- IV 1976 : **Amiens**, sans thème
- V 1977 : **Lille**, Le temps de l'Hôpital de jour
- VI 1978 : **Amiens**, sans thème
- VII 1979 : **Liège**, Actes et acteurs thérapeutiques
- VIII 1980 : **Nancy**, Finalité des Hôpitaux de jour
- IX 1981 : **Reims**, Spécificité des Hôpitaux de jour
- X 1982 : **Valenciennes**, La séparation
- XI 1983 : **Lausanne**, Les Hôpitaux de jour et leurs modalités de travail avec les familles
- XII 1984 : **Bruxelles**, La tolérance et la déviance en Hôpital de jour
- XIII 1985 : **Amiens**, Le temps de l'Ailleurs...
- XIV 1986 : **Saint Lô**, Temps vivant, temps mort dans l'hôpital de jour
- XV 1987 : **Verviers**, Cadre et articulation des processus thérapeutiques
- XVI 1988 : **Reims**, L'hôpital de jour, et après ?
- XVII 1989 : **Nancy**, Images et représentations de l'Hôpital de jour
- XVIII 1990 : **Lausanne**, Admission en Hôpital de jour : la notion de contrat
- XIX 1991 : **Lille**, Peut-on rendre compte du travail en Hôpital de jour
- XX 1992 : **Liège**, Désir de soigner et dépendances
- XXI 1993 : **Amiens**, Espaces thérapeutiques en Hôpital de jour et processus au long cours
- XXII 1994 : **Genève**, Le patient, sa famille et l'équipe thérapeutique : à la recherche d'une alliance thérapeutique
- XXIII 1995 : **Reims**, L'engagement du patient dans le traitement en Hôpital de jour
- XXIV 1996 : **Bruxelles**, De la répétition au changement : trajectoires des Hôpitaux de jour
- XXV 1997 : **Saint Lô**, L'envers de l'Hôpital de jour... Des coulisses à la scène

REVUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THÉRAPIES INSTITUTIONNELLES 1998-2025

Déjà parues

- n° 1 : **Entre idéal thérapeutique et réalité(s) économique(s) : quel avenir pour les hôpitaux de jour ?**, Martigny 1998, ed. 1999
- n° 2 : **Violences et hôpital de jour**, Nancy 1999, ed. 2000
- n° 3 : **Place, magie et réalité du médicament à l'hôpital de jour pour enfants, adolescents et adultes**, Namur 2000, ed. 2001
- n° 4 : **Comprendre et (re)construire à partir de l'hôpital de jour**, Brest 2001, ed. 2002
- n° 5 : **Évolution des structures de soins : rivalité ou partenariat ?**, Montreux 2002, ed. 2003
- n° 6 : **Actualités des psychothérapies institutionnelles pour l'hôpital de jour ?**, Lille 2003, ed. 2004
- n° 7 : **Quels projets aujourd'hui pour l'hôpital de jour... de demain ?**, Liège 2004, ed. 2005
- n° 8 : **Sorties, à quelles adresses ?**, Grenoble 2005, ed. 2006
- n° 9 : **diversite-hyperspecificite@hôpital de jour psy.lu**, Luxembourg 2006, ed. 2007
- n° 10 : **Entre bouée et corset : devenirs de l'étayage à l'hôpital de jour**, Champéry 2007, ed. 2008
- n° 11 : **Dépendances - d'une autonomie à l'autre, le risque de l'altérité**, Bruxelles 2008, ed. 2009
- n° 12 : **Du sexe à l'hôpital de jour : place du pulsionnel dans la vie institutionnelle**, Nancy 2009, ed. 2010
- n° 13 : **Émotions, résonance émotionnelle et hôpital de jour**, Verviers 2010, ed. 2011
- n° 14 : **Dessine-moi un mouton... Cadre, permanence et temporalité à l'hôpital de jour**, Saint Lô 2011, ed. 2012
- n° 15 : **Le modèle dans tous ses états**, Lausanne 2012, ed. 2013
- n° 16 : **Le travail avec les familles en hôpital de jour**, Brest 2013, ed. 2014
- n° 17 : **Au-delà du symptôme... la porte du soin en hôpital de jour**, Namur 2014, ed. 2015
- n° 18 : **Soins de jour en psychiatrie : multiples dénominations pour une tension entre programme, adaptabilité et créativité**, Caen 2015, ed. 2016
- n° 19 : **Amener le patient à bon port ? L'équipe soignante : entre singularités et synergies**, Genève 2016, ed. 2017
- n° 20 : **« Quand un thérapeute regarde par la fenêtre d'un autre » : Nouvelles politiques en santé mentale et intégration des modèles thérapeutiques**, Bruxelles 2017, ed. 2018
- n° 21 : **Se donner les moyens de soigner en hôpital de jour... Le patient au cœur du dispositif, à quels prix ?**, Toulouse 2018, ed. 2019
- n° 22 : **Retisser identité et sens. Temps et lieu : de la crise en hôpital de jour**, Neuchâtel 2019, ed. 2020
- n° 23 : **Ceci n'est pas une revue... L'usager Citoyen en Hôpital de Jour, Partenaire ou rival ?**, Liège 2021, ed. 2022
- n° 24 : **Dessinez-nous l'Hôpital de jour de Demain... : le travail thérapeutique en équipe soignante 50 ans plus tard...**, Liège 2022, ed. 2023
- n° 25 : **Aborder la crise : quels caps, quels rythmes et quelles perspectives pour les hôpitaux de jour?**, Poitiers 2023, ed. 2024
- n° 26 : **Larguez les amarres! Hôpitaux de jour avec ou sans fin?** Vevey 2024, ed. 2025
- n° 27 : **Quand la culture s'invite dans les hôpitaux de jour!** Bourges, ed. 2026
- Hors-Série - Octobre 2022 - Numéro du cinquantenaire : Écoutons les professionnels.**
- Peut-être nous apprendront-ils ce qu'ils cueillirent en 50 ans...**

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La **Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles** est éditée à l'occasion de chaque Colloque des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.

Elle publie les actes du Colloque de l'année précédente et des textes concernant l'activité des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles.

COMITÉ DE LECTURE

Les propositions de texte sont soumises à un comité de lecture composé de membres du comité scientifique du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.

Il est le garant de la qualité des publications et peut refuser certains textes, en particulier lorsque les règles éditoriales n'ont pas été respectées.

Il prend contact, s'il y a lieu via l'intermédiaire du secrétariat général, avec les auteurs, pour les modifications qui lui paraissent opportunes.

Les décisions du comité de lecture sont sans appel.

CONDITIONS DE PUBLICATION

Les manuscrits sont rédigés en langue française et doivent respecter les conditions énumérées aux points IV.

Tous les auteurs doivent avoir lu et approuvé le contenu du manuscrit soumis. Les auteurs doivent aussi s'assurer de la bonne orthographe, de la grammaire et de la syntaxe (éviter des phrases de plus de 3 lignes sans ponctuation) du manuscrit soumis.

Les articles de la Revue 2027 seront soumis à l'adresse mail suivante : aurelia.levacq@cnda.be

DELAIS ET ETAPES DE PUBLICATION

Dès réception, les manuscrits seront relus par l'un des membres du comité de lecture. Un avis sera remis anonymement à l'auteur principal de l'article via l'intermédiaire du secrétariat général.

Une deuxième relecture sera effectuée par le Rédacteur en Chef ou l'un de ses adjoints. Un deuxième avis sera transmis à l'auteur principal de l'article.

Si des changements sont demandés, l'article, une fois modifié, sera relu avant toute acceptation définitive.

Après chaque Colloque :

- les textes doivent être adressés **au plus tard le 30 novembre** suivant le Colloque à l'adresse mail de l'organisateur local.

PRÉSENTATION DU MANUSCRIT

Les manuscrits doivent être dactylographiés en Times New Roman corps 11, interligne double. Les pages doivent être numérotées en bas de page.

Les manuscrits doivent comporter **maximum 25 000 caractères**, tableaux et espaces inclus. (les résumés et la bibliographie ne sont pas comptabilisés).

Les manuscrits comporteront :

- le titre en français
- le ou les nom(s) et prénom(s) des auteur(s)
- leur(s) affiliation(s)
- le résumé en français
- les mots-clés en français
- le titre en anglais
- le résumé en anglais - summary
- les mots-clés en anglais
- une introduction
- le corps du texte
- une conclusion
- la bibliographie

Titre :

Il doit reprendre les thèmes principaux abordés dans le manuscrit et être composé de 25 mots maximums.

Il ne peut pas comprendre d'abréviations ou d'acronymes.

Nom(s) et prénom(s) des auteur(s) :

Le(s) nom(s) du (des) auteur(s) doit(vent) apparaître en majuscules, précédé du (des) prénom(s), en minuscules.

Affiliations :

L' (les) affiliation(s) principale(s) du (des) auteur(s) (c'est-à-dire, la (les) institution(s) de référence(s) du (des) auteur(s) doit(vent) être référencée(s) comme suit :

Exemple : John Smith^{1,2}

¹Hôpital de Jour « NOM », Liège (Belgique)

²Hôpital de Jour « NOM », Genève (Suisse)

L'auteur principal du manuscrit devra fournir l'adresse postale de son institution ainsi que son adresse électronique.

Les résumés :

Ils doivent comporter **entre 200 et 250 mots**.

Les mots-clés :

Ils doivent comporter **entre 4 et 6 mots**.

Introduction, corps du texte et conclusion :

Nous invitons les auteurs à éviter des propos dithyrambiques et à proposer des informations claires et concises.

Références bibliographiques :

Toutes les références citées dans le texte devront être présentées sous le format Vancouver (https://www.bium.ch/wp-content/uploads/2019/04/Vancouver_guide_BiUM_2019_0426.pdf).

Dans le texte :

Elles seront numérotées selon l'ordre de leur apparition dans le texte.

Exemple :

« Comme l'explique Neuburger (1) ... ».

En fin de texte :

Pour un article de périodique :

- Noms et initiales des prénoms des trois premiers auteurs suivis de « et al. » (si nécessaire)
- Titre de l'article (dans la langue originale)
- Nom du périodique
- Année, volume (numéro), pages de l'article.

DOI (si article électronique)

NB : titre du périodique en abrégé (suivant la nomenclature internationale) et tome en gras.

→ Auteur(s). Titre de l'article. Titre abrégé de la revue. Année ; **Volume** (Numéro) : pages. DOI : numéro doi

Exemple :

Myerson PJ, Myerson O, Spencer RP et al. Anatomic patterns of Ga - 67 distribution in localized and diffuse peritoneal inflammation : case report. J Nucl Med. 1978 ; **18**(1) : 977-980. DOI : 10.1080/00223980.2023.2206604

Pour un livre écrit et publié en entier par le(s) même(s) auteur(s) :

- Nom et initiales du (des) prénom(s) du (des) auteur(s)
- Titre du livre et s'il y a lieu, numéro de l'édition
- Ville de publication
- Nom de la maison d'édition
- Année de publication
- Pages de la citation.

→ Auteur(s). Titre du livre : sous-titre. Numéro de l'édition éd. Ville : Maison d'édition ; Année, pages.

Exemple :

Roskam J. Introduction à la médecine interne. 2e éd. Paris : Masson ; 1957, 536-537.

Pour un livre édité par d'autres que l'auteur (ou les auteurs) du chapitre ou de la contribution citée :

- Nom et initiales des prénoms du ou des auteurs du chapitre
- Dans : titre du chapitre
- Nom et initiales des prénoms du ou des auteur(s) directeur(s), suivis de « Directeur(s) »
- Titre du livre
- Numéro d'édition (à partir de la deuxième édition) suivi de « éd. »
- Ville d'édition
- Nom de la maison d'édition
- Année de publication
- Pages du chapitre (ou de la citation).

→ Auteur(s). Titre du chapitre. Dans : Auteur(s) directeur(s), directeur(s). Titre du livre. Numéro de l'édition éd. Ville : Maison d'édition ; Année. Première et dernière page du chapitre.

Exemple :

Jeresaty RM. Le prolapsus valvulaire mitral. Dans : Acar J, directeur. Cardiopathies valvulaires acquises. 2 éd. Paris : Flammarion ; 1985. 288-305.

Pour des références Internet :

Inclusion de références telles que l'adresse internet d'une Association médicale, ou des adresses de sites ou pages qui proposent une information médicale ou scientifique fiable et de haute qualité.

↗ Auteur(s). Titre du site web [En ligne]. [cité le jour mois année]. Disponible : URL

Exemple :

World Health Organization [En ligne]. Human rights and Health [cité le 29 mars 2018]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

Illustrations et tableaux :

Leur nombre doit être limité à 7 maximum (figures et tableaux confondus).

Les figures ou tableaux doivent être soumis dans des fichiers Word séparés et distincts (1 tableau ou 1 figure/document Word).

Chaque fichier Word sera nommé par un numéro en fonction de l'ordre d'apparition dans le texte (figure 1, tableau 1, figure 2 ...).

De plus, chaque figure ou chaque tableau devra comporter un intitulé. Cet intitulé reprendra le numéro du tableau ou de la figure ainsi que son intitulé.

Exemple :

Figure 1. La constellation transférentielle.

Sous la figure ou le tableau, une note explicative peut être adjointe.

Dans le corps du texte, les auteurs devront mentionner

où la figure ou tableau doit s'insérer.

Exemple : [Insérer Tableau X ici], [Insérer Figure X ici].
Pour les figures ou tableaux issus d'un autre ouvrage, les auteurs devront s'assurer d'avoir obtenu **l'accord écrit** des auteurs dudit tableau ou de ladite figure. Une fois cet accord obtenu, les auteurs devront mentionner sous la figure ou le tableau : « tiré de : AUTEUR, DATE ».

Abréviations :

Les abréviations doivent être indiquées, entre parenthèses, dès leur premier emploi.

Exemple :
Hôpital de Jour (HJ)

Le nombre d'abréviations doit être limité à 5.

Unités de mesures, symboles et noms commerciaux :

Le système métrique est à utiliser aussi souvent que possible (unités internationales).

Pour les médicaments, lors de leur première citation dans le texte, il faut toujours associer la dénomination commune internationale (DCI) et, si nécessaire, le nom de la spécialité entre parenthèse (avec la première lettre en capitale) suivi du symbole TM ou ®.

Par la suite, seule la DCI sera utilisée.

Notes de bas de page :

Elles doivent être limitées et correspondre à un appel précis dans le texte.

Elles seront désignées uniquement par des lettres, sans se répéter d'une page à l'autre.

En l'absence de ces éléments, les articles ne seront pas publiés

ANONYMISATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ISSUES DES PATIENTS

Toutes données à caractère personnel de patients hospitalisés ou ambulatoires sont **proscrites** dans le manuscrit (noms, prénoms, date de naissance, etc.).

Pour les patients qui apparaissent sur une photographie, il est nécessaire d'obtenir le consentement **écrit** des patients afin de se conformer aux règles de protection de la vie privée. S'il s'agit d'enfants, l'accord écrit doit émaner des parents ou du tuteur légal.

Dans la mesure du possible, merci de veiller à flouter les visages.

Les consentements écrits doivent pouvoir être fournis à tout moment à la demande du rédacteur en chef.

ÉCRITURE INCLUSIVE ET REGLES TYPOGRAPHIQUES

Afin de préserver la lisibilité et l'homogénéité typographique de la revue, les formes d'écriture inclusive recourant au point médian, à l'astérisque, aux parenthèses, à la barre oblique ou à tout procédé similaire ne sont pas utilisées.

La revue privilégie les formulations épiciènes ou collectives ainsi que la féminisation usuelle des noms de métiers, titres, grades et fonctions.

La rédaction se réserve la possibilité d'harmoniser les manuscrits conformément à ces principes lors de la préparation éditoriale.

OBLIGATIONS LÉGALES

Les manuscrits originaux ne doivent pas avoir fait l'objet de publication antérieure, ni être en cours de publication dans une autre revue.

Les opinions exprimées dans l'article n'engagent que leurs auteurs.

Tout article est protégé par le droit d'auteur.

En soumettant son article au comité de lecture de la Revue, l'auteur principal qui soumet l'article autorise de *facto* sa publication dans la Revue aux noms de tous les co-auteurs dudit article.

Il peut, avant la publication, retirer à tout moment son manuscrit s'il n'en souhaite plus la publication. Dès lors que l'article est publié, l'auteur est réputé avoir transféré ses droits à l'éditeur.

POST ACCEPTATION DES MANUSCRITS

Une fois l'article accepté, le corps éditorial se réserve le droit d'apporter des corrections (grammaticales, orthographiques ou syntaxiques) au contenu de l'article **avant la publication**.

A ce stade, le « fond » du manuscrit ne pourra plus être modifié.

POST PUBLICATION

Le rédacteur en chef se réserve le droit de rétracter un article s'il le juge nécessaire. Une note explicative sera envoyée aux auteurs.

TIRÉS À PART

Actuellement, il n'est pas édité de tirés à part.



**Groupement des Hôpitaux
de Jour Psychiatriques ASBL**

**153, Boulevard de la Constitution
B - 4020 LIÈGE**

ADHÉSION

**Si vous souhaitez devenir membre du Groupement
des Hôpitaux de Jour Psychiatriques, vous devez
désormais vous rendre sur le site du Groupement :**
<https://www.ghipsy.org/membres/adhesion>

ADHÉSION AU GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

QUELS AVANTAGES À ÊTRE MEMBRE DU GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ?

Être membre du Groupement vous donne droit à :

- ♦ Accéder rapidement aux informations privilégiées liées à nos activités,
- ♦ Accéder gratuitement aux revues archivées du Groupement,
- ♦ Avoir une voix à l'Assemblée Générale statutaire,
- ♦ Être prioritaire à l'inscription au colloque annuel dont le nombre de participants est limité,
- ♦ Un tarif réduit à l'inscription :
 - une cotisation individuelle = tarif réduit pour une personne,
 - une cotisation institutionnelle = tarif réduit pour 4 professionnels de l'institution.

COMMENT DEVENIR MEMBRE DU GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ?

Si vous souhaitez devenir membre du Groupement des Hôpitaux de jour Psychiatriques,

- ♦ Demandez et recevez le soutien de deux parrains membres du Conseil Scientifique
- ♦ Complétez le formulaire en ligne
- ♦ Cliquez sur envoyer.

Votre demande sera reçue par le secrétariat général du Groupement. Elle sera proposée par ce dernier au prochain Conseil d'Administration qui se tient chaque année au mois de mai et au mois d'octobre. Lorsque le Conseil d'Administration a validé votre demande, la cotisation pourra alors être versée.

COMMENT RESTER MEMBRE DU GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ?

Vous êtes devenu membre effectif du Groupement lorsque votre demande d'adhésion a été acceptée au Conseil d'Administration et que vous avez payé votre cotisation annuelle.

Vous restez membre du Groupement en payant annuellement votre cotisation. Toute personne ou institution pour laquelle une cotisation n'aurait pas été perçue ne sera plus reconnue comme membre. Une nouvelle demande d'adhésion devra alors être introduite.

Président

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX
Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : +32 (0) 4 342 65 96
Courriel : jm.triffaux@hjulacle.be

Secrétariat général

Madame Stéphanie NOIRFAISE
Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : +32 (0) 4 342 65 96
Courriel : ghipsy@hjulacle.be

Vice-Président français

Professeur Ludovic GICQUEL
Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie
de l'Enfant et de l'Adolescent
Centre Hospitalier Spécialisé Henri Laborit
CESAM - Avenue Jacques Cœur, 370
86000 Poitiers - France
Téléphone : +33 (0) 5 49 44 57 57
Courriel : ludovic.gicquel@ch-poitiers.fr

Vice-Présidente suisse

Madame Muriel REBOH-SERERO
Institut Maïeutique
Rue Sainte-Beuve, 4
1005 Lausanne - Suisse
Téléphone : +41 (0) 21 323 17 00
Courriel : muriel.reboh-serero@maieutique.ch

Vice-Président belge

Docteur Jean-Benoît DESERT
Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : +32 (0) 4 342 65 96
Courriel : jb.desert@hjulacle.be

Comité scientifique

Professeur J. BERTRAND	Liège
Docteur H. BORREMANS	Bruxelles
Docteur M. CANDELAS	Bruxelles
Professeur E. CONSTANT	Glain
Docteur S. DAL	Leuze-en-Hainaut
Docteur J.-B. DESERT	Liège
Professeur L. GICQUEL	Poitiers
Monsieur B. HUNZIKER	Lausanne
Monsieur J.-P. LECLERCQ	Thieulain
Monsieur J. LEMOINE	Bruxelles
Docteur V. LUSTYGIER	Bruxelles
Docteur Ch. MONNEY	Lausanne
Madame S. NOIRFAISE	Liège
Madame M. REBOH-SERERO	Lausanne
Professeur Ph. REY-BELLET	Corsier-sur-Vevey
Docteur I. SCHONNE	Mons
Madame Olga SIDIROPOULOU	Lausanne
Docteur A. STRUYE	Uccle
Professeur J.-M. TRIFFAUX	Liège
Monsieur J. VAGNIERES	Vevey
Docteur C. VAILLANT	Bourges
Docteur A. VERNET	Bourges

© La Revue des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques
et des Thérapies Institutionnelles

ISSN 2112-6798

est éditée par
Le Groupement des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques ASBL
- Octobre 2026 - Liège
BELGIQUE

© La Revue des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques
et des Thérapies Institutionnelles
ISSN 2112-6798

Rédacteur en chef de la Revue 2026

Prof. J.-M. TRIFFAUX, Liège

**Rédacteurs en chef adjoints de la Revue
2026**

M. J.-P. LECLERCQ, Thieulain

Dr. A. VERNET, Bourges

Comité éditorial de la Revue 2026

Mme S. CARBONEL-RABOCELLI

Mme C. GUYOT, Liège

Mme S. NOIRFALISE, Liège

Mme E. SKIRAK, Liège

Mme L. STERCK, Liège

Secrétariat pour ce numéro de la Revue

Mme S. NOIRFALISE

Mise en page

BRADFER Bérengère

Reproduction du visuel du colloque 2025,
réalisé par le service communication
du CH George Sand

*Les numéros antérieurs "papier" peuvent être
commandés au secrétariat général du
Groupement des Hôpitaux de Jour Psy-
chiatriques sous réserve de leur disponibilité.*

**Tous droits de reproduction strictement
réservés.**

*Toute reproduction d'article à des fins de vente,
de location, de publicité ou de promotion est
réservée au Groupement des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques.*

*Toute reproduction d'article dans un autre
support (papier, internet, etc.) est interdite sans
l'autorisation préalable de la rédaction de la
Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et
des Thérapies Institutionnelles.*

*Les articles sont publiés sous la responsabilité de
leurs auteurs.*

