



HAL
open science

L'apport de l'art dans nos pratiques médicales

Déborah Chamouilli

► **To cite this version:**

Déborah Chamouilli. L'apport de l'art dans nos pratiques médicales. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03016820

HAL Id: dumas-03016820

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03016820>

Submitted on 20 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'apport de l'art dans nos pratiques médicales

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 20 Octobre 2020

Par Madame Déborah

CHAMOULLI Née le 7 janvier

1992 à Ollioules (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Président

Madame le Professeur BERBIS Julie

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Directeur

Madame le Docteur MOUGIN Gaëlle

Assesseur

L'apport de l'art dans nos pratiques médicales

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 20 Octobre 2020

Par Madame Déborah

CHAMOULLI Née le 7 janvier

1992 à Ollioules (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Président

Madame le Professeur BERBIS Julie

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Directeur

Madame le Docteur MOUGIN Gaëlle

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTÉY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUÇASSOU Jacques		MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MONTIES Jean-Raoul	VANUXEM Paul
	NAZARIAN Serge	VERVLOET Daniel
	NICOLI René	VIALETES Bernard
	NOIRCLERC Michel	WEILLER Pierre-Jean
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFU Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIELLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGÉON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OOUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	



PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouïl (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicté	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) <i>SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité</i></p>	
	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH) DRH Campus Timone</p>	

MAJ 01.09.2019

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Sumombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

BARBARARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Sumombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Sumombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERRROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

<p>CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103</p> <p>COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)</p> <p>FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)</p>	<p>CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004</p> <p>CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)</p> <p>BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)</p>
<p>CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104</p> <p>ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)</p>	<p>GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201</p> <p>BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>retraite au 25/11/2019</i> BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) <i>Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)</p>
<p>HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202</p> <p>LEPIDI Hubert (PU-PH) LEPIDI Hubert (PU-PH)</p> <p>PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)</p>	<p>GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)</p> <p>GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)</p>
<p>DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003</p> <p>BERBIS Philippe (PU-PH) DELAPORTE Emmanuel (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)</p>	<p>GENETIQUE 4704</p> <p>BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)</p>
<p>DUSI</p> <p>COLSON Sébastien (MCF)</p> <p>BOURRIQUEN Maryline (MAST) EVANS-VIALLAT Catherine (MAST) LUCAS Guillaume (MAST) MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST) MELLINAS Marie (MAST) ROMAN Christophe (MAST) TRINQUET Laure (MAST)</p>	<p>NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)</p> <p>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403</p> <p>AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) <i>Surnombre</i> BRETTELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)</p>
<p>ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404</p> <p>BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)</p>	

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
--	-----------------------

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
-----------------------	-------------------------

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
--	---------------------------------------

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16	REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
---	--

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	RHUMATOLOGIE 5001
---	--------------------------

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANJEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802	UROLOGIE 5204
---	----------------------

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir Campes Timone

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A mon président de jury, Monsieur le Professeur DISDIER Patrick,

Je vous remercie très sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de thèse et pour votre disponibilité. Je vous remercie également de me faire l'honneur de présider ce jury. Recevez l'expression de mon profond respect.

A mes assesseurs,

Madame le Professeur BERBIS Julie,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse afin de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

Madame le Docteur MOUGIN Gaëlle,

Je te remercie Gaëlle d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Tu me fais l'honneur de juger mon travail, je me permets par cette occasion de te témoigner mon admiration. En espérant pouvoir continuer à suivre tes réflexions toujours si inspirantes...

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur VION-DURY Jean,

Merci à vous, Jean. Vous le savez, sans vous ce travail n'aurait pas pu aboutir, en tout cas pas sous cette forme... Merci de m'avoir donné le désir et le courage d'entreprendre ce travail. Merci de m'avoir fait découvrir la phénoménologie, domaine qui me parle de manière si intense. Merci de m'avoir accompagnée, merci de m'avoir encouragée ; vos encouragements ont été si précieux pour moi ! Merci de m'avoir permis de rendre ce travail « thérapeutique ». Merci pour votre regard sur les choses. Je vous prie de croire que ces mots, si simples, sont l'expression d'une profonde sincérité.

Aux médecins qui ont marqué mon internat en y laissant une valeur positive,

Merci Emmanuel pour ta bienveillance. Merci Gauthier pour ta justesse. Merci Philippe pour m'avoir fait aimer la médecine libérale. Et ton cadre de vie ! Merci Cécile pour ta rigueur. Merci Maria pour ta gentillesse. Merci aux urgentistes d'Apt pour leur efficacité. Merci au personnel

du CISIH pour l'esprit de famille qui y régnait ! Et merci à mes co-internes, Annabelle et Sarah d'avoir rendu ce stage si agréable.

A ma famille,

A mes parents, à cet amour si intense et parfois si complexe. Je sais que vous serez fiers de moi en ce jour et c'est tout ce qui compte pour moi.

A ma sœur, à ce lien fort qui nous unit et qui ne se détruira jamais.

A mamie, pour toujours.

Aux autres absents, grands-pères, grand-mère, j'ai de fortes pensées pour vous.

A Georgy, à Gérard, merci d'avoir été des oncles si aimants.

Au reste de ma famille qui me soutient.

A mon Cha, les mots ne suffiront pas. Alors je te remercie simplement d'avoir été là à chaque minute, à chaque seconde, à chaque souffle de l'élaboration de cette thèse. Tu as vécu « phénoménologiquement » cette thèse avec moi. Nous vivons « phénoménologiquement », passionnément, intensément, toute notre vie ensemble.

A ma belle-famille pour sa gentillesse, son accueil et son soutien.

A Mouchinou, tant d'amour dans ce si petit corps !

A mes amis,

Merci pour votre fidélité depuis tant d'années maintenant...

Je remercie également les médecins qui ont accepté de participer aux entretiens.

Merci aux philosophes, phénoménologues, si inspirants. Merci de penser, de réfléchir, de tendre l'oreille aux choses muettes...

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

1. Les doutes qui nous habitent	5
2. A l'attention du lecteur	7
3. Déroulement de la pensée	8
4. Des hypothèses multiples	9
5. La méthode : inspiration phénoménologique	10

DE L'ART DANS NOTRE MONDE MÉDICAL

1. Comme un mauvais présage	11
1.1. La confiance du médecin en lui-même	11
1.2. Une confiance mise en jeu	12
1.3. Accepter l'incertain	13
2. La rencontre médicale : lieu d'intersubjectivité	15
2.1. Ode à l'inspiration : retour d'expériences	15
2.2. La consultation : scène d'improvisation	18
2.3. Au-delà de la méthode	19
2.4. L'art comme langage implicite	20
2.5. Apprendre à communiquer autrement	21
3. De quoi parlons-nous ?	25

EXPERIENCE CRÉATIVE

1. L'élan vital	28
1.1. Une force anonyme	28
1.2. Dépression : une attente interminable	29
1.3. Le corps en mouvement	31
2. Induction hypnotique	33
2.1. Fixation	33
2.2. Confusion	34
2.3. Dissociation	35
2.4. Une place pour soi	37
2.5. Accès à la transe	38
3. L'imagination	39
3.1. Une interface protectrice	39
3.2. Double réalité	40
3.3. Des réalités multiples à l'absence de réalité	40
3.4. Modulation des représentations	42
3.5. Psychosomatique : une existence figée	45
3.6. Imagination débordante : un problème ?	46
3.7. Le médium artistique : objet de symbole	47

4. Le sens dans tous ses états	49
4.1. Une orientation plus qu'une signification ?	49
4.2. L'étape précédente	49
4.3. La place du psychique	50
4.4. L'âme humaine	51
4.5. Des chemins à tracer	52
5. D'être présent à l'être présent	54
5.1. Le moment présent	54
5.2. L'exemple de la danse	55
5.3. Pour une meilleure écoute	56
5.4. Pour une meilleure présence	57
5.5. Cas du patient dément	57
5.6. Se souvenir encore	59
6. Le retour au « monde réel »	62
6.1. La fin de la transe	62
6.2. L'émotion, l'affect : des ressources oubliées ?	63
6.3. La beauté : une justesse qui s'accorde	64
6.4. Histoire de résonance	65
7. Conclusion de la 1^{ère} partie	69

DES APPLICATIONS POSSIBLES

1. La psychothérapie en médecine générale	71
2. A la frontière entre simplicité et complexité	71
3. Retour de consultations : des occasions manquées ?	72
3.1. Troubles du sommeil	72
3.2. Troubles fonctionnels intestinaux	73
3.3. Syndrome grippal	73
3.4. Vomissements	74
3.5. Gonalgie	75
4. La place royale du médicament	76
5. Existence de l'art-thérapie : questionnements	77
5.1. Un effet de mode ?	77
5.2. Émergence d'un soin de support	78
5.3. Une psychothérapie différente	78
5.4. Le cadre	79
5.5. Des indications et des limites	79
5.6. La place du médecin	80
5.7. Médicalisation de l'art	81

ÉTUDE EMPIRIQUE

1. Introduction	83
------------------------	-----------

2. Matériel et méthode	83
2.1. Type d'étude	83
2.1.1. Recherche qualitative	83
2.1.2. Entretiens individuels semi-dirigés	83
2.1.3. Approche phénoménologique	83
2.2. Population	84
2.2.1. Taille de l'échantillon	84
2.2.2. Échantillonnage de la population	85
2.2.3. Mode de recrutement	84
2.2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion	85
2.3. Méthode	85
2.3.1. Élaboration du questionnaire	85
2.3.2. Conception de l'entretien	85
2.3.3. Réalisation de l'entretien	86
2.3.3.1. Environnement	86
2.3.3.2. Formalités	86
2.3.3.3. Durée de l'entretien	86
2.3.3.4. Enregistrement	86
2.3.4. Déroulement de l'entretien	86
2.3.5. Retranscription	86
2.3.6. Analyse des données	87
3. Résultats et analyses	87
3.1. Caractéristiques de l'échantillon étudié	87
3.2. Résultats et analyses des entretiens par thèmes	88
3.2.1. Définir l'art : pas une mince affaire !	88
3.2.2. L'art : un acte contemplatif	89
3.2.3. La création : un mouvement personnel	90
3.2.4. Un bien être partagé	92
3.2.5. Les apports personnels	93
3.2.6. Les apports relevés dans la pratique médicale	95
3.2.7. Le dessin anatomique	97
3.2.8. Les apports de niveau 2	98
3.2.8.1. Zoom sur les effets « diversifs » de l'art	100
3.2.8.2. Hypnose et méditation	101
3.2.9. L'écart actuel entre art et médecine	103
3.2.10. D'un regret à une inquiétude partagée	107
3.2.11. Une mise en danger	109
3.2.12. Un sentiment d'impuissance ?	110
3.2.13. Schéma récapitulatif des résultats de l'enquête	114
4. Discussion	115
4.1. Sur l'intérêt du sujet	115

4.2. Sur le respect de la méthodologie	115
4.3. Sur l'échantillon	115
4.4. Biais et limites	116
4.4.1. Biais de sélection	116
4.4.2. Biais internes	116
4.4.3. Biais externes	116
4.4.4. Biais d'investigation	117
4.4.5. Biais d'interprétation	117
4.5. Discussion des résultats	117
4.5.1. Qu'en est-il de l'œuvre d'art ?	117
4.5.2. La relation comme œuvre d'art	120
CONCLUSION GÉNÉRALE	124
BIBLIOGRAPHIE	126
ANNEXES	
1. Annexe 1 : Trame du questionnaire	133
2. Annexe 2 : les « arts » évoqués	134
3. Annexe 3 : Verbatim	
3.1. MOMENT 1	135
3.2. MOMENT 2	138
3.3. MOMENT 3	141
3.4. MOMENT 4	144
3.5. MOMENT 5	148
3.6. MOMENT 6	152
3.7. MOMENT 7	155
3.8. MOMENT 8	161
3.9. MOMENT 9	170
3.10. MOMENT 10	179
3.11. MOMENT 11	185
3.12. MOMENT 12	189



INTRODUCTION

1. Les doutes qui nous habitent

Pourquoi s'intéresser à l'art dans nos pratiques médicales, si loin des conceptions majoritaires et actuelles que l'on nous enseigne ? Arriver à la fin de son cursus et se demander si cette médecine apprise avec tant d'investissement est vraiment celle que nous voulons pratiquer. Pour certains d'entre nous, se demander si la médecine elle-même est faite pour nous. Que de remises en doute ! Pratiquer une autre médecine ? Ou pratiquer la médecine autrement ? Compromettre tous nos acquis ? S'interroger sur les intérêts réels de nos pratiques et leurs effets sur la population ? Se questionner sur notre but premier en tant que médecin... La guérison dans de rares cas finalement. Le plus souvent, l'amélioration ou le maintien, qui n'est déjà pas chose si simple, de l'état de santé d'une personne.

Si nous pouvons dire de nos jours, qu'objectivement l'état de santé de la population est meilleur à l'aide d'outils diagnostiques de pointe toujours plus performants, toujours plus précis, qu'en est-il de l'état de santé subjectif de nos patients ? Se sentent-ils en meilleure santé ? Nous pourrions penser que l'objectivité prime, pourtant n'est-ce pas l'essence même de notre métier que de recourir au mieux-être des personnes en dehors de tout jugement de perception ? Au vu de l'affluence des demandes de soins (liée, certes, d'une part à une surconsommation du soin comme dans bon nombre d'autres domaines), du mécontentement général en toile de fond vis-à-vis du corps médical, le recours de plus en plus fréquents à des pratiques de soins alternatives, ne devons-nous pas nous interroger quant à la « bonne » évolution de la médecine ? A l'intérieur de cette médecine moderne de plus en plus technique qui arrive bien heureusement à affiner nos diagnostics et nos prises en charge, l'art, plus subjectif, plus intuitif, plus sensible, ne pourrait-il pas apporter un plus à nos pratiques ?

La médecine générale est choisie pour la majorité d'entre nous pour son approche pluridisciplinaire, sa prise en charge globale du patient, son attrait pour la diversité et pour la liberté toute « relative » d'exercer selon le mode libéral. Nous constatons rapidement la complexité de la tâche. Nous baignons la quasi-totalité du temps en complète incertitude. Il nous faut avoir une vision globale de la situation et prendre des décisions, plus ou moins rapidement, sur des sujets plus ou moins graves, aussi vastes soient-ils, sans bilans ni examens complémentaires immédiats, sans « preuves » immédiates. Nous allons passer la majeure

partie de notre travail à gérer cette incertitude. Pour la gérer, nous avons, à première vue, l'aide de nos connaissances de bases acquises au cours de notre cursus médical et que nous réactualisons, celles-ci entretenues par la « formation continue » qui regroupe différents supports mais matérialisés essentiellement par des recommandations (sur lesquelles nous acquérons de plus en plus nos connaissances de bases...). Notre statut de médecin généraliste placé au même rang que tout autre spécialiste est certainement bénéfique pour la discipline mais notre pratique ne se calque pas sur celle d'un autre spécialiste dont le suivi du patient est beaucoup plus espacé. La relation étant au cœur de la thérapeutique, la forme de notre discours n'est pas la même, l'engagement n'est pas le même. De plus, en tant que médecins généralistes, nous développons chaque jour, encore aujourd'hui, notre sens clinique, référence à l'art médical dénommé ainsi autrefois. Cette médecine non palpable, difficilement explicable, peu objective, parfois désordonnée mais toutefois pas illogique, possible grâce à des connaissances de base solides, engendre bien souvent nos meilleurs diagnostics et les plus « belles » relations médecins-patients.

« Penser le sens clinique revient à articuler ce que l'on peut vivre comme désarticulé » (Pierron, 2014).

Nous sommes, par ailleurs, tous d'accord pour affirmer le caractère universel de la médecine ; à travers les époques, sous n'importe quelle forme qu'elle prendra, elle survivra. La médecine ou plus exactement la « bonne santé » intéresse tout le monde. Il en va de même pour l'art. Comme le souci de « la bonne santé », l'art est omniprésent dans nos vies, tout aussi essentiel à notre survie. Par la diversité des formes qu'il peut prendre, il y a bien au moins un type d'art qui intéresse chaque personne, que ce soit la musique, la danse, le cinéma, le dessin, la peinture, le théâtre, la littérature, la poésie... Mais leur universalité suffit-elle à établir un lien entre art et médecine ?

Bien plus que des catégories artistiques, l'art évoque la création, l'imaginaire, le beau, l'esthétique, les émotions ou sentiments mais aussi le lâcher prise, le dépassement de soi, le non verbal et comme évoqué plus haut, l'intuition, l'implicite, le sensible, l'irrationnel, le subjectif, parfois le spirituel... Tout comme le développement du sens clinique est permis grâce à des connaissances solides et à l'expérience du médecin, l'accès au lâcher prise et au dépassement de soi, dans l'art, est facilité par une certaine technique. Malgré l'universalité et la technique qu'ils partagent, l'art n'évoque pas de nos jours la médecine. Inversement, la

médecine ne semble pas ou plus évoquer l'art. A partir d'une intuition profonde, leurs destins nous semblent cependant liés. Nous pensons que tous ces thèmes liés à l'art peuvent nous aider dans la pratique médicale quotidienne, aider nos patients dans leur parcours de soin, dans leur parcours de vie et nous aider nous-mêmes en tant que médecins, en tant qu'humains pour donner ou redonner un sens à notre métier. L'art est une manière de sublimer, ne pourrait-il pas sublimer notre métier ? C'est ce que nous allons tenter d'aborder ici en ajoutant à cette liste de thèmes : l'art comme thérapie, l'art comme soin.

2. A l'attention du lecteur

Cette thèse pourra paraître « inhabituelle » au sens académique par sa démarche de recherche différente de la recherche scientifique actuelle et pourra surprendre, car elle remet en cause, parfois, et à son niveau, l'idéologie de la médecine. A contrecourant de la pensée médicale actuelle, elle questionnera le dogme qui affirme que tout ce qui n'est pas scientifique n'est pas médical. Nous précisons par avance que critique ne signifie pas dénigrement. Qu'il est plutôt question « *d'explorer les limites de la médecine scientifique non pour la mettre en cause mais au contraire pour en accroître la pertinence* » (Dubas, 2012). Le débat sur le statut de la médecine (art ou science ?) semble aujourd'hui dépassé en faveur de la science. Pourtant, ce n'est souvent pas ce que nous remarquons sur le terrain et c'est ce qui nous déstabilise en tant que jeunes médecins. Malgré les efforts de protocolisation, la pratique médicale se distingue d'une démarche purement scientifique. Et que ce soit en art ou en médecine, « *la théorie suit la pratique et ne la précède pas* » (Kandinsky, 1988). Autrement dit, la médecine suit des recommandations perpétuellement révisées en fonction de ses pratiques. Le sujet de cette thèse n'est pas de trancher entre art ou science, bien au contraire, acceptons les deux statuts !

L'art en médecine peut paraître un sujet fantaisiste. Ce n'est pourtant pas un retour à la médecine « d'autrefois » où la médecine serait attribuée à un art sans références, en laissant libre court à la fantaisie du médecin. Même si, comme le disait Jung, « *y eu-t-il jamais grand-chose qui ne fût d'abord fantaisie ?* » (Jung, 1995, p. 221).

Cette thèse peut aussi, sous certains aspects, paraître idéaliste mais nous soutenons que ce n'est qu'en voulant voir mieux que nous pouvons faire mieux. Il ne s'agit pas de voir l'art, au sens propre, comme un moyen thérapeutique, même si par simplification nous pouvons avoir

tendance à l'énoncer ainsi. Ce n'est pas, en effet, une promotion de la musique/danse/peinture-médicament mais plutôt d'une vision non plus orientée essentiellement vers la thérapeutique, mais de nouveau vers le soin et comment l'art, peut nous aider à y parvenir. Notre réflexion sur l'apport de l'art en médecine oscillera donc entre un apport déjà présent qu'il convient de regarder en face et un apport potentiel dont on interrogera l'utilité.

« *Quand la technique, celle issue des sciences, se fonde sur l'analyse des objets, c'est-à-dire leur décomposition et leur reconstruction artificielle, il est nécessaire pour que la vie reste quelque peu humaine de mélanger à cette mixture indigeste, l'ingrédient des impératifs moraux et si l'on peut, des croyances religieuses* » (Roustang, 2003a, p. 178). Cela implique, dans le cadre de notre sujet, que pour garantir une pratique médicale humaine, avec la multiplication des connaissances, il convient de laisser encore la place au mystère, d'accepter l'immensité de questions non résolues, de ne pas les laisser de côté sous prétexte qu'elles ne sont « pas scientifiquement recevables » et de continuer à en chercher les explications. Et c'est en ce sens que nous pouvons parler aussi d'art médical, et non seulement d'une médecine uniquement scientifique car elle ne se cantonne pas « *à un seul travail de reconnaissance [...] mais qu'on y affronte l'indéterminé, l'indétermination de toute pathologie quand elle vient menacer le vivant* » (Grolleau, 2000).

Nous pensons ainsi que l'art a toute sa place dans des processus de recherche et d'application en médecine.

3. Déroulement de la pensée

Nous nous attèlerons dans une première partie à identifier plus précisément les difficultés que nous rencontrons dans l'exercice médical avec les moyens que l'on nous transmet et qui nous ont amené aujourd'hui à réfléchir sur des alternatives. Nous mettrons ensuite en lumière la face « cachée » de la médecine, plus particulièrement celle qui concerne la rencontre médicale, celle recouvrant toute la sphère de la subjectivité, celle-ci si présente mais peu visible si nous n'y prêtons pas un minimum d'attention et qui pourtant sème des indices qui nous aident au quotidien dans notre pratique.

Cette sphère intersubjective nous plongera dans l'univers de l'art et nous permettra d'introduire ses principaux attraits. Pouvant si difficilement se définir par la multitude

d'aspects qu'il peut prendre, nous l'aborderons d'une manière singulière et personnelle par le biais de la création. Toutefois, l'allure personnelle du récit a pu être confortée par l'ensemble des recherches entreprises. Les similitudes que nous avons constatées entre le processus créatif et l'état hypnotique nous aideront à mettre en lumière les thèmes que sont l'accès au monde intérieur, à l'inconscient, à l'imaginaire... avec pour chacun d'eux des réflexions sur des pathologies pouvant s'y rapporter. Puis, l'immersion deviendra plus intense en touchant aux thèmes du sens, de la présence et des phénomènes de résonance. Dans une deuxième partie, nous nous échapperons de la « rêverie » dans laquelle nous a plongé l'art pour identifier un peu plus concrètement les situations pour lesquelles une thérapie par l'art pourrait être envisagée et discuter sur quelques questions se rapportant à la discipline d'art-thérapie. Pour finir, nous exposerons notre étude.

4. Des hypothèses multiples

Le sujet est si vaste que nous ne pouvons nous cantonner de répondre à cette question en émettant une hypothèse unique. Le champ d'action de l'art est si riche qu'il nous faut tenter d'explorer tous les chemins possibles. Évidemment ce travail est limité, il n'est que le maillon d'une chaîne. Chaîne qui, un jour peut-être, sera assez solide pour être utilisée librement dans notre monde médical.

La question principale de recherche peut être entendue comme celle-ci : *en quoi une vision plus artistique du soin améliorerait la prise en charge de nos patients ?*

Afin d'y répondre, notre objectif est de nous questionner sur les apports de l'art dans nos pratiques médicales, notamment ceux qui relèvent du domaine de l'implicite, parfois même de l'invisible. Les questionnements seront donc tout d'abord personnels puis, à l'aide de notre étude, nous exposerons les questionnements de plusieurs autres médecins sur ce sujet. Une exploration de cette ampleur sera inévitablement partielle, des réponses seront manquées, certaines survolées, d'autres seront suspendues, mais des questions émergeront, de nombreuses à espérer car ce n'est qu'en restant vivant que « l'art », l'écriture en l'occurrence, opère son travail de transformation. La question principale de recherche étant formulée, des hypothèses s'élaborent tout au long de cette thèse. Elles ne sont volontairement pas explicitées pour laisser place à la réflexion de chacun.

5. La méthode : inspiration phénoménologique

La phénoménologie est un courant philosophique qui a vu le jour au début du XX^e siècle dans l'œuvre de Edmund Husserl. La démarche de la phénoménologie est de revenir aux choses mêmes, dans leur manière d'apparaître à la conscience, lorsqu'elles surgissent ou s'offrent à notre expérience, comprenant perceptions, sensations, sentiments, souvenirs, rêves, idées... N'étant pas diplômée en philosophie, cette thèse se veut d'inspiration phénoménologique et ne développera pas directement tous les fondements propres à la phénoménologie développée par Husserl, Heidegger, Merleau Ponty et bien d'autres. Cependant, elle utilisera ses principes clés : l'*épochè* et la réduction qui consistent à suspendre l'évidence naturelle (le jugement habituel) que nous avons du monde afin d'accéder aux vécus de conscience, l'expérience étant au centre de la réflexion. Cette approche phénoménologique n'est pas réservée exclusivement aux philosophes. Elle a inspiré de nombreux médecins, psychiatres pour la plupart, que nous ne manquerons pas de citer. La phénoménologie n'est pas un mode de réflexion enfermé dans sa « logique », elle est ouverte aux autres courants de pensée, elle s'y infiltre et peut en fait s'infiltrer chez tous les individus. Car, à l'inverse des approches de recherche standards qui à partir d'une donnée tendent à la généraliser, l'approche phénoménologique, en partant de l'expérience vécue, s'efforce de percevoir le singulier dans l'universel et de voir la multiplicité à partir de l'unité. C'est essentiellement pour cela que l'approche phénoménologique a été choisie pour répondre à notre sujet. Nous pouvons avec cette démarche faire le pari qu'en poussant la subjectivité à son comble, nous atteignons l'objectivité, valeur essentielle aujourd'hui à une « certaine » validation d'un projet de recherche. Mais la phénoménologie semble aller encore plus loin en s'affranchissant du clivage objectivisme/subjectivisme. Toutes les notions exposées resteront immatérielles et a priori non démontrables. Tous les outils de réflexions développés dans cette thèse ne peuvent être essentiellement que « *des valeurs d'intégrité qui responsabilisent le chercheur comme le lecteur à travers une relation d'équilibre interactif qui repose sur la notion d'utilité vitale et sur le positionnement éthique de chacune des parties* » (Bich Doan, 2014).

DE L'ART DANS NOTRE MONDE MÉDICAL

1. Comme un mauvais présage

Le doute est normal, naturel, physiologique pourrions-nous dire, mais quand il devient omniprésent il en devient nocif et nous amène à nous poser des questions. Le changement part d'un doute. Un doute qui s'intensifie un peu tous les jours et l'on perd confiance. Est-ce que ce que je fais est bien ? N'y a-t-il pas d'autres solutions pour mon patient ? Je suis les règles, mais ces règles sont-elles adaptées pour lui, pour elle ? N'y a-t-il réellement rien d'autre à faire pour lui ou pour elle ? D'où vient ce doute ?

1.1. La confiance du médecin en lui même

La non-observance des patients à un traitement est un phénomène connu depuis les débuts de la médecine, et il est encore de nos jours bien fréquent. En revanche, la « non-observance » des médecins est un fait beaucoup plus récent et contemporain semble-t-il au développement de l'*Evidence Based Medicine* et à l'élaboration par celle-ci de recommandations de bonnes pratiques. Elle repose sur le fait que les professionnels ne commencent pas ou n'intensifient pas un traitement lors de consultations où il faudrait à l'évidence le faire alors que des recommandations ont été diffusées de toutes parts. Il en résulte pour G. Reach, une inertie clinique qui, avec l'association à la non-observance des patients, met en péril l'avenir de la médecine. Il parle même de crise de la médecine (Reach, 2018).

Nous nous demandons par ce constat, au-delà de la méfiance des patients, si les médecins ne perdent pas confiance en la médecine et de fait en eux-mêmes, et si, plus loin encore, la défiance générale n'est pas seulement la résultante de la perte de confiance des médecins ? Mais pourquoi les médecins seraient-ils réticents à l'application de ces recommandations censées faciliter leur pratique ?

Devant le nombre colossal de plaintes rencontrées en consultations, il n'existe pas de recommandations spécifiques à la médecine générale renouvelées chaque année comme dans d'autres spécialités. De plus, peu d'actes en médecine générale (entre 10 à 20% selon certaines études (Ebell et al., 2017)) sont prouvés efficaces selon l'*Evidence Based Medicine*. A ce jour encore, les actes médicaux semblent être modelés par l'expérience et le savoir-faire du médecin mais aussi par des déterminants émotionnels (comme l'arrêt de prescription d'un

médicament du fait du souvenir de la survenue d'un effet indésirable majeur ou la prescription abusive d'un examen paraclinique suite à une erreur passée de diagnostic). « *Ces actes, en dehors de toute recommandation, peuvent présenter de nombreux biais, mais permettent aussi d'agir, le plus souvent, avec efficacité* » (Nau, 2013). Les essais cliniques ont pour but de produire des connaissances et de les appliquer en pratique en les contextualisant en recommandations. Pour autant, aussi rigoureux soient-ils, leur validité interne s'appuyant sur les statistiques et les algorithmes ne préjuge pas de leur validité externe. La statistique et les probabilités ne traitent que des chiffres et ne peuvent pas nous parler de ce qui n'est pas chiffrable.

Dans les grandes études, nous utilisons des cohortes de « patients moyens » et nous devons répondre essentiellement à une question donnée. En pratique, nous soignons un individu dans toute sa complexité en répondant à des questions multiples intriquées entre elles. La difficulté, en pratique clinique, se trouve en fait souvent ailleurs : avant même de pouvoir répondre à des questions, encore faut-il savoir les formuler... Les médecins, et d'autant plus les médecins généralistes, s'en rendent compte au quotidien. Nous sommes fréquemment amenés à nous interroger sur les limites de pertinence de ce modèle scientifique. Les recommandations peuvent à l'évidence nous aider quand nous ne sommes pas à l'aise avec une prise en charge. Si nous les suivons, statistiquement, nous ne ferons pas d'erreur. Le piège n'est de jurer que par elles car elles représentent aussi des « *courts circuits de pensées risquant de conduire souvent à des impasses* » (Reach, 2018).

1.2. Une confiance mise en jeu

« Élevés » aux protocoles et aux recommandations, nous pouvons mieux comprendre le désarroi de certains jeunes internes tout juste lancés dans la vie active. La multiplication d'outils diagnostiques tels que les échelles, les scores, les recommandations peuvent soutenir l'idée que de nos jours, les médecins perdent peu à peu confiance en eux. Ces outils masquent parfois nos réflexions, les simplifient jusqu'à en réduire la pertinence. Ces « aides » ont pour finalité d'acquiescer une objectivité mais notons bien qu'aussi précise que soit l'échelle, une marge de subjectivité persiste encore dans le recueil des données ce qui amène bien souvent le médecin à ne pas suivre les résultats. Dubas prend l'exemple de l'échelle de qualité de vie et s'étonne que la médecine ait eu besoin de cet outil pour faire ce qu'elle devrait faire :

« *demander aux patients comment ils vont, et s'ils ne vont pas bien, leur demander pourquoi* » (Dubas, 2012, p. 126). En suivant « à la lettre » ces outils, nous créons des cadres rigides dans lesquels nous intégrons des patients en oubliant leur pluri singularité. En nous acharnant à chercher l'objectivité, nous perdons peu à peu en vérité. En acceptant la subjectivité, en apprenant ses ressorts, en les appréhendant, en les manipulant, nous n'y trouvons pas la vérité mais nous nous en approchons mieux.

1.3. Accepter l'incertain

Certains praticiens prédisent la disparition de la médecine générale, au motif de l'impossibilité de stabiliser l'incertitude face à l'extension et au renouvellement constants des savoirs (Bloy, 2008). Réduire, ou au mieux stabiliser, l'incertitude par l'intermédiaire de recommandations peut, certes, nous permettre de ne pas nous laisser écraser par l'imprévisible mais peut aussi, comme nous l'avons dit plus haut, nous amener à des réflexions réductionnistes et ainsi, contre-productives.

Accepter la subjectivité revient à accepter l'incertitude, à accepter son inévitable présence au sein de la médecine et de l'humain. Si nous ne le faisons pas, nous changeons radicalement d'objet d'étude : la médecine ne s'adressera alors plus de prime abord à la condition humaine. Cette qualité fine d'appréhender la subjectivité pourrait être acquise par un enseignement et des systèmes d'évaluation plus didactiques qui développeraient notre bon sens (ou sens clinique) basé sur des matières piliers que sont l'anatomie, la physiologie, la sémiologie, mais en insistant aussi sur le développement d'attitudes d'écoute et d'observation, « *apprendre aux étudiants à voir une personne dans le malade, leur apprendre à regarder un visage pour comprendre l'unicité de l'individu assis en face d'eux, donner toute sa place à l'enseignement d'une médecine narrative, apprendre à interroger non seulement sur les antécédents, mais aussi sur les projets, montrer que les prouesses de l'imagerie ne doivent pas faire oublier l'importance de l'examen clinique, apprendre l'art de la conversation, c'est-à-dire de l'échange entre deux êtres doués de pensée complexe, souligner l'importance de demander à la fin de la consultation : « quoi d'autre ? », apprendre les conditions de la confiance [...], voir la médecine comme un art de la complexité [...] devrait être attractif pour les médecins, et notamment pour ceux qui sont encore étudiants, car [elle ferait] appel à [leur] intelligence ...* » (Nau, 2018). Cette sensibilisation aux problématiques d'éthique ou de philosophie médicale, avec toutes les

branches annexes qui peuvent en découler, nous semble, en effet, essentielle à toute démarche de soin. Une philosophie qui ne reste pas abstraite et sélective mais qui engage, entretient et renouvelle nos réflexions du quotidien. Car si nous devons, dans bien des cas continuer de faire confiance aux recherches scientifiques sur des sujets auxquels, sans formation ni expérience, nous ne pouvons répondre par nous-même, nous pouvons également continuer de nous faire confiance sur des sujets privilégiant nos savoirs propres, nos intuitions et nos expériences. Si nous nous en tenons à ce que nous savons, non, l'art n'est pas prouvé efficace pour améliorer nos pratiques médicales. Ni même l'art-thérapie, discipline en place. Cela ne dissuade pas pour autant de nombreux services hospitaliers (psychiatriques ou non) de l'utiliser. Alors, devons-nous en rester là ? Devons-nous suivre, sur des sujets aussi riches, l'avis « d'experts » sans développer nos propres réflexions ?

L'art n'a rien à prouver. Nous ne nous évertuerons donc pas ici à démontrer son efficacité. Nous avons confiance et c'est ce qui nous amène à lui faire une place en médecine. De plus, lui faire une place est aussi une manière pour le médecin, somme toute personnelle, de continuer à « *croire en ses formules et en ses procédés sinon il est assailli par un sentiment d'insécurité scientifique, sentiment qui lui fera perdre le ton juste et convaincant* » (Jung, 1995, p. 103), lequel ton est une valeur nécessaire à un épanouissement harmonieux de la médecine, du médecin et de ses patients.

« *Mais comment faire, à l'heure où la technique rayonne et prédomine dans le champ des activités humaines, pour laisser (ou rendre) à la médecine son sens d'engagement moral, son sens d'art du risque ? Comment retrouver derrière l'urgence d'une pratique codifiée cette interrelation, cette intersubjectivité fautive de laquelle le mot « art » ne signifie plus rien ?* » (Grolleau, 2000) .

2. La rencontre médicale : lieu d'intersubjectivité

Dans le chapitre qui va suivre, il ne s'agit pas de remettre en cause les procédés objectifs de la médecine et les approches explicites du médecin qui sont essentiels et nécessaires dans bien des cas. Il y a, en revanche, une volonté d'attirer l'attention sur la partie implicite et intuitive de la médecine qui est de nos jours négligée.

2.1. Ode à l'inspiration

L'intersubjectivité en médecine se réfère en partie aux intuitions du médecin, cette part d'implicite si importante dans nos pratiques. Je tente par la suite, à travers quelques-unes de mes expériences, de montrer l'enjeu de l'intersubjectivité dans nos diagnostics et nos prises en charge. C'est donc par le biais de trois vécus que j'introduis la notion d'intersubjectivité :

Expérience n°1 : C'est en cabinet de pédiatrie que je rencontre F., un enfant de 9 ans en bonne santé que nous voyons, mon maître de stage et moi-même, assez régulièrement en consultation, la plupart du temps pour des examens de routine. Sa mère se plaint par moment de son comportement à la maison. Elle nous révèle une fois son désarroi face à l'insolence de son fils d'à peine 9 ans. Mon maître de stage à l'habitude de voir entre deux consultations, sans rendez-vous programmés, des enfants rapidement en salle d'attente pour des « petits bobos ». C'est ce qui se passa ce jour-là avec F. et sa maman, ils venaient faire vérifier la bonne évolution d'aphtes buccaux, mon maître de stage inspecta, rien de très particulier, les aphtes étaient toujours présents. *Je me souviens très clairement la couleur bleu-violacée de ses lèvres.* Je ne sais pas ce que mon maître de stage avait prévu de faire et ne le saurais probablement jamais. J'eus quand même l'impression qu'elle allait le laisser partir avant que la mère ne lâche : « *Docteur J, vous ne voulez pas lui prescrire une prise de sang ? Il est fatigué depuis 10 jours, il n'est pas comme d'habitude...* ». L'attitude « consciente » de tout médecin aurait été d'interroger la maman sur ce qu'elle appelle « être fatigué » puis de l'examiner. Le Docteur J. étant un médecin très rigoureux, c'est ce qu'elle faisait à toutes ses consultations. Pourtant, ce jour-là, pas d'interrogatoire plus approfondi, aucun examen clinique. Elle ne prononça pas un mot de plus, prescrivit et tendit l'ordonnance de bilan à la maman. A leur départ, nous nous regardâmes avec un certain malaise et nous nous confortâmes toutes deux dans l'idée que quelque chose n'allait pas sans expliciter plus sur ce sentiment. Deux heures plus tard, le verdict tomba. Le laboratoire nous annonça des blastes sur le frottis sanguin. Ce vécu illustre pour moi parfaitement le partage des courants de conscience et la matrice

intersubjective qui s'est alors créée à cet instant T imperceptible entre le docteur J. et la maman de F. Le regard « sincèrement » inquiet de la maman, l'intonation de sa voix et certainement de multiples autres éléments ont intercepté le courant de conscience du docteur J. Pour comprendre d'avantage ce qui s'est joué à cet instant T, un entretien « approfondi » avec le docteur J. aurait été nécessaire (à la manière par exemple, d'entretiens d'explicitation ou phénoménologiques expérientiels que nous évoquerons plus loin).

Expérience n°2 : Mr P. est un homme d'une soixantaine d'années que je reçois aux urgences. Il nous est adressé par son médecin traitant pour une douleur de l'hypochondre droit sans plus de détails. Je passe la porte pour interroger et examiner Mr P. Infirmières et aides-soignantes étant déjà sur les chapeaux de roue pour l'installer et le perfuser, cela m'a laissé le temps d'observer Mr P. Ce qui m'a frappé dès le départ est sa manière de respirer. Il était polypnéique. Une saturation en oxygène aux alentours de 95% en air ambiant, et quelques sueurs. La recherche d'une embolie pulmonaire sur des critères aussi aspécifiques m'est venue à l'esprit quasi instantanément, sans même avoir parlé au patient. Après interrogatoire et examen clinique, les idées se sont floutées. Une fréquence respiratoire élevée sur une hyperventilation due à la douleur ? Aucun signe de phlébite, un signe de Murphy pouvant m'évoquer une colique hépatique, mais aussi une douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire droite m'évoquant une colique néphrétique... Autant de signes que de diagnostics. Une gazométrie non contributive. Devant l'hyperalgie, la morphine est administrée et semble améliorer la douleur et la fréquence respiratoire. Un médecin sénior voit le patient à son tour et décide de réaliser un scanner abdominal sur une suspicion d'occlusion intestinale, j'insiste pour compléter par un angioscanner thoracique devant l'impression initiale. Le diagnostic d'embolie pulmonaire bilatérale est posé. La connaissance de critères objectifs est à l'évidence primordiale pour le diagnostic d'embolie pulmonaire que nous savons difficile, mais reconnaissons que très souvent, quelque chose nous échappe, que ce soit dans la réussite ou l'échec. Cette part d'inspiration est connue de tout médecin.

Expérience n°3 : Mme T., 70 ans, aux antécédents médicaux lourds (encéphalite, compression médullaire...) est suivie pour un rhumatisme psoriasique sous biothérapie et en cours d'exploration pour suspicion de granulomatose. Elle est hospitalisée et l'attente d'exams complémentaires prolonge son hospitalisation, son état général se dégradant peu à peu. Des adénopathies multiples font suspecter un lymphome mais le transfert en hématologie est

retardé. Une absence de diagnostic précis, des résultats qui tardent, une nouvelle compression médullaire, des transferts aux urgences et en réanimation, une équipe médicale qui se scinde, poursuite des soins pour les uns, acharnement thérapeutique pour les autres... Tout ceci conduit au malaise. Au malaise de l'équipe médicale. Au malaise de l'interne face à la famille. Au malaise face aux questions auxquelles nous n'avons pas les réponses. Un lymphome à EBV de haut grade sera finalement diagnostiqué sans qu'une thérapeutique ne puisse être mise en place pour la guérir. La présence du personnel et de l'interne aura finalement été le meilleur « remède » pour recevoir toute la reconnaissance de la famille. C'est le cas de Mme T. et de bien d'autres d'ailleurs, où nous n'avons pas eu l'impression de faire de grands exploits dans notre prise en charge, où nous nous sommes sentis à bien des égards totalement impuissants face à la situation. Celle-là même où nous doutons plus que d'habitude, où nous ne trouvons pas d'issues convenables, où nous souhaiterions repousser les limites du possible. Et pourtant, parfois, l'angoisse que nous ressentons n'est pas celle que nous renvoie, dans un élan inexplicable de bienveillance, le patient lui-même ou sa famille. Cette reconnaissance que nous attendons tous en tant que médecin et qui vient nous bousculer par son arrivée inespérée, révèle encore une fois, toute la complexité de la condition humaine si prégnante dans notre métier.

Cette troisième expérience suggère que l'intersubjectivité se réfère au monde de l'implicite et à la notion du non verbal (ou du non agir dans le cas de Mme T) qui se joue lors d'une consultation et qui va parfois peser d'avantage que tout ce qui se verbalise. Deux patients distincts exprimant la même plainte, en fonction de la manière dont ils l'expriment et de leur attitude face à elle, ne seront pas pris en charge de la même manière. De plus, par le mode de l'échange, l'attitude du médecin, la position physique, les gestes, les non-dits, l'attention portée à ces échanges non verbaux va donner à la relation médecin-malade plus de densité. Stern parle à ce propos d'accordage affectif, notion initialement déduite des conduites d'interactions précoces et réciproques entre la mère et son bébé, « *dans lequel la mère joue de son propre comportement pour se mettre en harmonie avec la forme de vitalité de son bébé* » (Stern, 2010). Ce n'est pas une reproduction mais une forme d'imitation, la mère imite (reproduit) les éléments dynamiques produits par son bébé, mais avec un contenu différent, dans une modalité différente. Entre adultes, nous continuons de nous comprendre de manière implicite. En consultation, l'accordage affectif de Stern est d'autant plus mis en jeu, plus que

nous adapter, nous faisons en sorte de nous accorder au patient face à nous par l'intonation de la voix, les mimiques, les gestes, les moments de silences jugés instinctivement ni trop longs ni trop courts... Pour certains médecins, ceux pour qui l'expérience a fait son chemin, ces éléments non verbaux ne sont plus que des automatismes qui vont rendre la relation plus sincère, ou plutôt dirons-nous, plus harmonieuse.

2.2. La consultation : scène d'improvisation

Arrivés à la fin de notre cursus et nous jetant dans le bain de l'exercice concret de la médecine, l'inquiétude qui continue de nous habiter n'est plus ou peu le manque de connaissances mais l'affrontement avec l'être humain malade, le face-à-face avec « l'ennemi ». L'ennemi au sens de ses maux implorés qu'il va nous falloir secourir mais aussi de ses espoirs, de ses attentes auxquels nous allons devoir répondre.

Une meilleure connaissance de la condition humaine et parfois de ses travers nous permet au fil du temps de trouver des stratégies d'adaptation de mieux en mieux ficelées, à base essentiellement de dialogue. La trame s'élabore mais changera peu au fil du temps jusqu'à devenir un véritable rituel. Un rituel dans notre manière d'aborder la consultation, d'interroger le patient, dans la succession de nos gestes pour l'examiner, dans l'utilisation de notre matériel et même dans notre discours. Tout cela constitue la mise en scène de la consultation. Seulement, le scénario, lui, est amené par le patient et se renouvelle à chaque consultation. Si bien qu'il peut parfois venir ébranler notre rituel pré-établi. Plus notre mise en scène est robuste, mieux le scénario s'assimile et plus le rôle de médecin que nous habitons aura un effet thérapeutique en lui-même.

Au cours d'une journée de consultations, nous jouons ainsi une succession de scénettes en semi-improvisation. Celles-ci sont à chaque fois de nouvelles expériences faites de réactions individuelles, de vécus particuliers et de choix personnels et non reproductibles. La rencontre avec le patient est une expérience vécue qui ne se revit pas, il y a surgissement constant de l'imprévu dans les situations cliniques (Larger, 2011, p. 37). En comprenant cela, nous pouvons imaginer à quel point en oubliant cette part d'intersubjectivité si intime lors d'une consultation, les médecins peuvent avoir tendance à se critiquer entre eux et peuvent entretenir une animosité générale. Le médecin B recevant le patient du médecin A, dans un endroit différent, à un moment différent, dans un contexte différent incluant des perceptions,

des humeurs, des ressentis différents etc... ne pourra pas percevoir ce qui se jouait dans le cadre de l'intersubjectivité lors de la précédente consultation avec le médecin A. La prise de décision du médecin A doit être comprise à travers le vaste spectre de l'intersubjectivité.

2.3. Au-delà de la méthode

« *Ce ne sont pas les théories, c'est votre personnalité créatrice qui sera décisive* » (Jung, 1995, p. 101) .

Par les 3 exemples proposés plus haut, il convient de reconnaître que la théorie nous est indispensable pour voir nettement les choses mais elle n'a que peu de pouvoir pour nous mouvoir, nous faire agir. Une nouvelle fois, en citant Jung, « *des connaissances étendues sont indispensables et ne devraient faire défaut à aucun spécialiste mais les connaissances seules ne suffisent pas elles ne doivent pas être des souvenirs momifiés, mais au contraire conserver, chez celui qui les manie, la saveur de l'expérience vivante* » (Ibid., p. 82).

Au carrefour entre théorie et activité créatrice se trouve l'imitation qui ne s'arrête pas au stade du nourrisson. Elle est absolument essentielle à notre apprentissage médical et artistique, selon le précepte de Jules Renard : « *Si tu veux lire un livre, commence par l'écrire, si tu veux regarder un tableau, commence par le peindre, si tu aimes la musique, joue-la !* ». Nous avons besoin d'imiter avant de devenir créatifs. Nous le remarquons clairement au cours de nos études, nous avons beau remplir nos esprits de connaissances, c'est bien lorsqu'une situation clinique se produit réellement que nous l'imprimons définitivement pour les situations similaires à venir et d'autant mieux lorsqu'une composante émotionnelle est présente. Les neurosciences nous parlent de neurones miroirs comme la « preuve » d'intersubjectivité, ce pouvoir de comprendre l'autre sans les mots, d'être en empathie avec lui et nous renseigne sur le phénomène évoqué, celui de saisir une action observée afin de pouvoir l'imiter. Les neurones miroirs seraient situés à côté des neurones moteurs et déchargeraient chez un observateur qui ne fait rien d'autre que de regarder un autre agir (Stern, 2003, p. 101). « *Une des propriétés importantes des neurones miroirs est en quelque sorte d'enregistrer le type d'action que le sujet a effectuée ou observée chez autrui [...] L'action enregistrée par le système des neurones miroirs ne se liait pas nécessairement à l'objet visé par l'action observée. [...] Elle était en quelque sorte mise au service des actions à venir possibles, pour toute situation où elle pourrait se montrer efficace* (Boukhobza, 2013) ». Ces

découvertes nous incitent à mettre l'accent sur la notion de transmission ou d'héritage qui responsabilise, à travers les générations, les détenteurs du savoir-faire.

Finalement, l'intersubjectivité est une expérience en mouvement dans laquelle le sujet rencontre un autre sujet et construit ainsi sa propre subjectivité, sa « *propre personnalité créatrice* ». Ces concepts d'intersubjectivité, d'implicite, d'inspiration, d'improvisation... ne sont pas inhérents à la médecine, ils sont issus de la vie comme elle se laisse venir à nous et que nous retrouvons de manière quasi-vitale dans l'art.

2.4. L'art comme langage implicite

Au-delà de la technique, « *la magie des rythmes élastiques réside dans le façonnage précis des affects de vitalité dans le but d'exprimer les sentiments « exacts » qui sous-tendent les actes transmis au public [...] c'est un gage d'authenticité* » (Stern, 2003, p. 89).

Stern distingue ici « rythmes rigides » (pure technique) et rythmes élastiques (part de liberté), ce « petit plus » qui vient casser partiellement la technique pour tendre vers des sentiments « exacts », des sentiments « vrais ». On peut citer l'exemple des pianistes ou autres musiciens qui vont venir casser un peu le rythme pour rendre le morceau plus vivant ou des danseurs par le « peaufinage des pas de danse ». Comme nous l'avons mentionné pour les théories, ces « rythmes rigides » ne sont pas à jeter, bien au contraire. Stern précise d'ailleurs que « *l'imprécision n'est potentiellement créatrice que lorsqu'elle se produit dans une structure bien établie. Sinon ce n'est que du désordre* » (*Ibid.*, p. 195).

Mais nous, êtres humains, avons la possibilité de comprendre et d'interpréter ces subtilités, ces « petits plus » qui peuvent donner sens pour nous. Sens que les mots ne peuvent parfois pas nous apporter. Une des grandes vocations de l'art est de pouvoir s'exprimer autrement que par les mots. Bien que la langue elle-même a un caractère représentationnel, les arts lui donnent des valeurs représentationnelles supplémentaires, et plus encore incarnées. Le non verbal peut ainsi être un moyen d'expression : « *le vécu inconscient s'exprimerait plus naturellement à travers des images qu'à travers des mots* » (Lecourt et al., 2017) . Bien que l'écriture, la poésie, le théâtre passent par le mot pour s'exprimer, celui-ci prend une tout autre dimension que celle que nous utilisons pour parler, une tout autre perspective car le mot est alors utilisé comme outil artistique. Le mot est utilisé comme image. Comme production d'images. De même que la musique ou le chant utilisent le son comme production

d'images, la danse, le dessin, la peinture etc. utilisent le corps et le geste pour exprimer et continuer une pensée. Par le biais de la métaphore (de l'image) nous passons d'une attitude réalisante à une attitude imageante (Sartre, 2017). Il ne s'agit ainsi pas dans l'art de communiquer sans les mots mais d'utiliser notre aptitude à lire entre les lignes et à communiquer avec une pensée autre que celle que nous utilisons au quotidien. Dans l'art, nous pouvons mettre de côté notre pensée dirigée ou logique, traduite essentiellement en mots, celle que nous utilisons pour nous adapter au quotidien, celle héritée de notre culture, de notre éducation et aussi celle de la science (Vion-Dury et al., 2020). Une autre pensée, imaginative, corporelle, non dirigée, que nous faisons la majorité du temps par adaptation va pouvoir s'exprimer à travers les images, les couleurs, les formes, le mouvement, les sons et vibrations...

2.5. Apprendre à communiquer autrement

Les difficultés de communication dans le monde médical intègrent de vastes domaines et ne résultent pas systématiquement de « déficiences » de la part du patient. Qu'elles soient intrinsèques à des troubles du langage d'origine neurologique ou neuro dégénérative dans le cas d'aphasie ou de démences, ou dues à toute autre pathologie altérant un échange « optimal » entre le médecin et son patient (maladie mentale, autisme, handicaps...), face à des traumatismes graves physiques ou psychiques où les mots n'ont que peu de valeur et sont parfois mêmes dérisoires, nous nous sentons assez régulièrement déconcertés.

Des chercheurs d'orientation neurophysiologique s'attachent de plus en plus à comprendre les mécanismes amenant au pouvoir « thérapeutique » de la musique. A ce jour, les connaissances nous rapportent qu'il n'existe pas de centre cérébral spécifiquement dédié au traitement de la musique. La musique intervient sur différentes zones cérébrales et par le processus de plasticité cérébrale, aurait la capacité de modifier et de stimuler de nombreuses régions corticales. Les bénéfices de la pratique et de l'écoute musicale sont alors multiples sur des compétences autres que musicales et notamment en clinique sur le plan cognitif (mémoire et langage), moteur, émotionnel, social (empathie) et perceptif (Moussard et al., 2012).

Ainsi, les composantes rythmiques et mélodiques de la musique peuvent être utilisées dans la remédiation du langage. Pour exemple, la MIT (Melodic Intonation Therapy) est une technique

qui vise à améliorer la production verbale des personnes aphasiques. Elle se base sur l'observation que certains patients aphasiques prononcent plus facilement des mots en chantant qu'en parlant, en particulier s'ils les produisent à l'unisson avec un modèle. Cette méthode favorise ainsi l'automatisme. De nombreuses autres recherches aux résultats riches et probants vont dans ce sens. Le rythme semble jouer un rôle décisif également dans d'autres domaines que le langage. Son utilisation dans l'amélioration de la marche chez des patients parkinsoniens ou chez des enfants souffrant de troubles dyslexiques ou dysgraphiques semble montrer son efficacité. Mais une distinction semble nécessaire. La musique ici n'est pas utilisée à des fins artistiques mais comme outil rythmique, « mécanique » facilitant la réacquisition du langage, de la marche ou de l'écriture. Ce n'est pas de l'artistique au sens « sacré » du terme ni une manière directe d'entrer en communication.

Alors pour comprendre comment l'art peut nous permettre d'entrer en communication avec autrui, nous pouvons commencer par nous demander comment l'art entre en communication avec nous-même. Nous resterons pour cela dans le domaine de la musique.

« A la place des mots succédant aux mots, apparaissent des images succédant aux images, des sentiments qui succèdent aux sentiments » (Vion-Dury et al., 2020).

Des recherches d'orientation phénoménologique nous montrent que la musique n'entre en contact avec nous au niveau d'aucune zone cérébrale. Cependant, l'approche phénoménologique ne s'oppose pas à celle neurophysiologique car ce que nous admettons maintenant avec les neurosciences et avec leur découverte de la plasticité cérébrale, est que le cerveau se structure, d'autant mieux s'il est jeune, en fonction de l'expérience vécue (Naccache et al., 2018). Voici peut-être un des projets de cette thèse, montrer comment l'art peut être vécu comme une expérience.

Ainsi, une étude a été menée par Vion-Dury à l'aide d'entretiens d'explicitations auprès de 14 sujets ayant pour but de décrire un moment de leur vie consciente à l'écoute attentive de différents types de musique.

L'entretien d'explicitation est une méthode d'interview rigoureuse créée par Vermersch (Vermersch, 2006) qui consiste à faire décrire au sujet la part pré réflexive (ce que Husserl appelle les vécus d'arrière-plan) de son expérience vécue, par opposition aux vécus réflexifs qui sont directement accessibles à la conscience et verbalisables. Le but est l'apport plus

approfondi de données subjectives dans les processus de recherche. L'interviewer s'applique à faire revivre au sujet son expérience en privilégiant la description et non l'interprétation des faits. Les questions restent ouvertes et ne s'intéressent donc pas au *pourquoi* de ce qu'il se passe au cours de l'expérience mais au *comment* en revenant sur les dimensions sensorielles et émotionnelles.

S'inspirant de l'entretien d'explicitation comme décrit ci-dessus, les Dr Mougin et Vion-Dury ont développé l'entretien phénoménologique expérientiel (EPE). Celui-ci reste fidèle dans quelques principes généraux à l'entretien d'explicitation mais s'en éloigne également sur différents points par : a) l'absence de moment spécifié dans l'expérience passée réputé être explicitable sans changements, b) l'emphase mise sur les métamorphoses de l'expérience consciente dans la mémoire et au moment même de l'explicitation, c) l'absence de recherche de résultats objectifs, d) une approche plus phénoménologique avec une référence à des philosophes autre que Husserl comme Heidegger, Merleau Ponty et Henry, e) la prise en compte dans la réflexion philosophique de données de nature psychanalytique (avec recours aux travaux de Freud et surtout à ceux de Jung), f) la possibilité d'explicitation en groupes, g) la possibilité d'explicitation de situations futures anticipées et imaginées, h) la possibilité d'explicitation « un style » (de médecin, de musicien...) et i) la possibilité, dans le cadre psychothérapeutique, de disposer d'un discours explicitant, « au fil de l'eau », sans le protocole rigide de l'entretien d'explicitation de Vermersch.

C'est donc à l'aide d'EPE que l'étude mentionnée plus haut sur la musique a été réalisée. Dans cette étude, de nombreux points communs ont été révélés entre les participants, ce qui a mis en évidence un corps, éprouvant la musique, différent du corps anatomique que nous connaissons : « *Ainsi, la musique s'incarne dans un corps façonné par des espaces (cavité abdominale, tête), où les membres inférieurs sont très rarement présents (jamais dans notre corpus), ayant un centre ouvert de manière variable mais avec une **zone sensible**, correspondant le plus souvent à une cavité abdominale ouverte et vide, dont les parois peuvent s'élargir ou se fermer de nouveau, présentant un écran (ou un espace) situé devant le visage, avec des oreilles qui semblent des réceptacles de forme variable et à travers laquelle les sons courent, avec des scènes apparaissant comme dans un rêve ou un film dans l'espace défini par la tête, et enfin avec des mains qui jouent la musique, en fonction de l'instrument et de l'expertise musicale de la personne* » (Vion-Dury, 2016).

Cette étude nous montre que l'art, ici la musique, nous « parle » un langage sensible et métaphorique et c'est bien celui-ci que nous pouvons utiliser auprès de patients avec qui le langage « classique » est inopérant. S'intéresser au monde de l'art, notamment en clinique médicale, est en fait s'intéresser au monde du sensible, fait de perceptions, d'images et de sensations. La métaphore prend une place privilégiée dans ce monde car le langage métaphorique « *offre un vêtement à des contenus qui seraient peut-être inacceptables s'ils apparaissaient dans leur complète nudité* » (Dea Evêquoz-Wälti et al., 2018).

Des exemples peuvent être énoncés dans le cas de patients souffrant d'une démence où des observations montrent qu'une chanson peut être un moyen d'entrer plus facilement en communication du fait d'une mémoire musicale préservée (Groussard et al., 2013). Pas n'importe quelle chanson cependant, une chanson en rapport avec la zone sensible du patient, une chanson de sa jeunesse par exemple. « *Les patients atteints de troubles démentiels sont capables de chanter des phrases musicales alors qu'ils sont incapables d'émettre une phrase correcte du langage courant. Leur sensibilité à la musique est extrême et la musique peut être dans ce cas très fréquemment utilisée comme un moyen de prendre soin* » (Vion-Dury, 2017). L'utilisation de la musique auprès d'enfants autistes est aussi intéressante. Entrer dans une relation intersubjective avec l'enfant autiste n'est pas chose facile. En attirant la sensibilité de l'enfant, la musique peut rompre l'isolement qui rend la communication si fragile et inefficace. Un lien peut se créer par cette entrée « en douceur » en minimisant les facteurs sources d'anxiété. L'engagement émotionnel et l'attention conjointe semblent y jouer un rôle fondamental pour améliorer par la suite l'accès de l'enfant au langage verbal (Trevarthen, 2005). Il s'agirait alors d'une brèche artistique ou sensible qui permettrait, dans les exemples que nous venons d'énoncer, de reconnecter les fonctionnalités du patient.

En tant que médecins, nous comprenons bien que nous ne pouvons pas nous enfermer dans le monde de l'intersubjectivité et de l'implicite mais des ponts doivent être construits, davantage de connexions entre le monde implicite et explicite, parfois superposés, doivent s'établir. « *Les images, les sentiments, les intuitions, doivent être traduits dans le domaine explicite verbal par l'orateur* » (Stern, 2003, p. 220). Cette précision par Stern rejoint les temps de paroles souvent utilisés à la fin de séances d'art-thérapie, un temps calme où les patients peuvent se recentrer et canaliser les émotions qui se sont exprimées lors de la séance, les intégrer et potentiellement les transmettre au thérapeute ou au groupe. Même en utilisant

l'art-thérapie, il n'est pas question de laisser place en totalité au monde de l'implicite mais de ne plus adopter une attitude méfiante face à lui au nom de sa troublante relativité car il nous constitue et englobe intégralement nos vies et la vie de nos patients. Il nous serait tout aussi profitable de l'intégrer davantage, sans a priori, au même titre que le monde explicite, dans notre démarche de soin.

3. De quoi parlons-nous ?

Ce chapitre d'introduction sur l'intersubjectivité nous fait faire un pas dans le monde de l'art. Il nous interroge également : Qu'est-ce que l'art ? De quoi parlons-nous quand nous estimons que l'art peut être un outil pour prendre soin ? Nous ne nous lancerons pas dans un exercice perdu par avance. Une définition de l'art, claire, précise, unique ne pourra pas ici émerger. Il nous est difficile de le définir, pourtant n'aurions-nous pas comme l'impression de savoir exactement de quoi nous parlons ? Quel intérêt alors d'en chercher la formule exacte ?

« La pulsation de la musique s'impose à moi, comme si elle s'accrochait au plus profond de moi, à je ne sais quoi, mais elle s'accrochait à moi et m'amenait avec elle » (Vion-Dury, 2016).

« Le danseur n'a plus besoin d'exercer son contrôle, il devient le siège, la monture, le cheval d'un mouvement autonome auquel il peut se laisser aller. Le mouvement s'auto entretient il peut relâcher sa vigilance et se laisser traverser par le mouvement qui se joue à travers lui avec une énergie qui le surprend » (Schott-Billmann, 2011, p. 78).

« [...] l'œuvre est un être qui utilise simplement, comme sol nourricier, l'homme et ses dispositions personnelles, dont elle emploie les forces d'après ses propres lois et qui se modèle elle-même, selon ce qu'elle veut devenir » (Jung, 1995, p. 217).

Cette sensation d'incarnation, c'est aussi ce que l'on ressent avec le coup de crayon, au départ d'un dessin le geste est lent et minutieux, précautionneux surtout, attentif aux débordements et aux erreurs. Le geste est frileux. Mais à un moment, une force libératrice fait son apparition, le geste devient plus ample, plus rapide aussi, plus vigoureux, plus vivifiant, c'est à ce moment que la joie apparaît, libérée de la crainte du mauvais trait, d'un trait trop épais que nous ne pourrions effacer, libérée de la peur de l'échec : ce n'est qu'une feuille, ce n'est qu'un dessin. Le choix du tout ou rien, la prise de risque et le plaisir est là. C'est ici que le dessin prend vie, même s'il s'en trouve gâché par une pulsion non retenue, un débordement, il aura vécu. Nous

lui donnons vie et nous nous sentons plus vivant en retour. Le crayon, la feuille, le trait, avec la main, le regard et le corps tout entier sont en communion, tous vivants, en synergie pour créer. Dans l'action, la matière n'est pas inerte, elle vit en nous et nous vivons en elle, avec l'impression parfois étrange de se faire contrôler par elle. Ou comme dit encore Jung, « *un instinct qui s'empare de lui et fait de l'homme son instrument* » (*Ibid.*, p. 226). Le geste devient autonome. Ma main n'est plus ma main. Elle n'est plus que mouvement. L'exemple vaut pour toutes les formes d'art, le musicien qui fait corps avec son instrument, le mouvement qui enveloppe le danseur si bien que son corps est si léger qu'il ne le reconnaît plus comme tel, la terre qui se module sous les mains du potier, les mots qui prennent l'intonation juste dans la voix de l'acteur, une peinture qui résume à elle seule la complexité infinie d'un rapport au monde... Qui n'a pas déjà été appelé par la musique elle-même ? Que fait-elle ? Nous entend-elle ? Mais comment fait-elle pour entendre ce que nous n'exprimons pas ? L'impression que notre pensée nous échappe. Ce rapport si direct qu'elle entretient avec nos affects, avec nos émotions, elle s'y accroche, elle nous emmène avec elle. Mais vers où ? Vers une contrée que nous peinons parfois à reconnaître. Vers l'inconscient, vers l'imaginaire, vers l'âme, vers le monde intérieur ?

Malgré toutes nos interrogations, il nous semble par ce paragraphe répondre à la question posée à l'instant : *n'aurions-nous pas comme l'impression de savoir exactement de quoi nous parlons ?* L'art ne se voit pas, ne se définit pas, il se ressent. C'est dans cette voie que nous continuerons notre développement.



Figure 1: Croquis

EXPERIENCE CRÉATIVE

La notion de création se rapporte originellement à la religion comme une opération inexplicable par laquelle une puissance ou un dieu est capable, à partir de rien de produire l'univers. Jung nous rappelle que « *le fait créateur restera éternellement inaccessible à la connaissance humaine. On ne pourra jamais en décrire que l'apparition, on pourra le pressentir, jamais le saisir* » (*Ibid.*, p. 217). Cette précision nous impose l'humilité face au processus créateur, qu'encore une fois, nous ne tenterons pas ici de définir mais d'essayer d'introduire en tentant de répondre à la question : *qu'est-ce que cela me fait de créer ? Que se passe-t-il quand je crée ?* La réponse à cette question nous impose aussi l'utilisation de la première personne. Ainsi, le texte qui suit est un récit personnel d'une de mes expériences concernant la création. Court et concis, il nous servira de fil conducteur pour la suite de notre développement.

« Plus que l'art en lui-même, c'est la création qui m'anime, avant même sa mise en pratique, la simple idée vécue comme « lumineuse » qui surgit de mon esprit me procure une force, je me sens déjà investie d'un projet, aussi petit qu'il soit comme la réalisation d'un croquis, d'un bijou ou d'une chorégraphie et la multiplication de ces petits projets remplit mon quotidien de désirs et de satisfactions. Pendant la réalisation, mon esprit (si ce n'est mon âme ?) est « confus » mais dans un sens tout à fait serein, il fait une pause, se déconnecte l'espace de quelques heures du monde extérieur, vagabonde au grès de mon imagination et pour autant se focalise entièrement sur la tâche à effectuer comme une sorte de « transe créatrice ». Que le résultat artistique me convienne ou pas, c'est bien le processus de transformation qui m'apaise. Après de multiples retouches, parfois inutiles, qui attestent de ma difficulté à sortir de cette « transe », de cet état de bien être ; quand le résultat est satisfaisant à mes yeux, je me sens transcender au sens d'un dépassement, dépassement de mes limites préétablies. « L'objet crée m'échappe : il semble qu'il puisse toujours être amélioré, et il ne semble vraiment achevé que lorsque j'ai l'impression qu'il a été fait par un autre que moi » (Dastur, 2007). La création devient une extension de moi-même. De nouvelles limites apparaissent alors. Un nouveau chemin thérapeutique peut se tracer... »

1. L'élan vital

1.1. Une force anonyme

Première étape du processus créateur, l'élan est indispensable. Il se représente dans l'expérience ci-dessus par une force, une force que procure l'idée même de mettre en route une création artistique et qui rappelle le concept de *Gestaltung* décrit par Prinzhorn. Du verbe *gestalten* qui signifie en allemand « mettre en forme » ou « donner une structure signifiante », la *gestaltung* est cette « force irrépressible qui pousse à la concrétisation du psychisme », comme si un pouvoir supplémentaire était attribué, le pouvoir du désir de créer. C'est dans son livre *Expression de la folie* où il expose les œuvres artistiques de patients schizophrènes, que Prinzhorn développe cette notion. Celle-ci s'appliquait bien car « les œuvres jaillissaient de personnalités totalement autonomes, se suffisant à elles-mêmes et ne devant rien à personne. Elles accomplissaient ce à quoi les poussait une force anonyme ». Sans être ou devenir une personne souffrant de schizophrénie, en privilégiant l'expérience et en laissant un peu de côté les savoirs plastiques, corporels, verbaux, intellectuels qui viendront collés avec la norme esthétique, nous pourrions renouer avec notre *Gestaltung* (Kuhni, 2011).

Mais d'où vient cette force, cet élan ? Probablement déclenché par « l'idée lumineuse ». Les idées procurent des forces, des « idées-forces », qui permettent aux désirs d'éclorre. Comme le dit Deleuze, avoir une idée est une espèce de fête car c'est un événement rare, on peut parfois l'attendre patiemment, elle ne viendra que quand elle l'aura décidé. C'est dans cette optique que l'adjectif « lumineuse » est attribué à l'idée. Deleuze ajoute que l'idée doit être traitée comme un potentiel, un phénomène en puissance, une fenêtre ouverte sur de nombreuses possibilités mais déjà engagé dans tel ou tel mode d'expression (Deleuze, 1987), l'idée et son image concomitante sera dépendante en effet, du projet artistique choisi (*croquis, bijou, chorégraphie...*).

« L'image figure le désir. L'être se préfigure dans ses projets, mais c'est d'abord dans les images que naissent les projets » (Tanguay, 1991). Les images et les projets font naître des désirs, ouvrent sur un avenir, si bien que cet avenir s'assombrit au fur et à mesure qu'arrive le moment attendu de création et prend fin ensuite au moment de sa finalisation. Ces moments d'élan emplis d'idées, d'images, de forces et de désirs ouvrent à chaque fois sur de nouveaux

horizons, sur de nouveaux avènements, ils sont à nourrir et à chérir librement, en acceptant parfois de ne pas en être à la hauteur...

Nous nous lançons dans un projet artistique pour le plaisir que celui-ci nous procure. Un moment de plaisir passé à dessiner, à danser, à jouer... Cependant, la force irrésistible dont nous parle Prinzhorn nous rappelle qu'un moment de création est bien plus qu'un moment de loisir. Un artiste, même amateur, ne crée pas simplement par plaisir mais par besoin. Kandinsky parlait de nécessité intérieure, « cette volonté même de l'Esprit » (Kandinsky, 1988). Quiconque à l'évidence, ne peut devenir artiste mais tout le monde peut créer, et même probablement que quiconque doit créer. Créer pour se sentir exister, « *c'est la vie même qui renaît quand est maniée la peinture, quand est jouée et écoutée la musique, quand on danse* » (Boyer-Labrousse, 2012). *Ex-sister* au sens strict du terme : pour se tenir hors de soi, en avant de soi, se tenir « ouvert ». Pour se tenir au cœur d'un moment suspendu où nous nous accordons le droit d'affirmer notre existence, un temps d'arrêt comme nous le décrit Minkowski, non statique car seulement *qu'un temps d'arrêt « virtuellement plein de puissance et de mouvement »* (Minkowski, 2013, p. 116) et rappelant visuellement cet élan dont nous parlions.

En y laissant une trace derrière nous ? Comme de nombreux artistes pour qui les œuvres restent le témoin encore vivant de leur présence : créer en gage d'immortalité ? Du moins, créer pour résister, résister au temps, à la lassitude, résister à la maladie...

1.2. Dépression : une attente interminable

« Il est des artistes qui ont célébré la vie, la nécessité intérieure dans la solitude de Rilke, l'allégresse de Mozart, la lumière de Van Gogh, par-delà les particularités de leur douleur d'exister. Ils ont pratiqué l'art, non dans l'espoir d'une satisfaction qui en découlerait, mais par nécessité de vivre, parce qu'ils ne pouvaient se contenter d'attendre et d'espérer » (Go, 2002).

La maladie, précurseur symbolique de la mort, immobilise. Le cours de la vie se suspend. La mort devient alors plus réelle, plus probable. Si nous ne dépassons pas l'immobilisme dans laquelle elle nous plonge, si nous la laissons nous habiter entièrement, elle nous sclérose au sens propre dans certaines pathologies, comme au sens figuré. Voir plus loin que la maladie et la mort, ne pas rester dans l'attente, l'attente encore une fois, au sens où Minkowski

l'entend, où nous vivons le temps en sens inverse, où nous ne marchons plus vers l'avenir mais où nous attendons qu'il ou elle vienne à nous.

« [...] Tout le devenir, concentré en dehors de l'individu, fonce, en une masse puissante et hostile, sur lui en cherchant à l'anéantir ; c'est comme un iceberg surgissant brusquement devant la proue d'un navire, qui viendra, dans un instant, se briser fatalement sur lui » (Minkowski, 2013, p. 80).

Restant dans l'attente, figé, angoissé, la dépression s'installe. Retrouver de l'activité par l'art, au mieux du désir, ouvrant les perspectives sur l'avenir, tel est le challenge.

L'avenir du patient dépressif est bouché, condamné. Minkowski aborde l'avenir non comme une image lointaine mais d'une manière plus proche et palpable par le phénomène du devenir, et venant comme réduire l'impact du choc subit par l'iceberg. « Je vois cet élan jaillir d'une source profonde et intime de mon être, pour se cristalliser ensuite, dans l'acte accompli, à la surface » (*Ibid.*, p. 46). Autrement dit, pour Minkowski l'élan prend sa source à l'intérieur du sujet, de ce qu'il y a de plus personnel en lui, de son moi profond, qu'il considère toujours mouvant et inépuisable (l'idée que nous avons citée n'en est alors que la représentante) puis s'élanche et se confond avec le devenir ambiant. Le devenir en lien avec le temps qui s'écoule se déploie à première vue sans que nous ne puissions le retenir. L'élan pourtant, nous offre l'expérience d'une capture, d'une maîtrise temporaire du devenir. « C'est parce que l'élan personnel contient le facteur de réalisation que le devenir dans lequel il plonge, me paraît réel, c'est parce que je l'atteins, c'est parce que je le touche d'une façon immédiate par cet élan, qu'il me donne l'impression d'être effectif et palpable, en se déployant tout autour de l'œuvre réalisée » (*Ibid.*, p. 53). Si, chez le patient dépressif, la surface est inerte et semble impénétrable, il se cache un fond encore mouvant, source même de vie, le premier mobile à l'élan personnel. Minkowski le nomme inconscient. Un inconscient qui ne se révèle pas être l'opposé de la conscience, bien au contraire. Le chapitre suivant éclairera ces idées.

La dépression touche environ 10% de la population française, chiffre potentiellement sous-estimé par le nombre de dépressions masquées. Du point de vue phénoménologique, le principal élément sémiologique caractérisant le syndrome dépressif est bien la perte d'élan vital. L'expérience d'une dépression change la couleur d'une vie. Même guérie, elle laissera un arrière-goût pour toujours « désagréable ». Du latin *Depressio* qui signifie enfoncement,

tirer vers le bas, faire l'expérience d'une dépression c'est faire l'expérience de tomber, de chuter, d'être écrasé, enfoncé, d'être en creux. Il n'y a plus de mots. Il n'y a que des ressentis négatifs (Damme, 2002). Au plus bas, la tristesse n'est même plus au rendez-vous. Le dépressif sait que c'est lorsque plus rien ne le touche qu'il est au plus mal. Dire que plus rien ne le touche c'est dire que plus rien ne bouge en lui. Sans élans, sans mouvements, son système d'excitation qui lui permet habituellement de bouger, de sentir, de percevoir, est en panne. Ses mouvements internes et externes sont au ralenti jusqu'à ce qu'ils se mettent « sur pause » dans les cas les plus sévères.

1.3. Le corps en mouvement

L'élan comme décrit ci-dessus procure des changements tant psychiques que physiques. Lorsque l'élan fait de nouveau son apparition, le corps se réveille. Le dos et la nuque se redressent, les muscles retrouvent de leur tension, le regard est plus vif. Le mouvement est crucial dans toute expérience dynamique, nous dit Stern (Stern, 2010). C'est par ce biais qu'il trouve un intérêt particulier aux thérapies corporelles. L'étude de Stern sur les formes de vitalité peut éclairer notre propos. Nous le rejoignons en disant que l'expérience de vitalité est indissociable du corps en mouvement, que le mouvement soit réel ou imaginé. Stern montre que les formes de vitalité sont caractérisées par cinq éléments dynamiques : le mouvement, la force, le temps, l'espace et l'intention/directionnalité. Ces éléments seront abordés, de manière inégale cependant, tout au long de notre thèse car tous les arts « jouent » en travaillant et en amplifiant ces éléments afin de permettre l'expression des formes de vitalité. C'est cette « exemplification » (Goodman, 2011) qui dans l'art nous donne l'impression d'être « plus vivant », qui réactive le sentiment primaire de vie. A notre sens, la reprise d'un mouvement, entendu comme une totalité de petits mouvements, est un enjeu majeur chez les patients dépressifs.

L'activité artistique utilise le mouvement, qu'il soit interne et/ou externe. Le mouvement externe est aisément perceptible. Le mouvement interne, s'ajoutant au mouvement externe, moins visible, fait appel quant à lui aux sensations et émotions. La musique est l'art le plus étudié dans ce domaine. Si nous reprenons l'article sur l'Homunculus musical écrit par Vion Dury, les participants, pour certains musiciens professionnels, décrivent l'expérience d'écoute musicale proposée comme une expérience corporelle car mettant en jeu non seulement des

images visuelles superposées aux sons mais aussi d'autres méthodes sensorielles notamment kinesthésiques. Une autre manière de sentir son corps est rendu possible, la partie haute du corps étant privilégiée (*espace central situé entre le nombril et le sternum ; cavité abdominale ouverte et vide; cœur, tête*) (Vion-Dury, 2016).

Un autre article met en lumière cette fois les paroles de patients hospitalisés en soins palliatifs. Une expérience d'écoute musicale leur a été également proposée. Celle-ci dirigée par C. Oppert, violoncelliste et art-thérapeute. « *Ça prend* », « *ça touche* », « *ça transporte* », « *ça soulève de terre* », « *ça me glisse dedans* », « *ça m'envahit* », « *ça me transperce* », voici les expressions utilisées par les patients pour décrire les effets produits par la musique. Dans cet article, par les vibrations que transmet le violoncelle, la musique semble envahir le corps, suscitant chez ces personnes, privées pour la plupart de leur liberté de mouvements, une nouvelle occasion de s'éprouver en leur corps. La musique « *induit des vagues, déplace les nodosités, fluidifie le statique, établit des correspondances, trace d'autres voies* » (Oppert et al., 2017). Chez ces patients, à l'approche de la mort, la musique semblait encore être capable d'insuffler un élan régénératif et bienfaisant.

Quel que soit l'art pratiqué, le bon « geste » est recherché. La danse donne une possibilité élargie de manifestation du mouvement par la représentation visuelle des sensations que procure la musique. Mais c'est bien par le mouvement interne du danseur que seront transmis les formes de vitalité/les élans qu'il saura exprimer au spectateur et qui rendront sa danse vivante. C'est ici bien à l'intérieur du sujet que l'élan prend sa source. Comme pour l'élan personnel de Minkowski, certains témoignages d'artistes suggèrent que l'inspiration émerge d'un phénomène d'introspection (Morais, 2012). Mais en fait, plus loin dans son ouvrage, Minkowski le précisera, l'idée ou l'inspiration semble être une entité particulièrement autonome, tantôt jaillissant du for intérieur, tantôt venant d'une union intime avec le devenir ambiant (Minkowski, 2013, p. 59). La suite du développement s'adresse à ce phénomène d'introspection. Nous ne nous attacherons pas, s'il y a lieu de le faire, à remettre en ordre chronologique ces phénomènes car ceux-ci ne peuvent être ni étalés ni décomposés dans une suite logique. Ils apparaissent aussi vite qu'ils disparaissent. Ils se potentialisent aussi bien qu'il se régulent entre eux. Pour pouvoir aborder cette thèse, nous avons l'obligation de poser, de marquer, de distinguer les phénomènes. Mais comprenons bien que le processus créatif en plus d'être personnel et subjectif, est en lui-même dynamique et instable.

2. Induction hypnotique

L'idée naît et « mûrit » quelque temps, temps plus ou moins long en fonction de l'ampleur du projet à accomplir, puis accompagnée par l'élan vital, nous nous y plongeons « *corps et âme* ». Il a été rapidement manifeste à l'écriture du récit faisant office de fil conducteur, de rapprocher l'état dans lequel je me trouve quand je crée à l'état hypnotique, phénomène bien décrit de nos jours mais non encore compris.

L'induction hypnotique se décline classiquement en plusieurs étapes : fixation de l'attention, confusion et dissociation. En rejoignant l'approche personnelle et vécue de la création, nous retrouvons des termes similaires : « se focalise », « confus », « se déconnecte ». En termes théoriques, l'hypnose est une modalisation¹ particulière de conscience caractérisée par la dissociation psychique ou « déconnexion » et une « focalisation » sur le corps ou sur une scène imaginaire. Les trois étapes d'induction permettent ainsi d'atteindre la transe hypnotique ayant pour but une « redistribution des paramètres de l'existence » (Roustang, 2003a), pouvant être vécue comme un nouveau souffle, une nouvelle énergie. A la manière de l'hypnose, l'art pourrait-il nous permettre alors de modaliser notre conscience et d'apprécier ce nouveau souffle ? Du moins d'y accéder ? De l'explorer ?

2.1. Fixation

La phase d'induction nous invitait à nous concentrer sur la voix du thérapeute, sur notre corps, notre respiration, nos appuis, nos mouvements internes est ce que nous vivons lors de la mise en route d'une activité artistique. En dessin, je commence en me concentrant pour que mon geste soit fluide, ni trop brut, ni trop léger, ni trop ample, ni trop serré... « *Quand je dessine, j'essaie de le faire avec tout mon corps. Et quand je dis corps je ne parle pas seulement de la force des muscles de la main qui tient l'outil, ou les yeux qui guident les proportions et la distribution des traits sur la feuille. Je dessine avec mon corps créateur, qui est aussi les muscles et les yeux, mais c'est aussi le rythme de la respiration, la vibration de la chair, la température qui émane de la surface que j'occupe, les oreilles qui captent le son du geste contre la feuille, qui se contractent dans un réflexe primitif quasi animal quand un bruit latéral vient*

¹ Le mot modalisation vient de Husserl et il est plus évocateur de la variabilité de l'expérience consciente que de la notion d'état de conscience, pertinent pour la pratique clinique mais peu satisfaisant pour l'approche phénoménologique.

interrompre la chanson du papier. J'essaie d'être présente. Attentive. À tout ce qui puisse surgir » (Sanchez Napal, 2018).

L'art, par ses vertus hypnotiques intrinsèques, échappe aux procédés d'induction classique amorcés par un tiers. Il s'agit d'une induction spontanée (Lapassade, 1987). La musique est certainement l'art le plus puissant dans ce domaine pouvant opérer une plongée vertigineuse dans « l'inconscient » en dehors de processus de création actif. La « transe créatrice » est une transe hypnotique, un état tout à fait naturel que nous fait vivre notre conscience. Il existerait « *une sorte de continuum qui va de l'autohypnose légère bien proche de la rêverie, à la transe chamanique la plus intense, en passant par toutes les modalisations de la conscience que génère l'écoute musicale et plus généralement l'activité esthétique* » (Mougin et al., 2018).

2.2. Confusion

Un terme qui peut nous laisser perplexe au premier abord, un état que l'on connaît bien pourtant, un état naturel, disions-nous, où nous ne savons plus dire si nous pensons ou nous ne pensons plus. Une expression que nous avons peut-être tous prononcé au moins une fois : « *j'ai besoin de me vider la tête* » et qui signifie de ne plus vouloir se focaliser sur une ou des pensées fixes, toujours les mêmes qui tournent en bouclent dans nos têtes comme imprimées, gravées. Vouloir les voir se désancrer, se mettre en apesanteur, les voir flotter puis s'entrelacer dans un flux continu : voici ce que nous recherchons et qui nous apaise ensuite lors d'une course par exemple, d'une longue marche, d'une création... Ce terme de confusion nous paraît alors bien plus familier : ce bouton « off » pour ne plus penser. « *La pensée se rend meuble et souple, elle s'insinue dans le corps pour ne plus s'en distinguer. Elle est comme l'eau qui pénètre dans tout interstice possible et dont la force est irrésistible, dangereuse si l'on n'y résiste. On sait alors que cette eau vient de partout, qu'elle s'écoule de toutes les dénivellations de nos existences et qu'elle se recueille par toutes nos fibres. La pensée n'est plus quelque chose à part qui surplomberait comme un nuage et qui nous tiendrait sous la menace d'une grêle d'intelligence, elle est la rosée du matin ensoleillée qui imprègne nos corps, nos corps pensant* » (Roustang, 2003b, p. 34). C'est sur cette base d'unité corps-esprit qu'agissent la pratique artistique et l'hypnose.

2.3. Dissociation

En hypnose, l'accès aux processus inconscients s'obtiendrait par la dissociation, cette sensation d'être ici et ailleurs, plus présent avec soi-même et moins présent avec le monde extérieur, comme dans un autre monde, aussi paradoxal que cela puisse paraître, celui de notre monde intérieur, lui-même métaphore de notre conscience. Une modélisation du cerveau avec ses lobes et ses zones d'activations à partir desquelles nous explorons son fonctionnement et établissons des connaissances est aujourd'hui admise par l'ensemble de la communauté scientifique. La question de la conscience est plus délicate. Les débats sont toujours d'actualité. Vion Dury en propose une image : celle du globe terrestre, celui-ci entouré d'une fine écorce (correspondant à la conscience réflexive), entre le noyau et cette écorce circulerait l'épais magma du manteau qui correspondrait à la conscience pré-réflexive, le noyau terrestre pouvant alors représenter l'ensemble des processus inconscients (Balzani et al., 2013). L'hypnose permet l'exploration du manteau et dans une moindre mesure, du noyau.

L'étude de l'inconscient a été initiée par Freud qu'il associe au refoulement. Pour lui, l'artiste incarne les lois de l'inconscient dans son processus créateur et l'œuvre révèle les forces qui contiennent le refoulement. L'œuvre lèverait le refoulement des désirs inconscients de l'artiste mais aussi du spectateur, auditeur ou lecteur. Jung quant à lui, insiste sur le fait que les souffrances dues au refoulement sont d'autant plus grandes si l'attitude consciente est désespérément fautive à l'égard de l'inconscient. Margaret Naumburg et Edith Kramer, deux psychologues pionnières de l'art-thérapie à médiation plastique, reprennent les idées de Freud. La création du patient correspondrait à une communication symbolique de l'inconscient et le travail de création serait processus thérapeutique. Accéder à notre inconscient à travers la création permettrait d'y effectuer des changements et de tendre vers une potentielle guérison. Pour Roustang, « *ce qui est endormi pour la veille restreinte de la conscience, et qui doit rester endormi sous peine de la faire exploser, on pourra le nommer inconscient* » (Roustang, 2003a, p. 46). Comme si, la part restreinte de notre conscience nous protège de l'expression trop vive de nos processus inconscients. Le refoulement décrit par Freud ne serait pas chose si délétère. On peut le comprendre quant à notre rapport avec la société, notre rapport aux autres si nous laissons totalement agir notre inconscient... L'inconscient ne devrait ainsi pas prendre le pas sur l'ensemble de la conscience. Ni

envahissement ni développement anarchique de l'inconscient n'est bénéfique. Précisons que Roustang s'affranchira par la suite du terme d'inconscient et ne retiendra plus que les notions de veille restreinte, veille paradoxale et veille généralisée.

L'idée d'un inconscient plus positif, moins mystérieux, comme décrit par Erickson nous semble intéressant également avec notre approche sur l'art. Un inconscient qui désigne une caractéristique de certains comportements et non plus une instance intrapsychique inaccessible qui constituerait la profondeur de la psyché (Dastur, 2007). Pour Erickson, *« ce sont les règles sociales et culturelles que nous utilisons, spontanément, dans toutes nos relations et que nous serions bien en peine d'énoncer ; ce sont les expériences passées que nous pensons avoir oubliées, les sentiments et émotions qui les accompagnaient dont une empreinte fidèle est conservée, comme les expérimentations en état d'hypnose l'ont prouvé ; ce sont nos gestes, actes, comportements soit automatiques s'ils ont d'abord été volontairement appris puis engrammés pour qu'ils puissent être effectués sans occuper la conscience, soit involontaires s'il n'y a jamais eu passage par la conscience ; c'est encore l'essentiel du langage non-verbal qui est un appareil de communication complet pouvant se suffire à lui-même ou accompagner le langage verbal et qui est au cœur de toutes nos relations »* (Virot, 1988, p. 70). En reprenant l'idée du globe terrestre, l'inconscient d'Erickson ferait en fait partie du manteau, de la part pré-réflexive de notre conscience (de la conscience non-réflexive ou des vécus d'arrière-plan en restant fidèle à Husserl), plus accessible que le noyau inconscient.

Les frontières entre conscient et inconscient restent éphémères et transparentes. Nous ne sommes évidemment pas en mesure de statuer et il en serait d'ailleurs inutile. Chaque idée et chaque image nous permettent d'entretenir la réflexion. Quoi qu'il en soit, à l'instar de notre développement sur le monde implicite (voir chapitre sur l'intersubjectivité), il s'agirait avec l'art d'intégrer ou de fondre et parfois de tenter de modifier à un rythme contrôlé, des éléments se trouvant sous l'écorce pour un élargissement plus propice de l'ensemble de la conscience. Au cœur des processus psychiques (et corporels), en découvrant l'enveloppe protectrice, l'art peut faire son travail de liberté dans un cadre rassurant. C'est ici que dans le contexte de ce travail, il nous semble que le terme de dissociation prend son sens, en ce que

la création permet de ne plus se situer à l'interface « entre deux mondes » (sur l'écorce) mais, au moins un instant, de se situer uniquement au centre de soi-même.

2.4. Une place pour soi

« Pour qu'une conscience puisse imaginer il faut qu'elle échappe au monde par sa nature même, il faut qu'elle puisse tirer d'elle-même une position de recul par rapport au monde. En un mot, il faut qu'elle soit libre » (Sartre, 2017, p. 353).

Sartre pensait que l'être capable d'imagination est un être libre, libéré des contraintes de la réalité. La limite est parfois fine, si limite il y a, entre les « délires schizophréniques » et les « névroses acceptables » desquelles nous faisons tous l'expérience. Pour cela, nous avons tous besoin d'un exutoire. Se plonger dans l'art, de la contemplation à la création, en passant par l'imitation et la reproduction permet de se trouver dans un autre monde. Un monde où les critères de qualité sont différents de ceux du monde extérieur et ne sont pas fixes. Un monde où je suis maître de mes actions, maître de mes désirs sans aucune répercussion sur le monde extérieur. Je ne fais qu'agir sur et pour moi, sur et pour mon propre bien être, (est-ce en cela que les artistes sont parfois considérés comme des êtres égoïstes ?) du moins, du moment où l'énergie accumulée n'est pas encore transmise au monde extérieur. Un monde qui ne m'est pas imposé mais que je crée par moi-même à l'aide de ma propre imagination. Ce lieu est sécurisant et réconfortant bien que souvent inconnu car changeant à chaque fois. A la différence des patients souffrant de schizophrénie, ce monde n'est pas complètement coupé du monde extérieur, des connexions s'y établissent par entrées et sorties. Des idées émergent du monde extérieur et des solutions s'y réintroduisent parfois.

« Parce que nous sommes tous un jour au bord de la folie ou de la névrose, la musique (l'art en général), par ses multiples moyens, nous retient (ou nous attire) du côté de la vie à peu près adaptée et supportable » (Vion Dury, 2014).

L'art aura toujours une place pour nous accueillir, pour accepter nos désirs. Une place pour nous exprimer, nous différencier, nous connaître. La connaissance totale de soi étant inaccessible, il ne s'agit pas tant dans l'art de trouver au fond de nous des ressources ou des connaissances cachées mais plutôt d'en révéler de nouvelles. Chaque processus créatif est une expérience unique, une expérience qui par la puissance de l'imagination, vient fleurir

notre monde intérieur, élargissant à chaque fois ses limites. Par une sorte de processus d'individuation, l'expérience créative est une nouvelle occasion de nous connaître, de découvrir une nouvelle facette de notre personnalité. Au-delà du fait de repousser subtilement nos limites, elle nous permet de les densifier et de les affirmer. Jung nous rappelle qu'il est nécessaire de vouer une attention particulière à cette plante délicate nommée individualité afin qu'elle ne soit pas totalement écrasée par le poids tout puissant du collectif, tellement impressionnant que l'individuel en devient indiscernable (Jung, 1995, p. 191). Ceci met en lumière le malentendu qui peut continuer de circuler, qui prend individuation et réalisation de soi pour de l'égoïsme, qui confond individuation et individualisme. Car le but pour nos limites est de devenir par la suite suffisamment stables et souples pour supporter une dynamique d'échanges (Lesage, 2014, p. 97). Ces réflexions seront reprises et illustrées plus loin.

2.5. Accès à la transe

Après induction ou immersion, nous accédons à la transe (ou aux métamorphoses expérientielles de conscience (Mougin et al., 2017)) où les limites et le contrôle ont fait place à l'imaginaire. Pour Roustang, c'est « *l'état hypnotique, la veille paradoxale, qui permet à l'imagination de se déployer pour transformer nos relations avec les êtres et les choses* » (Roustang, 2003a, p. 14). Ceci évoque le parallélisme entre la transformation artistique et la transformation de soi qui en découle, bien plus loin qu'un simple bien être éphémère. Pouvons-nous entrevoir un effet de causalité : est-ce par l'état hypnotique dans lequel l'art nous plonge que la création est rendue possible ?

C'est aussi au cœur de la transe que l'hypnothérapeute utilise les suggestions ou les métaphores que nous pouvons corréler aux consignes transmises lors de séances d'art-thérapie. Ces consignes ou suggestions, s'associant ou se substituant parfois à l'idée décrite plus haut, à la fois directives et ouvrant aux champs des possibles, ont une fonction de guide, de fil conducteur, et surtout d'aide au déploiement de l'imaginaire. L'art et l'hypnose sont intriqués par leur pouvoir d'imaginer...

3. L'imagination

3.1. Une interface protectrice

« La création d'un monde de mots permet d'échapper à l'horreur du réel en éprouvant au fond de soi le plaisir provoqué par une poésie, une fable, une belle idée, une chanson qui métamorphose la réalité et la rend supportable » (Cyrulnik, 2019, p. 10).

Cyrulnik explique que dans des conditions extrêmes, ce n'est pas la force physique qui permet la résistance à l'épreuve mais bien la force mentale. Il entend par force mentale une « *vie intérieure, parfois même une poésie, une aptitude à donner sens à l'incohérence* » (*Ibid.*, p. 96) : l'imagination, qui permettrait le développement d'une attitude résiliente. La musique, utilisée par E. Lecourt dans la cadre de séance de musicothérapie réceptive, est un outil qu'elle utilise pour des sujets ayant des difficultés à se représenter leur vie intérieure, chez qui l'imaginaire est en panne (Lecourt et al., 2017). Pour Cyrulnik, c'est par l'écriture qu'il a pu accéder à la modification de sa mémoire et à la réappropriation de son passé. Il précise que le travail d'écriture ne doit pas être une retranscription littérale de nos souffrances. Au-delà de l'écriture il faut faire un travail de recherches, de synergie entre imagination et création pour que la résilience puisse opérer. L'imagination est étroitement liée à des changements de temporalité. Au cœur de l'imagination, le temps perd ses repères. Passé, présent, futur s'entremêlent. L'acte d'imagination et de création peut changer un passé non pas d'un point de vue historique mais sur le plan fonctionnel et dans l'expérience (Stern, 2003, p. 235), comme ce fut le cas pour Cyrulnik. Nous reviendrons sur ce lien avec le temps.

L'imagination peut être elle-même imaginée comme une « interface », un « fluide », un « espace », entre le réel et la représentation. Elle est ce qui transformera ce bout de terre en sculpture, ce trait de crayon en paysage, ce son en mélodie... Au quotidien, nous laissons peu le réel agir seul. Il est pour nous souvent trop brut, parfois cruel, peu compassionnel. Les patients souffrant de stress post traumatique en font l'expérience. L'évènement traumatique n'a pas pu s'estomper à la manière d'un souvenir. Nos souvenirs étant construits en partie à partir d'images fictives, modelées à base d'imagination et d'interprétations. Le « déclenchement » habituel de processus imaginatifs et représentatifs n'a pas pu se mettre en route ; bloqué dans le réel, le patient vit toutes les sensations et perceptions « à vif » en perpétuel recommencement (Mougin, 2020).

3.2. Double réalité

Nous « *pouvons souffrir deux fois, notre corps souffre du coup qu'il reçoit dans le réel, puis nous souffrons une seconde fois dans la représentation du coup* » (Cyrulnik, 2019, p. 271).

Dans le réel, le mal est fait. Nous ne pourrions pas, dans bien des cas, revenir en arrière mais nous allons en revanche pouvoir, par un travail d'imagination et de création agir sur la représentation du réel, aussi douloureuse sur le long terme si nous la laissons se fixer. Le réel n'est pas plus vrai que la représentation. Une pensée a parfois plus d'impact qu'une parole prononcée. De plus, la limite entre réel et imaginaire n'est pas si nette. Par exemple, un sujet écoutant un morceau de musique activera les mêmes zones cérébrales qu'un sujet à qui l'on demande de s'en rappeler sous hypnose (Fontanel, 2017). En dehors d'état hypnotique, le cortex auditif est presque aussi puissamment activé par l'imagination musicale que par son écoute réelle. De plus, pour un musicien de haut niveau, le fait de s'imaginer jouer un morceau de musique stimule le cortex moteur comme s'il jouait réellement (Zatorre et al., 2007). Pour tout un chacun, fredonner un morceau de musique activera également les mêmes zones cérébrales que de l'écouter vraiment. Sur le plan cérébral, l'imaginaire est donc vécu comme réel. Mais la prise de conscience d'une double réalité, factuelle et perceptuelle, bien souvent emmêlées entre elles, montre bien qu'imagination n'est pas mensonge car la représentation que nous nous faisons des choses et des événements entretient notre vie intérieure, celle-ci non palpable mais bien réelle.

3.3. Des réalités multiples à l'absence de réalité

L'être humain a de manière innée le pouvoir d'imaginer. Mais, bien souvent, la souffrance apparaît quand l'imagination est en berne, lorsqu'elle n'est plus en mouvement, lorsque nous n'envisageons qu'une seule représentation et que nous confondons celle-ci avec l'image que nous nous faisons du réel. Sartre théorise ce principe en parlant d'illusion d'immanence lorsque l'image, indépendante de son objet, est confondue avec lui par une erreur de point de vue (Sartre, 2017).

Mais qu'en est-il réellement de cette réalité (factuelle et/ou représentationnelle) contre laquelle nous luttons ?

Avant de nous représenter les choses, nous les percevons. Une représentation mentale est la synthèse d'une perception, elle-même synthèse de ce que nous avons vu, entendu, touché, senti... Nos sens seraient à la base de toutes nos interprétations. Ces sens nous sont « donnés », pour la plupart d'entre nous, livrés rapidement au cours de notre développement, nous les considérons comme acquis, pourtant ne seraient-ils pas parfois, par le peu d'attention que nous leur accordons, à la base de nombreuses « mauvaises interprétations », de nombreuses représentations figées ? Nous sentons infiniment plus que nous ne percevons mais l'attention limite le champ de conscience de nos sensations en rejetant dans l'ombre ce sur quoi « elle » ne veut pas s'attarder. Nous cueillons la sensation à un stade où elle a déjà été interprétée et intellectualisée. « *Si la sensation est première dans l'ordre sensible, elle est pour nous dernière* » (Klein et al., 2011). Voilà peut-être en partie la raison de la difficulté qu'ont certains, si ce n'est la plupart de nos patients, à décrire leur symptôme et à répondre précisément à nos questionnements de médecin : est-ce comme une brûlure ? un coup de poignard ? des picotements ? des fourmillements ? et à notre difficulté, à nous médecins, de les interpréter de la plus juste manière. Devant l'infinité de perceptions, nous en venons à la conclusion qu'il n'existe pas de réalité factuelle. En tout cas dès lors qu'elle traverse le filtre perceptif de l'humain, elle s'évapore aussitôt. Notre sujet d'étude étant l'être humain dans son absolue complexité, ce sont ses réalités perceptuelles qui nous intéressent.

La réalité perceptuelle ne doit pas non plus se figer, elle doit prendre différentes formes et être envisagée sous différents points de vue. Comment y parvenir ? Peut-être en s'attaquant à son origine : la sensation. L'art nous aide à cette fin en utilisant les mêmes voies empruntées par un traumatisme : celles des perceptions et des sensorialités. « *Le traumatisme ne se situe pas dans l'intellect mais dans le perçu et le sensoriel. [L'art et] l'état hypnotique potentialisent l'accès à l'imaginaire, le rendent plus puissant et réel en modifiant le centre d'attention et les perceptions de l'expérience, mettant en scène les représentations subjectives des sujets pour que ceux-ci les modifient. A partir de la même peur initiale, à partir de ce qu'il ressent : il peut écrire plusieurs scénarios jusqu'à ce que ses sensations s'atténuent, indiquant qu'il a trouvé des solutions satisfaisantes et qu'il peut sortir de la séquence fataliste* » (Fareng et al., 2014).

L'art peut nous donner la possibilité de rencontrer le monde du sentir « pur », d'aborder le problème « à sa racine » afin d'en modifier ses interprétations. « *L'art, non le percevoir, est la vérité du sentir* », disait H. Maldiney. Comme si l'art aurait l'extraordinaire pouvoir de court-

circuiter ce signal, lui-même imaginaire, allant du sentir à la perception... C'est ce que nous nous proposons d'explorer.

3.4. Modulation des représentations

Percevoir est une opération intellectuelle qui sait reconnaître l'unité d'une multiplicité d'apparence. La perception nous est utile car elle teste notre faculté de jugement mais peut être aussi source d'erreurs. En reprenant l'exemple métaphorique de Sartre (Sartre, 2017), si nous observons une face de couleur bleue d'un cube face à nous, nous pourrions hâtivement conclure que ce cube est bleu alors que sa face postérieure, que je ne vois pas, est finalement d'une toute autre couleur. Percevoir nous permet de voir une face d'un cube face à nous. L'imagination permet d'envisager toutes les facettes de ce cube à partir de la même position. Cette disposition nous permet de « réfléchir » en se délestant du poids du jugement. Ne nous trompons pas, à défaut d'être source d'erreurs, elle nous place au centre d'incertitudes et de déséquilibres qu'il nous faudra dompter. Et encore faudra-t-il savoir quand il nous sera nécessaire et utile de visualiser la face postérieure du cube...

« Entre l'imagination et la perception, le lien est indissociable. L'indétermination de la seconde suscite les propositions de la première » (Roustang, 2003a, p. 79)

L'approche de Roustang nous témoigne que pour opérer un changement en état de transe, avant même de savoir « mieux » percevoir, il est nécessaire de laisser place à une perception plus vaste qu'il appelle perceptude où nos sens sont au premier plan, une sorte de sensorialité élargie où les sensations nous traversent de toutes parts, une sorte de chaos, de chute libre pour (re)trouver « *dans cet ensemble son rôle et sa fonction* ». Ceci avec le minimum de liens préconçus, le minimum de synthèse, le minimum de réduction, jusqu'à la suspension de tout jugement rappelant le principe d'épochè en phénoménologie. La danse et notamment la danse contemporaine opère symboliquement cet épochè : suspendre le jugement ou le geste usuel, ne pas reproduire la forme mais laisser venir le mouvement, juste le mouvement. Elle exige cette mise entre parenthèse en se destituant de l'attitude naturelle, en se débarrassant des codes rigides que nous revêtons. Quelle que soit la branche artistique, l'attitude créatrice se mêle à l'attitude phénoménologique, toutes deux « donnent à voir » sur ce mode « épochal ».

Sartre ajoute : « *ce qui manque, précisément, c'est un pouvoir contemplateur de la conscience, une certaine façon de se tenir à distance de ses images, de ses propres pensées, et de leur laisser leur déroulement logique, au lieu de peser sur elle de tout son poids, de se jeter dans la balance, d'être juge et partie, d'user de son pouvoir synthétique pour faire la synthèse de n'importe quoi avec n'importe quoi* » (Sartre, 2017, p. 93).

L'accès au pouvoir contemplateur que souhaite Sartre ne peut être atteint qu'après avoir retiré les barrières du jugement, « *quand le soi conscient et réflexif s'estompe, l'absence de fondements absolus donne accès à ce monde imaginaire et tout peut passer au travers de soi* » (Chu-Yin, 2014, p. 133).

« *Le langage adapté à la transe est, comme son nom l'indique, celui du passage. Il ne s'attarde à rien, mais s'en va ailleurs et se pose sur d'autres choses et d'autres termes. Il est fragile et toujours incertain ; il ne peut durer que par son propre mouvement. Il n'est rien parce qu'il doit être tout, c'est-à-dire l'expression du « sentir tout à la fois »* » (Roustang, 2003b, p. 163).

« *Le sentir tout à la fois* » de Roustang ne signifie ainsi pas simplement avoir des sensations, mais s'ouvrir à toutes sensations, il suppose cette ouverture, au monde et à l'être. Il s'agit de se laisser *traverser* par le son, l'image, le mouvement, le geste et d'accepter tout ce que l'imaginaire peut nous communiquer. Accepter d'être le passage. Il ne suffit pas d'entendre la musique, il faut en faire l'expérience, il faut la laisser nous atteindre, la laisser résonner, la laisser vibrer jusqu'à pouvoir anticiper la note suivante. Laisser le « *rythme frémir à l'intérieur du thorax* ». En plein moment de création, se laisser submerger par les paradoxes, *laisser passer* pour atteindre le point d'équilibre, entre maîtrise et non-maîtrise, entre contrôle et lâcher prise, entre présence et absence... Cette étape semble absolument nécessaire pour pouvoir par la suite accéder à une perception ou une image renouvelée, modifiant alors nos pensées fixes, nos habitudes stéréotypées, nos existences figées.

C'est dans cet état que l'on s'ouvre d'autant mieux aux images mentales que notre cerveau élabore, sans y réfléchir vraiment, sans faire l'effort de les interroger. Par exemple, l'expérience d'un moment accordé à la pratique du dessin laisse des images vagabonder, remonter en surface, sans interprétations ni jugements. Parfois, des images « difficiles » font leur apparition mais ne s'associent pas à une émotion ou à un sentiment particulier, comme si elles se détachaient d'eux. Ces images prennent part à la création. Dans une thérapie par l'art, nous pouvons nous attarder sur ces images, prendre le temps de les visualiser et de

travailler avec elles. Difficilement dévoilées « à nu » par la parole, au sein d'une thérapie par l'art elles seront elles-mêmes métaphorisées par le médium artistique, opérant une sorte de métaphore de la métaphore. La métaphore est la porte d'entrée à la sensorialité élargie de Roustang. La métaphore donne à voir, à sentir, à toucher, à goûter, à entendre... et tout ça à la fois. Elle est à elle seule un paradoxe, elle s'incarne dans le vécu de la personne tout en réussissant une mise à distance (Lalau, 2017). Dans le cadre d'une thérapie, les personnes ayant des facilités de représentation amèneront elles-mêmes leur(s) métaphore(s), d'autres auront besoin d'aide pour les visualiser. Dans tous les cas, c'est le mouvement qui importe. Pour permettre ce mouvement, l'intervention d'une tierce personne (le thérapeute dans notre cas) est bien souvent nécessaire.

Alors que la méthode phénoménologique nous aide ici à penser l'art-thérapie, la méthode d'entretien phénoménologique expérientiel que nous avons décrite plus haut, peut nous aider à la pratiquer. Avec un patient en thérapie, l'accès à l'imaginaire et aux métaphores peut être permis par la même manière de questionner, non pas une expérience passée mais une œuvre. Par exemple, à partir d'une montagne peinte, nous questionnerons : « *qu'y a-t-il derrière cette montagne ? Qu'y a-t-il plus loin, que voit-on sur les côtés, peut-on mettre l'œuvre sur une feuille un peu plus grande et peindre autour, pour voir tout ce qu'il y a autour de ce sujet, peut-on agrandir une partie ? Le petit arbre si loin, peut-on le voir plus grand ? Qu'aimeriez-vous que les autres disent de l'œuvre, pourriez-vous en faire une autre complètement inverse de celle-là ? Y a-t-il une musique ou une chanson allant avec cette œuvre ? [...]* » (Rodriguez et al., 2012).

En réussissant à créer de nouvelles images, on tentera de casser ce cercle vicieux dans lequel les images font souffrir et où la souffrance empêche l'imagination de se déployer. Bachelard croyait en la puissance du poème, art capable de « défixer » des images fossilisées. En s'enrichissant par la métaphore, l'image neuve remet l'imagination en vie et renouvelle le psychisme. « *Une image qui se fixe déserte l'univers de l'imaginaire. Elle se refroidit en concept. L'imaginaire est incandescent, occupé sans cesse à changer ses images [...]* Une image stable et achevée coupe les ailes à l'imagination [...] L'image veut le mouvement [...] L'imaginaire se propulse dans un ailleurs, dans l'inédit, dans la nouveauté. Il ne répète pas le passé » (Tanguay, 1991, p. 31).



3.5. Psychosomatique : une existence figée

Dans le cadre de maladies psychosomatiques, le traumatisme, la blessure n'ayant pas trouvé les mots pour se dire, s'insère et se cache dans le corps, s'exprime comme elle peut, sous la forme d'une plainte, d'un symptôme ou d'une maladie tout entière. En pratique, la frontière est mince, difficile, parfois dangereuse à tracer, entre somatique et psychologique. « *La chronicité entraîne la confusion, une altération de la raison, de la sensorialité, de la temporalité, qui sont rythmés par cette seule douleur. Car avec le temps c'est l'univers tout entier du patient dans sa globalité qui se retrouve centré sur ce symptôme* » (Charrier, 2014, p. 18).

Rester fixé sur son symptôme entretient la maladie psychosomatique. Même en ayant une attitude complaisante par rapport à celui-ci, même en adoptant la pensée positive développée par Coué, les personnes en grande souffrance ne semblent pas être soulagées (Wood et al., 2009). A la différence du patient dépressif qui s'immobilise et qui n'avance plus, la personne souffrante d'une maladie psychosomatique va continuer d'avancer en amenant avec elle son symptôme, cherchant de l'aide un peu partout, revenant bien souvent au point de départ et faisant de cette avancée une illusion masquée. L'objectif serait alors de détourner l'attention à la manière de l'hypnose, de laisser s'échapper le symptôme sans réellement s'en rendre compte, ou encore faire manœuvre de diversion pour situer le symptôme dans un autre contexte, en modifier les perceptions pour que le patient puisse entrer en relation avec tout son corps et pas seulement avec l'organe qui souffre... L'exemple d'artistes qui ont pu dépasser les limites que leur corps leur infligeait est nombreux, surtout auprès des danseurs. Un danseur, ou tout autre sportif, peut ressentir une douleur parfois intense durant son effort. Mais cette douleur peut être accompagnée de joie parce qu'elle est vécue comme l'expression de sa puissance. Leurs « exploits » ne sont atteints qu'en état de transe. La douleur et la

souffrance, si elles existent, sont présentes avant et ressurgissent irrémédiablement à son terme, mais pendant un instant, un instant seulement, la douleur disparaît pour laisser place à la musique et à la danse, pour laisser place à ce qui compte réellement dans l'instant présent. C'est par cet exemple du danseur que l'art peut transcender la douleur physique et/ou psychique. En revanche, si le danseur ou le sportif se blesse ou chute lors de l'effort, il pourra vivre comme tout un chacun cette douleur comme une souffrance. Cette réflexion soulève des questionnements sur la prise en charge de la douleur chronique, principale expression de patients souffrant de pathologies psychosomatiques. Si l'intensité de la douleur est usuellement prise en compte, sa modalité, c'est-à-dire la manière dont elle est vécue, devrait l'être tout autant.

Ainsi, le travail des thérapies par l'art est de faire levier par l'imagination pour modifier les empreintes sensorielles et émotionnelles douloureuses, pour créer de nouvelles images afin que celles-ci deviennent des représentations plus acceptables.

3.6. Une imagination débordante ?

Mais alors quand l'imagination s'emballe, que se passe-t-il ? Des exemples nous viennent à l'esprit. Des cas d'hypocondrie où, après réflexion, l'anxiété prédomine sur une quelconque imagination productive. Concernant les images « délirantes » de patients souffrants de schizophrénie, nous pensons nous retrouver dans le même cas de figure qu'une imagination en berne, pauvre, non productive, malade. *« On aurait tort de prendre le monde du schizophrène pour un torrent d'images d'une richesse et d'un éclat qui compenserait la monotonie du réel : c'est un monde pauvre et méticuleux, où les mêmes scènes se répètent inlassablement jusqu'au moindre détail, accompagnées du même cérémonial où tout est réglé à l'avance, prévu ; où surtout, rien ne peut échapper, résister ni surprendre [...] »* (Sartre, 2017, p. 285).

Le théâtre est utilisé auprès de patients présentant des troubles psychotiques. Dans ce cas, un travail précis de modulation de l'imaginaire semble requis. Le jeu sur les différents aspects du réel peut aider ces patients par un travail de distinction entre la fiction et le réel. Sur scène tout est possible, les rêves peuvent « prendre corps », les « délires » peuvent s'exprimer. Si le passage de la scène à la réalité du quotidien est bien travaillé, il peut aider certains patients à mieux appréhender les différents modes du réel (Pitarque, 2017, p. 188). Engagé entièrement

dans la scène, le patient va s'intéresser à une autre fiction que la sienne, plus au moins délirante et, paradoxalement, son rapport à la réalité pourra être mis à l'épreuve d'autant mieux qu'il s'engage dans la fiction (Attigui, 2015, p. 18).

3.7. Le médium artistique : objet de symbole

Comme nous l'avons vu, l'objectif principal de l'art-thérapie est une tentative de modelage des représentations et, par conséquent, de réappropriation des souffrances physiques et morales. La dramathérapie, qui peine encore à trouver sa place en tant que thérapie à part entière, utilise différents outils pour moduler la représentation. Par l'emploi d'une marionnette (souvent utilisée auprès d'enfants), la transformation en personnage peut faciliter le travail psychique. De même que l'utilisation d'un masque permet à l'acteur-patient d'être magiquement plus libre, plus créatif (Pitarque, 2017, p. 180).

« C'est lorsqu'il parle en son nom que l'homme est le moins lui-même, donnez-lui un masque et il vous dira la vérité » (Oscar Wilde).

Le théâtre, comme tous les arts, ne permet pas de parler mais de s'exprimer, du latin *exprimere*, « faire sortir », et la différence est majeure. Avec ou sans l'utilisation de ces outils, au théâtre le personnage interprété permet de se décharger soi-même en étant un autre et opère l'effet cathartique souhaité. D'autres outils sont utilisés en dehors du domaine du théâtre. Le concept de médium malléable a été conçu par Marion Milner. Il s'agit « *d'une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont transportées aux sens* ». L'activité de modelage par l'intermédiaire de la terre en est un bon exemple. La mise en forme de la terre va permettre aux processus inconscients de s'exprimer et prendre la forme du psychisme du patient. Le médium peut être l'argile, matière malléable par excellence comme tout autre matériau : acier, bois, pierre... toutefois plus difficiles à manier sans technique préalable. Le psychisme va pouvoir en même temps que le matériau utilisé et en fonction de ses limites physico-chimiques, se plastifier, se liquéfier, se diluer, se consolider et se structurer... La matière s'humanise par la projection en elle d'un contenu « inconscient ». Le psychisme est alors matérialisé éphémèrement par l'objet créé. L'objet se modifie, et ce sera en approfondissant la substance utilisée que le sujet s'approfondira lui-même, le temps nécessaire pour induire un processus de symbolisation.

Le symbole est présent à l'état « le plus banal » dans nos vies. Par rapport à d'autres sociétés ou tribus, notre monde occidental est à première vue épuré de symboles. Pourtant, ils changent à travers les pays et les régions du monde, à travers les époques et les générations mais nous utilisons tous des symboles pour nous représenter. Nos coutumes, nos croyances, nos institutions, nos relations, nos prises de décisions du quotidien sont autant de « formes symboliques » par lesquelles nous configurons notre expérience afin de la rendre communicable. Si la plupart de nos symboles résultent de représentations collectives (des archétypes ou de l'inconscient collectif de Jung), certains et notamment par l'art peuvent se révéler comme des « entités » personnelles. Pour Jung, l'archétype est une sorte d'organe psychique pré rationnel, un noyau universel et inconscient, physiologique, présent chez chacun. Le symbole serait son expression. En inventant nos propres symboles, nous nous affirmons en nous affranchissant de l'influence de l'inconscient collectif.

Une thèse de médecine est elle-même un symbole. Symbole de toutes ces années d'études que l'on aurait bien du mal à raconter exhaustivement. Elle vient réunir en un tout, synthétiser, « marquer au fer rouge » notre statut officiel de docteur. Elle est à la fois dérisoire et essentielle. Essentielle pour la poursuite de notre chemin...

« Le symbole n'est pas une pure expression de l'être rêveur, il n'est pas un signe ! Il porte en lui de l'inconnu, de l'ineffable, de l'indicible. Il apporte quelque chose de nouveau. Il fabrique du sens » (Tanguay, 1991, p. 103).

4. Le sens dans tous ses états

4.1. Une orientation plus qu'une signification ?

Nous avons vu, comment par l'imagination, nous avons accès à de nouvelles perceptions, à de nouvelles images capables d'écrire et de réécrire l'histoire. A elle seule, au sein d'une thérapie, l'imagination peut ne pas suffire à transformer une existence. Il faut lui insérer une décision (Roustang, 2003a, p. 51), celle-ci facilitée par la projection d'un sens. La quête de sens est un besoin existentiel d'orientation mais quand la maladie fait son apparition, que la souffrance accable, plus rien ne semble avoir de sens. Il n'existe pas de sens donné a priori. Tout comme la réalité, le sens n'existe pas. La maladie n'a pas de sens. Elle est même, notamment via la douleur, intrusion de non-sens (Tammam, 2015). Jung nous rappelle que l'art non plus ne possède pas de sens. « *L'art, pourrait-on dire, c'est la beauté, et dans la beauté, il remplit son rôle et se suffit à lui-même. Il n'a besoin d'aucun sens. Cette question de sens n'a aucun rapport avec l'art* » (Jung, 1995, p. 216).

L'art transmet une ou des représentations, il évoque mais ne signifie pas, il ne transmet pas le sens, celui-ci reste le fruit de la relation qu'un individu entretient avec lui-même. C'est la personne elle-même qui projette un sens, si bien que le sens changera en fonction du récepteur pour une même œuvre d'art. Mais en s'affranchissant de la barrière monde réel/monde imaginaire, l'art peut nous aider à inventer du sens et/ou à dissoudre le non-sens qu'impose la maladie, il va participer à cette quête par son entrée en contact efficace avec les processus inconscients (ou préreflexifs) et l'âme humaine.

4.2. L'étape précédente

La question du sens se trouve intimement liée à l'expérience de la souffrance et de la détresse psychique. Le sens apparaît lorsque les éléments se relient entre eux. A un instant t, les étapes du chemin précédant cet instant doivent être reliées. En l'occurrence chez un patient qui exprime une plainte, il s'agirait de relier les éléments de l'expérience en lien avec sa souffrance : aussi bien les éléments d'ordre spatial et leur déroulement chronologique comme nous le faisons avec l'anamnèse que les éléments de son expérience subjective, qu'ils fassent partie de sa sphère consciente ou inconsciente. Ces derniers sont plus difficiles d'accès car souvent « *évanescents, discontinus et incohérents les uns avec les autres* » (Naccache et al., 2018, p. 156) d'où l'intérêt de les associer en s'aidant d'un travail artistique. Sans éléments du

champ subjectif, une histoire n'a pas de sens. La plainte du patient doit être entendue en tenant compte de son histoire. Un malade consultant pour des douleurs chroniques par exemple, liées même à une lésion organique, devrait pouvoir être traité pour cette lésion et pour sa plainte entendue comme constitutive de son histoire (Dubas, 2012, p. 132).

Plus qu'une atteinte nociceptive où des antalgiques puissants ne suffisent parfois pas, nous savons que la douleur chronique est d'origine multifactorielle. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes* ». Cette définition de la douleur a l'avantage de mettre en avant l'impact des facteurs émotionnels et représentatifs sur lesquels l'art peut agir. Alors que la douleur aiguë possède un sens théorique par son mécanisme de défense et de signal d'alerte, la douleur chronique n'a, a priori, pas de sens. Elle évolue pour son propre compte, devient une maladie à part entière d'où la légitimité, après (avant ou pendant) de multiples tentatives thérapeutiques, de lui donner sens. Non pas dans le but de la légitimer ou de la justifier mais bien toujours dans le but de l'apaiser. En établissant un lien, une cohérence, un continuum dans la vie psychique, le sens permet l'articulation de ce qui advient dans le monde interne avec ce qui est vécu dans la réalité extérieure (Le Hénand, 2008).

4.3. La place du psychique

Nous reconnaissons actuellement le rôle que joue la part psychique dans d'autres pathologies que les maladies psychiatriques, que ce soit dans le domaine des douleurs chroniques ou des maladies psychosomatiques. Mais nous peinons encore dans leur prise en charge. Notre approche médicale étant de plus en plus fragmentée par la distinction en spécialités médicales, nous nous attachons à un organe en oubliant bien souvent son interconnexion avec tous les autres et avec son image psychique, nous oublions la notion même d'organisme en tant que globalité. Au-delà de la maladie psychosomatique ou de la douleur chronique, toute maladie organique impacte le psychique et toute composante psychique a un impact sur l'organique. Le psychisme n'est pas une entité isolée, le corps l'inclut. Dans le cadre de la médecine générale, cette part psychique est très souvent relayée au second plan dès lors qu'une origine organique est éliminée. Sa prise en charge est réservée aux psychologues et aux psychiatres. Le médecin généraliste s'en occupe peu par manque de temps, d'envie ou n'est simplement

pas armé pour l'affronter. Y étant pourtant confronté au quotidien, il peut en émerger pour certains un sentiment d'impuissance et d'insatisfaction par le peu d'aides que lui fournissent la technique et les mécanismes physiologiques. Physique et psychique étant impactés l'un par l'autre, étant « *les deux faces d'une même réalité* », dans ce cas pourquoi s'intéresser soit au corps soit à l'esprit, pourquoi prendre le risque de ne soigner qu'à moitié ?

4.4. L'âme humaine

« *La réalité, c'est ce qui agit dans une âme humaine. Et non ceux que certains estiment efficace et généralisent hâtivement* » (Jung, 1995, p. 212).

Pour Jung, il était nécessaire de s'intéresser à l'âme humaine aussi bien dans le domaine des maladies mentales que physiques, car toutes deux liées entre elles. S'intéresser à l'âme humaine nous permettrait alors d'aborder la maladie par son origine profonde plutôt qu'au travers de ses résultantes. Jung réfutait par ailleurs le principe scientifique qui tend à muter un problème psychique en problème physique. Continuer par exemple de penser que les maladies mentales ne sont que des maladies du cerveau dont nous cherchons encore les « preuves » à base d'imagerie fonctionnelle ne ferait qu'enrayer tout progrès. Bien qu'utile pour comprendre quelques phénomènes, l'imagerie ne peut en aucun cas nous expliquer à elle seule ce que nous cache l'âme humaine. « *Aucune imagerie cérébrale ne montrera jamais une pensée. Au mieux l'imagerie cérébrale montrera-t-elle de la pensée, sous forme d'activation de zones cérébrales. Mais que « ça pense » ici ne dira rien de « ce qui s'y pense* » (Dubas, 2012, p. 221).

L'âme humaine est une « notion » floue, sujet à controverse car sensible, non objectivable et se référant le plus souvent à une approche religieuse. Chacun peut en avoir sa propre définition, chacun peut penser en posséder une ou pas. Elle est quelque chose de supérieur ou de plus profond qui dépasse ou pénètre l'individu, elle n'est ni son corps ni son esprit. Il nous suffit ici de la voir comme notre part invisible, comme ce qui nous échappe encore dans l'être humain et la médecine. La seule certitude est qu'elle ne peut être apprivoisée que singulièrement, au cas par cas, qu'elle échappe au procédé de généralisation : « *les choses de l'âme sont des processus vécus, c'est à dire des métamorphoses que l'on doit jamais désigner de façon univoque si l'on ne veut point rendre statique ce qui est dynamisme vivant* » (Jung, 1995, p. 63). Sa compréhension peut nous aider en recherche car paradoxalement plus nous

touchons au singulier, plus nous apercevons l'universel. Ou comme l'exprime Jung, l'âme engendre des images dont la raison admet généralement qu'elles sont sans valeur mais que nous pouvons utiliser dans l'art. Les couches profondes de l'âme perdent de leurs particules individuelles et deviennent de plus en plus collectives à mesure que l'on avance vers le « bas » pour finir par devenir universelles (*Ibid.*, p. 64). C'est ce que font les grandes œuvres d'art reconnues, elles ne parlent plus d'une souffrance individuelle, elles ne parlent plus de *ma* souffrance mais de *la* souffrance du monde, elles s'érigent au rang d'universel, non plus comme « *une souffrance personnelle qui isole, mais une douleur sans amertume qui relie à tous les hommes* » (*Ibid.*, p. 67).

4.5. Des chemins à tracer

L'art et le sens, en communiquant avec l'âme et les processus inconscients, peuvent être liés dans un but commun psychothérapeutique. Le travail par l'art sera complet lorsque le patient aura pu « *donner du sens à sa maladie et au mieux à son existence, une nouvelle texture à sa présence* » (Vion-Dury et al., 2017). Le travail sur les images, leur agencement cohérent aboutira au terme de la thérapie à l'image finale, bien que toujours modifiable. L'image (provisoirement) finale viendra symboliser ce que veut exprimer la personne, une image qui obtiendra le statut de symbole par le sens qu'on aura voulu lui donner. Le sens n'est pas quelque chose qui s'impose instantanément mais qui s'élabore au fil du travail de création. C'est par l'expérimentation de la matière, de l'instrument, de notre propre corps que le sens peut s'inscrire. Nous rejoignons Roustang en disant que le sens est l'expérience même. Je cherche, je tente, j'échoue, je recommence jusqu'à ce que le sens s'écrive de lui-même, j'entre dans le sens, je l'éprouve, pour qu'enfin, il disparaisse en y laissant sa trace, son chemin...

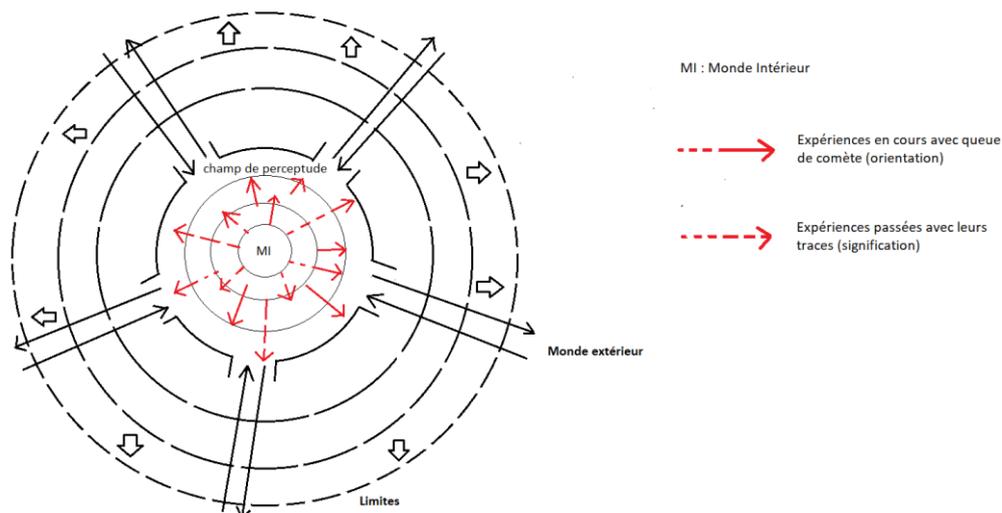


Figure 2: L'expérience du sens

Ce schéma cherche à illustrer comment nous vivons le sens dans l'expérience créative et reprend les notions abordées plus haut sur le monde intérieur. Il n'est pas figé, il doit être lu et imaginé de manière mouvante. Il a été élaboré afin de parvenir à y voir plus clair quant à la définition du sens : une signification, une orientation ? Peut-être bien les deux. La création me permet de communiquer avec mon monde intérieur et toujours en interrelation avec le monde extérieur. L'expérience en cours me plonge dans le sens. Une fois terminée, elle y laisse sa trace. Si bien que pour une nouvelle expérience, nous ne repartons jamais de zéro. C'est une fois terminée, que l'expérience peut prendre une valeur signifiante dans mon parcours. Ces expériences se réalisent dans ce champ de perceptude, comme le décrit Roustang, et nous pouvons imaginer que plus nous atteignons la couche profonde du monde intérieur plus le sens aura la vigueur de repousser les limites de ce champ, celui de nos propres limites qui s'élargiront et s'affirmeront ensuite. La sphère illustre l'unité de toutes mes expériences, qu'elles se réalisent à des temps chronologiques différents importe peu car dans mon flux de conscience elles sont toutes présentes dans l'instant présent de l'expérience en cours.

5. D'être présent à l'être présent

5.1. Le moment présent

« *Les thérapies par le mouvement, la danse, la musique et l'expression s'efforcent de rester focalisées, dans la mesure du possible, sur ce qui se dévoile au moment présent dans la relation* » (Stern, 2003, p. 171).

Le moment présent ne s'éprouve pas ou très peu, c'est bien notre conscience dans son retour sur elle-même, voire notre imagination, qui le fait exister soit en l'anticipant soit en le faisant revivre. L'art peut-il nous aider à éprouver ce moment présent en dehors de l'anxiété du futur et de la nostalgie du passé ? Stern décrit le moment présent comme « *une durée naturelle pour les processus de groupement par l'esprit d'évènements en ensemble basiques, perceptuels, performatifs et conscients. Celui-ci durerait 3 à 4 secondes mais qu'en tenant compte de facteurs de variabilité, on le percevrait plutôt en terme d'intervalle d'environ 1 à 10 secondes* » (Ibid., p. 75). Il ne s'agit pas, encore une fois, d'éprouver le présent factuel mais celui perceptuel, propre à chacun où passé, présent et futur sont entremêlés. C'est sur ce temps purement personnel que l'art pourra agir, en nous embarquant dans les tréfonds d'un présent ressenti.

Par l'art, le temps ne s'écoule pas de la manière habituelle. Nous ne nous trouvons plus dans un temps mesurable, horizontal et linéaire, commun pour tous ou comme l'appelle Schutz, dans le temps externe. Pour lui, « *le flux de la musique et le flux de notre courant de conscience sont entrelacés, sont simultanés [...] Nous nageons dans ce flux. La musique s'écoule comme une unité indivisible* » (Schutz, 2007, p. 67), c'est le temps interne. De même Stern, telle une analyse au microscope, analyse et dissèque le flux du courant de conscience dans ses entretiens micro analytiques et confère au moment présent une dynamique temporelle comme celle d'une phrase musicale (Stern, 2003, p. 55). La musique nous détourne de la réalité, elle nous permet de nous abandonner à la durée décrite par Bergson. Nous quittons le monde des choses pour pénétrer dans le monde des sonorités musicales, dans la temporalité purement interne de notre conscience (Schutz, 2007, p. 176). La musique et la danse s'inscrivent dans cette durée à la différence peut être d'un tableau ou d'une photographie où tout le contenu se dévoile en un instant et peut être pour cela plus difficile d'accès si nous ne prenons pas le temps nécessaire à la découverte des formes, des couleurs,

des lignes de forces... ce temps pendant lequel le tableau se révèle « *au spectateur profondément attentif, d'abord confusément et comme en s'essayant, pour résonner ensuite de plus en plus, avec une force croissante et angoissante* » (Kandinsky, 1988). Kandinsky à cet effet souhaitait créer, par l'intermédiaire de l'art abstrait, un langage propre à la peinture, une vie ou finalement plutôt un temps propre aux couleurs et aux formes à la manière de celle des sons musicaux, afin de révéler sa puissance d'interaction avec l'âme humaine.

5.2. L'exemple de la danse

Par la danse, nous pouvons plus facilement faire l'expérience d'une distorsion du temps interne. Passé le cap de la technique, nous pouvons réellement vivre, par le biais du mouvement, plus rapidement ou plus lentement de façon tout à fait intuitive et en parfaite harmonie avec la musique. La musique et la danse sont étroitement liées par le rythme. Le rythme prend alors une forme de coordination entre ces deux arts, nous permettant de faire le lien avec notre courant de conscience.

« *Le rythme est un moteur de soi, qui situe le sujet dans le temps, tisse le lien entre ouverture et fermeture, entre aller vers et revenir, et l'ouvre donc à la spatialité* » (Lesage, 2014, p. 23).

Lesage, médecin et danse-thérapeute, nous explique par-là comment le rythme facilite l'ancrage dans l'espace et le moment présent. Le rythme est nécessairement perçu par la pause ou le silence qui règne entre deux battements. S'il n'y a pas de pause, il n'y a pas de rythme. C'est même l'organisation et l'habitation de ce silence qui nous font danser en rythme. Lors de la pause, le mouvement ne s'arrête pas mais poursuit sa trajectoire vers l'intention que l'on veut lui donner. Le mouvement ne doit pas être vécu comme arrêté mais comme pulsation retenue, retenue par le mouvement précédent mais déjà engagé dans le mouvement suivant. « *Le rythme franchit le silence, de la même manière que l'être franchit le vide temporel qui sépare les instants...* » (Bachelard, 1994, p. 55).

Ces remarques rejoignent les notions de rétention et de protention décrites par Husserl dans son ouvrage *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps* et reprises par Schutz dans *Ecrits sur la musique*. Le moment présent comprend ainsi les éléments du passé retenu dans le Maintenant et les éléments du futur que la protention et l'anticipation font entrer dans ce Maintenant (Schutz, 2007, p. 80).

La danse permet de jouer activement sur ces phénomènes et d'accéder à l'étirement du moment présent. C'est en cela que la perception du moment présent peut atteindre jusqu'à dix secondes, comme le déclare Stern, et non pas quelques microsecondes comme nous pourrions le penser dans le temps externe. Par l'allongement du moment présent, la danse a cette faculté d'écrire du temps, un temps vertical, « *un temps feuilleté* » (Jacoby, 2015). Car le présent vécu n'est pas un point dans le temps, il a une épaisseur faite de plusieurs couches d'éléments conscients, peu et non conscients. S'en rendre compte et y prêter attention permet de donner plus d'intensité à ce que nous vivons.

Laisser place au moment présent par la danse (ou la musique) est aussi laisser place à la pause, au silence, à « *la paix qui nous berce lorsque notre esprit est tranquille, attentif, conscient. Conscients des pensées qui nous traversent, conscients des sensations qui étreignent certaines parties de notre corps* » (Bich Doan, 2014). L'art, par ses pouvoirs hypnotiques, vient orner le moment présent. Seul face à l'angoisse du silence, ce rien, ce néant qui vient refléter qui nous sommes réellement, l'art vient nous enlacer sans nous étouffer, pour combler un vide, un gouffre trop profond. L'angoisse se dissout au gré d'une mélodie et/ou d'un mouvement et le moment présent se révèle à nous comme un moment juste épris de sentiments vrais.

Mais en quoi l'ancrage dans le moment présent relèverait du soin ?

5.3. Pour une meilleure écoute

Dans la maladie, la spatialité et la temporalité sont réduites significativement, tant et si bien que le monde du malade se rétrécit. Par exemple, à l'annonce d'une maladie grave, un patient peut se sentir déjà incapable, comme si la maladie l'affectait dès à présent. Ou bien un patient qui a été guéri d'un cancer peut se souvenir de l'annonce « comme si c'était hier » peu importe que le diagnostic ait eu lieu il y a deux semaines ou il y a dix ans. Le temps interne varie selon l'expérience subjective du patient. Le moment présent, comme décrit ci-dessus, pouvant être éprouvé dans l'art et décrypté à la manière des entretiens micro analytiques de Stern, des entretiens d'explicitation de Vermersch ou par l'entretien phénoménologique expérientiel de Mougin et Vion Dury comporte de multiples informations permettant de s'approcher au mieux du ressenti du patient.

5.4. Pour une meilleure présence

Par le stress vulgarisé et omniprésent dans nos sociétés, le moment présent est bien souvent étouffé par les projections que nous faisons du futur ou du passé, si bien que nous pouvons imaginer que notre courant de conscience est parasité.

Le stress aigu correspondant à une réponse adaptative est nécessaire à la survie. En revanche, le stress chronique est délétère et participe à la survenue et à l'aggravation de diverses pathologies : maladies cardiovasculaires et métaboliques, maladies inflammatoires chroniques, maladies psychosomatiques, maladies psychiques... Chacun de nous est sujet au stress mais chacun y réagit différemment. C'est lorsque les capacités d'adaptation de l'individu sont dépassées, qu'un état pathologique se développe. Dans les situations de stress, de grandes quantités d'hormones de stress, les glucocorticoïdes, sont sécrétées. L'hyperactivité de l'axe corticotrope et du système sympathique en cas de stress chronique a une action directe sur la genèse de ces pathologies (Moisan et al., 2012). La réduction des hormones du stress semble être une préoccupation thérapeutique majeure. La musique est utilisée en service de néonatalogie pour ses effets relaxants et de diminution des hormones du stress dans la salive et dans le sang. De même, les concentrations sanguines des hormones du stress et des médiateurs de l'inflammation diminuent, tout comme la pression artérielle et le rythme cardiaque, à l'utilisation de musique classique avant, pendant, et après une chirurgie (Lemarquis, 2012). Les arts graphiques (dessin, modelage, collage) semblent réduire également le cortisol salivaire (Kaimal et al., 2016). Une réduction sur le long terme des marqueurs biologiques du stress ne peut s'envisager sans prendre en compte le contexte social et environnemental de la personne et en établissant son lien avec ses vécus subjectifs stressants. L'art, en se focalisant sur le moment présent, en tentant de le réinvestir et de réduire le stress, pourrait être une piste pour maintenir la fluidité de notre courant de conscience.

5.5. Cas du patient dément

La médecine « technique » nous donne peu d'informations sur ce mal mystérieux du fait d'un « *corps apparent relativement stable et un esprit qui périclite* » (Vion-Dury et al., 2012). Outre la mémoire des faits vécus dans le temps externe qui s'altère, chose encore plus dramatique, la temporalité interne du patient dément vacille. La temporalité interne étant perçue, comme

nous l'avons vu avec Husserl et Schutz, par le courant de conscience, le patient dément ne peut plus « nager » sereinement dans le flux de son courant de conscience jusqu'à en perdre totalement le fil et se perdre lui-même.

Si la démence est habituellement comprise et enseignée comme une pathologie de la mémoire, elle est également et peut-être d'abord une altération de la conscience. Comme l'avait montré Husserl, la mémoire est un processus continu et dynamique, en perpétuelle modification, qui se fonde au fur et à mesure que la conscience vit. Husserl distingue le « ressouvenir » qui rappelle à la conscience un événement terminé et le « souvenir frais » qui rappelle un instant court venant tout juste de se produire. C'est par le phénomène de rétention comme décrit plus haut, qui retient un élément tout juste passé dans le présent, que s'instaure un lieu de rencontre entre conscience et mémoire, se transformant instantanément en lieu de détachement entre une conscience vécue présente et une mémoire qui appelle au passé. « *La rétention est ce lieu de la mise en mémoire et aussi le lieu de la « fabrication » de ma conscience, au jour le jour. La rétention serait la mise en place de cette « conscience-mémoire » ou « mémoire continue », n'étant pas une répétition, mais une transformation constante, continue, de la conscience* » (Eustache, 2013). La mémoire rétentionnelle d'Husserl ressemblerait à la mémoire de travail, cette mémoire à court terme qui nous permet de garder des informations en tête pour calculer, répondre à une question ou résoudre un problème ; à ceci près que la mémoire de travail procède d'une conception informatique de la mémoire, alors que la rétention procède de l'analyse phénoménologique du présent et du juste passé. Parallèlement, Husserl et Schulz s'aident de la musique pour mieux comprendre ce phénomène. La rétention permet de retenir les notes toutes justes jouées pour une compréhension globale du thème ou de la mélodie jouée. Ce n'est pas le dernier son qui ponctue la fin de la musique mais bien le fait qu'il soit lié aux sons d'avant, la mélodie n'est perçue que si les sons précédents sont maintenus, retenus dans le présent. Et ce n'est qu'à partir des sons retenus que nous avons la possibilité d'anticiper les notes à suivre. Avec l'image de la musique, Husserl perçoit ainsi la rétention comme un élément atemporel constitutif de la conscience préreflexive car agissant sans l'intervention de la volonté et permettant à la conscience de se constituer et de se saisir elle-même. C'est ainsi que l'expérience musicale s'intègre au courant de conscience et nous en permet une nouvelle lecture. « *L'expérience musicale repose sur la faculté qu'a l'esprit de se remémorer le passé à*

l'aide de rétentions et de reproductions et de prévoir le futur à l'aide de protentions et d'anticipations. L'expérience musicale se produit dans un présent précieux qui, par le moyen des souvenirs et des attentes, contient des éléments du passé et du futur » (Schutz, 2007, p. 85). Nous pouvons penser, à tort ou à raison, que c'est en ces lieux de rétentions et de protentions que se jouent le déclin du patient dément. A l'inverse du phénomène de stress chronique qui gomme la perception du moment présent, pour le patient dément, son passé s'oublie peu à peu et sans plus de projections sur l'avenir, le courant ou le flux s'amenuisent et le patient dément en revient à être condamné à vivre au présent. Au moins aux premiers stades de la maladie, le « *Moi-ici et maintenant est intact et agissant* » (Vion-Dury et al., 2012). De plus, par perte des fonctions intellectuelles qui permettent d'accéder à la conscience réflexive, la conscience pré-réflexive comprenant réflexes, instincts, émotions, affects... est mise à nue chez le patient dément. Submergé par ses affects et sans travail d'intellectualisation et de mise à distance, il ne peut plus « s'adapter » au monde qui l'entoure.

5.6. Se souvenir encore

De tous les savoirs disponibles, les savoirs émotionnels sont alors ceux qui restent le plus longtemps accessibles chez la personne démente. En jouant sur ces émotions, en les canalisant et faisant en sorte qu'elles ne s'emparent plus de la conscience, l'art peut nous permettre de soutenir ces patients lors de la chute... Avec la volonté de « *favoriser tout ce qui peut fournir un appui au cours de la descente* » (Jung, 1995, p. 143), stimuler les souvenirs chargés en termes d'émotions et de sentiments peut nous permettre d'essayer de maintenir d'autres ressources, qu'elles soient biographiques, symboliques, perceptives ou langagières.

La mémoire musicale en est une piste en s'appuyant sur le fait qu'elle résiste mieux au vieillissement et à la démence que la mémoire verbale. Un patient dément pouvant fredonner les paroles de chansons de sa jeunesse alors que les souvenirs et les mots lui manquent témoigne de l'existence, selon E. Lecourt, d'un « *noyau dur mnésique musical résistant* » contenant quelques souvenirs musicaux, riche non pas par leur quantité mais par leur qualité. Plus encore qu'une sorte de disque dur musical, la mémoire musicale est en rapport avec l'identité même de la personne, une « *identité profonde, affective, un noyau identitaire* » (Vion-Dury, 2013). Nous pourrions penser que pour certains, les films et les livres notamment, par une sélection spontanément limitée, puisse également participer à la

constitution du noyau identitaire que se construit la personne au cours de sa vie. De par les recherches florissantes dans le domaine de la musique, celle-ci semble avoir tout de même un statut particulier du fait de son lien profond avec la vie. « *Dans la mesure où on peut l’emmener partout avec soi, dans sa tête, sans se mouvoir, sans rien faire, [la musique] constitue une représentation, une exemplification la plus continue et la plus intime du fond de la Vie, de ce principe vital* » (Ibid.). De plus, le sentiment d’identité semble relativement conservé chez des patients souffrant d’Alzheimer, même à un stade sévère selon certaines études (Eustache-Vallée et al., 2016), il peut nous être utile dans ce cas de chercher à le renforcer.

Les souvenirs sont pour nous des biens précieux : perdons le fil de notre courant de conscience et nous nous retrouvons prisonnier du présent. Notre vie se résume en souvenirs, en moments présent vécus avec plus d’épaisseur, avec plus d’intensité que tout le reste de notre vie. De plus, nous avons vu, comment l’art, par l’exemple de la danse et de la musique, nous permettait d’éprouver, au sens de « faire l’expérience », un moment présent. Chaque chorégraphie, chaque mise en scène théâtrale, chaque prestation musicale, chaque tableau est une tentative de transformation d’un moment présent en souvenir.

La rencontre avec une peinture peut aussi aider à maintenir une mémoire vivante. Des associations instaurent des visites au musée pour les patients souffrant d’Alzheimer. P. Lemarquis, dans son livre *Portrait du cerveau en artiste*, relate un de ces moments : « *Souvent intimidés, ils finissent par s’exprimer, repérant des détails insolites – un papillon dans une toile de Seurat, la décoration d’un chapeau de paille cher à Renoir, le regard amoureux d’un modèle croisant celui du peintre, l’attitude hiérarchique d’un patron de guinguette... Encouragés, stimulés, heureux d’être traités en adultes, ils reprennent confiance en eux et communiquent leurs impressions, leurs émotions, s’engagent à poser des questions, à demander des précisions. Les souvenirs personnels affleurent : « ça ressemble à l’enterrement de ma vie de garçon ! s’exclame un grand père devant Le déjeuner des canotiers d’Auguste Renoir. « J’avais l’habitude d’aller au bord de la Seine avec mon épouse » se souvient un autre* » (Lemarquis, 2012). Si l’effort pour se souvenir, nécessitant une action cognitive et réflexive, est altéré chez ces patients, le souvenir involontaire, c’est-à-dire celui émergeant lorsque nous laissons la conscience vagabonder au gré de sa durée propre est, semble-t-il, encore accessible et peut

être stimulé par l'art afin de préserver mémoire et identité. Ces souvenirs émergent lors de l'écoute musicale, à la contemplation d'un tableau, à la réalisation d'un dessin...

Outre, la réminiscence de chansons connues par le passé, il a été montré qu'à un stade même sévère de maladie d'Alzheimer, une mélodie peut devenir familière et parvenir à être mémorisée en 4 à 10 séances selon certaines études (Groussard et al., 2013) (Lemarquis, 2012). La mémorisation ne semble pas éphémère car ce sentiment de familiarité persiste pendant 2 mois (Groussard et al., 2013). Des travaux montrent également que le patient dément, malgré son lot de pertes successives, conserve parfois brillamment sa créativité. Expliquée par une facilitation paradoxale, une désinhibition des régions impliquées dans le traitement visuo-spatial, une plus grande liberté, une exaltation de la motivation et du plaisir, la démence d'artistes confirmés change le style et la technique de leurs productions artistiques mais ne les privent pas d'une créativité parfois débordante apportant à celles-ci une certaine fraîcheur et originalité (Sellal et al., 2008). Les productions perdent en fait leur caractère figuratif témoin de leur perte de réflexivité sur le monde : ceci a ses conséquences dramatiques que nous connaissons bien sur le lien qui les unit à eux-mêmes, aux autres et au monde, mais s'appuyer sur cette créativité peut s'avérer une béquille pour les maintenir encore présents. Car vivre le moment présent signifie en fait, être là, présent au monde, en lien avec lui et l'art par tous ses modes, tente d'y parvenir.

6. Retour au monde « réel »

6.1. La fin de la transe

« [La transe] n'ouvre à une vie intérieure que pour s'élaner au dehors » (Roustang, 2003a, p. 85).

Le retour au monde extérieur se fait habituellement en douceur. On « peaufine » jusqu'à ce que le résultat nous paraisse parfait. Bien que nous sachions que la perfection ne sera jamais atteinte, nous n'y renonçons pas et bien heureusement car « *l'œuvre accomplie ne fait naître en nous que le désir d'aller de l'avant, tout en sachant que les œuvres qui suivront auront ce même caractère de relativité* » (Minkowski, 2013, p. 55). Autrement dit, l'imperfection de l'œuvre nous donne l'occasion d'un nouvel élan et ainsi de suite, indéfiniment.

Si arrivés à la fin de la transe, nous nous remettons dans une position de jugement, l'époque ne peut-elle durer ? Qu'elle soit destinée à se présenter devant un large public ou à son seul ami proche, « l'œuvre » a la volonté de s'afficher, de se soumettre au regard de l'autre. Elle continue sa transformation dans le regard de l'autre, que ce soit lors d'une exposition, d'un concert, d'un livre lu... Schutz l'exprime aussi pour le théâtre : « *La parole du dramaturge est d'une tout autre nature. Il ne s'agit pas de l'extériorisation d'un moi vivant qui énonce ses vécus pour lui-même mais bien plutôt de la communication d'une parole adressée à un autre, d'une parole qui est appelée à être entendue, comprise et interprétée par lui* » (Schutz, 2007, p. 22). C'est ainsi que ce qui a été éprouvé et révélé au moment présent demande maintenant à s'exposer : ma parole (ou mon œuvre) me soulage mais ne m'est pas directement destinée. Son but premier est d'être partagée. En la conservant en mon for intérieur, cette parole peut s'éteindre mais aussi protester. Dans ce cas, la jouissance procurée par « l'auto affection » comme la nomme Henry, reviendra alors, telle l'image d'un boomerang, attiser ma peine. Je peux également décider de la transcender et de m'en libérer en l'exposant au regard du monde. « *La transcendance laisse advenir dans sa lumière la lumière de l'immanence* » (Longneaux, 2011).

Tout ce que nous avons développé jusqu'à présent sur la création et sur le mode de conscience hypnotique ne sert pas qu'à tenter de soigner une personne isolée, mais à entretenir cet espace invisible, cet entre-deux, cet interstice que Kimura nomme *l'aida*, l'Entre, entre le patient et son médecin, entre le patient et l'autre, entre le patient et le monde. Car nous

existons à travers les liens que nous tissons avec les autres, « *le soi se constitue au plan de l'aida* » (Stevens, 2005). Les souffrances existentielles, psychiques et certaines à point de départ physiques en lien avec le handicap et la dépendance sont, pour beaucoup d'entre elles, en lien direct avec des souffrances relationnelles et avec le regard d'autrui. Il y a autant de réalités que de regards croisés. En acceptant que la réalité n'existe pas, nous acceptons plus facilement d'être à l'écoute des émotions et de les considérer comme des alliées et non pas comme des interférences (Maestre, 2002).

6.2. L'émotion, l'affect : des ressources oubliées ?

L'émotion, qu'est-elle ? Quelle place a-t-elle dans l'art et dans la médecine ? Comment peut-elle nous être utile ? Comment la voir autrement que comme un signe de fragilité ou un signe de faiblesse ? Nous avons vu premièrement, chez des patients souffrants de démence, comment elle se transmet plus facilement que d'autres ressources et nous permet de rester encore un peu relié à eux...

L'émotion est d'abord un ressenti corporel. Elle est le signal que quelque chose m'affecte. Qu'on décide de la faire entendre ou qu'elle s'échappe d'elle-même, qu'elle décide de ne pas se montrer ou que nous décidions de la refouler, dans tous les cas, l'émotion s'exprime. Elle n'est parfois ni joyeuse ni triste, elle est là, s'exprimant dans le corps. Sur une peau frissonnante, dans un intestin noué, des yeux humides, un cœur battant plus vite, des poumons haletants... L'émotion est là, ébranlant le corps et l'esprit. Elle peut être parfois un instant « magique » qui vient cristalliser l'existence. Plus particulièrement dans les arts, l'émotion liée à l'expérience de la beauté, à la sensation de sublime « *relatif à une incandescence émotionnelle* » (Vion-Dury et al., 2018) vient nous transformer. L'émotion est vécue comme un flash, un éclair, sortant de nulle part mais « *potentiellement présente, bien que cachée, enfouie, comme un arrière-plan* » (Ibid.). Surgissant de l'inconscient selon Jung, elle donne naissance à des images et des réflexions à condition de ne pas s'empresse de l'oublier, mais de la méditer, une émotion sur laquelle l'attention se dirige et à laquelle on accorde du temps. Pour les artistes amateurs, en manque de maîtrise technique et parfois sans possibilités de représentation de leur travail en public, l'émotion est difficile à manifester. Nous prendrons alors davantage la position du contemplateur d'art.

« *Tout commence en général par le fait de nous sentir bouleversés sans en comprendre la raison et d'éprouver le sentiment étrange de nous trouver en terrain connu alors que rien dans ce que nous voyons ou lisons, n'évoque directement notre propre vie* » (Tisseron, 2013, p. 38).

Je suis affectée par la souffrance d'un autre mais je le suis d'autant plus par la représentation de celle-ci dans sa musique, sa danse, son écriture, sa peinture... Comment l'expliquer ? L'art ne dit pas la souffrance, mais encore une fois, il l'évoque ; du latin *ex-vocare* qui signifie appeler, faire venir, faire apparaître. C'est cette évocation qui nous permet de faire le lien avec les événements de notre propre vie. Des liens non construits, improbables parfois. Elle vient nous atteindre et rechercher en nous les plus petites fibres d'âmes capables de rencontrer l'œuvre ou l'âme d'un autre.

6.3. La beauté : une justesse qui s'accorde

Comment la beauté peut-elle être liée à la souffrance ? Comment l'art permet ce phénomène a priori paradoxal ? Comment permet-il de revaloriser la souffrance « *en ne la réduisant plus à l'assujettissement au besoin, à la nécessité, mais en n'y reconnaissant la stimulation même de la vie ?* » (Saint Girons, 2014, p. 39). Sans en trouver encore la réponse, nous voyons déjà comment, par cette question posée il peut nous aider en pratique chez des patients en souffrance. Suffirait-il de transformer la souffrance, de la rendre « belle » ? Comment vivons-nous la beauté ? Elle peut être entendue au sens de juste. « *C'est beau parce que c'est tellement vrai !* ». Je suis émue parce que ça sonne juste pour moi, parce que ce livre, ce film, cette musique... résonne au plus près de ma vérité subjective, selon le principe que mes croyances ne sont pas la vérité mais que je m'approche d'elle chaque fois que je pratique la justesse. Une vérité donc subjective et modalisable. Car si l'œuvre d'art peut être perçue pour certains comme la révélation d'une vérité, elle peut être aussi, par son acte même de sublimation et d'exemplification, l'accomplissement d'une « non-vérité ».

Dans tous les cas, l'émotion esthétique est un état d'être dans lequel la personne est reliée à son vécu subjectif. De plus, ce vécu subjectif est partagé. Je me sens mieux après avoir lu ce livre, avoir vu ce film, avoir entendu cette musique... parce que « je sais » que quelqu'un d'autre a « réellement » compris ou ressenti les mêmes choses que ce que je vis ou subis. Je ne suis plus seul(e). La musique est certainement le moyen à la fois le plus puissant et le plus populaire pour créer une matrice intersubjective ou un espace de résonance par sa capacité

à nous faire représenter quasi instantanément nos vies dans la musique d'un autre. La musique ravive ce besoin de nous sentir reliés aux autres et au monde. Pour écrire, écouter ou jouer de la musique, Schutz écrit qu'il nous faut « *faire l'épreuve d'une expérience spécifique de conscience, celle de la co présence de l'autre* » (Schutz, 2007, p. 172). Cette co présence est en effet ressentie bien avant la finalisation de « l'œuvre » et avant même la représentation devant l'Autre. L'intention de partage est présente pendant le moment même de création ; l'écriture par exemple tend vers un ou des autre(s), s'imaginer écrire pour un ou des autre(s), ciblé(s) ou imaginaire(s), aide au travail d'écriture. « *Il n'y a d'art que par et pour autrui* », rajoute encore Sartre.

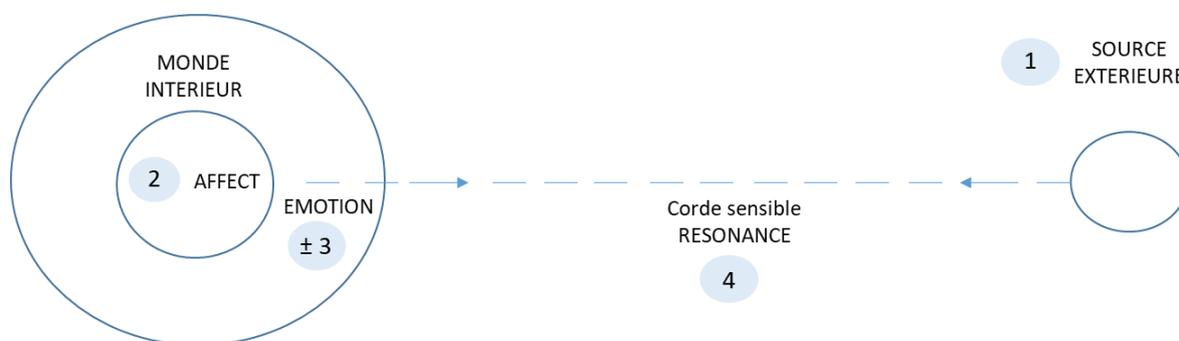


Figure 3 : affect, émotion, résonance

6.4. Histoire de résonance

Si nous nous méfions peu de nos jours du manque de relations par le nombre pour le moins élevé de « connexions », certains sociologues comme Rosa nous alertent sur la potentielle origine du syndrome dépressif (incluant le burn-out), qu'il n'analyse non pas comme une absence de relations aux autres et au monde mais comme une absence de résonance, une sorte de « relation sans relation » (Rosa, 2018). Nous pourrions penser que ce sujet sociologique s'éloigne de la médecine, pourtant en cabinet de médecine générale, combien de consultations sont occupées par des demandes d'arrêts de travail pour « burn out » ? A défaut de pouvoir y trouver une résolution, nous pouvons nous interroger.

Des faits extrêmes nous rappellent de quelle manière et avec quelle intensité nous sommes reliés au monde qui nous entoure. Cyrulnik nous rappelle que le nouveau-né sans aucun trouble physico-biologique et avec les apports physiologiques nécessaires meurt sans l'altérité.

Encore plus surprenant, dans des sociétés tribales, des ethnologues ont rendu compte de la pratique de la mort sociale ou mort vaudou, consistant à tuer littéralement des membres de la tribu en leur refusant toute relation sociale : on ne les salue plus, on ne leur sourit plus, on ne les « voit » plus, l'absence totale de toutes expressions mimiques et de gestes les nie en tant qu'êtres sociaux et en très peu de temps, ils perdent toute volonté et meurent, physiquement, par manque de résonance selon Rosa (*Ibid.*, p. 173).

Cette idée de correspondance affective, inhérente à la musique et à toute forme d'art, est possible par le phénomène de résonance comme le décrit Rosa : « *Je suis affecté par une chose, une personne, une œuvre d'art et à mon tour j'exprime une émotion, je touche, j'affecte l'autre. Le monde parle. Je parle. Les deux côtés parlent de leur propre voix. La relation induit une transformation mutuelle à la fois du monde et du sujet* ». C'est la thèse que défend Rosa, d'un monde résonant, « *un monde où il ne s'agit plus, avant tout, de disposer d'autrui, mais de l'entendre et de lui répondre* » (*Ibid.*, p. 527).

Pour mieux comprendre ce qu'est la résonance, il peut nous être utile de visualiser ce qu'elle n'est pas dans notre quotidien. Ces moments où ne sommes pas là, où nous répondons à notre interlocuteur de manière automatique, où nous répétons des discours convenus, entendus et rapportés sans travail de mise en perspective. Où nous faisons semblant d'avoir entendu, aidés par des tics d'expressions faciale et langagière. Où nous pensons engager un dialogue mais dans lequel nous n'entretiens finalement qu'un monologue. Où les mots restent plats, sans relief, où l'ennui envahit l'espace, où la relation ne s'établit pas. Ces moments dans lesquels nous restons insensibles voire hostiles à l'égard d'autrui.

En consultation, le problème se pose concrètement lorsque le médecin ou le patient lance un appel qui ne reçoit pas de réponse. Cela arrive assez fréquemment en cabinet de médecine générale, soit parce que le médecin n'a pas le temps ni l'envie de s'attarder sur un énième problème énoncé, soit parce que le patient n'estime pas être venu pour s'exprimer sur un sujet que le médecin souhaite aborder. La possibilité de résonance ne se crée pas. Il ne reste que l'écho émis par la personne ayant demandé résonance. Tous ces moments sont des moments que Rosa nomme des moments d'aliénation mais qu'il juge pourtant nécessaires au sens où l'aliénation doit être ressentie pour que puisse se former des relations résonantes. En consultation, nous échangeons nécessairement par « oscillation expérientielle » (Roubal et al., 2015) entre empathie et mise à distance. C'est ce qu'il se joue dans la question du danger réel

ou potentiel d'exposition des émotions du médecin envers son patient. Mais Rosa nous le dit bien, être résonant n'est pas mettre à nu ses émotions mais faire plus subtilement vibrer la corde sensible afin que les deux sujets puissent se répondre. Ce mode de relation reste ouvert aux contenus émotionnels mais ne s'y réduit pas. La résonance fait également partie du monde du « sentir », comme exploré plus haut (voir chapitre sur « L'imagination »), et revient au monde de « la vérité », à celui de « ma vérité ». Si ce son, cette voix, ce geste, ces paroles... résonnent en moi c'est que « je sens » qu'ils sonnent justes. « *Ce qui importe c'est le sentir de l'existence* », écrit Roustang. Attendre, ne rien faire, ne rien savoir, rester tranquille, accepter le vide, accepter le silence, mais continuer à sentir tout ce qui vient. Si ça vient et que ça résonne juste, alors continuez nous dit-il, sinon c'est que cela sonne faux, ne continuez pas, passez votre chemin (Roustang, 2006, p. 226). Il est ainsi inutile de chercher la résonance « à tout prix ».

A l'échelle d'une consultation médicale, cette notion de correspondance peut tout de même nous être utile. Au même titre que les axes de résonance que développe Rosa (sphère familiale, amitié, politique pour les axes horizontaux ; travail, école, sport pour les axes diagonaux ; religion, nature, art, histoire pour les axes verticaux...), la consultation médicale doit aussi s'efforcer d'être ou de rester un espace potentiel de résonance. Sous réserve de différences subtiles, alors que l'accordage affectif de Stern, la syntonie (le fait de vibrer à l'unisson avec l'ambiance) de Minkowski et reprise par Schutz, le « laisser venir » de Roustang ou l'expression plus générale « d'harmonie des courants de conscience » semblent s'acquérir au cours du temps et au fil de l'expérience, la résonance de Rosa ne se « commande » pas, ne s'apprend pas, arrive parfois sans prévenir, reste muette lorsqu'un désaccord apparaît trop profond et même sans raison apparente. Elle reste par définition indisponible, rejoint l'idée du « moment de rencontre » de Stern et les premières réflexions de cette thèse sur l'intersubjectivité, venant curieusement comme boucler la boucle. Elle reste indisponible donc difficilement maîtrisable, mais se révèle à la condition de rester ouverts et attentifs (semblable à celle qu'il nous faut pour accueillir la « beauté » d'une œuvre), parfois sans effort démesuré, un simple regard pouvant susciter de la résonance et influencer positivement sur la relation au monde des sujets (Rosa, 2018, p. 209).

A défaut de retrouver ce genre de relation dans la réalité du quotidien, bon nombre d'entre nous se réfugient dans l'art, sphère de résonance encore puissante, dans ses différents sous-

ou micro- mondes, dans un livre, un film, une musique... Cet accordage étant absolument nécessaire dans toute représentation artistique, dans toute création, nous pouvons nous en servir. Peut-être devons-nous nous en servir afin de rendre la réalité du quotidien moins « morne, terne et vide », celle dans laquelle se trouve entièrement le patient dépressif (Rosa, 2018). Schutz, à travers ce qu'il appelle la syntonie du groupe musical, montre à quel point la musique jouée ensemble devient espace de résonance (Schutz, 2007). La danse quant à elle, utilise la musique mais aussi le corps lui-même comme espace de résonance. En groupe, chaque corps peut accueillir l'expérience d'un autre. La pratique du dessin peut ne pas être qu'une expérience solitaire. Un exercice d'intersubjectivité par excellence est celui du portrait, deux personnes se rencontrent par le regard. Un regard brut qui peut être déstabilisant, mais qui prend le temps d'être attentif, précis, sincère. Le portrait est une expérience particulièrement intime qui permet d'instaurer un véritable espace de résonance. Sans les mots, chacun ajuste son regard dans un but commun, celui de rendre beau et juste. Les deux sujets se rencontrent chacun dans le regard qu'ils reflètent.

Dans l'art, tout est question d'harmonie, de correspondance, de résonance. Le travail d'écriture est peut-être encore le plus parlant, « *c'est la condition de la métaphorisation et donc de la poésie : faire que toutes choses se correspondent* » (Roustang, 2003b, p. 120). L'inspiration de l'artiste est générée par des phénomènes de résonance multiples provenant de son environnement. Les images générées se transmettent et s'animent ensuite pour d'autres personnes. L'idée d'être touché(e) et de toucher à son tour engage une action de la part de chacun, peut être seulement celle de s'ouvrir. Alors « *l'œuvre d'art aura joint ces vies séparées, elle n'existera pas seulement en l'une d'elle comme un rêve tenace ou un délire persistant... elle habitera indivise dans plusieurs esprits, présomptivement dans tout esprit possible, comme une acquisition pour toujours* » (Merleau-Ponty, 2013). L'œuvre d'art, une fois finie et transmise, se perd vers d'autres horizons, vers d'autres consciences, elle se détache et nous échappe, elle continue sa propre vie. Elle est même appelée à nous survivre. L'élan qu'il nous a fallu pour la réaliser et qui prenait sa source dans « l'idée inconsciente » se perd de nouveau dans l'inconnu...

7. Conclusion de la 1^{ère} partie

Imaginer le processus créatif opérer une exploration de la conscience à la manière de l'hypnose nous a permis de révéler petit à petit les moyens que l'art peut utiliser pour prendre soin. A travers l'étude de l'élan vital, des perceptions, de l'imagination, du sens existentiel, du temps vécu, et frôlant celle de la mémoire, de l'identité et de l'âme, ces réflexions nous confortent dans l'idée que l'activité artistique peut être bien plus qu'un simple moment de distraction ou de divertissement. La dimension de jeu ne peut pour autant pas disparaître. Dans une thérapie par l'art notamment, un espace de jeu doit s'établir, tel un espace qui énumère ses quelques règles (ou suggestions) en dehors du monde réel et sans intentionnalité à l'exception de sa propre poursuite...

Avec le phénomène de résonance, nous refermons une boucle, nous amenant à suspendre l'exploration du processus créatif. Dans l'exploration du processus créatif, le phénomène de résonance dessine une boucle, qui nous semble vertueuse. Cette boucle créative dans laquelle nous nous mouvons doit encore une fois être enrichie, modulée, voire déformée par de nouvelles réflexions... (*le réfléchir à le pousser jusqu'au bout, jusqu'à son insuffisance, jusqu'à son éclatement ?*) (Roustang, 2006, p. 223). De nouvelles hypothèses surgissent face à nous : une faille au sein de cette boucle créative ne ferait-elle pas le lit de pathologies que nous avons à explorer, telles que la dépression, la maladie psychosomatique ou la démence... ? Et ces mêmes pathologies, en fragilisant l'élan vital dans la dépression, la capacité d'imagination dans la maladie psychosomatique etc... ne désorganiseraient-elle pas l'entièreté de cette boucle créative et donc l'ensemble du paysage psychique de l'individu ? Des études supplémentaires nous permettraient d'éclaircir ces hypothèses.

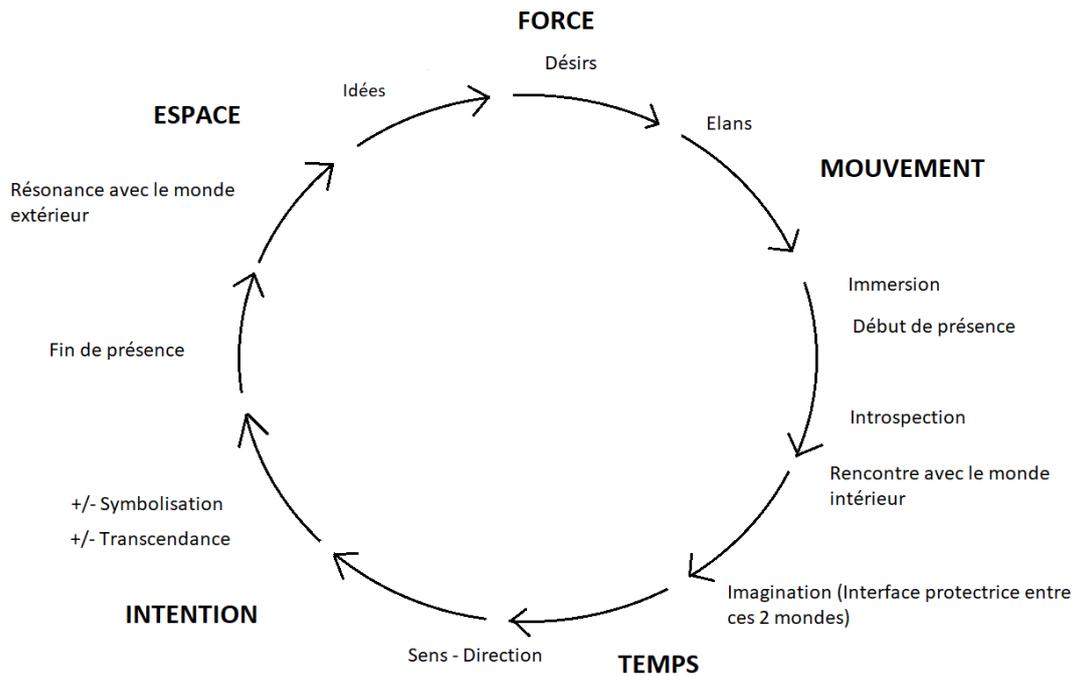


Figure 4: Boucle créative

Une question se pose à présent : comment intégrer l'art à nos pratiques médicales ? Nous ne pouvons pas échapper à cette question pratique. Est-ce du moins possible ? Dans le cadre d'une pratique de médecine générale, d'une pratique au sein de laquelle nous courrons de plus en plus vite après le temps, nous admettons que la tâche s'avère difficile et peu visualisable. Il ne sera pas question par la suite de conceptualiser ni de structurer nos réflexions afin de les intégrer à nos pratiques mais nous proposons de poursuivre l'exploration hors de ce cercle. Nous concevons à présent pleinement que ces questionnements s'insèrent dans le domaine particulier de la psychothérapie. Mais qu'en est-il de la psychothérapie en médecine générale ? A-t-elle seulement sa place ? Entre médecine générale, hypnose et art-thérapie, pouvons-nous accepter une confusion au sein même de ces disciplines ? Avec le projet d'entreprendre un réarrangement qui nous paraîtrait convenable, pouvons-nous accepter une telle dissolution des frontières séparant chacune d'elle ?

DES APPLICATIONS POSSIBLES

1. La psychothérapie en médecine générale

« Dans le doute, ne vous hâtez pas mais écoutez » (Balint, 1988)

La psychothérapie dite de soutien, par opposition aux thérapies dites structurées (analytiques, psychodynamiques, systémiques, cognitivo-comportementales...) s'inscrit naturellement dans la pratique du médecin généraliste. C'est une « thérapie » relationnelle, non codifiée dans sa technique, et implicite au rôle de médecin généraliste. Elle se base sur la relation positive qu'entretient le médecin avec son patient, sur une écoute active nécessitant quelques techniques de communication verbales et non verbales (reformulation, réexpression, tonalité de la voix, regard...) et sur une empathie avec fréquemment l'incitation à un changement comportemental, affectif ou émotionnel. En réalité, cette approche psychothérapeutique de premier recours utilisée par tout médecin généraliste n'ose pas dire son nom, elle peut être ressentie par ces mêmes médecins comme balbutiante, artisanale et parfois illégitime (Moreau et al., 2003). Elle comprend des attitudes de « bon sens » mises en évidence par Balint : conseiller, reconforter, rassurer. Elle n'est cependant pas toujours adaptée au patient et reste limitée. C'est pourquoi cette prise en charge, pour ceux qui en ressentent le besoin et l'envie, peut avoir vocation à être étoffée et enrichie.

2. La médecine générale : à la frontière entre simplicité et complexité

Si en apparence la médecine générale peut paraître simple au regard d'autres spécialités, et l'est en effet selon certains points de vue, elle se révèle beaucoup plus complexe selon d'autres. L'exemple est frappant dans le cadre de cette thèse qui s'oriente vers le domaine de la psychothérapie. La démarche d'un patient qui consulte un psychothérapeute inclut le fait qu'il ait pris conscience qu'il présente une souffrance et la volonté d'être aidé. Une immense partie du travail thérapeutique est alors déjà bien avancé. Roustang va même jusqu'à considérer qu'il ne recevait en thérapie que des patients déjà guéris, sous entendant que le patient consultait avec en main la solution du problème supposé. Or, en médecine générale nous sommes fréquemment confrontés à des patients suspects ou que l'on estime réellement en grande souffrance mais qui n'acceptent pas de le reconnaître et qui n'ont pas forcément le désir d'être aidés, la tâche se révélant d'autant plus difficile. Dépister la souffrance ? Fermer

les yeux ou la prendre en charge ? Passer la main ou endosser un peu plus notre rôle de soignant ? Avec quels moyens ? Un médicament à l'aveugle ? Une écoute active ? Une parole salvatrice ? Celle que nous ne trouvons pas malgré notre formation de psychologue autodidacte ? Comment nous y prendre si nous voulons aller plus loin ? Le paragraphe suivant expose cinq situations cliniques concrètes où une prise en charge psychologique aurait pu aller plus loin et où la question d'une psychothérapie utilisant plus ou moins l'art comme « outil » aurait pu se poser.

3. Retour de consultations : des occasions manquées ?

3.1. Troubles du sommeil - 22 juillet 2019

G. est un jeune homme de 28 ans qui se présente au cabinet médical au premier jour de mon remplacement. Il m'annonce des troubles du sommeil récent. (*Une lumière s'éclaire avant même qu'il continue de parler, un mot magique : anxiolytique !*). Des crises d'angoisse pouvant durer 1 à 2 heures les accompagnent, avec une sensation d'étouffer. *Je prends le temps de l'écouter. Il a l'air perdu. Fatigué aussi.* Il dort peu. Il n'est pas concentré et peu productif au travail. Sa cheffe l'a remarqué mais elle reste compréhensive. Elle lui conseille même de se mettre en arrêt maladie. *Je pense qu'il vient pour ça finalement, un arrêt maladie.* Non, il préfère travailler, ça l'aide à ne pas penser. Il sous-entend que ce n'est pas le travail dont il rêvait, vendeur en magasin. Il n'a pas d'idées suicidaires actuellement, mais y a déjà pensé. Il ne peut pas, cela rendrait trop triste sa famille. Je comprends qu'il est célibataire et se pose beaucoup de question sur l'avenir. Il se sent « décalé » par rapport aux jeunes de son âge. *Je l'écoute, je prends le temps. Mais le temps passe, la consultation est « censée » durer un quart d'heure. J'ai deux autres rendez-vous qui m'attendent.* Je lui suggère que masquer ses pensées avec le travail n'est peut-être pas la meilleure solution et qu'il faut qu'il prenne le temps de savoir ce qu'il veut pour l'avenir. Je lui prescris quand même un anxiolytique, pas d'arrêt de travail, il n'est pas prêt. J'hésite pour un antidépresseur mais lui conseille de voir un psychiatre. Ou un psychologue pour commencer. Et de reprendre rendez-vous avec son médecin traitant, dans 1 mois pour faire le point... Il reviendra me voir quelques semaines plus tard pour m'expliquer qu'il a trouvé une piste pour comprendre ses problèmes d'adaptation. Après un long rendez-vous avec le médecin du travail, celui-ci lui a soumis l'idée qu'il serait une personne à haut potentiel intellectuel et lui a révélé les problématiques qui peuvent s'y associer. Le patient me raconte cette nouvelle avec un certain chamboulement et avec

également un soulagement perceptible. Ne connaissant pas bien cette problématique à cette période, je n'ai pu que l'écouter et l'encourager dans la découverte de lui-même. Je lui prescris l'arrêt de travail qu'il me demande cette fois. Il me remercie sincèrement d'avoir pris le temps de l'écouter mais je ne connaîtrais pas la suite de son histoire...

3.2. Troubles fonctionnels intestinaux - 30 juillet 2019

Mme M. est une dame d'une soixantaine d'années avec des troubles fonctionnels intestinaux. Elle est « en crise » depuis une semaine. Les traitements habituels ne font pas d'effets. Elle m'explique qu'elle « traîne » ces troubles depuis 15 ans. Entre antalgiques et antispasmodiques la rotation se fait depuis 15 ans. *Un antalgique qu'elle n'a pas essayé ? Ah ! Lui peut être ? Bingo ! Bon, on va essayer ça mais sinon d'autres problèmes... ? Oui, de nombreux problèmes... la mort de son mari il y a peu, une maman atteinte de maladie d'Alzheimer, un cancer chez sa belle-sœur, ça fait beaucoup... beaucoup de souffrances. J'apprends ensuite qu'elle est suivie parallèlement par un psychiatre, elle est sous Zoloft depuis plusieurs années et suit une thérapie cognitivo-comportementale... Que puis-je faire d'autre à mon niveau ?*

3.3. Syndrome grippal – 15 novembre 2019

Mlle A. 17 ans, accompagnée par ses parents me consulte pour un syndrome grippal. Son style vestimentaire, son allure peu soignée, l'intonation affirmée de sa voix m'indique une période de rébellion qui me rebute un peu au premier abord. La patiente n'a alors pas l'air timide mais sa mère commence à parler à sa place. Je m'adresse à la jeune fille, l'examine, le contact est contre toute attente plutôt naturel et spontané. La maman me tend ensuite un papier que je dois signer concernant une inaptitude au sport en milieu scolaire. Je cherche à comprendre. La problématique de la consultation change alors. J'apprends qu'elle est au CNED pour raison d'agoraphobie, qu'elle a une scoliose qui lui provoque des douleurs mais qui n'est pas « raisonnablement » suivie. Continuer à faire du sport me semble important, je leur en fait part en leur disant qu'un sport adapté comme la natation peut être utile pour lutter contre ses douleurs. Elle n'est pas contre. Puis j'apprends qu'elle est suivie en CMP pour des raisons que les parents ont du mal à m'expliquer clairement. J'essaie de comprendre entre les lignes. La jeune fille commence à parler librement. Elle se confie en me disant qu'elle ne comprend pas pourquoi elle dort parfois 18 heures par jour, qu'elle aimerait que ça s'arrête, le père

prend la parole et souhaite faire un bilan pour doser des hormones... *Je me rappelle avoir trouvé son intervention inappropriée. C'est la première fois que je les vois, je ne vais pas tout de suite me braquer, alors je commence par aller dans son sens : « oui pourquoi pas, ça n'a jamais été dosé ? la TSH, oui pourquoi pas... ça a déjà été fait il y a 2 ans mais... pourquoi pas... »*. J'amorce quand même le fait que c'est la première fois, je ne la connais pas, mais que le problème me semble ailleurs... le contact est plutôt facile avec la jeune fille, un peu moins avec les parents, mais je tente... que fais-tu de tes journées ? Que se passe-t-il quand tu te réveilles ? Et le moral ? Elle ne fait pas grand-chose de ses journées, dès qu'elle se réveille, veut se rendormir, ses paupières se referment toute seule dit-elle, elle a mal. Elle me rétorque vouloir être heureuse. Me demande presque la solution pour être heureuse. Elle se plaint du lieu où elle habite, critique les habitants et les élèves du lycée où elle allait. Me dit qu'au pire elle prendra des antalgiques toute sa vie pour ses douleurs. Je lui réponds fermement que non, à 17 ans ce n'était clairement pas la solution. Je ne comprends pas tout de la problématique de cette consultation dans l'espace de temps qui m'est dédié et avec la marge supplémentaire que je me suis accordée mais l'essentiel, il me semble : la détresse et la fatalité dans laquelle elle se trouve. *Aurais-je pu lui proposer une « thérapie » par l'art ?*

3.4. Vomissements - 4 février 2020

Mme M, 29 ans me consulte dans un état « critique », en pleurs, suffocante, elle m'explique laborieusement qu'elle vomit depuis 15 jours, sans arrêt. Elle ne peut pas compter le nombre de vomissements. Elle n'a pas vu de médecin, je suis la première qu'elle consulte. Elle est accompagnée par son compagnon qui sous-entend que c'est peut-être psychologique... « *Ah... pourquoi ? expliquez-moi* ». Des problèmes familiaux, une tante qui les a renvoyés de chez elle et avec qui ils sont en procès, des vomissements qui sont présents en fait depuis plusieurs mois, le matin... depuis octobre dernier ? Depuis qu'elle a fait une fausse couche... ça faisait deux ans qu'ils essayaient... elle ne s'en remet pas. Le discours de la patiente est décousu, les informations s'entremêlent. Le compagnon prend rapidement la parole. Mais parallèlement au discours du compagnon, j'observe Mme M, une recrudescence des nausées et des pleurs apparaît à l'évocation de chaque problème... Elle m'a l'air « au bout du bout ». Évoquer tous ses malheurs ne semble pas la soulager, bien au contraire. Aucun vomissement n'a été objectivé au cours de la consultation, je ne retrouve rien de particulier à l'examen clinique : la tension est correcte, elle ne semble pas déshydratée, l'abdomen est souple et non douloureux,

l'examen neurologique est normal. Comment réagir face à cette situation aigue ? Comment trouver les mots pour l'apaiser rapidement ? Comment écarter la crainte de passer à côté d'une pathologie organique ? On essaye tant bien que mal de trouver les mots, de la rassurer, de se rassurer nous-même à l'aide d'examens et c'est finalement quand les mots ne suffisent pas que le médicament est là pour nous aider. Puis nous orientons avec l'espoir qu'elle trouvera de l'aide dans un autre espace, avec un autre. Finalement, le bilan réalisé dans le contexte révélera une nouvelle grossesse. La prise de drogues récente l'avait conduite à un état de stress intense, majorant les symptômes de grossesse. *Une prise en charge psychologique me semblait nécessaire...*

3.5. Gonalgie - 10 mars 2020

Je reçois un jeune homme de 19 ans qui se présente pour une douleur chronique du genou droit suite à un accident datant de 6 ans avec notion de fissuration ligamentaire suivie par son médecin traitant sur Paris. Il aurait consulté un chirurgien là-bas, une prise en charge chirurgicale n'était pas indiquée mais il ne m'amène aucun compte rendu. Il est dans la région pour trouver du travail, loin de ses parents, il est hébergé chez un cousin. La douleur est de nouveau intense depuis quelques mois sans événements traumatiques intercurrents. Une IRM réalisée en octobre dernier ne révélait a priori pas d'aggravation ni d'autres lésions. La kinésithérapie ne l'aidait pas sur Paris. Il prend du Tramadol qui ne le soulage plus. L'examen clinique ne me montre pas de signes inquiétants. Il repart sur Paris à la fin du mois s'il ne trouve pas de travail. *Difficile dans ce contexte d'envisager une prise en charge...* Il en vient à me raconter ses difficultés pour trouver un emploi. Il enchaîne les dépôts de CV qui n'aboutissent pas. Il me raconte le mépris des patrons qui le prennent à l'essai mais ne le gardent pas sans lui expliquer les raisons. Il a peu d'argent, il est inquiet. En froid avec son père, il veut lui montrer qu'il est capable de s'en sortir tout seul. Puis finalement si, des événements traumatiques il y a peu. Le décès de son grand père à Noël et le décès d'un cousin de 17 ans dans un accident de la route il y a aussi quelques mois. Il reconnaît le lien avec la fixation qu'il fait sur son genou. Le moral est au plus bas. Il me mime la pente « descendante » ... Mais il maintient que c'est son genou, c'est son genou qui le fait souffrir...

4. La place royale du médicament

Ces cinq situations ont un commun un sentiment de décalage, décalage entre la demande et l'offre apportée. Une demande parfois ambiguë mais qui murmure des maux plus profonds qu'un mal de dos ou de genou. Dans ces situations, le médicament, arme ultime du médecin, y garde une place prépondérante malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui préconise dans son rapport datant de 2017 l'utilisation seule de la psychothérapie en 1^{ère} intention dans les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère à modérée. Une enquête réalisée en 2014 auprès de 2114 médecins généralistes montre qu'ils partagent avec nos retours de consultations ces écarts aux « recommandations de bonnes pratiques » en ayant recours à un traitement médicamenteux même en cas de dépressions d'intensité légère (Dumesnil et al., 2014). L'HAS précise pourtant que la psychothérapie peut être initiée par le médecin généraliste lui-même en fonction de ses « compétences » ou bien être relayée au psychiatre, psychologue ou psychothérapeute (HAS, 2017). Nous ne pouvons pas conclure en des potentielles lacunes ou indisciplines de la part des médecins généralistes, car ceux-ci connaissent ces recommandations et y sont même favorables. Mais il reste des freins à leurs utilisation, des réalités « pratiques » qui ne peuvent être écartées : d'ordre organisationnel, le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou psychothérapeute, des délais parfois trop longs d'obtention de rendez-vous et les réticences de patients à suivre une psychothérapie. Des facteurs « plus ancrés » au statut du médecin reste le lien fort et presque indéfectible qui le relie au médicament et son manque de légitimité ressentie à utiliser ses dites « compétences » en psychothérapie supposées et promues par l'HAS. A défaut de vouloir s'engager dans une pratique de psychothérapie, il semble nécessaire que des liens s'établissent davantage entre le médecin généraliste et les professionnels de la santé mentale. Ces sujets mériteraient de plus longues réflexions sur lesquelles nous ne pouvons pas nous attarder dans le cadre de cette thèse.

5. Existence de l'art thérapie : Questionnements

5.1. Un effet de mode ?

Il n'est pas nouveau de s'intéresser aux vertus thérapeutiques de l'art. Bien que l'art, depuis tout temps, a été utilisé à des fins de soins, plus ou moins spirituelles, c'est à partir du XX^e siècle qu'un intérêt s'est de nouveau porté sur lui. En 1922, Prinzhorn, psychiatre, (voir chapitre sur « L'élan vital »), constitue une collection d'œuvres de malades mentaux répondant à une nécessité impérieuse de créer. Plus tard, le terme d'art-thérapie est inventé par un peintre, Adrian Hill, soutenant l'importance d'accompagner le processus créatif par une personne elle-même artiste. De nombreux médecins se sont intéressés à l'effet thérapeutique de l'art, notamment dans les années cinquante et exclusivement dans le milieu psychiatrique. Il était question surtout d'interpréter les créations plastiques de malades mentaux en fonction des formes, des symboles et des thèmes utilisés et d'évaluer leur satisfaction, l'amélioration des troubles du comportement, la diminution de l'angoisse, leur meilleure adaptation et l'évolution de leurs dessins. D'importantes collections ont vu le jour au niveau international (Brésil, Canada, Espagne, Finlande, France...). Une analyse très fine de l'ensemble de ces collections est recueillie dans l'ouvrage *L'art psychopathologique* de Volmat où l'activité artistique semble être une véritable méthode de traitement complémentaire chez ces patients. Cet auteur ajoute que l'activité artistique est en elle-même un processus thérapeutique : en produisant un effet cathartique dans certains cas, comme acheminement vers la sublimation des pulsions instinctives qui se manifestent déformées dans les symptômes et en donnant une opportunité aux malades de lancer des ponts bien que fragiles avec le monde extérieur par l'intermédiaire du langage émotionnel des arts plastiques (Volmat, 1956). « *Dans leurs essais esthétiques, nos malades tendent à rejoindre cet idéal lointain et s'essayant, sur ce chemin des sublimations, à retrouver leur position d'homme, dans ses comportements, en dépit de l'aliénation qui les frappe, qui les enserme et qui les immobilise* » (Ibid.). Un vif intérêt pour le dessin s'est aussi installé dans le domaine de la psychanalyse. Il est notamment encore utilisé de nos jours en pédopsychiatrie comme moyen de communication. En 1976 et 1988 se créent respectivement en France, deux associations faisant aujourd'hui référence dans le domaine de l'art-thérapie moderne (par opposition à l'art-thérapie traditionnelle que nous venons de décrire) : l'AFRATAPEM (Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine, associée à la faculté de médecine de

Tours) et la FFAT (Fédération Française des Art-Thérapeutes). Ce bref rappel historique n'étant pas exhaustif, le lecteur peut se référer à plusieurs sources (Klein, 2014) (Rodriguez et al., 2012).

5.2. Émergence d'un soin de support

La discipline d'art-thérapie moderne est présente de nos jours dans divers milieux de soins, hospitaliers et institutionnels où elle s'affirme comme soin de support. Par exemple, dans le soin aux personnes âgées (Plan Alzheimer), en oncologie ou encore dans les plans Autisme. Elle se pratique également en cabinet privé. Selon les définitions strictes, l'art-thérapeute se distingue d'un psychothérapeute utilisant un support artistique et d'un animateur-artiste agissant en milieu de soin. L'appellation art-thérapie fait référence à un protocole de soin individualisé comprenant indications, observations, stratégies thérapeutiques et évaluation. La discipline d'art-thérapie moderne se refuse à l'interprétation des créations, le but étant ce qui se passe pendant la création. C'est une discipline encadrée où l'art se met au service du soin à travers la relation que nous avons pris parti de définir comme étant fondamentalement psychothérapeutique.

N.B : dans la cadre de cette thèse, la distinction entre art-thérapie et thérapie à médiation artistique ne nous paraît pas fondamentalement nécessaire, ainsi par la suite, nous établirons par moment une distinction quand nous le jugerons utile, d'autres fois nous les regrouperons sous le terme « d'art-thérapie » ou de « thérapie par l'art ».

5.3. Une psychothérapie différente

Pour certaines institutions françaises d'art-thérapie, en s'adressant à la psyché et au corporel, l'art-thérapie est psychothérapeutique, quelle que soit sa méthode. Cependant, d'autres ont la volonté de se distinguer d'une pratique d'extension psychothérapeutique en devenant une discipline para médicale à part entière et en se plaçant sous autorité médicale. Ici, nous exposerons simplement une distinction. Pour nous, l'art-thérapie se différencie des psychothérapies « classiques » en cela qu'elle utilise l'image et le geste à la place de la parole comme moyen premier permettant au patient de se raconter. Elle n'est pas meilleure qu'une autre mais peut être plus adaptée à certains problèmes non résolus car elle se place davantage dans le domaine de l'action, que celle-ci soit effective ou imaginaire comme en hypnothérapie. Le patient peut trouver la possibilité de mettre en acte ce qu'il veut dire, ce qu'il veut faire, ce

qu'il veut être. Il « *entre en image c'est-à-dire en réalité mouvante, il devient le geste qui concilie et réconcilie* » (Roustang, 2003b, p. 90).

5.4. Le cadre

L'artiste n'échappe pas, à l'évidence, à la maladie. Peut-on en conclure pour autant que l'art n'est pas thérapeutique en lui-même ? Définir un cadre clair semble néanmoins essentiel à toute démarche de soin, que ce soit sur le plan organisationnel (espace et temps de travail, statut du professionnel et relation médecin-patient bien définies), que sur le plan des bases théoriques sous-jacentes à toute liberté de travail. Les limites de ce cadre ont pour but de définir un espace sécurisant pour le patient et le médecin/thérapeute, espace également nécessaire pour que les événements prennent un sens. N'oublions pas, en revanche, que les limites de ce cadre doivent être mouvantes, remaniées à chaque fois en fonction des limites propres du patient et du médecin/thérapeute.

5.5. Des indications et des limites à l'utilisation de l'art-thérapie

L'art-thérapie est utilisée dans le domaine psychiatrique, mais aussi dans celui du handicap, en oncologie, pour la prise en charge de personnes âgées institutionnalisés, pour des enfants et des adolescents en difficultés... La liste des indications est longue et (presque) inépuisable. Elle concerne essentiellement la pathologie chronique en gardant à l'esprit qu'une pathologie aiguë peut elle aussi laisser des traces. L'orientation des patients vers l'art-thérapie peut relever du bon sens. Même si nous décrétons à l'aide d'études bien menées que l'art-thérapie est efficace dans le syndrome dépressif par exemple, est-ce pour autant que tous nos patients dépressifs requerront de séance d'art-thérapie ? La réponse nous semble négative. L'orientation doit être réfléchie en fonction des connaissances que nous avons sur le patient, du lien que nous avons établi avec lui et la décision doit être prise en accord avec ce dernier. Dans ce domaine, il nous semble que l'indication ne peut pas se généraliser, et ne peut pas non plus s'arbitrer en fonction de la pathologie. L'indication doit se concevoir de manière singulière, à travers le patient lui-même.

Des limites à l'exploitation de l'art peuvent aussi être mentionnées. Il conviendra de percevoir les personnes chez qui l'art pourrait avoir des effets néfastes comme l'enfermement dans un processus créatif (exemple de patientes anorexiques (Sudres, 2012)), une exaltation motrice incontrôlée et prendre en compte le fort pouvoir de remémoration de la musique... Des limites

particulières à l'utilisation d'une thérapie par l'art en médecine générale peuvent être relevées, nous resterons prudents avec des patients souffrants de pathologies psychiatriques pour lesquelles nous n'avons que peu d'expérience en cabinet de ville (par exemple : schizophrénie, anorexie sévère...).

5.6. La place du médecin

Dans le cadre de l'art-thérapie, il est dit que le thérapeute doit porter un regard bienveillant pour la reconstruction de l'image du patient, image altérée par la maladie physique ou psychique. Il y paraît aussi que l'artiste-thérapeute doit connaître et avoir expérimenté la transformation créatrice, en connaître les processus pour permettre au patient de la vivre à son tour (Lecourt et al., 2017). Les ouvrages sur l'art-thérapie sont unanimes sur le sujet, l'intervention d'un art-thérapeute est primordiale au bon déroulement d'une thérapie par l'art, évidemment de par sa pratique de l'art et sa formation en art-thérapie mais plus encore par l'intention qu'il y porte. Ces ouvrages distinguent par exemple l'art-thérapeute d'un intervenant plasticien par l'engagement total de l'art-thérapeute dans une « *dynamique relationnelle qui vise à l'amélioration de l'état du patient voire à sa transformation* » (*Ibid.*, p. 53) ce qui fait de lui un professionnel de la relation de soin. Dans cette optique, le médecin souhaitant s'engager dans cette démarche doit être un artiste. Mais suffit-il de connaître le processus créatif pour devenir artiste ? La définition d'un artiste est tout aussi délicate et relative que celle de l'art. Nous n'entrerons pas dans le débat. Ainsi selon ces mêmes ouvrages, toute personne désirant se former à l'art-thérapie doit avoir une pratique d'au moins une activité artistique. Le médecin pratiquant une activité artistique et désirant l'utiliser à des fins thérapeutiques peut se former à l'art-thérapie. Il nous semble qu'il puisse aussi, sans se revendiquer art-thérapeute, l'utiliser dans une démarche individuelle ou collective de soin psychothérapeutique.

Concernant l'intention, celle-ci est omniprésente dans le quotidien du médecin, nous pouvons largement penser que le médecin peut et doit avoir toute sa place dans la mise en route et/ou la réalisation d'un projet « d'art-thérapie ». Médecin ou thérapeute, en rappelant le rôle de guide qui nous est attribué, nous avons la vocation de montrer le chemin, encore plus de nos jours avec un rôle important dans la prévention et l'éducation thérapeutique. Dans ce sens, montrer le chemin tend nécessairement vers l'autonomie du patient. L'art pourrait, dans une

dimension beaucoup plus large que les thérapies, être proposé par les médecins et ainsi s'inscrire dans une dynamique de « recommandation » à l'instar d'une alimentation équilibrée ou de la pratique d'un sport. Cette affirmation, aussi sincère qu'elle puisse l'être, est à penser avec une certaine prudence car l'art ne perdrait-il pas alors de son attrait s'il était prescrit comme un exercice d'hygiène ?

5.7. Médicalisation de l'art

Dans un but de légitimation du métier d'art-thérapeute, que nous pouvons largement comprendre, de nombreuses études ont vu le jour dans le but précis de démontrer l'efficacité de l'art-thérapie. Se basant sur ces études, l'OMS a tout récemment approuvé l'utilisation d'activités artistiques en milieu de soins et certains pays examineraient même la possibilité d'introduire des prescriptions d'activités artistiques à destination des médecins de soins primaires (OMS, 2019). Le rapport de l'OMS prend appui sur de nombreuses études montrant par exemple l'intérêt du théâtre pour des adolescents vivants en milieu urbains renforçant leur bien-être et limitant l'exposition à la violence ou le chant pour les personnes souffrantes de démence améliorant l'attention, la mémoire épisodique et les fonctions exécutives... La liste de ces études est longue, nous ne reviendrons pas sur chacune d'elles. Quelques-unes ont été cités au cours de la 1^{ère} partie. A présent, nous nous demandons l'intérêt de continuer à chercher de prouver l'efficacité de l'art ou de l'activité artistique. A l'issue de combien d'études et de quels types d'études allons-nous pouvoir appliquer ces orientations de soin ? Statuer sur l'effet bénéfique de l'art (en dehors de cas extrêmes et des limites que nous avons énoncées plus haut) relève du bon sens : au-delà de l'acte de création pur, un coloriage (Olm, 2018), une écoute musicale agréable, un bon film etc... permet de diminuer l'anxiété, de nous faire oublier du moins temporairement nos souffrances physiques et morales. « *Un poème peut parfois être un merveilleux calmant* » disait Bachelard. S'il était nécessaire de prouver son efficacité à la manière d'un médicament, voilà qui semble être fait. Mais maintenant, devons-nous continuer à en chercher une efficacité objective ? Nous pensons que l'art ne prouvera jamais son efficacité au sens où l'attend une démarche scientifique c'est-à-dire de produire le maximum de résultats avec le minimum « d'efforts ». De plus, face à l'implication majeure des subjectivités du patient et du thérapeute, il est totalement illusoire de croire que nous pourrions un jour éliminer tout biais afin d'accéder à une validité de type scientifique. Ainsi, si nous voulons continuer la recherche dans ce domaine, il nous semble que s'efforcer

de mettre au jour les effets que procure l'art et en comprendre son impact est d'autant plus intéressant et productif pour pouvoir mieux l'appréhender et l'appliquer en pratique clinique. Cette réflexion peut sembler quelque peu déplacée avec l'approche scientifique actuelle où les preuves font office de loi. L'intérêt de ces études scientifiques essentiellement quantitatives dans l'évaluation de l'efficacité d'un nouveau médicament, dans l'élaboration de protocoles thérapeutiques spécifiques de certaines pathologies, est sans aucun doute primordial pour l'avancée de la médecine. Mais étendre ces méthodes à l'ensemble de la médecine paraît problématique. Ce n'est pas l'*Evidence Based Medicine* en soi qui pose problème car la notion générale que la pratique médicale doit être fondée sur la meilleure preuve est tout à fait louable (Masquelet, 2010) mais l'orientation limitée qu'on lui assigne amène à se questionner. Toute la partie non purement scientifique de la médecine que nous avons exposée dans cette thèse et qui occupe de nombreux autres domaines de recherche, devrait, à notre sens, avoir ses propres outils d'évaluation.

ÉTUDE EMPIRIQUE

1. Introduction

Ayant formulé nos propres questionnements sur la question de recherche dans la première partie et ayant discuté des moyens actuellement mis en place par la discipline « d'art-thérapie » encore bien peu généralisée, l'étude préliminaire que nous proposons à présent est un questionnaire à plus grande échelle. Parmi des médecins de diverses spécialités, nous voulions savoir ce que leur inspirait ce sujet de l'art en médecine. Est-ce que leurs avis divergent en fonction de leurs pratiques ? Quelles perspectives discuterons-ils instinctivement ? Celle de l'art-thérapie ? De la psychothérapie ? De l'art médical ? D'un thème que nous n'avons pas encore abordé ? Notre curiosité l'emporte et nous mène vers de nouvelles réflexions...

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

2.1.1. Recherche qualitative

Le choix de la méthode d'étude qualitative nous a paru la plus cohérente et adaptée à notre démarche de recherche. Issue des sciences humaines et sociales, elle laisse place à l'étude du champ de la subjectivité. Le but n'étant pas de quantifier le phénomène décrit, ici les témoignages recueillis, mais de leur donner un sens.

2.1.2. Entretien individuels semi dirigés

Ce type d'entretien permet une démarche participative, dans laquelle l'enquêteur et l'enquêté se rencontrent et échangent sur le sujet de l'étude. Le choix d'un entretien individuel et semi structuré a permis d'instaurer un cadre sécurisant et de pas rester enfermé dans un cadre strict et prédéterminé, il encourage la libre expression et permet une plus grande exploration du sujet abordé.

2.1.3. L'approche phénoménologique

L'absence d'hypothèse fixe entre dans la conception de l'approche phénoménologique bien qu'un lien entre art et médecine soit implicitement sous-entendu par la décision même

d'explorer ce thème. Par ailleurs, nous sommes conscients que l'utilisation du mot art peut être sujet de débat. Nous verrons qu'au cours des entretiens, les médecins eux même s'interrogent sur la juste utilisation de ce terme quant à leurs pratiques médicales, et artistiques parfois. Ces questions se sont posées à l'écriture de la thèse : comment parler d'art ? Doit-on être artiste pour parler d'art ? Doit-on plutôt parler d'artistique ? D'activités manuelles ? Des réponses fructueuses n'ont pas émergé. C'est alors que nous avons pris parti de ne pas juger de la légitimité ou non de parler d'art car nous essayerons de pratiquer du mieux possible les principes fondamentaux des phénoménologues que sont *l'épochè* (la suspension du jugement habituel) et la réduction phénoménologique (qui est une redirection de la pensée après *l'épochè*). En mettant de côté les concepts et les définitions conventionnels, la réduction invite les médecins à parler d'art, terme aussi « sacré » qu'il soit, selon leurs intuitions et leurs expériences. Nous n'obtiendrons ainsi pas d'objectivité mais des régularités de « conceptions du monde » concernant l'art au sein de la vie médicale.

2.2. Population

2.2.1. Taille de l'échantillon

Une base de 10 participants a été initialement pensée. Il n'existe pas de nombre de sujets nécessaires dans une étude qualitative. Les entretiens sont interrompus lorsqu'ils n'apportent plus de nouveaux éléments de réponse. On parle alors de saturation des données, méthode consistant à recueillir des entretiens jusqu'à ce qu'aucune donnée nouvelle ne soit plus mise en évidence.

2.2.2. Échantillonnage de la population

On ne parle pas non plus de représentativité de l'échantillon en étude qualitative mais de variabilité maximale. L'objectif de ce mode d'échantillonnage consiste en un recueil des opinions les plus diversifiées possibles. Ainsi, les variables susceptibles d'influencer les résultats ont été identifiées et pris en compte :

- Sexe : Homme/femme
- Age : moins de 30 ans, entre 30 en 50 ans, plus de 50 ans
- Statut professionnel : médecins généralistes/autres spécialités

2.2.3. Mode de recrutement

Le recrutement a été initialement ciblé sur les médecins généralistes afin d'intégrer au mieux les données à notre domaine d'exercice mais a été finalement étendu à l'ensemble des spécialités médicales afin d'obtenir des points de vue d'autant plus diversifiés. Il n'a pas été réalisé de randomisation car ce mode de recrutement ne semblait pas pertinent quant à l'étude. Le recrutement s'est ainsi conçu au travers de rencontres et de désirs d'échanges opérant une sorte de recrutement en partie lié « au hasard ». La demande de participation s'est faite de vive voix, par téléphone ou par mail, sur la base du volontariat.

2.2.4. Critères d'inclusions et d'exclusions

Le critère d'inclusion principal était d'être médecin. Un critère d'inclusion supplémentaire pouvant contribuer à l'enrichissement de cette thèse était une certaine sensibilité pour l'art, que nous avons évaluée de manière tout à fait implicite. Les participants exclus étaient les non-médecins.

2.3. Méthode

2.3.1. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été conçu afin de répondre « indirectement » à la question de recherche. En effet, il nous a paru d'autant plus intéressant de ne pas demander explicitement aux médecins interrogés : quels sont les apports de l'art en médecine que vous relevez ? En prenant quelques chemins de traverse, les questions choisies proposent un détour vers l'expérience personnelle de chaque médecin. La trame du questionnaire se trouve en annexe 1.

2.3.2. Conception de l'entretien

Des présentations ont été parfois nécessaires pour les médecins non connus. Une présentation du projet de recherche avec rappel de l'objectif et de la question de recherche a ensuite été faite aux participants qui n'en avaient pas connaissance, accompagnée d'un commentaire comme suit : « *Le but est de recueillir vos réflexions et vos expériences s'il y en a sur ce sujet dans un but de co-participation à ce projet de recherche. Le sujet est bien l'art en général et pas seulement l'art-thérapie mais si vous avez des expériences dans ce domaine, n'hésitez pas à les évoquer. L'entretien sera enregistré si vous êtes d'accord et restera anonyme à votre demande* ».

2.3.3. Réalisation de l'entretien

2.3.3.1. Environnement

Le lieu a été choisi par le participant. La poursuite des entretiens en face à face a été compromise en raison du contexte épidémique en cette période, et donc quelques entretiens se sont donc effectués par écrans interposés, via le logiciel Skype.

2.3.3.2. Formalités

Un consentement oral a été retenu quant à l'anonymat et à l'enregistrement des interviews. Tous les participants ont accepté l'enregistrement.

2.3.3.3. Durée de l'entretien

Un temps libre d'environ 1 h a été initialement estimé. Ce temps a été respecté dans le cadre de la globalité de la rencontre toutefois nous verrons que le temps consacré exclusivement aux réponses du questionnaire a pu être réalisé en moyenne en 15-20min.

2.3.3.4. Enregistrement

L'enregistrement s'est fait à l'aide d'un dictaphone OLYMPUS VN-731PC.

2.3.4. Déroulement de l'entretien

Une attitude neutre de ma part devait être respectée. Des temps de silence et des reformulations ont été nécessaires pour s'assurer de la compréhension du discours. La trame du questionnaire établi pour notre étude est restée souple, l'ordre et la formulation des questions pouvaient varier pour s'adapter au mieux aux réponses du médecin et à la fluidité de l'entretien. En revanche, tous les entretiens ont commencé par la première question du questionnaire : *Qu'évoque pour vous l'art ?* Reconnaissant la difficulté de cette première question, il a été précisé à l'avance pour chacun des participants qu'ils pouvaient prendre le temps nécessaire pour répondre. Certaines questions, qui ne figuraient pas sur le guide, étaient posées selon la tournure que prenait l'entretien afin d'en obtenir davantage de données.

2.3.5. Retranscription

Après chaque entretien nous avons retranscrit l'enregistrement le plus littéralement possible, c'est-à-dire mot par mot, sans interprétation. Quelques modifications d'ordre grammatical (négation, accord...) ont été effectuées pour fluidifier la lecture du discours écrit sans changer le sens du discours oral. Des éléments non verbaux tels que les hésitations, les rires, les silences ont également été consignés. Toutes les retranscriptions (verbatim) se trouvent en annexe 3.

2.3.6. Analyse des données

Après retranscription, lecture et relecture des verbatim, l'analyse s'est faite par le principe du codage qui consiste à partir d'un mot, une phrase ou un paragraphe de ressortir des unités de sens. L'analyse était, autant que possible, réalisée au fur et à mesure des entretiens. Les entretiens ainsi que leur interprétation ont été également lus par le directeur de thèse afin d'assurer un accord inter-juges. Les résultats de ces entretiens sont exposés ci-dessous, organisés par thèmes revenus de manière récurrente. Pour plus de précisions et de clarté, nous invitons le lecteur à se référer aux verbatim présents en annexe 3. Les différents entretiens sont nommés M1, M2... M12 (pour moments) ce qui permet de retrouver l'origine des verbatim cités.

3. Résultats et analyses

3.1. Caractéristique de l'échantillon étudié

Nous avons conduit au total 12 entretiens. La saturation des données a été obtenue après le 10^{ème} entretien. La période de déroulement des entretiens s'est effectuée entre octobre 2019 et août 2020. Sur les 12 médecins interrogés : 5 sont médecins généralistes (3 d'entre eux exercent selon le mode libéral, 1 a un statut de médecin remplaçant, 1 est interne), 3 sont psychiatres (2 d'entre eux ont une activité hospitalière et 1 exerce en libéral), 1 est pédiatre (avec une activité hospitalière), 1 est rhumatologue (avec une activité hospitalière), 1 est interne en ORL (avec également une activité hospitalière). Le sexe ratio était de 5 hommes pour 7 femmes. 5 médecins sont âgés de moins de 30 ans, 5 avaient entre 30 et 50 ans, 2 médecins avait plus de 50 ans.

3.2. Résultats et analyses des entretiens par thèmes

3.2.1. Définir l'art : pas une mince affaire !

L'art est difficile à définir pour la plupart des participants. Les hésitations et les temps de réponse prolongés à cette première question en témoignent. « *Qu'évoque pour vous l'art ?* » est une question extrêmement ouverte qui peut demander une certaine introspection, ce qui a surpris et déstabilisé certains participants. Il a été parfois nécessaire d'utiliser d'autres formulations : « *Comment tu le vois ? C'est quoi pour toi ? A quoi tu penses quand on te parle d'art ? En médecine, est ce ça vous parle l'art ?* »

M1 : « *C'est difficile comme question... [...] C'est peut-être... en fait non...* »

M2 : « *C'est compliqué l'art...* »

M4 : « *C'est une question difficile...* »

Il a été aussi nécessaire parfois de soutenir la libre expression :

M7 : « *- De façon pragmatique ? C'est-à-dire une discipline de l'art ? - En général... ce qui te vient à l'esprit...* »

M9 : « *- On peut faire loufoque, comme on veut, par association d'idées ? - Comme tu veux...* »

Tandis que certains tendent directement à chercher une définition, « *pour moi c'est une expression de l'esprit sous la forme d'une matérialisation des idées* » (M3), d'autres sans pour autant de certitudes patentes, font référence à la créativité (M2), à l'esthétique (M1, M10), à l'émotion (M1, M2, M10), à la contemplation et l'admiration (M7), au plaisir (M7), à un changement de monde (M8), à la liberté (M9) ... La notion d'émotion mentionnée à trois reprises par trois participants distincts, semble privilégiée. D'autres encore évoquent les arts classiques (notamment, peinture, sculpture, M6), un médium et une expérience en particulier, le dessin (M4), la musique (M8) ou quelque chose de visuel (dessin, peinture, M5).

Par la suite, tout au long des entretiens, de nombreuses catégories artistiques seront évoquées (figure 5). L'ensemble des « arts » mentionnés intuitivement par les participants est présenté en annexe 2. Nous garderons à l'esprit que des catégories, même appréciées des participants, ont pu être omises, l'objectif des entretiens n'étant pas d'être particulièrement exhaustifs sur le sujet. Le but était plutôt de recueillir les premières impressions, prises sur le

vif sans travail excessif d'intellectualisation. On constate que la musique est l'art le plus mentionné, sans exception par tous les participants, sept d'entre eux la pratique (M1 : clarinette, M4 : guitare, banjo, M7 : piano, ukulélé, M8 : clavecin, orgue, flûte, luth, M9 : flûte traversière, violoncelle, M10 : flute, M11 : musique électronique). Ce fait peut sembler, somme toute, peu étonnant avec le statut particulier et l'enracinement qu'a la musique au sein des sociétés à travers le temps. Elle est aussi l'art avec lequel nous concevons majoritairement des recherches sur ses effets dits thérapeutiques.

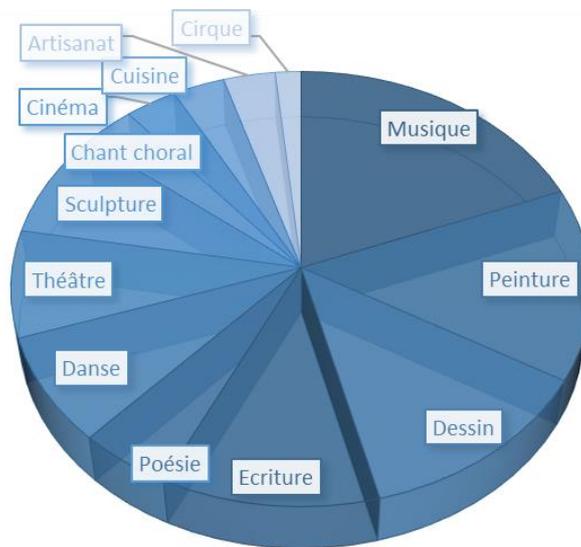


Figure 5: Les arts évoqués

3.2.2. L'art : un acte contemplatif

Nous constatons que pour de nombreux médecins, indépendamment du fait qu'ils pratiquent ou non une activité artistique, l'évocation de l'art nous amène très vite à la contemplation, au musée parfois, lors d'une exposition d'écorchés à Baltimore (M1) ou devant un tableau exposé au domicile du participant...

M2 : « *On a craqué sur ce tableau-là, [me montre le tableau] et voilà on ne sait pas pourquoi on craque... mais on se dit qu'on pourrait rentrer dedans et qu'on peut aller dans un autre univers, quand il y a de l'émotion...* »

M5 : « *C'est plutôt quelque chose de visuel, la peinture, le dessin, pouvoir aller à des musées, voir des expositions... [...] c'est des années où je n'ai pas été ni faire des choses ni voir autant d'expositions ou de pièces de théâtre que j'aurais pu vouloir* »

M6 : « *Je suis particulièrement sensible à la peinture [...] je suis comme figé, stupéfait, et comme je sais que c'est des moments qui ne se répètent pas forcément au cours d'une vie, je suis figé de stupeur, je m'arrête et je profite* »

M7 : « *C'est une façon de contempler surtout, d'admirer quelque chose, de profiter, c'est surtout lié au plaisir...* »

Par les dires des participants se reflète l'idée d'une contemplation agissante, capable de projection (M2, M8), de procurer émotion (M2) et plaisir (M7), de profiter et d'admirer (M6, M7), jusqu'à rendre le corps plus sensible (M8). L'immobilité qu'elle suppose ne se réduit ainsi pas à une profonde passivité. Minkowski à ce propos précisait justement la distinction entre le fait de contempler et le fait de regarder, leurs différences ne se trouvent pas dans un degré d'attention plus grand ou plus petit mais dans un laisser-aller, un lâcher-prise (M9) qui nous donne la possibilité de nous absorber entièrement dans ce que nous contemplons. « *Il y a entre celui qui contemple et la chose contemplée comme un échange ininterrompu de contacts réciproques, comme une succession constante de flux et de reflux allant de l'un à l'autre, si dense d'ailleurs qu'on ne saurait songer à la décomposer en phases distinctes, et c'est ainsi que naît l'impression d'un tout dans lequel le sujet et l'objet se confondent dans un mouvement harmonieux* » (Minkowski, 2013, p. 60). Minkowski voit la contemplation comme un des phénomènes de contact vital avec la réalité, c'est à dire embrassant pleinement le devenir ambiant, se confondant avec lui sans que nous puissions l'atteindre, à la différence de l'élan personnel qui s'en sépare et le retient (voir chapitre sur « L'élan vital »). Le phénomène de contact vital avec la réalité dont fait partie la contemplation se situe entre deux élans personnels ou comme l'écrit encore Minkowski, « *s'intercale dans l'élan personnel, pour l'enrichir de ses forces vives* » (*Ibid.*, p. 59).

3.2.3. La création : un mouvement personnel

L'autre versant de l'art abordé par les participants et que nous avons particulièrement détaillé dans la 1^{ère} partie est celui de la création. Plusieurs des participants ne considèrent pas pratiquer une réelle activité artistique mais plus justement du dessin (M4) ou des activités

manuelles (M2, M12). Ils précisent que la création artistique pure nécessite un profond investissement, une touche personnelle (M4, M10), une signature. « *C'était une activité « artistique » même si c'était des choses déjà préfabriquées, je n'ai jamais façonné moi-même...* » (M3). Dans son essence, la création, comme souligné justement au moment 9, fait référence à quelque chose qui émerge, le plus souvent de soi-même, parfois d'on ne sait où... (du devenir ambiant dirait à ce propos Minkowski, d'une puissance extérieure dirait probablement Jung). « *[...] il y a une espèce de transcendance, dans l'écriture surtout, c'est là où on se dit qu'on n'est pas une entité isolée, qu'il y a des trucs qui nous viennent, on sait pas d'où...* » (M2). Cependant, dans la majorité de nos entretiens, c'est la part qui vient de soi qui semble procurer plaisir et satisfaction.

M4 : « *[La création] c'est quelque chose de très personnel que tu fais naître à un moment donné [...]* »

M1 : « *Quand je faisais de la peinture on était contents aussi d'avoir créé quelque chose, on sait que c'est nous qui l'avons fait, ça donne une certaine satisfaction* »

M4 : « *Je crois que c'est là où je peux créer quelque chose, en écrivant et pas me contenter de jouer quelque chose que quelqu'un d'autre a écrit. C'est un des trucs que je préfère...* »

M9 : « *Moi ce qui me plaît dans l'art c'est le moment où on crée et où il y a quelque chose de surprenant [...] quelque chose qui va émerger [...] après c'est ton style qui vient [parlant de l'écriture] [...]* »

Nos attitudes face à l'art se positionnent entre celle du contemplateur et celle du créateur. Par extrapolation, cette dualité dans l'art où l'on peut à la fois initier (principalement dans la création) et être initié (principalement dans la contemplation) et où, au sein même de ces activités nous investissons ces deux rôles alternativement (par exemple dans le chant choral où « *on est à la fois acteur et auditeur* », M7) met en relief des points fondamentaux de nos existences. Autrement dit, prendre alternativement la position d'initiateur et d'initié reflète nos interactions quotidiennes, et perdre l'équilibre dans l'une ou l'autre position fait prendre le risque d'une « dissociation » pathologique. Minkowski voit par exemple dans la perte de contact vital avec la réalité, dans laquelle il inclut l'inaptitude à la contemplation, à la sympathie (autre terme pour l'empathie) et à faire appel à l'intuition, un élément constitutif du patient souffrant de schizophrénie...

3.2.4. Un bien-être partagé

Qu'elle se partage ou qu'elle se co-crée, certains médecins montrent que l'activité artistique pratiquée collectivement déculpé le sentiment de plaisir.

M9 : « *Quand le cœur prend, y'a un phénomène d'amplification qui est agréable, qui est même plus qu'agréable, qui est jouissif on peut le dire... »*

M9 : « *[La musique] je ne la vois pas vraiment seule, c'est vraiment la partager, la jouer ensemble, si c'est pas ensemble, ça me plaît moins [...] »*

M4 : « *Le meilleur moment c'est quand tu joues ensemble et que t'arrives à faire un truc assez beau »*

M1 : « *Ça peut être agréable pour soi et pour les autres car on crée quelque chose [...] on peut être très content de donner du plaisir à ceux pour qui on le joue »*

M10 : « *Quand tu joues avec un public y'a une connexion, y'a un partage qui change encore un petit peu la donne [...] »*

Lors des entretiens, nous n'avons pas explicité davantage sur ce sentiment de partage mais certains propos de Schutz peuvent l'éclairer. Pour Schutz, chanter ou jouer de la musique ensemble nous donne l'expérience d'un « Nous » par la participation au flux de l'expérience de l'Autre dans le temps interne. Il appelle cette expérience la relation de syntonie, il l'explique encore comme l'existence d'un présent vécu en commun, une possibilité de « vivre-ensemble » simultanément dans des dimensions spécifiques du temps (Schutz, 2007, p. 133). Il voit la relation de syntonie au fondement de toute communication possible (rappelant l'accordage affectif de Stern), c'est ainsi par elle qu'il ne voit aucune différence entre l'interprétation d'un orchestre moderne et celle d'un groupe de personnes s'asseyant autour d'un feu de camp et chantant aux sons d'une guitare (*Ibid.*, p. 137). Pourvu que la relation s'établisse, que « l'alchimie » (M9) opère. Par le partage des temporalités internes et externes de chaque participant, Schutz tend à montrer la portée sociale que permet le fait de jouer ou chanter ensemble. Par le temps externe, il entend un espace commun, une relation de face à face qui relie les flux du temps interne et garantit leur synchronisation dans un présent vivant (*Ibid.*, p. 138). Ces précisions font réfléchir, dans le cas de notre thèse, sur l'intérêt particulier des « thérapies » de groupe.

3.2.5. Les apports personnels

Indépendamment du mode contemplatif ou créatif, chaque participant a énoncé les effets que lui procure l'activité qu'il « pratique », de manière active ou passive. Quand le participant pratique plusieurs activités, les effets diffèrent souvent. Par exemple au cours du moment 4, la musique jouée en groupe procure excitation et joie, le dessin quant à lui, activité plus solitaire, a pour effet dominant une concentration « *pragmatique* ». Au cours du moment 7, le chant choral a pour effet une « *communion avec les autres* », la pratique du piano est « *plus personnelle* » et l'écriture se présente comme étant « *plus prenante* » mais aussi la plus valorisante. Au cours du moment 8, la littérature a un effet plus distrayant que la musique ou la peinture. De tous les effets rapportés, quelques effets « négatifs » sont relevés. L'idée d'obstination partagée au moment 7 et relative au travail d'écriture peut, de manière toute relative, avoir une connotation négative. Au moment 9, ces effets toujours relatifs à l'écriture sont exprimés de façon plus prononcée avec des idées d'angoisse, d'urgence et d'emballement.

M9 : « [...] *se lancer d'abord c'est angoissant [...] y'a un truc qui appelle, des fois c'est comme une urgence, tu lâches des choses sur la papier, le truc c'est qu'il y a un moment où il faut que ça s'arrête parce que sinon la pensée va dans tous les sens, alors je suis obligée d'arrêter [...] j'arrête l'effervescence, c'est le moment où je me suis mise à fumer pendant la thèse... c'est le moment de l'écriture, justement le moment de la pause, faut couper un petit peu le comment dire... une forme d'excitation qui devient un moment fébrile, faut laisser et après on revient dessus [...] Y'a un côté viscéral à l'écriture qui est assez... qui est même assez douloureux presque, l'écriture dont j'ai besoin a quand même un côté astringent, un peu raide... »*

Il est aussi précisé au cours de ce même moment que ces effets n'apparaissent pas lorsque l'élan semble advenir du devenir ambiant et non pas d'une profonde introspection : « [...] *des fois y'a un poème qui vient à la fin de la journée, et là c'est pas du tout, c'est pas du tout le même genre de procédé c'est-à-dire que l'angoisse n'est pas là du tout, le poème vient parce qu'il doit venir, et là ça coule de source, des fois il en vient un, deux, trois... »*

Cette « douleur introspective » touche du doigt un aspect sombre du travail d'artiste. La force irréprouvable de Prinzhorn, que nous avons associée à l'élan vital en 1^{ère} partie, a chez l'artiste confirmé une orientation plus nuancée. Roustang, dans son livre *Il suffit d'un geste*, l'exprime

en faisant une analogie entre le peintre et le prophète. Ses mots résonnent ainsi : « *Il y a la même poussée, la même pression, la même nécessité et l'impossibilité de s'échapper et de ne pas répondre. La même dépersonnalisation, la même impersonnalité, le dépassement de l'individu, la négligence de l'individu dont la poussée n'a cure. Et puis la même peur, la même souffrance, la même plainte. La même incompréhension de la société. Acte politique de la puissance contre le pouvoir et toute forme de pouvoir. Acte politique, parce ce qu'il va à l'encontre de la politique, parce ce qu'il subvertit le regard, parce qu'il change la mentalité, trop tard sans doute et qui ne peut éviter les catastrophes* » (Roustang, 2003b, p. 151). Cet aspect de l'art, témoin de l'engagement personnel et profond de l'artiste, s'éloigne de notre domaine médical. Il est cependant intéressant de le connaître car chez des patients a priori fragilisés, cet aspect nous semble peut-être faire partie des limites de son utilisation. En même temps, si cette profonde douleur se révélait salvatrice, ne manquerions-nous pas de courage en l'empêchant d'être vécue ?

Le tableau 1 résume ce qu'apporte l'art à chacun des participants.

Tableau 1 : Les apports personnels

M1	détente, canaliser émotion, donner du plaisir, rend heureux, satisfaction et valorisation
M2	méditation, transcendance (écriture), « prend aux tripes » (écoute musicale)
M3	dérivatif, relaxation, bien être (écoute musicale)
M4	excitation, joie (activité musicale), concentration pragmatique (pratique du dessin)
M5	évasion, vision différente des choses, pour se vider la tête, déposer des ressentis, exutoire (pratique du dessin)
M6	Fixation, stupéfaction, plaisir (contemplation de tableaux)
M7	Communion avec les autres, moment pour soi (pratique du chant), déconnection, valorisation et estime de soi (pratique du piano), obstination (écriture)
M8	Changement de monde, vers monde intérieur, projeté dans imaginaire, pour être mieux, sentir plus de lumière, « ça entoure » (écoute musicale), être détacher des difficultés quotidiennes, permet de ne plus être moi-même, de la magie, appelle à mon empathie (contemplation peinture), modification du corps, le rend plus sensible (pratique musicale), distraction (lecture)
M9	Liberté, libération, sentiment de respirer, d'être en transe, mieux que anxiolytiques, phénomène agréable, jouissif (pratique du chant), angoisse, urgence, effervescence, viscéral, douloureux, satisfaction, transformation, métamorphoses (écriture), absorption, arrête le temps, bulle (peinture), incarnation, incorporation, jeu (théâtre)
M10	Concentration, apaisement, exaltation, vide la tête, fatigue, plus à l'écoute de son corps, lien avec ses émotions, de façon plus intense et plus libre (pratique musicale)
M11	Soulagement, plaisir, « immergé », « tout s'arrête », bien être
M12	Prend aux tripes (musique), « coupe l'esprit », pour penser à rien, détente, concentration, aide à réfléchir sereinement, détachement des problèmes, moment pour soi, moment à part, bulle

N.B : Bien qu'un recouplement sera par la suite effectué, les apports personnels concernant l'art pour les participants ont tout d'abord été séparés des apports relevés sur le plan médical.

3.2.6. Les apports relevés dans la pratique médicale

Dans le but de répondre à la question de recherche posée, qui rappelons-la est : *quel est l'apport de l'art dans nos pratiques médicales ?* Un « codage » des réponses apportées par les médecins a été effectué et récapitulé à l'état « brut » dans le tableau 2. Les apports ne sont bien sûr pas exhaustifs. Chaque apport a été repris en tenant compte du contexte dans lequel il a été mentionné. Précisons de nouveau que les apports personnels de chaque participant pour leur(s) activité(s) artistique(s) favorite(s) n'ont pas été repris dans ce tableau.

Tableau 2 : Apports de l'art dans la pratique médicale

M1 Médecine générale	Dessins d'anatomie	Patients dépressifs : estime de soi, stimulation du plaisir	Canaliser émotions	- Se concentrer sur autre chose - Transformer idées négatives en positives					
M2 Médecine générale	Créativité devant un patient	Mettre de soi même	En travail de groupe	- Maintenir flux conscient/inconscient - Inconscients communiquent - Se mettre à la disposition de l'autre	Laisse place à l'inattendu	Ouverture d'esprit			
M3 Pédiatrie	Bien être	Effets apaisants	Manœuvre de diversion	Aide aux soins	Travail sur représentation du corps	Enfants avec troubles de l'humeur et du comportement			
M4 Médecine générale	Dessins anatomiques	Différence dans le rapport avec le patient: rapport plus intime	Liberté de créer dans le rapport qu'on a avec les gens (mais réserve)	Partage d'une émotion	Avec les enfants	Effets stimulants			
M5 Psychiatrie	Expression de sentiments ou émotions	Introspection, détente	Vision différente des choses	Intégration fine du mouvement	Développement de l'imaginaire	Représentation du corps	Expérience positive: se rencontrer soi même, développement d'un potentiel	Laisser passer sensibilité	Etre en adéquation avec personnes qu'on soigne (référence à l'aspect culturel)
M6 Rhumatologie	Anatomie	Dans la relation au patient	Thérapie non médicamenteuse						
M7 ORL	Contemplation, admiration, plaisir	Pour patients acouphéniques (distraction, phénomène d'habituation)	En opérant: rester focus, bonne disponibilité d'esprit	Esthétique des chirurgies	Se fier à son intuition (en s'éloignant des règles)	Inspiration	Rejoint l'hypnose	Patients migraineux	
M8 Psychothérapie	Dessins d'anatomie	Dans le geste chirurgical	Atelier d'écoute musical: bien fou, mieux que les médicaments, un truc magique, quelque de très profond, très vrai, très fort	Psychothérapie: Liberté, capacités personnelles mises en jeu, intuition profonde, empathie/résonance, peinture du paysage mental, hypnose (raconter des histoires), sans protocoles	Partage d'expériences	Dans la pratique	Intuition du chirurgien		
M9 Psychiatrie	Liberté Lâcher prise	Phénomène d'émergence (aussi dans une relation) Transformation, Métamorphose	Moyen de transmettre, générosité	Manière de s'exprimer, d'être	Recréer son monde mental: métamorphoses, reconfiguration du psychisme	Effet cathartique	Atmosphère différente	Intéressant pour matrice intersubjective	Pour développer ressources positives
M10 Médecine générale	Savoir faire	Empathie Ouverture par rapport à un patient	Enfants avec troubles de la concentration	Singularité de chaque situation et de chaque patient	Chez patients schizophrènes: apaiser délire, lien avec monde réel, expressions des émotions, des tensions internes	Dans le soin, l'attention à la personne, dans l'art de la consultation: être à l'aise, trouver les mots	En clinique: manière de toucher	Se rapproche des médecines alternatives/traditionnelles (chinoises)	
M11 Psychiatrie	Indication clinique sur l'état du patient	Bien être	Au bloc opératoire avant une chirurgie ou pour soulager douleur après l'opération	Patient déments en EHPAD	Coloriage contre l'anxiété et dépression	Atelier d'écoute musicale: se détacher de la position du psychiatre, parler librement	Dans un entretien: prestance, façon de parler, d'amener les choses	Singularité des situations	Au-delà des connaissances
M12 Médecine générale	Pathologies psychiatriques, Alzheimer et troubles cognitifs	Partage d'expériences entre médecin et patient (musique, « galets peints »)	Bien être, satisfaction personnelle	Thérapeutique pour le médecin					

Bleu : Apports de niveau 1 Vert : Apports de niveau 2 Rouge : Apports de niveau 3

La retranscription des apports a permis la visualisation d'un continuum dans les réponses des participants. Nous proposons ainsi trois niveaux d'apports. D'un apport très théorico-pratique : l'utilisation du dessin anatomique (apport de niveau 1 ?) aux effets thérapeutiques supposés, notamment via l'utilisation de « l'art-thérapie » (apport de niveau 2 ?), à un apport plus incarné pour le médecin et particulièrement utile au sein même de la relation médecin-patient (apport de niveau 3 ?).

3.2.7. Le dessin anatomique

Pour certains médecins interrogés (4/12), les impressions premières de l'art en médecine renvoient à l'anatomie. Ce lien est fondé sur l'utilisation du dessin (et de la sculpture) et sur la collaboration au cours de l'histoire (de la Renaissance au Néoclassicisme) de médecins et d'artistes en vue de représenter le fonctionnement du corps humain (Carlino, 2001).

M1 : « [...] je trouve que l'anatomie... d'un côté quand on fait nos croquis d'anatomie etc... c'est un mélange de science et d'art en même temps, ça dépend comment c'est perçu... »

M4 : « [...] on a aucune connaissance artistique alors que ça a été le cas sûrement à une époque notamment avec le dessin anatomique qui était clairement artistique, avec les reprographies... »

M6 : « Ça va d'abord me parler pour les premières formes d'art, l'anatomie des sculptures, les peintures classiques, les premières choses qui me viennent à l'esprit sont des peintres italiens qui sont inspirés de la Renaissance justement, de ces sculptures pour définir l'anatomie d'une manière extrêmement précise [...] ».

M8 : « [...] j'ai toujours adoré les dessins d'anatomie que je trouve très artistiques en particulier ceux de la Renaissance avec Vésale et d'autres, j'ai toujours aimé cette présentation à la fois métaphorique du corps et en même temps qui en exprime la beauté intrinsèque [...] »

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une démarche artistique personnelle où l'on cherche à exprimer des idées, des opinions, des émotions, un propos social ou philosophique, le dessin est de nos jours la seule activité « artistique » concrète qui est encore utilisée pour l'apprentissage de l'anatomie dans le cursus de l'étudiant en médecine. Celle-ci tendant toutefois à disparaître avec les moyens actuels d'imagerie et de photographie qui permettent de franchir la barrière de la peau sans effraction. Le caractère scientifique du dessin anatomique, respectueux de la

neutralité et de l'objectivité n'a pas toujours été la norme. Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, un discours métaphorique et symbolique était associé au discours scientifique. Aujourd'hui, l'anatomie se veut, sans équivoque, exclusivement « réaliste ». Cependant, les notions anatomiques et physiologiques restent abstraites, inobservables en tant que telles sur le corps, ce qui explique le recours à une construction mentale pour les visualiser, matérialisées par des dessins, des schémas et des illustrations. Si la photographie permet de saisir la forme d'une structure anatomique, le dessin est un filtre permettant d'être totalement didactique. L'approche par le dessin favorise la mémorisation et une compréhension globale des espaces. Trois médecins sur les quatre évoquant le dessin anatomique portent un regard neutre sur le lien qu'ils établissent tandis qu'un médecin porte un regard soucieux quant à la disparition de l'aspect artistique du dessin anatomique. L'apprentissage de l'anatomie pourrait, à notre sens, rester un moment de rencontre entre deux cultures, artistique et scientifique (Freund, 2015).

3.2.8. Apports de niveau 2

Les effets thérapeutiques de l'art relevés par les participants sont multiples et variés. Ces effets sont relevés soit par l'intuition des médecins :

M1 : *« Je pense que ça pourrait aussi bien marcher chez les patients qui sont dépressifs [...] Ça peut les aider à reprendre la pente ascendante »*

M2 : *« En hypnose il y a un maître qui dit que la dépression c'est quand il n'y a plus de connexion entre le conscient et l'inconscient et donc il n'y a plus ce flux permanent qui permet de confier à son inconscient ce qui embarrasse notre conscient et qui fait ruminations ; et comme il n'y a pas non plus de retour, l'inconscient ne trouve plus les solutions, il ne peut pas donner la réponse à l'esprit conscient. En fait, si on relance cette boucle donc on peut la relancer par l'art, par la créativité, par autre chose que la parole finalement... »*

M7 : *« [...] ça reste je pense des profils [parle de patients « acouphéniques »] chez qui on pourraient trouver une place pour l'art-thérapie ou la musicothérapie... »*

M10 : *« C'est pas un TDAH, en tout cas pas diagnostiqué, mais [c'était un enfant] qui avait du mal à être canalisé, à se concentrer et en même temps qui aimait bien quand tu lui proposais le dessin, et du coup je disais à la maman : « essayez de lui proposer, c'est quelque chose qui lui plaît... »*

Soit ils sont extraits d'une expérience directe ou indirecte « d'art-thérapie » en milieu hospitalier le plus souvent (M1 : art-thérapie chez des patients pris en charge en addictologie ; M3 : art-thérapie chez des patientes anorexiques ; M4, M5, M8 et M9, M10, M11: art-thérapie en milieu psychiatrique). Précisons que bien souvent, aucune distinction n'est faite par les participants, entre art-thérapie et interventions à médiation artistique.

Parmi l'ensemble de ces effets « thérapeutiques », nous apercevons trois catégories : des effets régulateurs (agissant sur les émotions et le stress essentiellement), stimulants (agissant principalement sur l'apathie et l'estime de soi) et « diversifs ». Ceux-ci sont également répertoriés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Apports de niveau 2

Régulateurs	Stimulateurs	« Diversifs »
Canalisation des émotions	Estime de soi, satisfaction, valorisation	Concentration sur autre chose, concentration pragmatique
Transfert idées négatives en positives	Plaisir	Manœuvre de diversion, distraction, dérivatif, déconnexion, effets hypnotiques
Bien être, apaisement, détente, relaxation	Ouverture d'esprit	Introspection, changement de monde (monde intérieur, monde imaginaire), « immergé »
Effet cathartique, exutoire, déposer ressentis, soulagement	Développement imaginaire, potentiel, ressources positives	Vision différente des choses
Intégration du mouvement	Expression de sentiments/d'émotions	Se rencontrer soi même, à l'écoute de son corps, moment pour soi
Contemplation, rester « focus », bonne disponibilité	Excitation, joie, exaltation	Méditation, transcendance
Récréer monde mental	Admiration	Etre un autre
Troubles du comportement et de l'humeur (enfants)	« Plus de lumière »	Evasion, se vider la tête, se détacher des difficultés quotidiennes
Troubles psychotiques (apaisement des délires)	Empathie, corps plus sensible	Pour patients « acouphéniques »
Contre le stress du médecin	Pour patients dépressifs	Arrêt du temps

Devant la multiplicité des effets possibles, une connaissance fine de nos patients sera nécessaire. Avoir une idée du type d'effet que l'on souhaite développer peut nous être utile afin d'établir des objectifs et des stratégies de soin mais il est probable qu'en pratique tous les effets agissent de concert pour tendre vers un mieux-être. Il sera également nécessaire de choisir avec les patients certaines modalités (le type d'activité artistique et le contexte, en groupe ou en individuel) qui leur seront le plus profitable et dans lequel le médecin, s'il

souhaite s'y investir, se sente à l'aise. Cette tâche est habituellement réservée à une personne formée à l'art-thérapie. Si nous nous essayons, prudemment, à visualiser les choses sans formation d'art-thérapeute, les deux conditions minimales qui nous semblent nécessaires pour qu'un médecin puisse se lancer dans ce type de projet sont : l'investissement dans au moins une activité artistique (active ou passive, par exemple : écoute musicale, contemplation de tableaux...) et avoir l'expérience de la psychothérapie (incluant le plaisir du partage).

3.2.8.1. Zoom sur les effets « diversifs » de l'art

Les effets « diversifs » font référence à un état de concentration particulier où il est question de se centrer sur « autre chose » tout en oubliant certains aspects du quotidien (activité professionnelle, soucis et difficultés, facteurs agressifs d'une hospitalisation...)

M1 : « *Dans la danse, pendant mon heure de salsa, j'oubliais tous les problèmes, j'étais juste concentrée sur la danse et ça me faisait un bien fou* »

M2 : « *Ça a quelque chose de méditatif en fait, ça dépend des périodes, écrire c'est par moments, ça vient tout seul, c'est là où je me dis qu'il y a une espèce de transcendance, dans l'écriture surtout* »

M3 : « *C'est un dérivatif pour sortir de mon activité professionnelle de base, ça permet au même titre que d'autres méthodes de relaxation ou autre, de pouvoir donner du bien-être, de sortir d'un univers professionnel. La musique plus que les autres...* »

M3 : « *[...] et ça permet de casser ce phénomène agressif et de faire sortir l'enfant d'un univers hospitalier à un univers normal, naturel* »

M7 : « *[...] c'est vraiment un moment pour soi, on pense plus à tous les soucis, on déconnecte complètement, et on est vraiment accaparé par ça...* »

M12 : « *[...] j'ai vraiment l'impression de vivre un moment à part, dans une bulle, où on voit pas tout ce qu'il y a autour de nous, on voit pas la salle et tout, juste on écoute cette musique et ça nous prend vraiment...pour vivre un moment assez unique et un peu à part du temps et du reste des problèmes...* »

Cet effet unanime de détachement du monde extérieur nous oblige à reprendre les corrélations que nous faisons avec l'hypnose. Quatre médecins mentionnent un lien entre

l'art et la pratique de l'hypnose (trois d'entre eux ont une pratique professionnelle de l'hypnose, le premier établit un lien indirect par le biais de la créativité (M2), les deux autres considèrent la psychothérapie et par conséquent l'hypnothérapie comme étant un art ou comme étant des séances « *quasi artistiques* » (M8 et M9)).

M8 : « [...] pour moi enfin faire une psychothérapie c'est artistique dans la... c'est comme... Oui... c'est comme faire un bel instrument, c'est du détail, c'est de la synthèse, c'est précis, c'est... oui oui... c'est de l'art... »

Le dernier médecin, ne pratiquant pas l'hypnose mais en ayant eu une expérience personnelle, fait également un lien direct entre activité artistique et hypnose. Cependant, bien qu'un lien s'établisse, nous convenons que ces verbatim n'expriment pas les mêmes idées.

M7 : « Je pense que ça rejoint un peu l'hypnose finalement ou l'autohypnose et que ça peut avoir des voies un peu communes et je pense que ça pourrait être efficace chez certains patients au même titre que l'hypnose... »

Les autres médecins font davantage référence à une concentration différente, « un temps qui s'arrête », à une méthode de relaxation ou de méditation. Qu'en est-il réellement ? Maintenons-nous notre position sur le lien que nous établissons entre art et hypnose ?

3.2.8.2. Hypnose et méditation

L'hypnose et la méditation agissent par les mêmes mécanismes et entraînent des changements similaires dans l'état mental. Tous deux se basent sur les principes de fixation de l'attention puis de « libération » de la pensée et sur l'obtention d'un sentiment d'unité ou de fusion (De Benedittis, 2015). Les différences entre hypnose et méditation sont perceptibles dans les objectifs et les attentes que l'on y met. L'inclusion de l'hypnose dans un projet de soin se veut davantage « interventionniste » par la présence du thérapeute, les suggestions qu'il propose et avec l'objectif, parfois spécifique, d'éliminer un symptôme (*Ibid.*). Les différences sont également perceptibles dans leurs représentations, encore bien présentes et superficielles. Celle du méditant assis au sol en demi-lotus dans une ambiance « ethnique » et celle de l'hypnotisé perdant le contrôle sur ses pensées et ses actions. Nous reprendrons bien volontiers l'image du cube de face bleu (voir chapitre sur « L'imagination ») en ne nous contentant pas de visualiser sa face antérieure. Les techniques bouddhistes de méditation ont un même but : revenir à soi, à l'expérience présente. Elles se divisent en deux groupes :

shamatha et *vipashyanâ*. « *Shamatha* » est la pratique du « calme mental », elle consiste à abandonner son flot de pensées en se fixant sur un objet unique, conventionnellement sur la respiration. A chaque fois que les pensées réapparaissent le but est de les laisser de nouveau s'échapper en se refocalisant sur sa respiration. Cet entraînement permet l'obtention d'une concentration particulière, de plus en plus soutenue. La maîtrise de cet exercice est la condition pour la pratique secondaire du *vipashyanâ*. *Le vipashyanâ* permet l'ouverture sur les sensations corporelles, pour s'étendre progressivement à tout ce qui se produit, sans chercher à le refouler ou le maintenir. Cette disposition permet de se tenir au centre de son expérience, d'entrer en contact avec elle, de la sentir, de l'éprouver (Petitmengin, 2013). Ces brèves explications sur ce qu'est la pratique de la méditation nous obligent à voir sa superposition avec la pratique de l'hypnose et plus spécifiquement avec l'autohypnose, et encore plus avec la description que nous propose Roustang et que nous avons choisi de reprendre largement dans cette thèse. De plus, nous pensons que la pratique d'une activité artistique se superpose également sur ces mêmes voies. Cette concentration particulière sur laquelle l'on s'entraîne dans la pratique du *shamatha* est analogue à celle qu'il nous est nécessaire sur un tour de potier, pendant l'exercice du centrage de la terre par exemple, et qui illustre bien le terme « médi-tation », le méditant étant celui qui se tient au milieu (*Ibid.*) dans une concentration paradoxale, rappelons-nous, « *entre maîtrise et non maîtrise, entre contrôle et lâcher prise, entre présence et absence...* » et qui rejoint également le terme de veille paradoxale proposé par Roustang. Puis, vient le *vipashyanâ* ou la veille généralisée de Roustang, l'ouverture à tout ce qui vient, à ce qui est bien ou moins bien, calme ou agitation, bien être ou malaise, tristesse ou gaieté, jusqu'au lâcher-prise final, à l'acceptation, à la transcendance, dans un geste d'abandon ou de renoncement, celui que nous ressentons de manière brutale lors d'une souffrance morale intense, à l'annonce d'une maladie grave, à la perte d'un être aimé... Car « *tout au bout de la douleur, arrive un moment où vous arrêtez de protester, de lutter, où vous acceptez la perte. Alors quelque chose lâche, se rompt en vous, et vous délivre* » (*Ibid.*). En cherchant à distinguer la méditation et l'hypnose, nous observons des différences dans leurs origines, dans leur conception, dans leurs rituels mais nous percevons surtout un fond commun, fond commun que l'on peut définir par la transe (Lapassade, 1987). Nous apercevons également la perversité des mots qui instaurent des frontières en contenant des disciplines dans des cadres parfois un peu trop rigides. Les techniques de relaxation, de méditation et d'hypnose peuvent, elles aussi, s'inscrire dans un continuum et l'activité

artistique, de sa plus modeste réalisation à sa plus grande œuvre d'art, prend sa place dans chacune d'elle.

3.2.9. L'écart actuel entre art et médecine

Nous ne pouvons pas mettre en évidence les apports de l'art relevés par les médecins sans mettre en perspective leurs doutes sur la question de la place de l'art en médecine. Il semble parfois exister un grand écart entre art et médecine, malgré la connaissance d'un art médical existant autrefois et les apports relevés par « l'art-thérapie », que les médecins ne pratiquent pas et qu'ils ne connaissent pas ou très peu. Premièrement, c'est le sujet lui-même de l'art en médecine, c'est le lien que nous supposons entre eux qui interpelle. Une interpellation qui résonne entre une certaine curiosité reconnaissant un soupçon d'originalité à ce sujet et une vague perplexité.

M7 : « [...] ça m'a surprise quand tu m'as dit le sujet de ta thèse parce que c'est une association... dès que j'ai lu la phrase je me suis demandé dans quelle mesure je vais pouvoir dire que l'art fait partie de ma pratique médicale ? »

Pour la plupart des médecins interrogés, l'art ne semble pas faire partie de leur arsenal diagnostic et thérapeutique, ni par les activités artistiques, ni contenu dans l'expression plus générale d'art médical. L'art médical semble même aujourd'hui désuet dans le contexte de la médecine scientifique.

M3 : « En médecine, euh... [silence de 4 secondes] [...] on peut plus considérer ça comme un véritable art »

M12 : « Même si on sait que ce n'est pas une science exacte et que chaque cas est différent, que chaque maladie est différente, qu'il n'y a pas vraiment de choses très strictes mais j'ai l'impression de pratiquer une science, on a des données qu'on applique... »

M2 : « La médecine est en train de devenir une technique... »

M10 : « [...] à la rigueur... je joue sur les mots peut être... mais je pense que le soin ça peut être un art mais que la médecine n'en est pas un... »

A la question : vous considérez vous comme un médecin pratiquant l'art ? Ou dit autrement, comme une sorte « d'artiste » en pratiquant la médecine ?

M6 : « ... Non pas spécialement... »

M1 : « Non je n'ai pas cette impression là... »

M7 : « Humm... ce serait un peu prétentieux... »

M3 : « Pour un artiste, il y a une part d'innovation, d'idée de la pensée, d'imagination... chose que je ne peux pas faire dans ma pratique, je suis obligé de partir sur des bases scientifiques solides... même si j'ai déjà utilisé des traitements empiriques... »

M4 : « Je trouve que ce qu'il n'y a pas en médecine, c'est un acte créateur, donc je dirais non »

L'indétermination et l'ambiguïté du terme « art médical » peut poser problème car en vérité le terme art est applicable à des réalités multiples, toute activité ou façon d'être peuvent être qualifiées d'art. Les expressions communes « art de vivre », « art de penser », etc... en témoignent. « [...] L'art de vivre, la manière de vivre, de vivre ta vie... de vivre avec les autres, c'est une manière l'art, de s'exprimer, d'être et donc il y a aussi l'art d'une thérapie, un art scientifique, un art médical... » (M9). Ces expressions font référence à une modalité différente, une manière sublimée d'être ou de réaliser qui n'est pas inhérente à la médecine. Le médecin interrogé au moment 8 parle quant à lui de zone amodale : « Je pourrais dire que la philosophie c'est de l'art, c'est les sensations de l'art... rencontrer un philosophe dans son esprit, dans sa pensée, ça revient en gros à être devant un magnifique tableau ou une magnifique musique, au fond il n'y a pas de différence pour moi entre lire un texte d'Heidegger et écouter une sonate de Brahms, le truc amodal là, dans les deux cas, il fonctionne pareil, de se dire : « il a pensé à un truc comme ça ! » ou « il a peint un truc comme ça ! » ou « il a écrit une musique comme ça ! » ... Comment on fait ? »

Un regard même rapide sur l'histoire de la pensée médicale nous invite tout de même à tenir compte de cette dimension de l'art médical. La conception de l'art médical défendu par Hippocrate n'est pas bien loin de la conception que nous avons encore de nos jours de la médecine. La maladie selon lui dépend de causes et d'un « pourquoi » que l'art médical peut identifier, saisir et sur lesquels le médecin, homme de l'art, essaiera d'intervenir. Accordant une primauté absolue à la pratique clinique, il fait de l'art médical une habileté pratique du médecin, une finesse d'observation, un certain savoir-faire permis par l'expérience. Il ne réduit pas l'art médical à une simple technique car il précise que le médecin, en tant

qu'homme de l'art, doit pouvoir agir en fonction des circonstances et ne peut se contenter d'appliquer mécaniquement des connaissances générales (Lamy, 2007). Si nous revenons à nos entretiens, il est curieux de constater que le recours à l'art médical comme le décrit Hippocrate est peu discuté. Un médecin y fait référence explicitement mais après aiguillage.

M7 : « [...] on fait de l'art au sens où on essaye de suivre son intuition pour faire quelque chose qui corresponde à la vision des choses qu'on a et qu'on essaye de mener au mieux sans répondre à des règles, on ne suit pas forcément des protocoles ou des choses qu'on nous apprend, des fois on va essayer de faire ce qui nous paraît le mieux selon le plus beau ou plus adapté... selon ce qu'on pense nous et dans ce sens-là je peux dire qu'il y a un petit côté qui peut rejoindre le processus de l'art. Quand on s'éloigne de juste appliquer des protocoles ou des choses pré établies... »

La chirurgie (ORL dans notre cas), et le geste médical et technique (par l'exemple de la réalisation d'une ponction lombaire, M9), semblent également donner une place à l'art, contenue dans sa part d'esthétique (M7), d'intuition (M7, M8) et d'inattendu (M9). Parmi les médecins dont la pratique est purement clinique, l'art ne semble pas intervenir dans le diagnostic. Ni même directement dans la thérapeutique. Mais il prend sa place et s'immisce, bien que timidement parfois, au cœur même dans la relation médecin-malade. Il s'agirait davantage d'un art relationnel, une manière d'être face au patient, un savoir-être plus qu'un savoir-faire.

M10 : « Je dirais qu'il pourrait y avoir l'art de la consultation, autant du contact que tu vas avoir avec chaque patient, de ce que tu vas y mettre, de cette partie empathique même si ce n'est pas la même chose que quand tu joues de la musique, mais de ce que tu vas y mettre de ton personnel, parce que t'en met forcément, de ce que ton patient en face va mettre, et du côté manuel de la clinique, non pas savoir toucher au bon endroit mais de savoir toucher de la bonne manière je dirais [...] »

M6 : « Dans la mesure où on n'a pas l'impression de pratiquer une science, où on a l'impression que c'est euh... c'est une relation au patient que tu vas améliorer au fil du temps, au fil de ton expérience, on peut dire que ça c'est une forme d'art »

M2 : « On dit que la médecine est un art, est ce que ça fait appel à notre créativité en permanence lorsque que l'on est devant un patient ? Je pense que oui, parce que je pense que la relation n'est pas modélisable en fait »

M2 : « On entre en relation d'inconscient à inconscient c'est pas parce qu'on est des sorciers ou qu'on a un don particulier c'est juste qu'on sait se mettre à la disposition de l'autre, dans un espace ouvert et à ce moment-là ben... les inconscients communiquent, c'est là où est l'art, peut-être »

M4 : « Le seul moment de liberté en médecine c'est le rapport qu'on a avec les gens, quand on discute avec les gens, la manière que tu as ou que tu décides toi d'être avec les gens, donc là effectivement c'est le moment où t'es libre de créer, d'imaginer un peu la manière dont tu vas être, mais de là à dire que c'est un art... »

M5 : « Je pense que la médecine est une certaine forme d'art parce que tout n'est pas complètement défini et qu'il faut laisser passer sa sensibilité quelque fois pour prendre des décisions qui se veulent un maximum rationnelles mais qui sont... en tout cas en psychiatrie... à un moment... qui ont quelque chose d'humain, en tout cas dans nos réactions pas juste dans le traitement choisi, la décision d'hospitalisation... mais plus globalement dans la relation avec les patients et d'ailleurs avec les équipes et les autres personnes... »

M11 : « [...] la façon dont on va s'approprier les connaissances, la façon dont on voit le patient, ce qu'on apprend à travers l'entretien, à travers l'examen, la façon dont on mène l'entretien en psychiatrie, y'a un peu le style du psychiatre, dans la façon dont tu discutes, que tu amènes les choses et je pense que ça a ce côté-là un peu artistique, ça répond en plus à aucune règle finalement... »

M8 : « [...] c'est la liberté, c'est l'intuition profonde, ah oui là où ça se rapproche avec l'art cette problématique de la médecine, de la chirurgie par exemple : « ah je sens qu'il faut pas que j'aïlle couper là... », pareil dans la psychothérapie c'est tout dans l'intuition, la sensation de l'autre, dans l'empathie, de la même manière quelque part que les musiciens, quand on écoute un concert de clavecin, de piano ou de violon, n'importe... on rentre en empathie, en résonance avec lui, ben c'est pareil avec les malades en fait, à un moment donné on rentre en résonance, il y a des moments où c'est moins résonant que d'autres mais il y a des moments où c'est hallucinant de résonance et de proximité, où c'est tellement émouvant, tellement... et en soi

même on est ému avec le malade, il y a ce genre de chose donc ça c'est... donc on est ému comme on est ému par une musique enfin... on est dans le même ordre... je veux dire, c'est pas les mêmes choses parce qu'il faut toujours séparer les trucs mais on est dans le même ordre de processus je pense... non pas de concepts mais d'expériences... »

Avec les réponses des participants et notre imagination, se dessine le portrait d'un médecin « d'incarnation artistique », son savoir-être impliquerait une certaine créativité, une ouverture et adaptabilité supposées par l'expression « *savoir se mettre à la disposition de l'autre* », une liberté d'action, une sensibilité à laisser transparaître et une confiance en ses intuitions. Le tout associé à l'idée générale d'empathie. Le statut de psychologue peut, dans une certaine mesure, laisser se déployer « à grandes ailes » toutes ces caractéristiques. Dans une pratique classique de médecine générale, et de même dans d'autres spécialités, dans celles que nous avons pu questionner (rhumatologie, psychiatrie, pédiatrie, chirurgie ORL), il nous semble que l'intervention du médecin se joue dans un va-et-vient perpétuel entre une intervention scientifique assumée, technique et rationnelle et une intervention plus volatile et instable qu'il nous faut aussi, par moment, essayer de maîtriser à l'aide des caractéristiques du savoir-être dit « artistique ». La justesse d'intervention du médecin doit se trouver dans ce subtil équilibre. Toutes ces caractéristiques, façonnent à des degrés divers, la façon d'être du médecin, son style (M11).

Le critère principal qui semble relier les différentes disciplines entre elles, du psychologue au chirurgien, est celui de l'intuition. Si la plupart du temps, nous suivons une ligne de conduite pré établie, apprise et étudiée, devenue routinière et toujours remaniée par de nouvelles connaissances, c'est par l'intuition que nous en dévions. C'est par elle, qu'à un moment donné, nous nous adaptons. C'est par elle que nous devenons plus créatifs, plus libres, parfois même plus sensibles. Faisant écho aux expériences exposées au chapitre sur l'intersubjectivité, l'intuition ne s'explique pas, « *sans rien pouvoir formuler, nous savons ce que nous avons à faire et c'est ce qui rend notre activité infiniment souple, infiniment malléable, infiniment humaine [...]* » (Minkowski, 2013, p. 63). Finalement, l'art médical comme le concevait Hippocrate et qui agit encore de nos jours, à la frontière entre savoir-faire et savoir-être, se résume en elle.

3.2.10. D'un regret à une inquiétude partagée

Par ailleurs, curieusement, parler d'art ravive des frustrations et des regrets chez certains médecins.

M4 : « *En médecine ça m'évoque que des trucs négatifs... ça m'évoque le fait qu'on a aucune connaissance artistique alors que ça a été le cas sûrement à une époque notamment avec le dessin anatomique qui était clairement artistique, les reprographies... et... je trouve que cette absence de sensibilité totale des médecins vis-à-vis de ça... j'ai toujours trouvé que c'était un souci... »*

M1 : « *Malheureusement j'ai l'impression qu'on reproduit des schémas qu'on nous a appris, qu'on est là effectivement pour faire du bien au patient mais... »*

M9 : « *[...] sans l'art et sans quelque chose de l'ordre de la poésie je pense que les institutions s'effondrent sur elle-même parce qu'on rentre dans des automatismes, dans des choses mortifères, alors que le côté artistique, et le côté poétique ils te tirent toujours du quotidien toujours pareil, du côté machinal, à chaque fois, ce sont des bulles d'airs, et à mon avis c'est plus que nécessaire de mettre de l'art dans les institutions... »*

M11 : « *Ce que je pense c'est qu'à un moment donné quand on est en vrai entretien, quand on fait de la clinique, on pratique de l'art mais qu'actuellement du fait de l'institution, du fait qu'on se détache de ce côté clinique je pense qu'on perd ce côté artistique, là où on met... que ce soit les pressions économiques, le fait d'être de plus en plus dans une médecine technique, on en oublie ça en fait, ce côté-là »*

S'ajoute à cela, une réelle inquiétude associée à un sentiment de perte pour les médecins avec le plus d'années d'expériences :

M2 : *[...] Je pense qu'on perd cette notion d'interrelation créative avec le patient [...] On a perdu le sens du spirituel, en tout cas on l'a enseveli quelque part »*

M3 : « *La profession a été largement dévalorisée par la vulgarisation de certaines pratiques, l'utilisation d'internet [...] On est maintenant dans un domaine de marchand de soins plus que d'art du soin... »*

L'art renvoie à un idéal. Un idéal où la technique et des pressions de toutes sortes ne viendraient pas entacher le côté humain de la pratique médicale, la singularité de chaque situation et de tout patient. Si le mot art peut être sujet de débat quant à la perspective d'un

art relationnel (« [...] de là à dire que c'est un art... » (M4), des ressentis négatifs sur la pratique médicale se sont dévoilés à son évocation, ils sont bien présents peu importent finalement les mots ou les expressions utilisés. Cet idéal insaisissable peut nous paraître utopique mais c'est par lui que nous tendons vers le bien. La dimension éthique du soin prend ici toute sa place et ouvre un avenir à plus grand que soi : « *Je suis un peu inquiète parce que je suis trop jeune... parce que je vais voir évoluer la médecine... je me dis que je suis trop jeune ou trop vieille... trop vieille pour accepter cette évolution et trop jeune parce que je vais la voir évoluer...* » (M2). L'action éthique est un élan vers le bien qui ne se situe pas sur le même plan que le mal, nous précise Minkowski. « *Le mal ne compte qu'à partir du moment où il est effectif, le bien, lui, a une valeur toute spirituelle, il compte à partir du moment où nous trouvons en nous assez de force pour nous engager dans la voie que nous estimons bonne* » (Ibid., p. 107). Par-là, nous pensons que la technique, de nombreuses fois citée comme étant problématique, n'est en aucun cas le représentant du mal mais un déséquilibre vers elle et vers ses conséquences à type d'automatismes excessifs en fait prendre le risque, et si les médecins rencontrés se questionnent sur la « bonne » évolution de la médecine c'est qu'ils s'engagent au quotidien dans la recherche de l'action éthique.

3.2.11. Une mise en danger

A contrario, avec le besoin de maîtrise et de contrôle que nous ressentons en tant que médecin, l'art s'avère aller à contrecourant de cette volonté, « *il y a quelque chose de ça, de cet ordre-là, on ne sait jamais sur quoi on va tomber...* » (M2). Ainsi, certains médecins, notamment ceux ayant placé presque « inconsciemment » l'art au cœur de la relation médecin-patient, évoquent un pas à franchir et parfois même une réelle mise en danger.

M6 : « [...] *c'est un peu compliqué de s'aventurer avec son patient qui n'est pas forcément demandeur dans des endroits où on sent que l'on a pas une maîtrise complète...* »

M4 : « [...] *au final en y réfléchissant, y'a un véritable décalage du rapport avec les gens, le rapport entre le médecin et le patient, et là effectivement une pratique autre que la médecine est utile, ça peut être utile et effectivement ça peut être la musique, le dessin, ça peut être imaginable après je trouve ça hyper difficile à faire, c'est un truc très loin... voir ça de l'extérieur c'est très impressionnant parce que quand même quand on est médecins faut pas qu'on se mette trop en danger vis-à-vis des gens [...] cette médecin du « Château » qui le fait, je trouve*

ça très admirable parce qu'elle arrive à se mettre dans cette position mais pour moi, personnellement, je saurais pas comment... »

Toutefois, trois d'entre eux ouvrent une brèche en mettant des mots sur ce risque à prendre :

M4 : *« [...] faut accepter un peu d'avoir une émotion quand t'es avec les gens, et ça on l'apprend pas, on nous apprend plutôt l'inverse et du coup tu peux imaginer quand même ça à faire... j'aurai tendance à dire que c'est un truc qu'il faudrait qu'on lâche, faut s'autoriser à ressentir une émotion avec les gens même si c'est vrai que c'est un peu dangereux certaines fois... En fait j'aurai même tendance à dire l'inverse, qu'on en a mais que c'est pas si facile d'accepter qu'on en a, on essaye de bloquer ça mais du coup on a déjà des émotions, y'a certaines histoires qui touchent, faut plutôt avoir tendance à l'accepter... »*

M9 : *« [Faire attention] de pas glisser vers quelque chose de plus amical etc... ça peut parfois être tangent [...] y'a toujours cette distance qui est la distance thérapeutique, si on partage une activité artistique, cette distance tu l'as plus et puis ton rôle de thérapeute il se modifie complètement [...] après est-ce que ça a du sens de garder une distance ? tu vois, ça pose la question, ça reste entièrement... »*

M2 : *« Là où on pourrait dire que c'est un art c'est quand on y met de soi-même et pour moi c'est ça, alors c'est casse gueule, c'est douloureux parfois mais être médecin c'est ça aussi ... »*

3.2.12. Un sentiment d'impuissance ?

Tous les participants (excepté pour deux médecins ayant déjà intégré l'art à leur pratique, M8, M11) portaient un intérêt réel à la pratique ou à la contemplation artistique mais ne voyaient pas comment l'intégrer à leur pratique médicale hormis par le recours possible à l'art thérapeute. La plupart, honnêtement, ne se voyaient pas s'investir dans un tel projet. Le manque de structure et de reconnaissance scientifique doit certainement influencer ce choix. Certains évoquent ne pas connaître les indications précises à l'utilisation de l'art-thérapie (M1 et M2). Ce point et l'opinion que nous y portons a été abordé plus haut (voir paragraphe « Le cadre »)

M2 : *« Je ne saurais pas comment l'insérer plus, à part de dire aux gens d'aller dans les musées... [...] J'aurai du mal à les faire peindre ou les faire écouter de la musique, c'est très intéressant, je pourrais le confier à d'autres mais le faire moi, non »*

M1 : « *Dans un premier temps, peut être me renseigner sur les arts thérapeutes... »*

M4 : « *Je ne sais pas comment, honnêtement, je ne sais pas comment... »*

M5 : « *Les prescrire oui, je ne vois pas une pratique sans... [...] les faire non... »*

M12 : « *M'investir dedans non mais en parler c'est sûr que ça peut ouvrir... mais plus si les gens me tendent une perche, s'ils aiment ça [...] »*

En demandant aux participants s'ils souhaiteraient voir l'art davantage s'introduire en médecine, un médecin reste particulièrement sceptique, « *[...] je ne suis pas certains qu'on arrive à trouver un terrain générique qui fasse qu'à la fois le soignant et le patient soient toujours automatiquement sur la même longueur d'onde, déjà sans l'art c'est compliqué alors si en plus on rajoute l'art... je pense que c'est un peu compliqué... »* (M6). Pour les autres, l'association reste compliquée mais chacun y développe son angle de vue. Il se détache alors quatre perspectives principales :

1. L'insertion de l'art dans l'apprentissage de la médecine : « *sensibilité »* artistique, dessin anatomique, culture artistique : histoire de l'art, histoire de la médecine, philosophie ? (M4), intervention d'un mentor pour la transmission de l'art médical (M7), laisser place à un développement personnel (M5), l'art de la consultation avec l'importance accordée à la singularité propre de chaque situation : « *là où on pourra avoir un processus artistique ce serait plus dans l'art de la consultation que dans l'art de la médecine, dans l'art de mener une consultation, d'amener ton patient, qui sera différent à chaque fois, à être à l'aise, à trouver les mots [...]* » (M10).
2. L'insertion de l'art au sein des institutions (« *atmosphère poétique »*, « *bulles d'airs »* pour échapper à la « *robotisation »* (M9), interventions à médiation artistique (ateliers peinture en psychiatrie (M4), intervention de clowns en service de pédiatrie (M3), association d'artistes en milieu psychiatrique (M9)).
3. L'insertion de l'art dans un projet thérapeutique (« *une aide aux soins »* (M3) par l'intermédiaire de l'art-thérapie, ou plus globalement dans une démarche psychothérapeutique (M1, M7, M9)).
4. L'insertion de l'art dans un but non strictement thérapeutique, utilisé comme « *partage d'expériences »* (M8, M9, M11).

Les points 3 et 4 questionnent l'utilisation de l'art dans une démarche de soin thérapeutique ou non strictement thérapeutique en cabinet de ville. C'est sur ces questions que nous nous attarderons en tant que médecin généraliste. Pour mener à bien son utilisation, c'est le cadre dans lequel nous voulons intégrer l'art qui pose problème, « *ça dépasse le cadre, ça le décale...* » (M9). Car si nous avons tenté dans le déroulement de cette thèse de retirer les barrières qui nous séparaient de l'art en médecine, il convient peut-être à présent de réimaginer un cadre dans lequel nous pourrions agir. Mais qu'entendons-nous par cadre ? Plus que des indications, plus qu'un lieu adapté, le cadre fait entendre diverses problématiques qu'il semble nécessaire de prendre en compte. Le maintien ou l'élaboration d'un cadre spécifique pour l'art a ainsi soulevé diverses problématiques :

- Les limites propres du médecin : si certains voient son utilisation en groupe, « *en travail de groupe, en institution, je le conçois mieux* » (M2), d'autres ne l'entendent pas ainsi, « *je suis pas très fan des trucs de groupe, personnellement ça me met en difficulté, je trouve pas ça facile* » (M4) ; l'idée de ne peut-être pas s'investir seul dans un travail de groupe (deux intervenants dont un observateur par exemple, M9).
- Une transition réfléchie d'un travail individuel à un travail de groupe avec l'importance de préserver le secret médical (M9).
- Une relation médecin-patient à ne pas perturber, en gardant la distance thérapeutique nécessaire : une relation ni trop amicale, ni trop intime (M4, M9).
- Le risque pour le médecin de modifier sa position habituelle (M4), « *[...] se suspendre et de se décaler un peu du soin aussi, [...] [en n'ayant] pas la position du psychiatre, on arrive justement à se détacher de ça et à pouvoir discuter librement* » (M11), le risque de montrer ses émotions (M4), de ne plus mettre en retrait son *égo* (M9).
- Le besoin de maîtriser son outil « thérapeutique », artistique (M6).
- Un temps de consultation plus long avec la nécessité d'élaborer un planning avec des plages de consultation dédiées (M9).
- Une limitation du nombre de patients (M9).
- Accepter de dépasser le cadre thérapeutique ?

M9 : « *[...] on va gratter hors cadre, le cadre qui peut être implicite et très souple de la relation thérapeutique mais y'a peut-être ça, j'y ai pas vraiment réfléchi mais y'a peut-être une transgression du cadre quand même, et le cadre il garde, le mot cadre n'est pas vraiment mais,*

disons que, c'est vrai qu'il y a une forme de réticence mais je sais pas exactement où elle est en fait... [Silence] » (M9).

L'art, qu'il soit présent dans le milieu artistique, qu'il s'intègre à la vie médicale ou à la vie en général est difficilement appréhendable, comme s'il nous dépassait, que l'on serait bien en peine de maîtriser. L'art dépasse le cadre médical, cet aspect insaisissable tient compte parfois de sa valeur spirituelle ou magique.

M2 : « [...] En fait ça peut rejoindre le divin [parlant de l'hypnose], oui quand je parle du divin je parle de la spiritualité, je ne mets pas de nom derrière, le côté sacré en fait... [...] on peut pas imposer quelque chose aux autres... mais bon... aller dans une salle de concert et écouter de la musique classique... ça prend aux tripes quoi... il y a des gens qui vont vous dire « moi je peux pas entendre de la musique classique » sauf que quand même... quand vous entendez du Mozart, du Beethoven et bien d'autres... vous vous dites... mais... [ne finit pas sa phrase] »

M1 : « J'ai adoré le solfège en fait, j'ai adoré la musique en fait... et je me suis rendue compte que je pouvais réussir quelque chose, qui me plaisait et du coup ça m'a permis ensuite d'avoir des meilleures notes parce que j'ai eu confiance en moi, ça m'a un petit peu sauvé... »

M8 : « [...] c'est de la magie quelque part, ça a un côté magique l'art pour moi enfin... voilà l'art c'est... en parler en terme d'objet théorique en fait ça n'amène pas grand-chose... »

Avec la manière dont nous avons abordé l'art, nous avons des difficultés à le voir s'intégrer dans un protocole de soin bien défini. En même temps nous en ressentons le besoin lorsque nous envisageons de l'utiliser. Nous avons comme l'impression que l'art lui-même résiste à l'intégration dans un cadre. C'est peut-être aussi une question de temporalité, soit nous voulons l'investir pleinement dans le temps et donc construire un minimum son utilisation en tenant compte des problématiques citées plus haut soit nous décidons de faire appel à lui à la manière par exemple du médecin décrit au moment 4 ayant utilisé son harmonica de manière semble-t-il tout à fait intuitive et ponctuelle. Ne serait-ce pas alors qu'une question de projet ? Cette question de l'utilisation « pratique » de l'art reste ainsi totalement ouverte...

3.2.13. Schéma récapitulatif des résultats de l'enquête

Le schéma ci-dessous (figure 6) résume succinctement les résultats de l'étude. A partir d'une vision floue et disparate de l'art, abordé globalement de trois manières différentes, nous avons pu relever de nombreux apports. Malgré les diversités d'opinions, de nombreuses régularités ont été constatées entre les participants. L'élément le plus constant est celui de l'utilité de l'art dans la relation médecin-patient. Ces résultats font alors prendre une nouvelle tournure à notre travail.

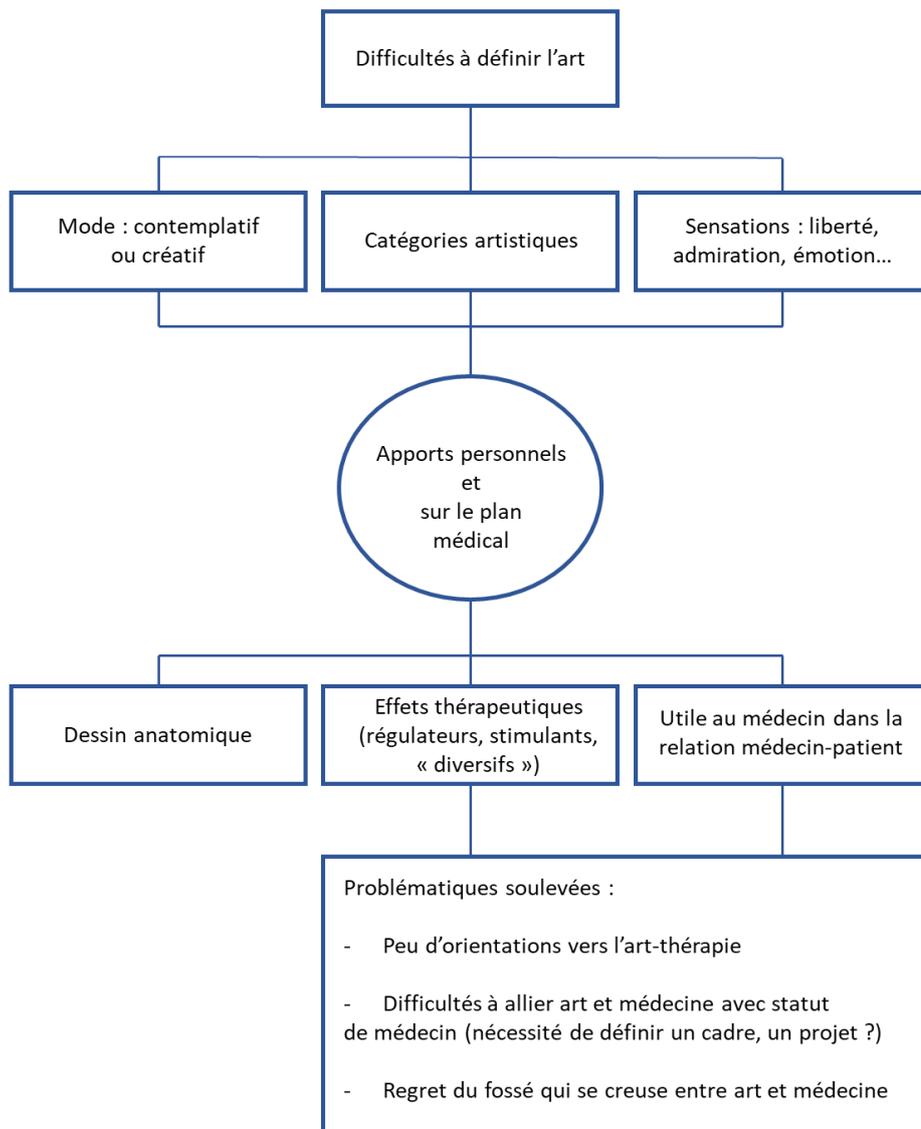


Figure 6 : Schéma récapitulatif des résultats de l'étude

4. Discussion

4.1. Sur l'intérêt du sujet

Nous pensons que le sujet de l'art en médecine relève davantage d'une réflexion philosophique, et par extension d'une réflexion phénoménologique que d'une approche axée purement sur l'efficacité thérapeutique. Il nous semble que la philosophie a bien peu sa place dans les thèses de médecine et remettre en lumière les philosophes de la pensée médicale (comme Jung, Minkowski, Roustang...) au cœur de la réflexion médicale actuelle nous a semblé particulièrement intéressant. Le caractère vaste du sujet en fait sa qualité et également son défaut mais introduit de cette manière, nous avons pu aborder tous les sujets que nous voulions explorer sans nous restreindre et en faisant des liens que nous pensions justes et enrichissants. Toutefois, nous ne prétendons pas à l'exhaustivité, d'autres voies et d'autres thèmes auraient pu être envisagés. De plus, de tous les arts existants, une minorité a été représentée (danse, dessin, musique essentiellement). En se référant à sa propre subjectivité, chaque personne, chaque praticien désirant s'approcher du sujet, peut apporter sa part à la réflexion.

4.2. Respect de la méthodologie

La méthode qualitative nous paraît être la méthode la plus adaptée pour répondre à ce type de sujet car elle porte une attention particulière aux vécus des sujets interrogés et associe une dimension humaine aux contraintes scientifiques et techniques. Ce type d'étude était également propice à l'intégration d'une approche phénoménologique. La trame du questionnaire nous a paru, dans l'ensemble, efficace pour servir la méthode choisie et répondre au sujet. Il est à noter qu'en cherchant parfois à nous y référer, nous perdions un peu de fluidité dans le dialogue. Des relances ont pu être manquées. De plus, certaines questions ne répondaient pas à l'exigence de la phénoménologie. Nous avons tenté un « discours explicitant » (Balzani et al., 2013) à certains moments mais pour aller plus loin, de véritables entretiens phénoménologiques expérientiels auraient permis d'enrichir la recherche.

4.3. L'échantillon

Les médecins interrogés sont tous des personnes qui ont une sensibilité pour l'art mais qui, pour la majorité d'entre eux, ne font pas de liens directs entre l'art et la médecine. Aucun d'eux ne pratique d'art-thérapie au sens strict. Au commencement de cette étude, l'envie était de s'orienter vers des praticiens exerçant dans le milieu de l'art-thérapie, pour qui des réflexions sur ce sujet étaient à l'évidence bien abouties. Les entretiens se succédant, il est apparu d'autant plus intéressant finalement d'interroger ces médecins naïfs de toute pratique art-thérapeutique car nous permettant à eux comme à nous d'animer des réflexions nouvelles dépourvues de pré requis et reflétant d'autant mieux la réalité du corps médical.

4.4. Biais et limites

4.4.1. Biais de sélection

L'échantillon s'est constitué sur la base du volontariat, il y a eu donc une sélection d'un profil de médecins motivés et intéressés par ce sujet. Nous sommes conscients que ce sujet peut ne pas concerner certains praticiens. Ceux-ci ne sont pas représentés dans l'échantillon de médecins interrogés. Il aurait été aussi intéressant de connaître la proportion que représentent ces médecins et les raisons propres de leur désintérêt. Il n'existe donc pas de représentativité. Cependant, il nous semble qu'au même titre que les apports relevés, les réticences à l'utilisation de l'art ont été également exprimées par les médecins, ce qui marque un contre-point intéressant. Pour nourrir davantage la recherche dans le domaine des effets « thérapeutiques » de l'art il aurait été aussi très intéressant d'interroger plus de praticiens incluant l'outil artistique au quotidien dans leurs pratiques. Nous sommes conscients de la minorité de cette population. Interroger des professionnels du domaine paramédical aurait été aussi fort intéressant.

4.4.2. Biais internes

Le discours des médecins interrogés a pu varier en fonction de leur degré d'expérience et de leur capacité à extrapoler leurs idées, pouvant jouer dans le recueil des données. En effet, la moitié des participants avaient moins de 30 ans et avaient donc peu d'expériences en pratique clinique. De plus, certains médecins étaient connus (proches ou simples connaissances) ce qui a pu faciliter l'échange et le recueil de données, l'inverse pouvant également se produire.

4.4.3. Biais externes

Quatre entretiens se sont réalisés par écran interposé ce qui a pu diminuer la fluidité de l'échange. L'utilisation du dictaphone a pu aussi limiter la spontanéité. En revanche, excepté un entretien en présentiel et ceux réalisés via un écran, tous les entretiens se sont déroulés au domicile ou au cabinet de la personne interrogée ce qui a certainement favorisé leur mise en confiance.

4.4.4. Biais d'investigation

La réalisation d'une interview n'allant pas de soi, une amélioration de la tenue des entretiens s'est constatée au cours du temps, ce qui a pu jouer dans l'obtention de données plus « fournies » au cours des derniers entretiens et a ainsi créé une hétérogénéité dans le pattern de réponses recueillies. Il a été également important de ne pas influencer les réponses des participants. Nous avons été particulièrement vigilants sur ce point mais de légères orientations peuvent par moments être constatées. De plus, l'accordage mis en place lors des entretiens est un élément fondamental ayant pu influencer le recueil des données.

4.4.5. Biais d'interprétation

Les objectifs de la recherche en cours, ainsi que nos propres représentations influencent nécessairement la façon de conduire les entretiens, l'analyse des résultats ainsi que l'interprétation des données recueillies. D'autant plus que des réflexions personnelles avaient été élaborées avant la réalisation de l'enquête. Ce biais a pu être contrôlé par la pratique d'une double lecture par le directeur de thèse. Il n'a cependant pas été réalisé de triangulation des données.

4.5. Discussion des résultats

Les résultats obtenus nous imposent quelques réflexions supplémentaires sur notre pratique médicale.

4.5.1. Qu'en est-il de « l'œuvre d'art » ?

« [...] pour moi l'art c'est la pratique au fond aussi [...] » (M8).

En 1878, Claude Bernard, fondateur de la médecine expérimentale (aujourd'hui dite scientifique) écrivait : « *La médecine est un art, c'est évident ; elle est une science, c'est également incontestable. En effet, dans toutes les connaissances humaines, il y a à la fois de*

la science et de l'art. La science est dans la recherche des lois des phénomènes et dans la conception des théories ; l'art est dans l'application, c'est-à-dire dans une réalisation pratique en général utile à l'homme qui nécessite toujours l'action personnelle d'un individu isolé (Bernard, 2008) ».

Tout comme la maîtrise des idées artistiques reste la condition de leur réalisation, la maîtrise des connaissances médicales reste la condition d'une pratique « réussie » et par là, reste « l'originnaire » en reprenant les termes d'Heidegger. La maîtrise technique est nécessaire dans tout domaine et peut suffire dans certains mais reste insuffisante dans ceux où l'humain est au centre du « problème ». L'artiste et le médecin semblent si éloignés de nos jours, ont pourtant un dessein commun : la connaissance de l'homme. « *L'art, c'est un moyen de transmettre, même des choses qui sont pas de l'ordre du visible, quelque part on transmet au-delà du visible et au-delà du perçu et c'est des choses même immémoriales qui se transmettent de génération en génération, d'époque en époque, ça retrace l'histoire des hommes même mieux que les bouquins d'histoire...* » (M9).

Dans nos entretiens, de nombreux sujets ont émergé à l'évocation de l'art, parfois sans liens apparents entre eux (du dessin anatomique à la relation médecin-patient...). Les questions retenues pour l'entretien, non focalisées sur un aspect particulier de l'art ou sur une population de patients (par exemple: *l'apport de la danse dans la prise en charge de patients souffrant d'une démence*) ont permis ce dévoilement. Ces questions ont certes déstabilisé les participants, dans leur structures particulières (ou leur absence de structure) mais pour autant, aucun participant, même parmi les plus pragmatiques d'entre eux, n'a témoigné ne voir aucun lien entre art et médecine. Une exploration à plus grande échelle aurait pu bien sûr affirmer comme infirmer ces dires. Quand bien même, « *l'art, dans sa plus intime essence, est une origine, et seulement cela* » dit Heidegger. C'est pourquoi, à notre sens, l'art peut laisser échapper tant de réflexions et d'apports distincts qui ne sont pas exclusivement reliés à la médecine mais à la vie en général. Car si la technique est originnaire à toute production artistique et médicale, l'art est la source de tout état d'Être. « *L'origine de l'œuvre d'art est l'art. L'art n'est pas, parce qu'il y a des œuvres ; mais au contraire, ce n'est que par et pour autant que l'art advient que l'existence des œuvres est rendue nécessaire. Et ce qui rend nécessaire l'œuvre est le même fond qui rend possible l'artiste* » (Heidegger, 1986, p. 17).

Ce retour à l'origine de l'œuvre d'art vient appuyer l'approche que nous avons voulu développer dans cette thèse. En cela que notre exploration n'a pas débuté par l'examen de l'œuvre d'art en elle-même (qui suppose déjà un jugement extérieur) mais par les outils qu'utilise l'art pour faire œuvre. Nous avons finalement voulu montrer comment l'art, à la manière qu'il a de façonner la matière pour faire œuvre, a la possibilité de « façonner » aussi l'humain, de le remettre « en forme », quand les choses du temps, de la vie, sont détruites par la maladie, par le temps et la vie eux-mêmes, pour enfin, rendre compte de toutes les possibilités intrinsèques à l'homme pour « aller mieux ». Ce qui fait œuvre et ce qui fait Être relève ainsi du même fond. Ce fond, non définissable, que nous avons également peiné à trouver ici, présent à la fois partout et nulle part. Dans la pensée de l'homme, dans ses actions, dans l'atmosphère dans laquelle il se trouve. Cet Être fait peut-être de tout ce dont nous avons voulu explorer, de sensations, d'élan, d'imagination, de présence, de sens... Des mots qui ne restent que des mots, qui restent peu significatifs sans mouvements, sans connexions, sans dépassement vers un ailleurs, vers quelque chose d'encore plus grand, d'encore plus beau ; l'art suppose aussi ce dépassement, le savoir-être du médecin se transforme alors en pouvoir-être, en cet espoir-pour-être, en cet effort-pour-être, plus proche encore de nos réalités.

Nous soutenons que les moyens qu'utilise l'art pour faire œuvre servent aussi au médecin dans sa dispensation du soin, qu'il soit psychothérapeutique ou non. Dans l'utilisation de son sens clinique (ou de son art médical) se fait entendre une réflexion sensible. Du symptôme à la maladie, sa démarche se présente également comme une orientation. Le signe ou le symptôme émis par le patient et issu du monde des sens, remanié par lui-même à base d'imagination et d'interprétation, s'oriente par l'intervention du médecin, parallèlement à la création artistique, et avec ses propres représentations médicales, vers la signification (la pose du diagnostic) (Pierron, 2014).

Si les effets positifs de l'art peuvent être visibles sur le patient comme sur le médecin, nous pensons qu'ils prennent leur source, comme certains médecins interrogés semblent le supposer, au sein de l'espace intersubjectif et invisible, au sein de l'*aida* (l'entre) de Kimura, au cœur même de la relation. Les résultats issus de recherches sur l'efficacité de la psychothérapie sont univoques : la psychothérapie est efficace. Il n'y a pas lieu d'en douter. Cependant, d'après différentes études comparant l'efficacité des psychothérapies et sous réserve des difficultés d'évaluation d'un processus subjectif, subtil et individuel, il est montré

qu'aucune psychothérapie n'est significativement supérieure à une autre. Autrement dit, malgré la diversité des psychothérapies existantes, leur efficacité semble comparativement équivalente (Jaeken et al., 2015). Il y a fort à penser, malgré le haut potentiel du processus créatif que nous avons mis en lumière en 1^{ère} partie, qu'une psychothérapie à médiation artistique ne changera pas ces données. Sur le plan éducatif, il est dit que la pratique artistique ne forme pas la personne mais « rend possible » sa formation. « *L'artistique rend possible la formation de soi lorsqu'à travers sa pratique de création l'artiste active le mouvement de sa conscience qui se forme dans le partage d'un vécu sensible et sa transformation en expérience humaine* » (Morais, 2012).

Sur le plan médical, nous pourrions élaborer de nouvelles techniques de soins à l'aide du processus créatif, elles resteront il nous semble, également insuffisantes. Car le seul critère faisant réellement une différence dans l'efficacité ou non d'une psychothérapie reste le médecin/thérapeute lui-même et la relation qu'il réussit à créer avec son patient, celle que nous nommons alliance thérapeutique. L'art, tel que nous le voyons dans nos pratiques médicales, pour tendre à être « efficace », doit s'intégrer entièrement à la relation médecin-patient. En ce sens, l'art ne restera finalement « qu'un outil » pour tisser d'autant mieux cette relation de manière sincère, pour faire naître l'accordage affectif de Stern, maintenir la syntonie ou susciter la résonance. Car c'est « *au fur et à mesure que la relation intersubjective se développe, qu'elle devient de plus en plus thérapeutique, elle devient un soin, parce que progressivement les souffrances de l'autre sont évoquées, puis murmurées, puis enfin dites et déployées* » (Vion Dury, 2012). Ce n'est alors ni l'homme, ni l'art, c'est la relation qui devient sujet d'étude.

4.5.2. La relation comme œuvre d'art ?

L'art est d'abord lié à l'humain dans sa manière d'être vivant et non d'être malade. Si le médecin et d'autant plus le généraliste s'occupe la plupart du temps de rétablir la santé quand la maladie se fait sentir, il est aussi présent lors de moments où la vie se déroule simplement, ponctuellement sans encombre majeur et avec lesquels il doit trouver des ressources pour les entretenir. L'art de la discussion, l'art de l'échange, l'art de la négociation parfois... Dans des domaines, comme en psychiatrie où la discussion est pour le moins essentielle, l'art, par son aspect culturel, permet d'être « *plus en adéquation avec les gens qu'on soigne [...] c'est aussi pour ça qu'en psychiatrie j'ai d'autant plus eu besoin de lire autre chose, de voir autre chose...*

[sous-entendu autre chose que la médecine] » (M5). Alors s'il est possible d'introduire l'art à nos pratiques médicales et si nous le voulons avec toutes les bonnes intentions, l'art ne peut pas se réduire au plan thérapeutique et c'est pour cela que nous préférons parler de soin. Le soin engage un apport, un mieux-être et non simplement le retrait mécanique d'un corps étranger (la maladie) par un autre corps étranger (le médicament). « [...] *On utilise nos connaissances pour donner du bien être aux gens, par le soin...* » (M3). Les médecins interrogés semblent aussi le supposer en intégrant l'art dans l'expérience même de la rencontre médicale mettant en jeu une interrelation créative (M2), un décalage dans son rapport de « hiérarchie » (M4) et une empreinte forte pour l'empathie (M8, M10). La relation médecin-patient n'est qu'un cas particulier de relation intersubjective. Au fond, l'art et la philosophie, aident à créer des modes de penser cette relation. Mais penser l'art c'est déjà se détacher de ce qu'il est vraiment, « *ce qui est important c'est de le vivre profondément* » (M8). Vivre profondément l'art et la rencontre médicale suppose une prise de risque, en y mettant « *un peu de soi-même* » (M2) et en partageant sensibilités et « émotions » (M5, M4, M8).

Stern nous renseigne sur ce qu'est un moment de rencontre en psychothérapie : « *un moment présent qui est thérapeutiquement saisi et mutuellement reconnu peut devenir un moment de rencontre. Cela requiert de chaque partenaire qu'il apporte quelque chose d'unique et d'authentique lui appartenant en propre en réponse au moment présent. La réponse ne saurait être une application de la technique ni une réponse thérapeutique habituelle. Elle doit être créée sur le champ pour s'ajuster à la singularité de la situation inattendue, et elle doit porter la signature du thérapeute en tant qu'elle provient de sa propre sensibilité et de sa propre expérience, au-delà de la technique et de la théorie* » (Vannotti, 2002).

Nous comprenons dans sa définition que Stern y inclut les paramètres que les médecins eux-mêmes ont mentionnés. La créativité est aussi bien une valeur à stimuler chez le patient en « *thérapie* » qu'un outil d'adaptabilité pour le médecin. Le rapport de hiérarchie s'efface par l'art dans un rapport « *plus intime* » (M4) et d'autant plus qu'il s'insère dans une démarche psychothérapeutique. Le vécu propre et singulier n'étant pas reproductible, le médecin ne détenant plus le savoir, l'écoute active restera pour l'art son meilleur allié. Une écoute qui ne s'évertuera pas à « *psychologiser* » des vécus douloureux mais qui les légitimera dans une certaine mesure pour mieux les laisser se déployer. Une écoute qui instaurera un espace d'accueil, neutre et bienveillant, avec l'objectif de laisser les vécus s'approfondir et avec

l'espoir qu'ils disparaissent au fur et à mesure, en y laissant un résidu à jamais présent, mais ne pesant plus de tout leur poids. Le médecin peut aussi se former à une telle démarche, il peut moduler sa manière d'écouter, de répondre, d'intervenir, pour en arriver à modifier, d'une manière restreinte mais significative, son habileté à rencontrer l'autre. L'art peut être utilisé pour mettre en place cet espace d'accueil à la manière par exemple d'ateliers d'écoute musicale (Balzani et al., 2014), « [...] *c'est un espace en plus, [un espace] tiers que tu ouvres [...]* » (M9). Mettant de côté la pathologie, ces ateliers ne se présentent pas strictement comme des séances de musicothérapie mais comme des expériences partagées de musique, « [...] *je leur ai montré ce que j'aimais et ils sont venus avec moi dans mon expérience au fond... et je leur ai créé une expérience et en fait ils l'ont vécue avec moi, et ils en redemandaient en fait, il y avait quelque chose... chez des patients très psychotiques souvent, quelque chose de très profond, de très vrai, de très fort en fait...* » (M8). Ces mots illustrent le type d'expérience qui marque une vie, telle une empreinte, un sens marqué et partagé dans l'histoire du médecin et de ses patients, sens qui, à lui seul parfois, peut espérer un changement (voir chapitre « Le sens dans tous ses états »).

Enfin, l'empathie résonne comme la clé de voûte de toute relation de soin, l'aspect le plus profond de l'alliance thérapeutique. Du terme allemand « *Einführung* », l'empathie est à l'origine utilisée pour rendre compte du phénomène de sensibilité esthétique par lequel il est possible d'accéder au sens d'une œuvre d'art en nous mettant à la place de l'objet représenté, tout comme le décrit le médecin au moment 8 : « [...] *aller voir une peinture ou une sculpture c'est entrer dans l'esprit ou dans l'expérience de celui qui a peint ou qui a sculpté pour me faire un peu ... enfin dans la peinture comme dans la musique pour moi c'est un problème d'empathie, quelque part je sens que dans l'art, le dispositif artistique dans lequel je suis à l'aise est un processus qui appelle à mon empathie, à ma sensibilité et je me sens enfin... j'ai vraiment... comme si ma peau devenait plus sensible, comme si mes oreilles devenaient plus sensibles... dans le moment où je suis dans la contemplation de l'art...* » (M8). Autrement dit, avec la pratique et l'expérience, l'art développe les sens, en crée de nouveaux par associations (synesthésies), aiguise notre sensibilité, le corps devient plus sensible et donc plus réceptif, prêt à ressentir pleinement le sentiment d'autrui, « *je pense que le fait d'avoir cette habitude de s'ouvrir via une production artistique aide à avoir une ouverture par rapport à un patient* » (M10).

Avec l'expérience de médecine générale qui est la nôtre, cette qualité d'empathie ne sert pas qu'au domaine purement relationnel et psychothérapeutique. Elle est indissociable du rapport d'intersubjectivité que nous instaurons ; ressentir le sentiment d'autrui est aussi pouvoir apprécier d'autant mieux sa douleur, percevoir un réel danger, anticiper ses conduites, son adhésion et son observance aux traitements... Renvoyant aux expériences du chapitre sur l'intersubjectivité, elle nous permet aussi d'affiner nos diagnostics et nos prises en charge. Dans le cadre plus particulier de la souffrance psychique, il est admis que l'empathie est nécessaire si ce n'est indispensable à tout médecin. Mais reconnaissons qu'elle est pour nous par moments difficile à mettre en jeu quand la souffrance s'étale, se répète et se prolonge, quand elle renvoie à notre propre souffrance, quand elle devient trop lourde à porter, quand elle devient trop sombre et désespérée pour ne pas dire désespérante... Un réflexe humain nous donne à fuir, à nous défilier, un réflexe qui nous dit que nous ne sommes pas faits pour ça, que nous ne sommes pas formés à ça...

« [...] la tâche de la psychothérapie consiste, dans une tentative de construction d'un entre ou aïda thérapeutique, à exercer une action sur la vie psychique du patient de façon à ce qu'il puisse désormais se rapporter d'une manière moins perturbée à lui-même et aux autres. Cette tâche ne pourra s'accomplir seulement que si le thérapeute, à travers son propre rapport au fond de la vie, participe thérapeutiquement à celui du patient. Il s'agit là d'une participation qui correspond dans le vrai sens du terme à l'Einfühlung (empathie). Ce n'est que par une telle Einfühlung, d'un aïda commun, d'un entre commun dans le rapport au fond de la vie, qu'une véritable rencontre entre thérapeute et patient devient possible et que le patient, avec le soutien de cet aïda, peut de nouveau instaurer un rapport plus sain avec la réalité » (Kimura, 1990).

Indirectement, l'art, par son lien profond avec le fond de la vie, peut venir envelopper la souffrance, « l'entourer » (M8) de sa poésie, la contourner parfois, et l'aider à se murmurer de manière plus douce, plus acceptable, plus belle ; et lui permettra aussi de se partager de manière à la fois sincère et généreuse, « [...] y'a beaucoup de générosité dans l'art aussi, c'est quelque chose qui se donne et qui se reçoit aussi, qui se conçoit dans un tissu de relation assez complexe... » (M9).

Ce beau tableau que nous propose l'utilisation de l'art présente également ses hésitations, comment faire ? Comment faire pour ne pas perturber l'espace thérapeutique ? Comment

faire pour sortir des lignes toutes tracées sans risquer de les effacer complètement ? Comment faire pour trouver le juste milieu ? Nous ne trouverons finalement pas de solutions explicites ici, simplement des pistes de réflexions qui inciteront peut-être quelques-uns d'entre nous à envisager leur propre voie, leurs propres expériences. Parce que finalement, ce n'est qu'en s'essayant que nous apprendrons, ce travail nécessitera comme toute autre étude, des explorations et des travaux supplémentaires.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Avec l'orientation des patients vers des approches de soin alternatives plus ou moins convaincantes parfois, nous ne devons pas tout réfuter en bloc mais arriver à discerner les meilleures directions de soin possibles. Nous pensons que l'utilisation de l'art ne doit pas être réservée uniquement à une pratique paramédicale car après ce travail de thèse nous sommes convaincus que la médecine est aussi un art, qu'elle garde même enfouie, cette qualité qui fait d'elle sa richesse. Mais pour cela, il semble nécessaire de nous engager, nous médecins, à prendre le risque d'y affronter notre subjectivité avec celle de nos patients. De garder cette capacité à voir ce qu'on garde invisible. De ne pas nous cantonner d'appliquer des connaissances théoriques mais de rester ouverts et créatifs. Si nous sommes tout à fait honnêtes, nous guérissons peu. Même un patient guéri d'un cancer ne retrouve pas et ne retrouvera jamais son état de santé antérieur, le but étant de l'aider à s'adapter à une nouvelle santé. Nous prévenons, nous soulageons, nous accompagnons bien plus que nous ne guérissons. Alors, « *même si l'art n'est pas un moyen tout puissant de salut, ce n'est pas une raison pour méconnaître sa vertu libératrice* ». Son effet « thérapeutique » n'est bien sûr pas miraculeux, le changement est lent, progressif, silencieux mais nous avons la prétention de croire que « l'outil artistique », dans toute sa grandeur, peut faire son chemin petit à petit. Nous avons fait le choix, somme toute presque « inconscient », de développer trois thématiques de l'art en médecine : celle de l'art médical proche de la conception qu'en avait Hippocrate, celle de l'art intégré à une démarche psychothérapeutique, pour finir par l'art au sein même de la relation médicale. Nous avons voulu montrer que l'effet dit « thérapeutique » de l'art se laisse entrevoir particulièrement dans le processus créatif mais ne s'y réduit pas. L'art, pour le soigné comme pour le soignant, par la stimulation de l'élan vital, le déploiement de l'imaginaire, son lien avec la recherche de sens, sa facilitation à s'ancrer dans le moment

présent, par l'aide qu'il fournit pour la transmission d'une émotion, par toutes ces modalités que nous avons exposées, et bien d'autres qu'il nous faudra continuer d'explorer, font de nous des êtres inspirés ou « incarnés » si nous voulons rester fidèles à la phénoménologie. Nous voyons à présent que le désir initial, utopiste nous semblait-il, de voir l'art sublimer notre métier ne l'est peut-être pas tant. Les entretiens que nous avons menés nous ont fait prendre une nouvelle direction, une direction encore plus artistique au fond. Une voie nous permettant d'établir l'image finale, celle de la relation comme œuvre d'art, image fondamentalement métaphorique mais au plus près des possibilités du médecin généraliste. Nous craignons, avec certains médecins interrogés voir l'art se dissoudre et disparaître au service d'une médecine trop technique, marchande, peu créative et enfermée dans ses automatismes. Cette thèse devient alors aussi un appel : laissons l'art agir encore un peu, autorisons-nous à le sentir encore un instant, ne l'étouffons pas par l'évolution de nos pratiques, préservons-le.



Figure 7: Fin

BIBLIOGRAPHIE

ATTIGUI, Patricia. *L'art et le soin cliniques actuelles - peintures, sculpture, théâtre, chant, littérature*. Bruxelles : De Boeck. 2015. 192 p.

BACHELARD, Gaston. *L'intuition de l'instant*. Paris : Le Livre de Poche. 1994. 154 p.

BALZANI, Céline, J.A MICOULAUD-FRANCHI., Norma YUNEZ, et al. « L'accès aux vécus pré-réflexifs. Quelles perspectives pour la médecine en général et la psychiatrie en particulier ? », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2013, vol.171. p. 118–127.

BALZANI, Céline, Jean NAUDIN, et Jean VION-DURY. « Phénoménologie expérientielle de l'écoute musicale en psychiatrie », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2014, vol.172. p. 524-529.

BERNARD, Claude. *Principes de médecine expérimentale*. Paris : Presses Universitaires de France - PUF. 2008. 304 p.

BICH DOAN, Thi. *L'expérience perceptive directe. Apports des pratiques artistiques, corporelles et méditatives dans les sciences cognitives*, Thèse de philosophie. Paris : Paris 1. 2014. 385 p.

BLOY, Géraldine. « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et sante*. 2008, Vol. 26 n° 1. p. 67-91.

BOUKHOBZA, Hervé. *Relation à autrui, empathie, intersubjectivité*. 2013.

BOYER-LABROUCHE, Annie. *Manuel d'art-thérapie - 3e éd.* 3e édition. Paris : Dunod. 2012. 160 p.

CARLINO, A. « Entre corps et âme, ou l'espace de l'art dans l'illustration anatomique », *médecine/sciences*. 2001, vol.17 n° 1. p. 70.

CHARRIER, François. *Hypnose médicale et douleur chronique en médecine générale. Etude d'un cas clinique.*, Diplôme universitaire « Hypnose médical et clinique ». [s.l.] : Réunion. 2014. 45 p.

CHU-YIN. « Plaisir esthétique ou nécessité existentielle » *Plaisir esthétique dans les arts*. Paris : Editions L'Harmattan. 2014, p. 121-137.

CYRULNIK, Boris. *La nuit, j'écrirai des soleils*. Paris : Odile Jacob. 2019. 274 p.

DAMME, Pierre Van. « Dépression et régression », *Gestalt*. 2002, no 23 n° 2. p. 109-126.

DASTUR, Françoise. *Autour de la phénoménologie*. 2007.

DE BENEDITTIS, Giuseppe. « Neural mechanisms of hypnosis and meditation », *Journal of Physiology, Paris*. 2015, vol.109 n° 4-6. p. 152-164.

DEA EVEQUOZ-WÄLTI et PHYLLIS WIERINGA. *Entre art et thérapie - Réflexions partagées*. Suisse : Infolio. 2018. 649 p.

- DELEUZE, Gilles. « Qu'est-ce que l'acte de création ? » 1987. En ligne : <https://www.lepeuplequimanque.org/acte-de-creation-gilles-deleuze.html> [consulté le 4 décembre 2019].
- DUBAS, Frédéric. *La médecine et la question du sujet*. Paris : Les Belles Lettres. 2012. 284 p.
- DUMESNIL, Hélène, Sébastien CORTAREDONA, Marie CAVILLON, et al. « Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *L'information psychiatrique*. 2014, Volume 90 n° 5. p. 341-352.
- EBELL, Mark H., Randi SOKOL, Aaron LEE, et al. « How good is the evidence to support primary care practice? », *Evidence-Based Medicine*. 2017, vol.22 n° 3. p. 88-92.
- EUSTACHE, Marie-Loup. *Conscience, mémoire et identité: Neuropsychologie des troubles de la mémoire*. Paris : Dunod. 2013. 216 p.
- EUSTACHE-VALLEE, Marie-Loup, Mickaël LAISNEY, Aurelija JUSKENAITE, et al. « Le sentiment d'identité au stade sévère de la maladie d'Alzheimer : une observation clinique », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2016.
- FARENG, Marion et Arnaud PLAGNOL. « Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose », *PSN*. 2014, Volume 12 n° 4. p. 29-46.
- FONTANEL, Laure. *Fréquence du recours à l'hypnose médical dans la prise en charge des douleurs chroniques en médecine générale dans les Bouches du Rhône et départements limitrophes*, Thèse de médecine. Marseille : Aix-Marseille. 2017. 166 p.
- FREUND, Yvan. *L'illustration anatomique*. 2015. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-communications-2015-2-page-73.htm> [consulté le 4 mai 2020].
- GO, Nicolas. « L'art, la joie », *Le Philosophoire*. 2002, n° 17 n° 2. p. 171-185.
- GOODMAN, Nelson. *Langages de l'Art*. Paris : Fayard/Pluriel. 2011. 320 p.
- GROLLEAU, frederic. *L'art médical*. 2000. En ligne : <http://www.fredericgrolleau.com/article-1541386.html> [consulté le 28 avril 2020].
- GROUSSARD, Mathilde, Caroline MAUGER, et Hervé PLATEL. « La mémoire musicale à long terme au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 1 mars 2013, vol.11 n° 1. p. 99-109.
- HAS. « Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours ». 8 novembre 2017. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours [consulté le 22 juin 2020].
- HEIDEGGER, Martin. « L'origine de l'oeuvre d'art » *Chemins qui ne mènent nulle part*. Nouv. éd. Paris : Gallimard. 1986, p. 461.
- JACOBY, Estelle. *Le temps feuilleté de la danse*. Paris : Presses universitaires de Vincennes. 2015. En ligne : <https://www.cairn.info/eclats-de-temps--9782842924294-page-87.htm> [consulté le 10 juillet 2020].

JAEKEN, Marine, Lesley L. VERHOFSTADT, et Nady Van BROECK. « Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie ? Brève mise à jour scientifique », *Bulletin de psychologie*. 7 juillet 2015, Numéro 537 n° 3. p. 237-242.

JUNG, Carl Gustav. *L'âme et la vie*. Paris : Le Livre de Poche. 1995. 413 p.

KAIMAL, Girija, Kendra RAY, et Juan MUNIZ. « Reduction of Cortisol Levels and Participants' Responses Following Art Making », *Art Therapy*. 2 avril 2016, vol.33 n° 2. p. 74-80.

KANDINSKY, Wassily. *Du Spirituel dans l'art et dans la peinture en particulier*. Paris : Gallimard. 1988. 210 p.

KIMURA, Bin. « De la signification de la langue dans la formation psychothérapeutique ». 1990. En ligne : <https://docplayer.fr/41081226-Bin-kimura-de-la-signification-de-la-langue-dans-la-formation-psychotherapeutique.html> [consulté le 9 septembre 2020].

KLEIN. « L'esthétique de la justesse » *Plaisir esthétique dans les arts*. Paris : L'Harmattan. 2014, p. 55-73.

KLEIN et François DAGOGNET. *Les sensations de santé : Pour une épistémologie des pratiques corporelles du sujet de santé*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy. 2011. 299 p.

KUHNI, Marianne. « La Gestalt de Hans Prinzhorn », *Gestalt*. 29 juin 2011, n° 39 n° 1. p. 156-173.

LALAU, Jean-Daniel. « La métaphore, un espace de rencontre en éducation thérapeutique du patient », *Médecine des Maladies Métaboliques*. 1 octobre 2017, vol.11. p. 595-598.

LAMY, Julien. « La médecine aujourd'hui: quelle place pour l'art médical? » En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/cel-01818334> [consulté le 21 mai 2020].

LAPASSADE, Georges. *Les États modifiés de conscience*. Paris : Presses Universitaires de France - PUF. 1987. 126 p.

LARGER, Victor. *Devenir Médecin : phénoménologie de la consultation médicale*. Paris : L'Harmattan. 2011. 160 p.

LE HENAND, Françoise. « La quête du sens », *Cahiers jungiens de psychanalyse*. 2008, N° 125 n° 1. p. 19-30.

LECOURT, Édith et Todd LUBART. *Les art-thérapies*. Malakoff : Armand Colin. 2017. 274 p.

LEMARQUIS, Pierre. *Portrait du cerveau en artiste*. Paris : Odile Jacob. 2012. 304 p.

LESAGE, Benoît. *La danse dans le processus thérapeutique: Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Toulouse : Eres. 2014. 375 p.

LONGNEAUX, Jean-Michel. « Michel Henry et la conscience de la vie affective », *Cahiers philosophiques*. 2011, n° 126 n° 3. p. 49-65.

MAESTRE, Michel. « Entre résilience et résonance », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002, no 29 n° 2. p. 167-182.

MASQUELET, Alain C. « Evidence based medicine (EBM) : quelle preuve a-t-on que la médecine basée sur la preuve apporte un réel bénéfice ? » 2010. p. 5.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Sens et non-sens*. Paris : Editions Gallimard. 2013. 225 p.

MINKOWSKI, Eugène. *Le temps vécu*. 3e édition. Paris : Presses Universitaires de France - PUF. 2013. 432 p.

MOISAN, Marie-Pierre et Michel Le MOAL. « Le stress dans tous ses états », *médecine/sciences*. 2012, vol.28 n° 6-7. p. 612-617.

MORAIS, Sylvie. *L'expérience de l'artistique comme pratique de soi en formation: une approche phénoménologique*, Sciences de l'éducation. Paris : Paris 13. 2012.

MOREAU, Alain et Marie française LE GOAZIOU. « Place de la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression en médecine générale », *La revue Exercer*. 2003 n° 66. p. 11-14.

MOUGIN, Gaëlle. « Prémises à l'apparition : la vidéomusique comme métaphore du traumatisme psychique et de sa résolution ».

MOUGIN, Gaëlle et Jean VION-DURY. « The psychotherapeutic experience as conscious experience: Hypnosis », *Chroniques phénoménologiques*. 2018, vol.9. p. 32-34.

MOUGIN, Gaëlle et Jean VION-DURY. « L'entretien phénoménologique expérientiel de premier et de deuxième ordre : vers la découverte des " métamorphoses expérientielles " ». 2017. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01591788> [consulté le 17 octobre 2019].

MOUSSARD, Aline, Françoise ROCHETTE, et Emmanuel BIGAND. « La musique comme outil de stimulation cognitive », *L'année psychologique*. 2012, Vol. 112 n° 3. p. 499-542.

NACCACHE, Lionel et Karine NACCACHE. *Parlez-vous cerveau ?* Paris : Odile Jacob. 2018.

NAU, Jean Yves. *Dépasser le réductionnisme de l'evidence-based medicine*. 2018. En ligne : <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-596/Depasser-le-reductionnisme-de-l-evidence-based-medicine#anchor-B1> [consulté le 25 juin 2020].

NAU, Jean Yves. « Inertie clinique » : une démarche salvatrice ? 2013. En ligne : <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-401/Inertie-clinique-une-demarche-salvatrice> [consulté le 25 septembre 2020].

OLMI, Elodie. *Art et médecine. Bénéfices des arts plastiques en médecine ambulatoire. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Marseille*, Thèse de médecine. Marseille : Aix-Marseille. 2018. 113 p.

OMS. « Pouvez-vous améliorer votre santé et votre bien-être en dansant ? Pour la première fois, l'OMS étudie le lien entre les arts et la santé ». novembre 2019. En ligne : <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2019/can-you-dance-your-way-to-better-health-and-well-being-for-the-first-time> [consulté le 16 juin 2020].

- OPPERT, Claire, Donatien MALLET, et Jean-Marie GOMAS. « Paroles de patients en soins palliatifs », *Les cahiers francophones de soins palliatifs*. 2017, vol.15 n° 1. p. 13.
- PETITMENGIN, Claire. « Qu'est-ce que méditer ? », *Sciences Humaines*. 18 février 2013, N° 245 n° 2. p. 12-12.
- PIERRON, J.-P. « Les trois sens du sens clinique », *Ethique et Santé*. 14 mars 2014, vol.11 n° 1. p. 38-43.
- PITARQUE, Sandrine. « La dramathérapie » *Les art-thérapies*. Malakoff : Armand Colin. 2017, p.
- REACH, Gérard. « La médecine, un art de la complexité », *HEGEL*. 2018 n° 4. En ligne : <http://hdl.handle.net/2042/68980> [consulté le 17 octobre 2019].
- RODRIGUEZ, Jean et Geoff TROLL. *L'Art-Thérapie - Pratiques, techniques et concepts*. Paris : Ellebore. 2012. 382 p.
- ROSA, Hartmut. *Résonance*. Paris : La Découverte. 2018. 544 p.
- ROUBAL, Jan, Tomas RIHACEK, et Sylvie DAUDIN. « Expérience de thérapeute en situation thérapeutique avec un client déprimé », *Cahiers de Gestalt-therapie*. 29 décembre 2015, N° 35 n° 2. p. 111-124.
- ROUSTANG, François. *Savoir attendre: Pour que la vie change*. Paris : Odile Jacob. 2006. 235 p.
- ROUSTANG, François. *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris : Minuit. 2003a. 192 p.
- ROUSTANG, François. *Il suffit d'un geste*. Paris : Odile Jacob. 2003b. 237 p.
- SAINT GIRONS. « Du plaisir négatif au plaisir marginalisé » *Plaisir esthétique dans les arts*. Paris : L'Harmattan. 2014, p. 35-51.
- SANCHEZ NAPAL, Lucia. *Création et gestation du corps artistique*, Mémoire Master 2 Création et plasticités contemporaine. Ecole d'arts de la Sorbonne : Paris 1 Panthéon Sorbonne. 2018. 129 p.
- SARTRE, Jean-Paul. *L'imaginaire. Psychologie phénoménologique de l'imagination*. Éd. rev. Paris : Editions Gallimard. 2017. 379 p.
- SCHOTT-BILLMANN, France. « L'expérience subjectivante de la danse » *L'art et le soin cliniques actuelles - Peinture, sculpture, théâtre, chant, littérature*. Paris : De Boeck Supérieur. 2011, p. 77-84.
- SCHUTZ, Alfred. *Ecrits sur la musique : 1924-1956*. Paris : Éditions MF. 2007. 214 p.
- SELLAL, François et Mariano MUSACCHIO. « Artistic creativity and dementia », *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*. 2008, vol.6 n° 1. p. 57-66.
- STERN. *Les Formes de vitalité: Psychologie, arts, psychothérapie et développement de l'enfant*. Paris : Odile Jacob. 2010. 221 p.

STERN. *Le moment présent en psychothérapie: un monde dans un grain de sable*. Paris : Odile Jacob. 2003. 300 p.

STEVENS, Bernard. « L'interpersonnel et l'atmosphérique : l'apport de Kimura Bin à la réflexion daseinsanalytique », *La Lettre du Psychiatre*. 2005, vol.1 n° 4. p. 114.

SUDRES, Jean-Luc. « Anorexie et art-thérapie : éléments pour une pratique », *Psychotherapies*. 2012, Vol. 32 n° 2. p. 73-83.

TAMMAM, David. *La douleur : de la phénoménologie à la clinique*. Marseille : Solal Editeurs. 2015. 79 p.

TANGUAY, Denise. *La voie de l'imaginaire. Gaston Bachelard et l'art thérapie*, Mémoire d'art-thérapie. Canada : Concordia. 1991. 234 p.

TISSERON, Serge. *Comment Hitchcock m'a guéri : Que cherchons-nous dans les images ?* Paris : Albin Michel. 2013. 200 p.

TREVARTHEN, C. « Autisme, motivation en résonance et musicothérapie », [/data/revues/02229617/V0053101/05000061/](https://www.em-consulte.com/en/article/29623). 2005. En ligne : <https://www.em-consulte.com/en/article/29623> [consulté le 2 novembre 2019].

VANNOTTI, Marco. « L'empathie dans la relation médecin – patient », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002, vol.29 n° 2. p. 213.

VERMERSCH, Pierre. *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur. 2006. 221 p.

VION DURY, Jean. « L'expérience musicale, l'entente de l'être: variations en troisième, seconde et première personne Actes du colloque : “ Première, seconde et troisième personne” ». Rouen Edité par N. Depraz : Zeta books. 2014.

VION DURY, Jean. « La thérapeutique au coeur de la relation. Pour une phénoménologie du soin », *Revue de gériatrie*. 2012 n° 4 vol 37. p. 273-278.

VION-DURY, Jean. « The musical homunculus, or the content of pry-reflexive consciousness contents in music listening », *Chroniques phénoménologiques*. 2016, vol.3-4. p. 40-51.

VION-DURY, Jean. « Musique, mémoire identité : une approche bergsonienne de la mémoire en musique » *Jeux de mémoire : regards croisés sur la musique*. L'Harmattan. Paris : Giacco G, Spampinato F, Vion-Dury J. 2013, p. 51-70.

VION-DURY, Jean, Jean-Arthur MICOULAUD-FRANCHI, Céline BALZANI, et al. « Phénoménologie des démences. (1): la psychiatrie phénoménologique des états démentiels. », *PSN*. 1 octobre 2012, Volume 10 n° 1. p. 35-50.

VION-DURY, Jean et Gaëlle MOUGIN. « Psychotherapies as Conscious Experiences (III): Hypnosis and Phenomenology: Opening the Possibilities of Dasein », *PSN - psychiatrie, sciences humaines, neurosciences*. 2020, vol.18 n° 1. p. 27-55.

VION-DURY, Jean et Gaëlle MOUGIN. « Phénoménologie expérientielle du sublime », *Le Sublime, poétique, esthétique, philosophie. Presses universitaires de Rennes*. 2018. p. 217-228.

VIROT, Claude. *Hypnose, stratégie et psychothérapie Une approche clinique de Milton H. Erickson*, Thèse de médecine. [s.l.] : Rennes. 1988.

VOLMAT, Robert. *L'Art psychopathologique*. Paris : Presses Universitaires de France. 1956. 303 p.

WOOD, Joanne V., W.Q. ELAINE PERUNOVIC, et John W. LEE. « Positive Self-Statements: Power for Some, Peril for Others », *Psychological Science*. 2009, vol.20 n° 7. p. 860-866.

ZATORRE, Robert J., Joyce L. CHEN, et Virginia B. PENHUNE. « When the brain plays music: auditory-motor interactions in music perception and production », *Nature Reviews. Neuroscience*. 2007, vol.8 n° 7. p. 547-558.

ANNEXES

1. ANNEXE 1 : Trame du questionnaire

1- Qu'évoque pour vous l'art ?

2- En médecine, est ce que ça vous parle l'art ?

3- Pratiquez-vous une activité artistique ? Laquelle ?

Si non, appréciez-vous l'art ? (*Quel type ? Musique, danse, peinture, théâtre...*)

4- Si oui, arriveriez-vous à décrire les effets que vous procure cette ou ces activités ?

5- Avez-vous déjà proposé une activité artistique ou une thérapie par l'art à vos patients ?

6- Si oui, quels ont été les résultats ?

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

7- Vous considérez vous comme un médecin pratiquant l'art ? Ou un « artiste » en pratiquant la médecine ?

8- Pensez-vous que l'art au sens large doit avoir une place (plus importante) en médecine ?

Si oui, comment l'envisageriez-vous ?

9- Pensez-vous introduire d'une manière ou d'une autre des séances d'art-thérapie dans votre propre pratique (par exemple en organisant des groupes d'art, des groupes d'écoutes musicale, de peinture etc...) ?

2. ANNEXE 2 : Les « arts » évoqués

M1	Musique activité active « clarinette »	Peinture	Poterie	Ecriture	Cuisine	Théâtre	Poésie	Danse activité active « salsa »
M2	Ecriture activité active	Peinture	Musique « Mozart, Beethoven »					
M3	Dessin	Sculpture	Musique activité passive	Danse	Artisanat « menuiserie »	Cirque « clowns »		
M4	Dessin	Musique activité active « guitare, banjo »						
M5	Peinture	Dessin activité active	Musique activité passive	Ecriture	Danse Thérapies corporelles	Théâtre		
M6	Peinture « antico- classique » activité passive	Sculpture « antico- classique »	Littérature	Musique	Théâtre	Cinéma	Poésie	
M7	Musique activité active « piano, ukulélé »	Littérature Ecriture activité active	Cinéma	Peinture	Chant choral activité active	Dessin		
M8	Musique classique Activité active et passive « clavecin, piano, orgue, flûte, luth »	Peinture Activité passive	Sculpture	Littérature Ecriture activité active (<i>nouvelles</i>)	Cuisine	Théâtre	Danse	
M9	Musique Activité active et passive « Flute traversière, violoncelle »	Théâtre activité active passée	Chant + chant choral activité active	Dessin	Peinture	Ecriture (<i>poésies, nouvelles</i>)		
M10	Musique Activité active « Flute »	Dessin						
M11	Dessin	Peinture	Musique activité active « <i>Musique électronique</i> »					
M12	Peinture	Musique	Dessin/coloriage Activité active	Sculpture/Poterie				

N.B : Ce tableau présente tous les arts évoqués par les participants, dans l'ordre de leur évocation, indépendants de leur pratique ou de leur affection pour eux. Les activités artistiques surlignées en gras précisent l'art ou les arts semblant être privilégiés par le participant, avec pour chacun d'eux une précision sur leur activité(s) active(s) et/ou passive(s).

3. ANNEXE 3 : Verbatim

3.1. MOMENT 1

Médecin généraliste

Exercice libéral

Entretien réalisé le 22/10/2019

Durée : 16 min

- *Qu'évoque pour toi l'art ?*

C'est difficile comme question...

- *Tu peux prendre le temps...*

Pour moi l'art c'est quand on crée quelque chose, c'est vrai qu'on a envie de dire quelque chose de beau, en fait non, c'est pas forcément que beau mais quelque chose qui traduit peut être une émotion. Ça peut être autant la musique, la peinture, la poterie enfin plein de choses, même l'écriture.

- *Et en médecine plus particulièrement, comment tu verrais l'art ?*

En médecine, moi ce que j'avais vu c'était des patients qui avaient des cours de musique ou de yoga et ça les aidait à canaliser leurs émotions mais il y a quelque chose qui me vient à l'idée comme ça... j'avais vu une exposition près de Washington à Baltimore avec des écorchés qui étaient présentés comme une œuvre d'art, c'était une exposition de corps humains, ils avaient choisis de donner leurs corps à la science, et qui expliquait que ça montrait l'anatomie humaine sur différentes formes mais je sais que ça a été pas mal critiqué parce que ils étaient mis dans certaines positions, on leur faisait prendre des positions de danseuses ou des choses comme ça et ça a choqué un peu l'opinion mais c'est vrai que je trouve que l'anatomie... d'un côté quand on fait nos croquis d'anatomie etc... c'est un mélange de science et d'art en même temps, ça dépend comment c'est perçu.

- *Est-ce tu pratiques ou tu as pratiqué une activité artistique ?*

La musique j'en ai beaucoup pratiqué avant, maintenant c'est dur de trouver du temps pour en faire mais de temps en temps je reprends ma clarinette et je compte me mettre à la corne muse et j'ai fait de la peinture aussi...

- *Est-ce tu arriverais à décrire les effets que te font la pratique de ces activités ?*

Ça détend, ça détend beaucoup, ça permet de canaliser son émotion sur une seule chose, qui est agréable, ça peut être agréable pour soi et pour les autres car on crée quelque chose, quand on joue quelque chose on est content pour nous quand on a joué un beau morceau mais on peut être très content de donner du plaisir à ceux pour qui on le joue. Oui j'ai fait des orchestres, des auditions... Ça fait beaucoup de bien, en tout cas moi, ça me rend très heureuse quand je travaille ma musique, quand je faisais de la peinture on était contents aussi d'avoir créé quelque chose, on sait que c'est nous qui l'avons fait, ça donne une certaine satisfaction. Je sais pas si on peut rapprocher la cuisine comme un art mais c'est pareil je suis aussi très contente quand je cuisine, ça me détend et je suis très contente de faire un plat qui va plaire après, qui va être bon, qui va être beau aussi visuellement. C'est intéressant de créer, c'est valorisant aussi.

- *Les effets restent après l'activité ?*

Oui, les effets restent après. Je pense, c'est comme quand on fait du sport, c'est comme les grecs qui prônaient qu'il fallait travailler son esprit, apprendre plein de choses mais travailler aussi son corps avec le sport, et les arts aussi c'était très important que ce soit le théâtre, la poésie... C'est un tout, en fait, si on fait que travailler, de manière scientifique, mais qu'on ne fait pas du sport, qu'on ne fait pas de l'art à côté ben c'est pas complet, on peut pas vraiment être équilibré et heureux, je trouve que c'est un tout et notamment dans nos études, on a peut-être un peu trop travaillé [Rires]. Et là je trouve que ça fait du bien de refaire un peu de sport... l'année prochaine par exemple je vais avoir une journée de libre ça va être ma journée pour le sport et l'art, faire autre chose, découvrir d'autres choses, s'intéresser à autre chose, être content de créer quelque chose, c'est important et ça fait du bien sur le long terme. Pendant les jours qui suivent on se sent mieux. Peut-être qu'on sécrète des endorphines aussi quand on regarde une œuvre d'art, parce que c'est prouvé pour le sport... parce que effectivement ça fait beaucoup de bien et c'est un bien qui dure, ce n'est pas que sur le moment... Dans la danse,

pendant mon heure de salsa, j'oubliais tous les problèmes, j'étais juste concentrée sur la danse et ça me faisait un bien fou.

- As-tu déjà adressé un de tes patients vers une thérapie par l'art ?

Jamais, parce qu'on n'a pas eu la formation pour, donc déjà je ne saurais pas quoi proposer et aussi parce que effectivement j'ai vu certains endroits où il y avait de l'art thérapie. J'ai vu qu'il y avait certains centres où il y avait de l'art thérapie. Mais moi par exemple dans ma future installation, si je dois envoyer quelqu'un chez un art thérapeute il faudra que je cherche pour savoir où le trouver et il faudrait aussi savoir dans quelles indications le proposer. Moi les seuls exemples que j'avais vu c'était dans l'addictologie mais je pense que ça pourrait aussi bien marcher chez les patients qui sont dépressifs. On est en train de revenir sur l'utilisation des antidépresseurs en première intention, maintenant c'est la psychothérapie, pourquoi pas intégrer l'art thérapie je pense que ça pourrait être intéressant et remonter l'estime de soi qu'ils créent quelque chose, ça pourrait augmenter leur plaisir de voir qu'ils peuvent créer quelque chose qui est beau, dont ils sont fiers. Ça peut être un bon apport parce que les gens sont sans cesse en train de ressasser des idées négatives du coup de se concentrer sur autre chose, complètement autre, qui n'est pas leur quotidien, et transformer ça en quelque chose de positif avec une création derrière dont ils peuvent être fiers, ça peut les aider à reprendre la pente ascendante.

Par exemple, je sais pas s'il y a un rapport... quand j'étais en primaire, j'avais des notes catastrophiques, mes parents ils étaient convoqués tout le temps, j'avais des 2, des 4... et un jour ils se sont dit on va l'inscrire au solfège, on va voir ce que ça donne et j'ai adoré le solfège en fait, j'ai adoré la musique en fait... et je me suis rendue compte que je pouvais réussir quelque chose, qui me plaisait et du coup ça m'a permis ensuite d'avoir des meilleures notes parce que j'ai eu confiance en moi, ça m'a un petit peu sauvé...

- Te sens tu comme une artiste en pratiquant la médecine ?

Pas vraiment, pas comme une artiste, malheureusement j'ai l'impression qu'on reproduit des schémas qu'on nous a appris, qu'on est là effectivement pour faire du bien au patient... mais non ... en tout cas je n'ai pas cette impression là...

- Penses-tu introduire des séances d'art thérapie dans ton cabinet ?

Alors, je n'y avais pas pensé, d'abord je pense que dans un premier temps, peut être me renseigner sur les arts thérapeutes que je pourrais trouver pas loin de ma consultation. Déjà si je me renseigne sur les indications sur lesquels l'art thérapie pourrait être un bénéfice pour mes patients...

- *Tu penses qu'il faut des indications précises ?*

Je pense que ce serait bien qu'il y ait des indications précises... euh... par exemple quelqu'un qui a une entorse de la cheville je vais pas l'envoyer faire de l'art thérapie...

- *Oui... ça ne peut pas venir de ton bon sens ?*

Oui c'est vrai, si je réfléchis dans quelles circonstances je peux les envoyer vers l'art thérapeute...

3.2. MOMENT 2

Médecin généraliste

Exercice libéral

Entretien réalisé le 11/11/2019

Durée : 23 min

- *Qu'est-ce que ça évoque pour vous l'art ?*

C'est une question à laquelle je n'ai toujours pas trouvé de réponses en fait. C'est compliqué l'art, est ce que c'est uniquement la créativité ? J'ai eu la discussion la dernière fois avec un peintre... est ce que c'est uniquement la créativité ? Auquel cas il n'y a pas la notion d'esthétique ? Il y a la notion de l'émotion, pour moi c'est plus ça : qu'est-ce que ça génère comme émotion chez moi ? Cette chose qui est sortie de l'imagination, de la création, d'un cerveau humain...

- *Dans la médecine, ça vous parle l'art ?*

On dit que la médecine est un art, est ce que ça fait appel à notre créativité en permanence lorsque que l'on est devant un patient ? Je pense que oui, parce que je pense que la relation elle est pas modélisable en fait. Ce qui me dérange actuellement c'est que la médecine est en

train de devenir une technique, on est en train de fabriquer des techniciens de la médecine notamment chez les généralistes, encore plus chez les spécialistes peut être d'ailleurs... et je pense qu'on perd du coup cette notion d'interrelation créative avec le patient et les gens sont moins bien soignés, enfin c'est ma vision des choses... Là où on pourrait dire que c'est un art c'est quand on y met de soi-même et pour moi c'est ça, alors c'est casse gueule, c'est douloureux parfois mais être médecin c'est ça aussi. Et je suis un peu inquiète parce que je suis trop jeune. Parce que je vais voir évoluer la médecine... Je me dis que je suis trop jeune ou trop vieille... trop vieille pour accepter cette évolution et trop jeune parce que je vais la voir évoluer...

- Pratiquez-vous une activité artistique ?

Je fais plein de choses en fait, pour moi c'est pas de l'artistique, c'est de l'artisanat plutôt, des travaux manuels... je considère pas ça comme de l'art, j'aurai pas cette prétention là en fait mais j'aime bien écrire, j'aime bien peindre, j'aime bien tricoter...

- Quels effets ça vous fait ?

Ça à quelque chose de méditatif en fait, ça dépends des périodes, écrire c'est par moments, ça vient tout seul, c'est là où je me dis qu'il y a une espèce de transcendance, dans l'écriture surtout, c'est là où on se dit qu'on n'est pas une entité isolée, qu'il y a des trucs qui nous viennent, on sait pas d'où...

- Je sais que vous pratiquez l'hypnose...

Là c'est pareil il y a une créativité dans l'hypnose, vraiment, et c'est ça que j'aime dedans, c'est que tout d'un coup vous vous mettez à raconter des histoires, c'est parce que vous êtes branchés sur l'inconscient de l'autre et qu'on on se laisse aller et porter dans cette relation, on sait pas d'où ça nous vient, ça arrive aussi dans les consultations tout venant, en fait ça peut rejoindre le divin, oui quand je parle du divin je parle de la spiritualité, je mets pas de nom derrière, le côté sacré en fait... Cette été on a craqué sur ce tableau-là, et voilà on ne sait pas pourquoi on craque mais on se dit qu'on pourrait rentrer dedans et qu'on peut aller dans un autre univers, quand il y a de l'émotion. Parfois c'est très beau mais il n'y a pas d'émotions...

- Avez-vous déjà orienté des patients vers des séances d'art-thérapie ?

Non jamais, je ne sais pas dans quel cadre le mettre, je sais pas dans quelles indications en fait à titre individuel, en travail de groupe je comprends l'art thérapie comme ma copine le pratique

à l'hôpital. En travail de groupe, en institution, je le conçois mieux. Après de toute façon c'est un accès à l'inconscient, que ce soit l'hypnose, que ce soit la psychothérapie etc. Ça permet de reconnecter conscient et inconscient. En hypnose il y a un maître qui dit qu'effectivement la dépression c'est quand il n'y a plus de connexion entre le conscient et l'inconscient et donc il n'y a plus ce flux permanent qui permet de confier à son inconscient ce qui embarrasse notre conscient et qui fait ruminations ; et comme il n'y a pas non plus de retour, l'inconscient ne trouve plus les solutions, il ne peut pas donner la réponse à l'esprit conscient. En fait, si on relance cette boucle donc on peut la relancer par l'art, par la créativité, par autre chose que la parole finalement...

Le même maître dit que tout est hypnose et quand on y réfléchit, quand on se plonge dedans on se dit que oui effectivement, dès qu'on est focalisé sur une chose, c'est un état hypnotique en fait. Le changement il est induit quand vous êtes en séance avec quelqu'un. Après, en autohypnose aussi, c'est parce que cet état vous permet d'avoir accès à votre inconscient, l'hypnose ça vous permet juste d'avoir accès à vos propres ressources. Il ne faut pas croire que c'est quelqu'un qui va vous apporter quelque chose, c'est quelqu'un qui vous permet juste d'entrer dans un état qui va trouver vos propres ressources et vos ressources sont infinies. Je lisais un article ce matin sur... le mec il appelle ça le BZ, le bouton zen, et comment trouver dans chaque situation le moyen de couper court à nos ruminations etc. mais en fait ce qu'il décrit c'est un état hypnotique aussi. L'hypnose en fait c'est très simple, c'est dissociation/focalisation, vous êtes dissocié de votre environnement, dans tous les sens, vous pouvez être dissocié de votre corps, de l'environnement... et focalisation sur un truc. Partant de là, tout est état hypnotique.

- Vous considérez vous comme un médecin pratiquant l'art ?

Allez, on va être un peu prétentieux [Rires], oui il y a quelque chose de ça, de cette ordre-là, on ne sait jamais sur quoi on va tomber en fait. J'aurai pas pu tenir ce discours là quand je me suis installée, alors ça peut paraître prétentieux mais c'est même pas ça c'est avoir un certain recul sur ce qu'on fait, c'est pas soi, c'est juste une histoire de canal en fait, et on en revient au sacré, on est un espèce de canal quand on entre en relation d'inconscient à inconscient c'est pas parce qu'on est des sorciers ou qu'on a un don particulier c'est juste qu'on sait se mettre à la disposition de l'autre, dans un espace ouvert et à ce moment-là ben... les inconscients communiquent, c'est là où est l'art, peut-être.

- *Pensez-vous que l'art doit avoir une place plus importante en médecine ?*

C'est une question à laquelle je ne saurais pas répondre car je ne saurais pas comment l'insérer plus a part de dire aux gens d'aller dans les musées : ça vous ouvrira l'esprit, ça vous fera du bien, aller au cinéma, aller écouter de la musique, c'est difficile... on peut pas imposer quelque chose aux autres... mais bon... aller dans une salle de concert et écouter de la musique classique... ça prend aux tripes quoi... il y a des gens qui vont vous dire « moi je peux pas entendre de la musique classique » sauf que quand même quoi... quand vous entendez du Mozart, du Beethoven et bien d'autres... vous vous dites... mais... [ne finit pas sa phrase]

- *Pourriez-vous introduire des séances d'art à votre pratique ?*

Je ne pense pas non, il faut aussi se limiter, on a un grand problème nous dans nos vies, c'est le temps... Et en ce qui concerne les souffrances des gens, je suis très branché parole moi donc j'aurai du mal à les faire peindre ou les faire écouter de la musique, c'est très intéressant, je pourrai le confier à d'autres mais le faire moi, non...

3.3. MOMENT 3

Pédiatre

Activité hospitalière

Entretien réalisé le 02/02/2020

Durée : 15min

- *Qu'évoque pour toi l'art ?*

Pour moi, l'art c'est une expression de l'esprit sous la forme d'une matérialisation des idées soit par le dessin, la sculpture, soit par la musique ou par d'autres activités artistiques...

- *-Et en médecine, qu'est-ce que ça t'évoque ?*

En médecine, euh... [silence de 4 secondes], la médecine est un art selon une certaine définition, puisqu'on utilise nos connaissances pour donner du bien être aux gens, par le soin... Un art ou une science, c'est effectivement les deux, c'est une discipline scientifique certes mais euh... dans les temps anciens c'était considéré comme un art particulier au même titre que les autres activités artistiques, qui sont dit artistiques maintenant, au temps de notre grand maître

Hippocrate, c'était un art de pouvoir guérir ou soigner les gens, maintenant dans la mesure où la médecine a énormément changé dans ses activités diagnostiques et thérapeutiques je pense qu'on peut plus considérer ça comme un véritable art... On a un peu changé la représentativité de l'art, on se positionne davantage dans l'art de style musique, danse ou autre que sur une activité de travail mais on pourrait dire aussi l'art du bois pour les menuisiers, c'est aussi un art, la preuve c'est qu'on les appelle artisans, l'origine du mot vient de l'art. Dans la pratique, non ce n'est plus un art parce que la profession a été largement dévalorisée, par la vulgarisation de certaines pratiques, l'utilisation d'internet, de tout ce qu'on peut en retirer, on est maintenant dans un domaine de marchand de soins plus que d'art du soin, les gens recherchent du marchand de soin...

- Est-ce tu pratiques ou tu as pratiqué une activité artistique ?

Je ne pratique pas d'activités artistiques, j'ai fait un peu de dessin, j'ai fait des maquettes, des modèles réduits quand j'étais plus jeune... c'était une activité artistique même si c'était des choses déjà préfabriquées, j'ai jamais façonné moi-même...

- Et tu apprécies l'art ?

Oui, j'apprécie l'art, c'est un dérivatif pour sortir de mon activité professionnelle de base, ça permet au même titre que d'autres méthode de relaxation ou autre, de pouvoir donner du bien-être, de sortir d'un univers professionnel. La musique plus que les autres. Si je me remettais à dessiner... pourquoi pas mais je pense que j'ai perdu un peu...

- Tu as des expériences d'art thérapie dans ton service ?

Au niveau du service, on a eu la chance d'avoir une art-thérapeute qui nous a aidé notamment dans la prise en charge des anorexies puisque par le biais du dessin et de la sculpture ça a permis de dériver sur les formes de représentations humaines. On a aussi toutes les semaines un groupe de musiciens qui vient faire de la musique en passant dans les chambres et qui a un triple effet : un effet favorisant les soins pour le personnel soignant, un effet apaisant pour l'enfant malade parce qu'il est dans un univers tout à fait différent et un effet apaisant pour les parents, soit ils assistent à la représentation dans la chambre et ça leur permet de se détacher de leur enfant et de pouvoir un peu se poser ou ils participent à l'activité puisque

souvent les musiciens donnent un instrument soit aux parents soit à l'enfant pour participer à l'activité. C'est un effet très bénéfique pour nous puisque l'hospitalisation est souvent vécue à la fois pour l'enfant et pour les parents comme une agression importante et ça permet de casser ce phénomène agressif et de faire sortir l'enfant d'un univers hospitalier à un univers normal, naturel. Les effets positifs c'est que l'enfant est plus réceptif aux actes qu'on peut lui faire par le biais de la musique. On avait même initié dans les salles de soin lorsqu'on devait faire un soin, une prise de sang ou autre, un peu de musique douce dans la pièce et effectivement ça donnait une ambiance apaisante ; dans le secteur de soin intensif on a un appareil à CD et on diffuse de la musique en permanence pour apaiser un petit peu les enfants en situation de détresse. Soit des musiques de relaxation soit une musique très douce au piano ou violon. On a aussi des clowns qui passent dans le service, ça fait beaucoup de bruit mais les enfants les adorent.

- *Penses-tu être un médecin pratiquant l'art ? Ou dit autrement, comme un « artiste » en pratiquant la médecine ?*

Si je pense être un médecin qui pratique l'art... humm oui... mais non pas un artiste parce que pour un artiste, il y a une part d'innovation, d'idée de la pensée, d'imagination... chose que je ne peux pas faire dans ma pratique, je suis obligé de partir sur des bases scientifiques solides... même si j'ai déjà utiliser des traitements empiriques...

- *Penses-tu que l'art doit avoir une place plus importante en médecine ?*

L'art doit être associé aux soins y compris dans une activité de consultation ou de prise en charge thérapeutique, on doit pouvoir s'en servir. Je pense que c'est une aide aux soins. Alors en cabinet de pédiatrie, c'est plus compliqué parce qu'on a plus affaire à des jeunes enfants que des adolescents... parce que le principe de l'art-thérapie pour moi, son utilisation comme soin médical, comme alternative, a sa place dans les problèmes de troubles de l'humeur, trouble de la conduite alimentaire, des troubles de la concentration comme les enfants dit hyperactifs...

N.B : La dernière question n'a pas été posée dans le contexte du départ à la retraite du médecin interrogé.

3.4. MOMENT 4

Médecin généraliste remplaçant

Entretien réalisé le 20/02/2020

Durée : 20min

- *Qu'est-ce que ça évoque pour toi l'art ?*

C'est une question difficile...

- *En général et plus particulièrement en médecine, comment tu le vois ?*

De prime abord ça m'évoque plutôt le dessin, c'est le média artistique qui me parle en premier donc de prime abord ça m'évoque ça... après en médecine ça m'évoque que des trucs négatifs... ça m'évoque le fait qu'on a aucune connaissances artistique alors que ça a été le cas sûrement à une époque notamment avec le dessin anatomique qui était clairement artistique, les reprographes... et... je trouve que cette absence de sensibilité totale des médecins vis-à-vis de ça... j'ai toujours trouvé que c'était un soucis...

- *Donc tu pratiques une activité artistique, le dessin ?*

Je dessine un peu... je dirais pas que je pratique une activité artistique mais je dessine... la différence c'est que je dessine pas assez pour que ça soit une pratique artistique au sens où c'est juste un passe-temps... pour pouvoir avoir l'impression d'en faire, il faudrait que j'y passe beaucoup plus de temps, que j'arrive à développer un truc personnel, ce qui n'est pas le cas pour l'instant... en dessin par exemple je suis pas complètement nul, parfois je fais des dessins pas mal...

- *Après c'est sans jugements de valeur... tu pratiques...*

Oui... le dessin et la musique... guitare, banjo...

- *Qu'est-ce que ça te procure de faire ces activités ? Quels sont les bienfaits sur toi ?*

Pour la musique, le meilleur moment c'est quand tu joues ensemble et que t'arrives à faire un truc assez beau, quand t'arrives à jouer ensemble de temps en temps ce qui est relativement rare... et l'excitation, une certaine joie quoi, mais même dans le dessin...

- *T'as une joie aussi quand tu dessines ?*

Oui, surtout à la fin, au moment où tu le regardes 15 fois d'affilée, quand tu trouves l'avoir réussi...

- *Pendant que tu dessines, tu arriverais à décrire ce que tu ressens ?*

Pendant que je dessine, je sais pas...

- *Il se passe des choses pendant que tu dessines ?*

Surtout de la concentration plus qu'autre chose. En tout cas je n'ai pas d'émotion particulière quand je dessine alors que dans la musique, il y a une véritable joie et excitation.

- *Et tu peux faire la différence entre la concentration quand tu dessines et la concentration quand tu apprends un cours par exemple ? Tu vois une différence ?*

En dessin, ce que j'aime bien c'est que c'est une concentration très pragmatique, sur comment je vais faire ça... ça va pas beaucoup plus loin, c'est juste comment je vais dessiner le rideau, après t'essaye, t'es content ou t'es pas content de ce que t'as fait, il y a vraiment un côté très basique que j'aime bien.

- *Est-ce t'as déjà proposé une activité artistique ou une thérapie par l'art à un de tes patients ?*

En psychiatrie oui, de temps en temps on faisait des ateliers peinture, c'était hyper fun, c'était simple on mettait de la peinture, des stylos, des feuilles de dessins et tout le monde dessinait sans que ce soit vraiment formalisé...

- *Il y avait des indications ?*

Non, il n'y avait pas indications, et étant donné que je suis pas prof et que je pourrais pas donner le moindre conseil sur un dessin... moi je dessinais les gens et puis tout le monde dessinait et puis voilà... je dessinais les gens puis après je donnais les dessins c'était marrant mais ce que je trouvais super excitant c'est que tu as ceux qui font un coloriage et qui sont incapables d'imaginer de faire un truc sur une feuille blanche, y'a ceux qui font un truc sur une feuille blanche c'est tout pourri et puis t'en a un ou deux qui, de temps en temps, font des trucs trop bien, y'en avait un c'était super, il faisait des dessins complètement abstraits mais il racontait des histoires, c'était que des trucs un peu phalliques... c'était super bien [Rires], je les ai encadré, je les accrochés dans le service... [Rires].

- *Et à part le résultat, dans la pratique, tu as remarqué des changements sur leur comportement ?*

Je serais incapable de répondre au niveau thérapeutique, après c'est un peu ce qu'on discutait en psychiatrie, un des trucs qui était intéressant c'est qu'on était très longtemps avec les patients, qui restent des semaines et des semaines, on se connaissaient bien et après quand tu fais un truc comme ça tel qu'une activité un peu différente, ç'est agréable.

- *A quelle fréquence vous le faisiez ?*

On le faisait quand on avait le temps mais... en fait autant dire qu'on avait beaucoup le temps... [Rires] Non... on en faisait un par mois en gros. Impossible à dire mais il y avait une différence dans le rapport qu'on avait avec les patients après. On était plus intimes. Ça changeait pas avec tous les patients mais pour certains le fait d'avoir passé un moment à faire un truc qui n'était pas de la médecine...

- *Est-ce que tu te considères comme un médecin pratiquant l'art ?*

Moi je me considère comme un médecin un peu foireux euh... qui aurait fortement envie de devenir un artiste mais qui se rend bien compte que ça ne se fait pas comme ça, que c'est beaucoup plus compliqué que ça, et puis au final comme je trouve que c'est quand même vachement bien la médecine, je me dis que je vais être médecin... Et euh... est-ce que la médecine est un art ? Je trouve que ce qu'il n'y a pas en médecine, c'est un acte créateur, donc je dirais non.

- *Donc tu penses que l'art devrait avoir une place plus importante en médecine ? De quelle manière ?*

J'ai longtemps pensé, je sais plus si je le pense maintenant... mais je pensais qu'on devait avoir des cours d'histoire de l'art parce que ce serait bien de faire un truc qui serait pas du tout médical et je me dis l'histoire de l'art ce serait peut-être le mieux parce que c'est assez distant de ce qu'on apprend... Déjà l'histoire de la médecine ce serait déjà pas mal... [Rires...] de la philo... ou je sais pas... je trouve que la culture artistique devrait avoir plus de place chez les médecins, après de l'art dans la médecine je sais pas...

- *Tu as évoqué la création... il y a d'autres choses que t'évoque l'art ? Des mots qui te viennent à l'esprit ?*

Création et pratique... la création parce que c'est quelque chose de très personnel que tu fais naître à un moment donné et la pratique parce que pour faire naître quelque chose à un moment donné il faut une certaine expérience pratique, oui voilà de la technique et donc par rapport à la médecine je trouve pas qu'il y ai d'éléments créateur dans la médecine, je trouve qu'on répond à des protocoles etc... mais qu'il n'y a pas d'acte créateur ou de liberté créatrice à un moment donné...

- Pas du tout ?

Ou peut-être... le seul moment de liberté en médecine c'est le rapport qu'on a avec les gens, quand on discute avec les gens, la manière que t'as ou que tu décides toi d'être avec les gens, donc là effectivement c'est le moment où t'es libre de créer, d'imaginer un peu la manière dont tu vas être mais de là à dire que c'est un art...

- Et si tu réfléchis justement à ton action thérapeutique dans la relation, comment l'art pourrait intervenir là-dedans?

Il y a un médecin que je trouve vraiment super et qui la dernière fois en visite à domicile a amené un harmonica et a joué de l'harmonica à un type sans qu'il joue de l'harmonica lui en fait... un truc un peu absurde en fait... au final en y réfléchissant, y'a un véritable décalage du rapport avec les gens, le rapport entre le médecin et le patient et là effectivement une pratique autre que la médecine est utile, ça peut être utile et effectivement ça peut être la musique, le dessin, ça peut être imaginable après je trouve ça hyper difficile à faire, c'est un truc très loin.. voir ça de l'extérieur c'est très impressionnant parce que quand même quand on est médecins faut pas qu'on se mette trop en danger vis-à-vis des gens y'a un truc comme ça, on garde un peu les distances et du coup quand tu rentres dans une relation comme ça... faut accepter un peu d'avoir une émotion quand t'es avec les gens, et ça on l'apprend pas, on nous apprend plutôt l'inverse et du coup tu peux imaginer quand même ça à faire... j'aurai tendance à dire que c'est un truc qu'il faudrait qu'on lâche, faut s'autoriser à ressentir une émotion avec les gens même si c'est vrai que c'est un peu dangereux, certaines fois... En fait j'aurai même tendance à dire l'inverse, qu'on en a mais que c'est pas si facile d'accepter qu'on en a, on essaye de bloquer ça mais du coup on a déjà des émotions, y'a certaines histoires qui touchent, faut plutôt avoir tendance à l'accepter...

Il y a un autre moment où la pratique du dessin est utile, c'est avec les gamins, y'a des situations où tu peux le faire, par exemple au château en santé tu fais ça, ce n'est pas trop pressé comme rythme tu peux passer du temps en salle d'attente et dessiner avec les enfants par exemple et ça c'est super bien, ça renverse complètement le rapport que t'as avec les gens...

- *Après tout ce qu'on a dit, est-ce que tu te verrais introduire des séances d'art thérapie dans ta pratique ?*

Je sais pas sous quelle forme, je sais pas trop... je sais qu'après avoir fait ces espèces d'ateliers dessin en psychiatrie, en général j'ai plein de projets et je les fais jamais, et un des projets était de continuer, de dire : c'est trop bien, y'avait donc ce patient qui faisait de supers dessins donc l'intention était pas tant dans la thérapie de l'art mais surtout de se dire que il y en a peut-être qui font des supers trucs donc y'a moyen de... c'était plutôt dans cette dynamique là... après au niveau thérapeutique, je suis pas très fan des trucs de groupe, personnellement ça me met en difficultés, je trouve pas ça facile. Je ne sais pas comment, honnêtement, je sais pas comment... cette médecin du château qui le fait, je trouve ça très admirable parce qu'elle arrive à se mettre dans cette position et pour moi, personnellement, je saurais pas comment...

- *Elle a une formation là-dedans?*

Non elle ne fait pas ça régulièrement, c'était un patient qu'elle voulait un peu stimuler, et elle s'est dit allez je vais ramener mon harmonica, on va faire ça, et elle lui a laissé et oui... paraît-il qu'il en joue... Comme quoi, ça marche un peu...

3.5. MOMENT 5

Psychiatre

Activité hospitalière

Entretien réalisé par Skype le 29/03/2020

Durée : 19 min

- *Pour toi, qu'est-ce ça t'évoque l'art ?*

Je pense qu'en premier c'est plutôt quelque chose de visuel, la peinture, le dessin, pouvoir aller à des musées, voir des expositions... mais ce n'est peut-être pas l'art que je vois le plus... Sinon c'est la musique, je dirais que c'est les deux choses que ça m'évoque...

- *Comment tu vois l'art en médecine ? Qu'est-ce que ça t'évoque l'art en médecine ?*

En psychiatrie en tout cas, ça permet de voir l'expression de sentiments ou d'émotions de scène de vie de façon assez différente. Par exemple je pense à Miro qui met les mêmes scènes dans une maison et toi t'as besoin de lire l'explication pour comprendre que c'est ça qui est représenté. Picasso aussi... je trouve que ça matérialise tout ce qui peut... on peut voir visuellement ce que des gens peuvent dire de comment ils ont perçu une situation de vie qui nous paraît à nous un petit peu loufoque quelque fois...

- *Et toi tu pratiques une activité artistique ?*

Euh non... enfin... j'aime bien dessiner ou peindre mais c'est plus dans mes heures perdues que quelque chose de sérieux et je ne fais pas de musique... mais depuis que je fais de la psychiatrie je me dis souvent que j'aimerais plus dessiner ou que j'aurais aimé être musicienne, parce que je pense que ça permet aussi une évasion et une vision différente des choses.

- *Quand tu dessines tu arriverais à décrire ce que tu ressens, les choses qui se passent ?*

Déjà quand je dessine j'écoute de la musique. Je pense que je suis influencée par ce que j'écoute et après soit je reproduis une photo que j'ai bien aimée, une partie de la photo... ça va me mettre dans l'ambiance de la photo et sinon ça m'arrive de dessiner après certains entretiens, après des situations assez compliquées, ça me vide un peu la tête...

- *Ça te permet de t'évader...*

Oui et puis ça me permet de transposer un peu comme le principe de supervision ou tu parles avec quelqu'un d'une situation... ce n'est pas parler avec quelqu'un mais c'est déposer un petit peu ce qu'on a ressenti sur le papier, je pourrais pas dire : « tiens j'ai ressenti ça donc j'ai dessiné ça » mais je sais que ça pourrait être un même exutoire que faire du sport par exemple... je vais plus facilement aller dessiner qu'aller faire du sport...

- *Oui moi aussi... [rires], et du coup en psychiatrie vous proposez des activités artistiques à vos patients ?*

Oui... j'ai fait plus de stages de pédopsychiatrie mais on propose pas mal d'art thérapie... on pourrait mettre aussi l'écriture et la danse ou des médiations plus corporelles. C'est que pour le coup j'aime bien faire de la danse, je trouve que c'est aussi à travers la musique et le mouvement, ça détend et on le propose pas mal aux enfants et aux ados, c'est des médiations thérapeutiques, surtout tout ce qui est corporelles pour des enfants qui sont dyspraxiques une façon aussi d'intégrer plus finement leur mouvement... leur capacité à travers le dessin plutôt que d'apprendre à écrire... ou à travers le dessin, mieux se représenter leur corps quand les enfants qui ont du mal à se représenter dans l'espace et il y a aussi tout ce qui est danse, relaxation ou médiations corporelles qui sont proposés, ensuite il y a souvent des groupes théâtre qui sont proposés de manière thérapeutique, soit le patient avec un soignant soit les patients ensemble. Tu leur donne un rôle à jouer, du coup il se retrouve dans une situation qui n'est pas tout à fait la leur, il expérimente un autre point de vue...

- Tu étais dans un service avec des patients anorexiques...

Oui elles pouvaient aller à la chorale, elles pouvaient faire tout ce qui est relaxation, yoga, c'est pas vraiment de l'art mais elles pouvaient faire aussi de l'esthétique, il y avait aussi le psychodrame et je me demande s'il n'y avait pas un atelier écriture... en tout cas il y avait un atelier image, il y avait des cartes avec des photos, elles devaient dire ce que les images leur évoquer. Ça permettait de développer un peu leur imaginaire, de les connecter un peu plus avec leurs émotions et une certaine introspection.

- Tu as remarqué d'autres effets sur d'autres patients de ces activités ?

Je trouve que... c'est un parti pris mais pour les enfants... entre la psychothérapie et la psychomotricité... Ils bénéficient de la psychomotricité parce que parler c'est pas tout à fait de leur âge mais aussi chez les ados à travers des expériences corporelles il se concentrent sur les vécus, ça va les apaiser, ça va leur donner confiance en eux parce il s'aperçoivent qu'il arrivent à faire des mouvements, ils arrivent à se poser pendant un certain temps et je trouve que la psychomotricité c'est assez puissant. Après art thérapie ou les activités en groupe comme le psychodrame c'est aussi des expériences qui sont assez positives pour les jeunes mais il faut qu'ils les invertissent parce que parfois ils y vont en mode : « c'est nul, j'ai pas trop envie d'y aller », faut qu'ils se dépassent un peu pour entrer dans ses activités mais quand le groupe

prend, soit le binôme soit le groupe en général ça leur apporte des expériences qui vont pouvoir réutiliser après.

- *Il faut que ce soit perçue comme une vraie expérience plutôt que comme un divertissement ou une distraction ?*

Oui... en général ils ont pas envie d'y aller parce que ça a été prescrit par un médecin, mais il faut aussi que ce soit suffisamment perçu comme une distraction pour pas que ce soit quelque chose de scolaire pour qu'il se laisse aller, qu'il se laisse porter... tu vois si tu fais un jeu de cartes en faisant que réfléchir à compter tes cartes et à ta stratégie, tu prends pas tellement de plaisir, il faut qu'il ait aussi suffisamment de divertissement, de plaisir, d'imagination, de créativité de la part de l'enfant et de l'ado pour qu'il dise « ah j'ai aimé, moi aussi j'ai lancé ça, j'ai pu répondre comme ça » et se rendre compte qu'il ont un potentiel lié avec leur état d'esprit à ce moment-là, ça leur permet aussi de se rencontrer eux même...

- *Te considères tu comme un médecin pratiquant l'art ? Ou une artiste en pratiquant la médecine ?*

Non, je ne me considère pas comme un médecin pratiquant l'art... ni comme un artiste en pratiquant la médecine... je pense que la médecine est une certaine forme d'art parce que tout n'est pas complètement défini et qu'il faut laisser passer sa sensibilité quelque fois pour prendre des décisions qui se veulent un maximum rationnelles mais qui sont... en tout cas en psychiatrie... à un moment... qui ont quelque chose d'humain en tout cas dans nos réactions pas juste dans le traitement choisi, la décision d'hospitalisation, mais plus globalement dans la relation avec les patients et d'ailleurs avec les équipes et les autres personnes...

- *Est-ce que tu penses personnellement que l'art doit avoir une place plus importante en médecine ?*

Je pense que dans les années d'externat... je ne sais pas si... en tout cas la place à un développement personnel... par l'art, par des médiations qu'elles quels soient... après c'était peut-être à Paris dans la fac où j'étais qui était assez élitiste mais beaucoup de gens avait abandonné toutes leur activités autres... ou avaient maintenu certaines... juste du sport mais genre allez faire un jogging... j'avais une amie qui faisait du violoncelle elle a arrêté... la plupart de mes amis musiciens ont arrêté... dans mes amis qui faisaient de la danse certains ont maintenu, même moi ça m'a manqué, c'est des années où j'ai pas été ni faire des choses ni

voir autant d'expositions ou de pièces de théâtre que j'aurai pu vouloir, ça permet aussi de se décentrer de quelque chose de très scolaire, et donc au final d'être plus en adéquation quand on va soigner des gens parce que c'est pas uniquement qu'un algorithme... du coup c'est aussi pour ça qu'en psychiatrie j'ai d'autant plus eu besoin de lire autre chose, de voir autre chose...

- *Dans ta pratique future est ce que tu te verrais introduire des séances d'art thérapie ?*

Les prescrire oui, les faire non... les prescrire oui, je vois pas une pratique sans... les faire... euh... je sais que j'aimerais faire des groupes mais pas forcément d'art thérapie, des médiations pour des enfants Asperger, les aidait à réfléchir sur ce qu'il s'est passé dans leur quotidien en groupe ou des enfants qui aurait des difficultés d'inhibitions avec des jeux, tu sais où il faut pas taper tous en même temps, attendre son tour pour parler, à travers des jeux, créer des petites compétences, mais pas avec l'art directement...

- *Parce que tu ne verrais pas comment le faire ?*

Oui exactement... après ce que je fais tout le temps avec les enfants... je leur demande de faire un dessin c'est pas artistique mais par contre j'aime bien qu'il me raconte ce qu'il a fait et en discuter avec lui, j'en fais pas une interprétation et ce que j'aime bien c'est ce que fait Winnicott, le squiggle où pour des enfants qui ont du mal à parler quand je suis en entretien individuel, tu prends un crayon, tu commences une forme et tu lui demande de compléter, il y en a qui vont parler rapidement, il y en a qui parle pas trop, tu peux dire : « ah tiens on dirait ceci ! » et ça débloque un petit peu, entre le jeu, le dessin et la discussion... Mais je ne dirai pas que c'est de l'art...

3.6. MOMENT 6

Rhumatologue

Activité hospitalière

Entretien réalisé par Skype le 27/04/2020

Durée : 10 min

- *Qu'est-ce que ça t'évoque l'art ?*

Euh ok... cette question est extrêmement large... euh... moi la première vision que j'ai de l'art c'est au travers de peintures, de sculptures, de l'art antico-classique ; maintenant il y a de

nouvelles formes d'art qu'on peut trouver au coin de la rue qui pour moi sont une forme d'évolution d'art en fait mais l'art premier comme je l'entends c'est par l'antique, le classique qui s'exprime dans la sculpture, dans la peinture, dans la littérature ou dans la musique. Et ensuite il y a toutes les évolutions de l'art au sein de ces propres centres d'art qui ont eux-mêmes évolués et d'autres formes qui sont agrégés comme le théâtre, le cinéma, la poésie... voilà ce que ça m'évoque.

- *Est-ce qu'en médecine ça te parle l'art ou pas ?*

Ça va d'abord me parler pour les premières formes d'art, l'anatomie des sculptures, les peintures classiques, les premières choses qui me viennent à l'esprit sont des peintres italiens qui sont inspirés de la Renaissance justement, de ces sculptures pour définir l'anatomie d'une manière extrêmement précise, voilà les premières choses que m'évoque l'art en médecine.

- *Est-ce que tu pratiques une activité artistique ?*

Il ne vaut mieux pas... [Rires]

- *Alors quel type d'art tu apprécies le plus ?*

Je pense que je suis plus particulièrement sensible à la peinture.

- *Est-ce que tu arriverais à décrire ce que tu ressens quand tu regardes une peinture ?*

Euh... oui... ce n'est pas simple encore une fois... mais ça m'est arrivé à quelque reprises... j'arrive plus à bouger si tu veux... je suis comme figé, stupéfait, et comme je sais que c'est des moments qui ne se répètent pas forcément au cours d'une vie, je suis figé de stupeur, je m'arrête et je profite.

- *Est-ce que tu as déjà proposé à des patients une activité artistique ou des séances d'art thérapie ?*

Non, parce que je n'avais simplement pas... quand tu prends en charge ton patient tu l'intègres dans les réseaux de soin que tu as de manière habituelle et jamais on ne m'a présenté personnellement un réseau d'art thérapie, je sais que dans le service de psychiatrie juste à côté

il y a de l'art thérapie et simplement je sais pas si c'est ouvert aux patients qui sont « non psychiatriques » donc c'est pour ça...

- *Question vaste encore... est-ce que toi tu te considères comme un médecin pratiquant l'art ?*

Euh à part l'art de la médecine [Rires] mais euh... non pas spécialement...

- *Et l'art de la médecine justement, ça te dit quelque chose ?*

Dans la mesure où on n'a pas l'impression de pratiquer une science, où on a l'impression que c'est euh... c'est une relation au patient que tu vas améliorer au fil du temps, au fil de ton expérience, on peut dire que ça c'est une forme d'art.

- *D'accord... et toujours au sens large, avec les différentes façons dont on en a parlé de l'art, est ce que tu penses que l'art doit avoir une place plus importante en médecine ?*

Euh je ne sais pas... [Rires] en fait je ne sais pas, c'est difficile, on a tous des sensibilités différentes et je ne suis pas certains qu'on arrive à trouver un terrain générique qui fasse qu'à la fois le soignant et le patient soient toujours automatiquement sur la même longueur d'onde, déjà sans l'art c'est compliqué alors si en plus on rajoute l'art... je pense que c'est un peu compliqué...

- *Du coup, toi tu ne te verrais pas utiliser l'outil artistique pour tes patients ?*

En dehors de leurs demandes je ne pense pas, mais c'est un petit peu comme le régime moi c'est des patients avec qui je me pose un petit peu plus ce genre de questions, si j'ai un rhumatisme ou une maladie chronique, je dois adapter mon régime alimentaire, si le patient n'est pas en surpoids ou obèse par ailleurs, je vais pas aller l'embêter avec un régime alimentaire mais s'il va me chercher sur ses questions-là en revanche j'essaie d'y répondre avec la meilleure honnêteté intellectuelle que je puisse lui donner, donc pour l'art j'aborderais la chose de cette même manière, c'est un peu comme les médecines alternatives et complémentaires je vais pas moi proposer au patient sauf si je sens qu'il peut être vraiment un profil très intéressé par ça, parce que d'une part je maîtrise pas cet aspect-là de la médecine, de même que l'art thérapie ou le côté purement nutrition, d'autre part parce que c'est un peu

compliqué de s'aventurer avec son patient qui n'est pas forcément demandeur dans des endroits où on sent que l'on a pas une maîtrise complète.

- *D'accord, oui... et sur les douleurs chroniques justement il y a des prises en charge alternatives que tu préconises ?*

Pour la prise en charge de douleurs chroniques c'est un petit peu compliqué, souvent j'adresse les patients en centre anti douleur mais c'est des délais d'attente qui sont extrêmement longs et la douleur chronique qu'on expérimente en rhumatologie en tout cas celle qui nous pose le plus problème c'est la différence entre un rhumatisme inflammatoire chronique et ce qu'on appelle fibromyalgie ; les essais les plus solides dans les prises en charge de la fibromyalgie montrent que c'est d'abord le maintien d'une activité physique ou la reprise d'une activité physique qui doit se faire de manière très progressive et également de manière saccadé, c'est la première étape de la prise en charge, donc ça j'ai aucun mal à le dire au patient en plus de les orienter vers des spécialistes de la douleur qui ont justement plus facilement la possibilité et les réseaux pour accéder aux médecines alternatives complémentaires, à l'art thérapie, à différentes thérapeutiques non médicamenteuses parce que les médicaments dans la prise en charge de la douleur chronique c'est peut-être ce qu'il y a de pire...

3.7. MOMENT 7

Interne en ORL

Activité hospitalière

Entretien réalisé par Skype le 09/05/2020

Durée : 24min

- *Pour toi, qu'est-ce que ça t'évoque l'art ?*

De façon pragmatique ? C'est-à-dire une discipline de l'art ?

- *En général... ce qui te vient à l'esprit...*

Je dirais que c'est une façon de contempler surtout, d'admirer quelque chose, de profiter, c'est surtout lié au plaisir... après moi je suis plus ou moins orientée... enfin plus ou moins imprégnée

vers certaines formes d'art par rapport à d'autres et je pense que, comme la plupart des gens de ma génération, au quotidien c'est plutôt la musique je pense qu'on reçoit le plus... et après je pense qu'en deuxième c'est la littérature qui me vient à l'esprit, ensuite ça va être l'art sous ses formes visuelles avec surtout le cinéma et après je suis un peu moins imprégnée d'art pictural parce que la peinture je la vois de temps en temps parce que je suis abonnée à un petit truc qui s'appelle Art types qui te présente une œuvre d'art sur ton téléphone et ça te la décrit... voilà... dans mon quotidien la présence de l'art je la décrirais comme ça, pour moi c'est juste une façon d'admirer.

- Est-ce qu'en médecine ça te parle l'art ou pas ?

Ben... ça m'a surprise quand tu m'as dit le sujet de ta thèse parce que c'est une association... dès que j'ai lu la phrase je me suis demandé dans quelle mesure je vais pouvoir dire que l'art fait partie de ma pratique médicale ? Est-ce que c'est l'art qu'on met au service du patient d'une façon ou d'une autre comme l'art thérapie ? Sauf que moi en ORL c'est pas une pratique que je peux proposer parce que je ne suis pas les patients pour ces problèmes là...

- Dans ta pratique tu n'as pas de maladies psychosomatiques par exemple qui pourrait ...

Ce qui me vient c'est les patients acouphéniques qui pourraient éventuellement... alors on fait pas intervenir l'art parce que le principe c'est surtout d'éviter le silence et de couvrir l'acouphène donc on va pas forcément leur dire « mettez une musique qui vous botte », on va leur dire « mettez un bruit blanc que vous téléchargez sur YouTube » mais ça reste je pense des profils chez qui on pourraient trouver une place pour l'art thérapie ou la musicothérapie au sens où ça va être quelque chose qui va distraire le patient et favoriser le phénomène d'habituation à l'acouphène en le mettant au second plan et concentrer son attention sur autre chose que son acouphène. Et sinon d'un point de vue inverse, l'art dans ma pratique médicale... par la musique ça va être juste le fait que quand on opère il y a pas mal de chirurgiens qui font ça avec un fond musical et c'est pas mal parce que ça permet de passer un bon moment tout en restant concentré sur ce qu'on est en train de faire. Quand c'est une musique assez neutre, et on peut voir qu'il y a des musiques qui sont plus zen que d'autres et que si la musique est bien choisie ça peut avoir un impact positif, parce que si on la connaît on va se sentir bien, on pense à quelque chose qui va être familier, on va avoir plus confiance en soi et si c'est une

musique avec la tonalité adaptée sur les émotions que ça communique, le rythme etc... je pense que ça peut être bien pour qu'on soit focus et dans une bonne disponibilité d'esprit, pour opérer sans être trop stressé...

- *C'est forcément des musiques douces ? relaxantes ?*

C'est selon le souhait du chirurgien, son humeur... du coup non... c'est personne-dépendante et ça peut être de tout... loin d'être que de la musique classique...

- *D'accord... Est-ce que toi tu pratiques une activité artistique ?*

Oui... au sens où je fais de la chorale je pense qu'on peut considérer le chant comme de l'art et puis un peu de piano et un peu de ukulélé des fois par contre je ne suis pas une dessinatrice et je crois pas pratiquer d'autres formes d'art. Enfin si, quand j'écris parfois, mais c'est de plus en plus rare mais ça peut arriver...

- *Est-ce que tu arriverais à décrire les effets que te font chacune de ces activités ?*

Alors... on va faire un par un parce que c'est différent... dans le chant c'est un peu différent du piano parce qu'on chante avec d'autres personnes alors du coup il y a un côté communion avec les autres et qui est très spécifique au chant choral. Après ce qui est appréciable c'est que c'est vraiment un moment pour soi, on pense plus à tous les soucis, on déconnecte complètement, et on est vraiment accaparé par ça... on pense à rien d'autre et on arrive, si on est bien habitué, à s'entendre chanter et à profiter de l'extérieur du résultat que ça produit et donc on est à la fois acteur et auditeur et du coup c'est très agréable. Le piano c'est pareil mais c'est plus personnel, il n'y a pas le côté partage et plaisir de partager ça avec d'autres du coup il y a un côté plus technique qui peut aussi être valorisant... de se voir cheminer, de se voir un peu se perfectionner, c'est bon pour l'estime de soi aussi, mais pareil il y a le côté où c'est un temps pour soi, où on fait rien d'autre... je trouve ça très appréciable. Et écrire c'est différent encore parce que il y a un contenu qui est plus intellectuel, ça peut être soit intellectuel quand le but est de faire passer un message soit ça va plus être de l'art en essayant de faire quelque chose d'assez poétique ou qui va avoir une belle sonorité. Je crois que c'est là où je peux créer quelque chose en écrivant et pas me contenter de jouer quelque chose que quelqu'un d'autre a écrit. C'est un des trucs que je préfère... c'est quand j'ai réussi à écrire quelque chose dont je suis contente et satisfaite et pour ça j'ai besoin d'être seule et au calme, ça arrive de moins en moins souvent mais c'est un des trucs où je vais... tant que n'ai pas fini ce que je voulais coucher

sur le papier, je vais penser qu'à ça et ça va un peu m'obstiner. C'est quelque chose d'un peu à part c'est peut-être ce qui est le plus prenant...

- *D'accord... très bien... on parlait de l'art thérapie, est ce que tu as eu des expériences même indirectement dans ce domaine ?*

Non aucune, je connais le nom et je devine le concept qu'il y a derrière mais je sais pas du tout comment ça se passe, à qui ça s'adresse et est ce qu'il y a de patients parmi ceux que je vois qui pourrait en profiter ? J'ai très peu d'informations...

- *Ce que je peux te dire c'est que ça entre dans le domaine de la psychothérapie, même s'il y a des associations qui se revendiquent ne pas être psychothérapeutiques parce qu'ils veulent être un soin de support à part entière. Après les indications sont très large, le domaine de l'ORL est un peu particulier, je ne pense pas que les patients qui ont des acouphènes soient mis dans les indications mais si le terrain favorisant est anxieux ou dépressif ça peut être envisageable... Question suivante... est-ce que toi tu te considères comme un médecin pratiquant l'art ? une sorte d'artiste en pratiquant la médecine ?*

Ah en pratiquant la médecine... alors moi à mon niveau d'interne non... mais quand je vois d'autres chirurgiens opérer je me dis que c'est des artistes ou des artisans... mais je me suis déjà faite cette réflexion d'autant qu'on a une spécialité assez manuelle et qu'en plus on a pas que des chirurgies fonctionnelles et où on peut toucher à l'esthétique et notamment il y a une chirurgienne qui fait ça, qui va recréer des oreilles, faire des otopoïèses ou des rhinopoïèse, ou faire juste une rhinoplastie et... j'aurais pu dire qu'il y a un petit côté artiste, il faut vraiment avoir une sensibilité où juste tu te fies à ton intuition : est-ce qu'en faisant ce relief là j'ai fait quelque chose qui va s'intégrer bien au nez de la personne, au visage global de la personne ? Il y a un côté vraiment esthétique où j'ai pu me dire en fait c'est un peu une artiste... et voilà, par contre sur un chirurgien qui va tailler son cartilage pour en faire un osselet, pour qu'il s'intègre dans l'oreille... Je me dis plus que ça a un côté artisan... C'est moins le côté artistique où tu te fies à ton intuition.

- *Et dans ta pratique ? Dans un cadre hors chirurgie ? est-ce que ça t'inspire ou pas ?*

Hmm... ce serait un peu prétentieux... [Rires] ...

- *Après tu vois quand j'ai commencé la thèse je me suis dit : est-ce que je suis légitime à parler d'art ? et en fait du coup j'ai décidé de m'abstraire du jugement, c'est vraiment plutôt le processus artistique, le processus créatif avec toute ses modalités qui m'intéresse plutôt que juger si c'est de l'art ou pas. Je ne pars pas de l'œuvre en elle-même, je pars de l'imagination, de la présence qu'il faut quand tu crées par exemple... ces choses-là et j'essaie d'oublier de me demander si c'est artistique ou pas...*

D'accord... je vois ce que tu veux dire... du coup oui vraiment in extenso, à titre très large on peut dire que quelque part on fait de l'art au sens où on essaye de suivre son intuition pour faire quelque chose qui corresponde à la vision des choses qu'on a et qu'on essaye de mener au mieux sans répondre à des règles, on ne suit pas forcément des protocoles ou des choses qu'on nous apprend, des fois on va essayer de faire ce qui nous paraît le mieux selon le plus beau ou plus adapté, selon ce qu'on pense nous et dans ce sens-là je peux dire qu'il y a un petit côté qui peut rejoindre le processus de l'art. Quand on s'éloigne de juste appliquer des protocoles ou des choses pré établies...

- *Oui... parce que la question derrière ça c'est... on disait avant avec Hippocrate que la médecine était un art, est-ce que c'est toujours d'actualité aujourd'hui ou pas finalement ?*

Ça tend à disparaître parfois derrière le côté médicolégal où on va tout protocoliser, mettre dans des cadres légaux pour que tout le monde fasse la même chose donc je dirais qu'on ne peut pas toujours le faire de façon « artistique ». Mais il y a certains chirurgiens qui sont plus affranchis de ça et qui vont plus faire ça comme un art effectivement et d'autres qui vont être plus protocolaires et se soumettre aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS).

- *Est que tu penses personnellement, soit par les activités artistiques ou par l'idée un peu plus générale de pratique « artistique », que l'art devrait avoir une place plus importante dans la médecine ?*

Euh... ce serait intéressant... après dans l'apprentissage ce serait un peu dur à mettre en place parce que par définition il me semble que le processus artistique est très personnel et que c'est difficile de l'apprendre au plus grand nombre... il faudrait peut-être que sur le terrain on nous apprennent... je sais pas... on pourrait juste penser à ce côté-là, qu'on nous rappelle qu'il y a

un côté qui peut relever effectivement de l'art et pas juste d'un apprentissage académique mais ça me paraît difficile dans le contexte de la faculté et des études... Il faudrait plus que ce soit dans ce cas-là un mentor dont on puisse prendre exemple, qu'on puisse observer la pratique et voir à quel point il peut faire appel à l'art et s'en inspirer...

- *C'est intéressant, c'est vrai ce que tu dis... je me suis faite aussi cette réflexion, dans la thèse je développe un peu sur l'imitation, le fait qu'on apprend plus en imitant les médecins qu'on voit travailler, plus qu'avec les théories et les méthodes...*

Oui... et l'inspiration... le terme rejoint le champ lexical de l'art, quand tu es inspiré par quelque chose...

- *Oui... La dernière question, je pense que je ne peux pas vraiment te la poser... quand je m'adresse à un médecin généraliste je lui demande s'il se verrait faire des séances d'art thérapie dans son cabinet, ça ne s'applique pas vraiment à toi mais... est ce que tu te verrais envoyer des patients chez l'art thérapeute ?*

Je pense oui, j'ai toujours tendance à penser qu'il y a une réponse qui va convenir au cas par cas pour chaque patient, je peux pas dire par exemple « vous, vous devez faire de l'hypnothérapie, c'est sur ça va marcher », je leur dis : « Pour votre maladie de Ménière, il faut que vous essayiez et que vous trouviez ce qui vous correspond le plus », il y en a, ça peut être la sophrologie, il y en a ça peut être l'hypnothérapie, d'autres l'acupuncture... bref, tout ce qui est dans le domaine paramédical, et jusque-là, j'avais pas pensé à inclure l'art thérapie parce que justement je n'ai aucune connaissance dessus mais pourquoi pas, je pense ça rejoint un peu l'hypnose finalement ou l'autohypnose et que ça peut avoir des voies un peu communes et je pense que ça pourrait être efficace chez certains patients au même titre que l'hypnose...

- *Sur quels aspects tu as l'impression que ça se rejoint ?*

Dans le sens, enfin moi de ma petite expérience d'autohypnose, parce que j'ai une copine qui s'est reconvertie en hypnose et qui m'avait convié à une session collective parce que j'étais curieuse de voir comment ça se passait et il y avait des exercices où on concentrait son attention sur sa main puis sur le décor en arrière-plan puis sur sa main et du coup l'idée sous-jacente c'était de faire pareil avec son acouphène qui peut être au premier plan comme au second plan parce qu'on va se concentrer sur autre chose et je pense que le patient, s'il est concentré sur ce qu'il est en train de produire, qu'il est vraiment absorbé par ça, il va mettre

au second plan le symptôme qui l'embête, une douleur, chez nous, un acouphène... Et c'est un peu un état d'hypnose finalement.

- *Je développe ça aussi dans la thèse...*

Ah ben voilà ! Tant mieux [Rires] ...

- *Du coup tu envoies des patients chez l'hypnothérapeute ?*

Euh je leur en parle mais la seule personne que je connaisse c'est cette personne mais qui est sur Marseille, je sais pas qui fait ça sur Lyon et nous-même on a pas une liste des hypnothérapeutes et les patients ils me disent « mais vous savez à qui je peux faire appel ? » et je leur dis « non... il faut que vous trouviez sur internet... » dommage... mais oui je leur parle de l'hypnothérapie... j'ai le retour seulement de cette personne, j'ai pas le retour de patients... mais elle dit qu'elle a eu un certain nombre de patients chez qui ça a été efficace dans les acouphènes, de même que chez les migraineux...

3.8. MOMENT 8

Neurophysiologiste, médecin, hypnothérapeute

Activité hospitalière

Entretien réalisé le 20/05/2020

Durée : 24 min

- *Qu'est-ce que ça évoque pour vous l'art ?*

Alors l'art c'est vraiment pour moi un moment de changement de monde, de monde intérieur... oui de monde intérieur avec quelque chose qui soit, est dans une temporalité ancienne par exemple ce qui concerne la musique, la musique ancienne, ou même le romantique ou n'importe, enfin... c'est un changement de monde dans lequel je me sens projeté dans mon imaginaire, par mon imaginaire qui me, qui... qui m'amène à être mieux, être plus... à sentir plus de lumière, à être détaché des difficultés ou des choses désagréables de la vie quotidienne et en ce qui concerne la musique, en particulier quand je joue de la musique c'est vraiment pour moi des moments de... comme si j'étais plus le même... c'est comme si je me retrouvais

moi-même dans la musique, dans mon instrument, d'ailleurs souvent je sens que je fais corps avec mon instrument, que je rentre dans mon instrument...

- *Vous faites du clavecin c'est ça ?*

Du clavecin oui et... c'est très frappant... et alors c'est très marrant parce que quand le monde fait irruption, quand je pense à quelque chose, quand je pense à un truc à faire ou à quelqu'un qui... le charme est rompu, c'est vraiment ça : le charme est rompu, c'est vraiment le mot... c'est de la magie quelque part, ça a un côté magique l'art pour moi enfin... voilà l'art c'est... en parler en terme d'objet théorique en fait ça n'amène pas grand-chose... pour moi en tout cas... oui parce qu'il faut bien appeler un truc... mais c'est pas important, ce qui est important c'est de le vivre profondément et par exemple comme je disais tout à l'heure le fait d'aller voir une peinture ou une sculpture c'est entrer dans l'esprit ou dans l'expérience de celui qui a peint ou qui a sculpté euh pour me faire un peu ... enfin dans la peinture comme dans la musique pour moi c'est un problème d'empathie, quelque part je sens que dans l'art le dispositif artistique dans lequel je suis à l'aise est un processus qui appelle à mon empathie, à ma sensibilité et je me sens enfin... j'ai vraiment... comme si ma peau devenait plus sensible, comme si mes oreilles devenaient plus sensibles... dans le moment où je suis dans la contemplation de l'art...

- *Votre corps ressent... l'art...*

Oui complètement, il y a une modification de monde et de corps, de corps dans le monde enfin... et alors bizarrement je ne suis pas très sensible à la danse mais par contre quand j'écoute de la musique à un concert tout mon corps est complètement... enfin on croit, on peut penser que dans la musique rythmique les gens bougent et que le gars qui écoute du Brahms il bouge pas, mais pas du tout, c'est juste que mes motoneurones sont inhibés et qu'il n'y a pas une activité musculaire mais au fond, tout en moi-même danse, bouge, fait de la musique, je vois des notes enfin c'est... c'est un monde qui se recrée...

- *Il y a d'autres art qui vous touchent ?*

Non pas vraiment... la musique, peinture, sculpture... théâtre pas tellement... j'aime pas tellement le théâtre... ou plus exactement j'aime le théâtre mais je suis malheureusement très énervé par les mises en scène débiles et le message qu'on veut faire dire à quelqu'un qui n'est plus là pour se défendre...

- *Hmm... D'accord... Vous jouez d'autres instruments à part le clavecin ?*

Alors j'ai joué de beaucoup d'instruments, j'ai joué de la flûte, du luth, de l'orgue, du piano...

- *Chaque instrument vous fait les mêmes effets ?*

Alors non... franchement non, alors bien sûr j'ai joué du clavecin plus longtemps que les autres instruments... j'ai deux instruments qui m'ont vraiment... c'est le clavecin et l'orgue... l'orgue dans une église ça entoure... ça... le clavecin c'est un peu ça... maintenant j'ai un bon clavecin, maintenant je rentre dans l'instrument, on ressent beaucoup de choses, depuis que je fais du clavecin, surtout maintenant que j'ai un très bel instrument, ça change tout...

- *En médecine est ce que ça vous parle l'art ou pas ?*

Alors oui j'ai toujours adoré les dessins d'anatomie que je trouve très artistiques en particulier ceux de la Renaissance avec Vésale et d'autres, j'ai toujours aimé cette présentation à la fois métaphorique du corps et en même temps qui en exprime la beauté intrinsèque donc pour moi là il y a quelque chose de l'art et d'ailleurs il y a quelque chose du monde parce que par exemple Vésale il parlait de la « fabrique du corps », et du coup c'est intéressant parce que déjà dans le monde de l'anatomie on est dans un monde artistique, profondément...

- *Maintenant encore ?*

Oui j'ai encore ce plaisir de regarder des planches anatomiques... sporadiquement enfin... et puis il y a quand même dans le geste chirurgical, que je ne pratique pas, il y a quelque chose qui relève vraiment... pour moi il n'y a pas de différence entre le fait de faire un très beau potentiel évoqué ou de faire une belle opération chirurgicale et le fait de faire un bel instrument de musique ou un beau tableau ou de bien jouer ou de faire... ah oui il y a un autre art dont j'ai pas parlé c'est l'art culinaire... et l'art culinaire pour moi c'est aussi quelque chose... où le monde des sensations gustatives et olfactives explosent littéralement, ce sont des expériences esthétiques aussi importantes, quand elles sont très bien réussies, que des très beaux concerts...

- *Ça n'utilise pas les mêmes sens mais...*

Non... et encore que c'est synesthésique en fait, il y a quelque chose dans la gastronomie... mais c'est pas forcément des choses qui sont dans des supers extras restaurants, même déjà réussir un bon plat qui soit gouteux, original, etc... pour moi c'est presque comme jouer un

morceau de musique... et au fond c'est comme s'il y avait un truc amodal c'est à dire non spécifiquement défini par l'ouïe, la vue etc... qui est amodal, qui relie toutes les sensations, qu'on appelle 6^{ème} sens chez Aristote, enfin au moyen âge et qui est toujours activé dans ces trucs-là, de la même manière...

- *Un fond commun...*

Un fond commun, une zone amodale...

- *D'accord... est ce que vous avez déjà proposé une activité artistique à un de vos patients ?*

Non jamais... Ah si si que je suis bête ! J'ai fait des ateliers d'écoute musicale avec mes patients, on avait même monté une chorale avec un copain et moi j'étais au piano et [Rires] et... oui oui oui ça marche très bien...

- *Quels ont été les résultats pour vos patients ?*

Ah, ça a été extraordinaire... c'était vraiment... J'ai fait ça trois ans et ils étaient heureux... ça leur faisait un bien fou, ils me disaient « ça fait mieux que les médicaments » ... c'était en psychiatrie... c'était un truc magique quoi...

- *Vous continuez maintenant ?*

Non non j'ai arrêté mais c'est une période qui pour moi reste assez magique en fait, d'avoir construit un atelier d'écoute musicale avec les morceaux que j'aime, d'avoir fait partager... c'est le partage qui a été vraiment intéressant... je leur ai montré ce que j'aimais et ils sont venus avec moi dans mon expérience au fond... et je leur ai créé une expérience et en fait il l'ont vécue avec moi, et ils en redemandaient en fait, il y avait quelque chose... chez des patients très psychotiques souvent, quelque chose de très profond, de très vrai, de très fort en fait...

- *Et l'expérience de la chorale ?*

L'expérience de la chorale c'était plus loufoque... parce qu'ils chantaient très très mal et très faux... un schizophrène chante faux... [Rires] mais c'était très sympa parce qu'on n'était pas très nombreux alors des fois il fallait que je me mette à faire la voix de basse alors que je suis ténor parce qu'à la basse ça déconnaît complètement... fallait que je me mette au piano ET

que je fasse la voix de basse... enfin c'était assez... [Rires] on était sept ou huit ou une dizaine des fois, c'était variable, mais on arrivait à faire de trucs polyphoniques quand même, avec trois voix...

- *Ça donnait de bons effets aussi ?*

Alors c'est plus difficile à évaluer... c'était moins régulier, c'était plus espacé mais bon c'était des moments passionnants, enfin agréables en tout cas...

- *Entre le chant et la musique, il y a des différences ?*

Oui c'est plus dur pour eux de chanter globalement, on n'était pas nombreux alors que dans l'écoute musicale dans la grande salle de Solaris avec 25-30 personnes, elle était remplie...

- *Est-ce que vous vous considérez comme un médecin pratiquant l'art ? ou dit autrement comme une sorte d'artiste en pratiquant la médecine ?*

Moi je pense que oui, dans le... enfin je pense que par exemple dans l'hypnose... ah oui je n'ai pas parlé de la littérature non plus... la littérature c'est un changement de monde aussi pour le coup... et oui comme moi aussi j'écris des nouvelles et j'ai toujours raconté des histoires à mes enfants quand ils étaient petits... oui bien sûr pour moi enfin faire une psychothérapie c'est artistique dans la... c'est comme... Oui... c'est comme faire un bel instrument, c'est du détail, c'est de la synthèse, c'est précis, c'est... oui oui... c'est de l'art...

- *Dans la littérature, vous êtes dans un autre monde aussi...*

Alors bon j'aime beaucoup la littérature policière ou d'espionnage ou un peu loufoque, un peu historique, alors c'est pas pareil, c'est pas la même chose, c'est plus distrayant, on change de monde forcément, c'est distrayant, c'est plus... mais même... je pourrais dire que la philosophie c'est de l'art, c'est les sensations de l'art... rencontrer un philosophe dans son esprit, dans sa pensée, ça revient en gros à être devant un magnifique tableau ou une magnifique musique, au fond il n'y a pas de différence pour moi entre lire un texte d'Heidegger et écouter une sonate de Brahms, le truc amodal là, dans les deux cas, il fonctionne pareil, de se dire : « il a pensé à un truc comme ça ! » ou « il a peint un truc comme ça ! » ou « il a écrit une musique comme ça ! »... Comment on fait ?

- Et alors comment vous faites pour être un artiste quand vous faites de la psychothérapie ?

Je m'autorise... je m'autorise à mettre toutes mes capacités personnelles sans aucune... dans une liberté... dans aucune technique spécifique, sans aller chercher des : « c'est pas comme ça qu'on fait » ou « c'est comme ça qu'on fait », on s'en fou, c'est la liberté, c'est l'intuition profonde, ah oui là où ça se rapproche avec l'art cette problématique de la médecine, de la chirurgie par exemple : « ah je sens qu'il faut pas que j'aie à couper là... », pareil dans la psychothérapie c'est tout dans l'intuition, la sensation de l'autre, dans l'empathie, de la même manière quelque part que les musiciens, quand on écoute un concert de clavecin, de piano ou de violon, n'importe... on rentre en empathie, en résonance avec lui, ben c'est pareil avec les malades en fait, à un moment donné on rentre en résonance, il y a des moments où c'est moins résonants que d'autres mais il y a des moments où c'est hallucinant de résonance et de proximité, où c'est tellement émouvant, tellement... et en soi même on est ému avec le malade, il y a ce genre de chose donc ça c'est... donc on est ému comme on est ému par une musique enfin... on est dans le même ordre... je veux dire, c'est pas les mêmes choses parce qu'il faut toujours séparer les trucs mais on est dans le même ordre de processus je pense... non pas de concepts mais d'expériences... où quelque chose nous pousse en dehors, dans un monde différent et par exemple en psychothérapie ce qui révèle prestement de la peinture, on voit le paysage euh mental de l'autre qui peut se peindre comme un paysage artistique au fond...

- Vous voyez les couleurs, les formes...

Ah oui, je vois ce que les gens racontent, et puis dans l'hypnose, je les amène dans des paysages que je crée, avec des personnages que je crée, des fois je les fais aller dans une forêt, il y a une source, il y a un magicien qui apparaît, je leur décris le magicien, je leur raconte une histoire mais c'est une histoire qui est la leur en même temps, qui est métaphorique...

- Les effets de l'hypnose sur la personne... ça permet d'éliminer un symptôme ou plus globalement... ?

Oui c'est plus profond, c'est à dire que comme le dit Jung ça ouvre la problématique de la pensée libre, de la pensée non réfléchie, libre, l'imaginaire et ça amène à trouver la solution à des problèmes qui n'en trouvaient pas de manière rationnelle, de manière réfléchie, de

manière organisée, parce que toujours l'inconscient, ou l'imaginaire plutôt, est toujours infiniment plus riche de ses solutions que la réflexion logique...

- *Est-ce vous pensez que l'art devrait avoir encore une plus grande place en médecine ?*

Je pense que oui, globalement je pense que oui, je suis toujours perplexe quand je vois les arts thérapeutes... je me demande toujours s'ils ont la profondeur nécessaire pour aborder le problème, j'ai même eu un stagiaire en art thérapie, qui était un très bon dessinateur... alors les fois où j'ai vu des gens qui étaient art thérapeutes etc... j'ai toujours une espèce d'insatisfaction parce que je me demande toujours s'ils ne font pas de la cuisine enfin s'ils ne suivent pas des protocoles alors que pour moi justement, ça devraient être absolument sans protocoles... mais on les forme comme ça, et du coup je suis très malheureux enfin, très mal à l'aise en tout cas, pas malheureux, avec l'idée que quelque part ils ont réifié des choses, alors que dans leur formation, après encore une fois on peut pas critiquer des personnes, l'intention est bien, souvent ils sont très chouettes et tout mais quelque part il y a une réification de l'art qu'ils utilisent comme un objet thérapeutique alors que à mon sens par exemple quand je faisais l'atelier d'écoute musicale c'était pas un objet thérapeutique pour moi, je partageais mon expérience, c'était phénoménologique fondamentalement...

- *Je vois ce que vous voulez dire... mais par exemple le stage d'art thérapie que j'ai fait, d'un weekend, ça se rapprochait quand même de ce que vous faites je trouve... c'était sur le modelage, on était en groupe, on était une quinzaine, la thérapeute donnait des petites indications pour modeler, par exemple il fallait modeler un personnage, après il fallait le mettre debout, lui changer sa position et entre chaque étape, on se mettait en cercle et on discutait sur sa création... alors moi j'étais un peu déstabilisée parce que je m'attendais pas du tout à ça, je pensais que c'était vraiment un truc théorique où on m'expliquait comment être art thérapeute donc bon... moi qui n'ai pas trop l'habitude de ça, je leur dit, il y avait des gens par contre qui était super à l'aise, on avait l'impression qu'ils faisaient ça très souvent, ils racontaient un peu leur vie, je me suis finalement un peu prise au jeu et du coup ça a permis des échanges avec les gens du groupe, c'était surtout ça qui était intéressant, les gens ils se reconnaissaient dans les créations des autres...*

Alors oui si ça génère ce genre de choses... je pense que globalement c'est ce qui se passe mais j'ai toujours ce petit doute, par exemple on est allé à un truc de musique et psychiatrie en suisse, on a présenté un truc, bon il y avait des arts thérapeutes, il y a de tout en fait... il y a des trucs extraordinaires, il y avait un quatuor par exemple qui avait appelé ça : le concert thérapeutique ou un truc comme ça et donc ils appelaient quelqu'un et lui demandaient d'écrire son problème actuel et ils décidaient à la fois d'improviser sur ce qu'il y avait écrit sur le papier et de jouer une musique thérapeutique, un quatuor de Bach, de Mozart, voilà ça c'était très sophistiqué, ils jouaient bien en plus les types... oui je pense qu'il y a un peu de tout, après tout... il faut aussi laisser les choses... il faut pas les critiquer trop non plus, je pense que chacun est dépendant de l'ambiance dans lequel il est etc...

- *Après c'est vrai que les livres que j'ai lu sur l'art thérapie bon... ça ne m'a pas apporté beaucoup...*

Oui c'est très théorique, ce n'est pas profond, après c'est comme tout, tu lirais des bouquins sur la musique, tu t'emmerdes quoi, les bouquins sur l'histoire de la musique c'est très bien, mais sur les théories de la musique, c'est pas rigolo, donc on est un peu dans cette logique-là, à un moment donné avec les théories on désincarne les choses...

- *Dans la thèse je dis que la pratique artistique peut être bien plus qu'un moment de distraction ou de divertissement mais...*

On est d'accord...

- *Oui, mais il faut que ça le reste quand même... sinon c'est plus du plaisir, on va perdre en « efficacité » ...*

Mais alors ce n'est pas des moments de distraction au sens...

- *Le truc c'est que pour avoir du plaisir il faut une certaine technique...*

Il faut vachement travailler...

- *C'est compliqué, et la musique a un fort pouvoir mais c'est aussi le plus compliqué à maîtriser... danser bon, tout le monde peut arriver à bouger son corps, le peinture on peut quand même tenter des choses mais en musique on peut difficilement tenter des trucs... et en plus ça dépend de l'instrument, le piano encore ça va, mais le violon...*

Même sur un clavier, avoir un joli son ça ne va pas de soi, les silences d'articulation, les liaisons, c'est compliqué...

- *Du coup la musique en pratique thérapeutique ce serait compliqué à mettre en place, c'est plutôt des écoutes « passives » qui peuvent être utiles...*

Oui parce que sinon les gens ils tapent sur des casseroles...

- *Même la peinture c'est compliqué, faire une harmonie avec les couleurs, les formes...*

J'ai visité la maison de Victor Hugo il y a 2 ans, j'étais en vacances avec ma femme et ma fille, parce que Victor Hugo avait une fille qui avait des troubles psychiatriques sévères du coup bon ils étaient partis de ça pour faire une exposition de dessins de psychotiques, de gens de psychiatrie, c'était très étonnant, c'était très fou par moments et en même temps c'était incroyablement beau quoi, et là c'était vraiment de l'art...

- *La peinture, alors que j'aime ça et que je m'y essaye un peu, c'est difficile parfois de rentrer dedans je trouve... comme je le dis dans la thèse la musique, comme il y a la durée de Bergson, ou la danse, c'est plus facile de rentrer dedans... une photo ou une peinture c'est plus compliqué...*

On est pris par le système muséal en fait, on passe de l'un à l'autre, il y a toujours des gens qui te passent devant parce qu'ils veulent photographier, ça parle... il faut aller dans des petits musées où il n'y a personne...

- *A Paris quand on est allé voir l'exposition de Toulouse Lautrec... il y avait un monde fou...*

Nous on était allé voir une exposition de Klimt au Grand Palais et très honnêtement on a rien vu de Klimt, on a attendu 1h30 dans le froid, tout ça pour être bousculé, je me suis dit que c'était terminé...

- *Pareil, on avait attendu 2 heures dans le froid pour finalement être déçus... en plus quand je vais au musée j'aime bien plutôt regarder les croquis, les choses où on voit vraiment les traits de crayon...*

Et là il n'y a personne... au Louvre par exemple les dessins du XVIIIème de jardins et compagnie, là c'est des salles immenses où on est deux quoi...

- *Bon... vous avez dit plein de choses... [Rires]*

Ben oui... parce que je l'ai fait, pour moi l'art c'est la pratique au fond aussi, donc... peut être plus que d'autres médecins...

3.9. MOMENT 9

Psychiatre

Activité libérale

Entretien réalisé le 09/06/2020

Durée : 31min

- *Qu'est-ce que ça t'évoque l'art en premier lieu ?*

Ah tu commences d'emblée ! [Rires]... Alors l'art... on peut faire loufoque, comme on veut, par association d'idées ?

- *Comme tu veux...*

Alors l'art pour moi c'est la liberté, la liberté de comment dire de... Déjà de lâcher prise, de laisser venir ce qui vient et de... mettre une technique, encore que la technique elle peut être approximative mais quand tu en as c'est pas mal, et de mettre cette technique au service de quelque chose qui va émerger dans le moment de création artistique par exemple, c'est vrai là je te parle de l'art plus comme une création en tout cas moi ce qui me plaît dans l'art c'est le moment où on crée et où il y a quelque chose de surprenant qui va venir et du coup va complètement métamorphoser ton idée de départ et qu'au final tu puisses créer quelque chose qui a un rapport mais qui ressemble pas vraiment à ce que tu avais en tête forcément au départ... Ça c'est plutôt dans le côté création artistique. Après l'art, y'a tout ce qu'il y a dans l'histoire, l'histoire de la peinture, l'histoire de la musique... tout ce qui se transmet, tout ce qui est de l'ordre de la transmission, l'art c'est un moyen de transmettre, même des choses qui sont pas de l'ordre du visible, quelque part on transmet au-delà du visible et au-delà du perçu et c'est des choses même immémoriales qui se transmettent de génération en génération, d'époque en époque, ça retrace l'histoire des hommes même mieux que les bouquins d'histoire... Et puis y'a le côté aussi dans « l'art de vivre », la manière de vivre, de vivre ta vie...

de vivre avec les autres, c'est une manière l'art, de s'exprimer, d'être et donc il y a aussi l'art d'une thérapie, un art scientifique, un art médical...

- *En médecine oui... ça te parle comment l'art en médecine ?*

Surtout ce qui est clinique, y'a une part d'art parce que justement y'a ce phénomène qui émerge dans une relation avec un patient, même quand on fait un geste parfois on se dit : « mais comment on a fait ce geste ? », on sait faire le geste, on a la technique mais des fois soit ça se passe pas bien, c'est un peu récalcitrant, je me souviens d'une ponction lombaire qui avait été épique et franchement c'était plus de l'art qu'autre chose quand la ponction lombaire a été réalisée [Rires], on se demande : comment on a fait ? c'était une patiente qui avait un dos en zigzag donc pour aller tanquer l'aiguille dans son dos et c'est pas moi qui l'ai faite c'est un collègue qui est maintenant chirurgien et je me souviens que... personne n'avait réussi à la faire et il a eu un moment un geste qui est allé où il fallait, comme il fallait, mais là du coup t'as pas de protocole... On lui a dit : « chapeau l'artiste ! » et ça lui reste... sa ponction lombaire, tout le monde s'en souviens ! Et après... ben y'a beaucoup de générosité dans l'art aussi, c'est quelque chose qui se donne et qui se reçoit aussi, qui se conçoit dans un tissu de relation assez complexe...

- *Toi, tu pratiques une activité artistique ?*

Alors oui... enfin... [Rires] j'ai fait de la musique pendant longtemps, dans mon enfance, j'ai fait de la flute traversière et du violoncelle, j'ai fait du théâtre aussi, j'ai fait du chant un petit peu, en chorale surtout, et puis je dessine un petit peu mais ça j'ai pas de technique, j'écris aussi parfois des poèmes, des nouvelles, voilà...

- *T'arriverais à décrire les effets que te procure chaque activité ? Est-ce c'est différent ? est-ce que ça te met dans le même état ?*

Alors c'est différent quand même... alors... d'autant que je m'en souviens, je pense que ce que je préfère c'est le chant, parce que le chant c'est dans le corps, j'ai pas besoin d'instrument, y'a pas de média, y'a pas de chose intermédiaire, et il faut dire que j'ai des facilités aussi alors comme je suis une grosse fainéante [Rires], alors le chant me va bien parce que j'ai pas besoin de technique et de travail pour me faire plaisir et pour avoir un résultat qui est chouette, c'est vraiment la liberté, la libération, le sentiment de respirer, de vraiment être en transe, c'est dans

le chant, d'ailleurs quand ça va pas trop et que j'ai pas le moral je me met à chanter, chez moi c'est radical, c'est mieux que n'importe quel anxiolytique...

- *Tu chantes en groupe aussi ?*

Je chantais en groupe oui, c'est un peu différent parce que t'as un temps de latence entre... y'a un long moment d'accordage, un moment de travail, de répétition et avant d'avoir vraiment l'osmose, ça prend un certain moment mais après du coup le plaisir est décuplé, quand ça fonctionne bien, quand le chœur prend, y'a un phénomène d'amplification qui est agréable, qui est même plus qu'agréable, qui est jouissif on peut le dire... après l'instrument c'est plus compliqué, la flute j'aimais beaucoup mais bon j'étais petite y'avait tout le côté apprentissage, un peu ardu de l'apprentissage de la musique mais j'avais la chance d'avoir un prof qui m'accompagnait au piano donc la y'avait le moment d'apprentissage et où on se faisait plaisir, quand le morceau commençait à rentrer et quand j'avais cet accompagnement, donc la musique au moment où... je la vois pas vraiment seule, c'est vraiment la partager, la jouer ensemble, si c'est pas ensemble, ça me plait moins, après j'ai eu des expériences dans l'orchestre où c'était pas terrible, où le chef n'était pas très sympathique, ça n'allait pas ensemble, y'avait pas une belle alchimie alors bon je m'ennuyais et ça me plaisait pas, j'y suis plus allée... Le violoncelle, bon... le violoncelle on me l'a un peu imposé donc je l'ai appris parce que j'étais docile, alors je me suis dit : pourquoi pas le violoncelle ? après tout on découvre... Le violoncelle il est un peu récalcitrant et puis j'avais pas un bel instrument alors j'ai pas vraiment pris de plaisir à jouer du violoncelle, hormis vers la fin... Mais c'est un instrument que j'ai pas bien apprivoisé... par contre j'adore en écouter... et puis globalement, je pense que je préfère même écouter de la musique que d'en jouer, y'a un art de l'écoute aussi, la musique c'est le côté transe, je l'ai même plus en écoutant qu'en jouant, parce qu'en jouant c'est vrai qu'il faut bien la maîtriser pour pouvoir avoir ce côté absorption dans la musique, qui dépasse un petit peu la technique, et ça c'est quand même incompressible, il faut quand même avoir de la technique... Après sur le côté de l'écriture, alors ça c'est difficile, enfin c'est se lancer d'abord c'est angoissant y'a un côté à un moment... S'y mettre... Y'a toujours un moment où je me dis : « il faut que j'écrive » et j'écris pas... c'est comme la thèse... [Rires] et quand ça vient, c'est pas que c'est moins angoissant, c'est qu'y a un truc qui appelle, des fois c'est comme une urgence, tu lâches des choses sur la papier, le truc c'est qu'il y a un moment où il faut que ça s'arrête parce que sinon la pensée va dans tous les sens, alors je suis obligée d'arrêter...

- De prendre du recul...

Ouais... et parce que j'arrête l'effervescence, c'est le moment où je me suis mise à fumer pendant la thèse... c'est le moment de l'écriture, justement le moment de la pause, faut couper un petit peu le comment dire... une forme d'excitation qui devient un moment fébrile, faut laisser et après on revient dessus et y'a des moments où je suis en plein dans un texte, y'a un moment qui peut être très angoissant, même dans le déroulé, et après quand ça s'est dépassé en général avec le texte dans son entier, y'a une forme de satisfaction en relisant, en peaufinant etc.. Y'a un côté viscéral à l'écriture qui est assez, qui est même assez douloureux presque, l'écriture dont j'ai besoin a quand même un côté astringent, un peu raide...

- C'est plus explicite aussi... On peut plus brutalement dire ce qu'on veut dire...

Oui c'est ça... et puis après y'a des drogues de transformation, après c'est ton style qui vient alors moi je sais que quand j'essaie de commencer un récit, très vite je m'ennuis dans le récit du coup après y'a des métamorphoses poétiques qui viennent dans un texte en prose ou qui était sensé être un déroulé un peu narratif et du coup ceux qui lisent mes textes disent que c'est un peu dense des fois, trop dense parce que y'a des contractions, comme le texte m'ennuie et que j'aime pas les ventres mous qu'il peut y avoir dans un texte, j'ai tendance à hyper condenser et à faire des figures métaphoriques et du coup c'est quelque chose qui est assez... Qui prend quoi... il vaut mieux que ce soit court et des fois ça dépend y'a des jours où y'a... par exemple si je discute avec quelqu'un dans la journée, par messages etc. en fonction de ce qu'on s'échange des fois y'a un poème qui vient à la fin de la journée, et là c'est pas du tout, c'est pas du tout le même genre de procédé c'est-à-dire que l'angoisse n'est pas là du tout, le poème vient parce qu'il doit venir, et là ça coule de source, des fois il en vient un, deux, trois... après j'arrête... voilà et la peinture, je m'y met de temps en temps, là je commence à peine mais c'est vrai que dans la peinture il y a une absorption qui te met complètement dans ta bulle et hors du monde c'est vraiment spécifique, ça arrête le temps, et puis des fois tu te dis : « bon la journée est passée, j'ai passé tout ce temps... », le résultat des fois... t'es pas trop content... tu te dis...

- Tout ce temps pour ça ! [Rires]

Mais bon, y'a une absorption ...

- Tu parlais du théâtre aussi...

Ah oui le théâtre c'est... j'en ai pas fait très longtemps, j'en ai fait au lycée, sur les trois ans du lycée mais l'expérience du théâtre, on en parlait avec une patiente justement, j'étais tout à fait d'accord avec elle, c'est être sincère dans le mensonge que tu vas servir [Rires] et la mise en jeu, le côté jeu, le côté euh... il y a à la fois du vrai et du faux, c'est très intéressant au théâtre et bizarrement c'est là où quelque part il y a une incarnation et une incorporation qui est vraiment nécessaire et si tu l'as pas tu joues faux sauf que pour moi ça se fait pas pendant les répétitions, pendant les répétitions je suis très mauvaise, je passe un an ou deux où bon il y a rien qui se passe, et le jour de la représentation ou des représentations y'a quelque chose qui se transcende en fait c'est comme si l'évènement de la pièce était vraiment un évènement vécu, et il est vécu d'ailleurs sur l'espace de la scène et du coup se défaire.. D'ailleurs souvent quand j'ai joué une pièce, on m'appelait longtemps, les personnes du public que je connaissais m'appelait longtemps du nom du personnage donc pour sortir du personnage... Iphigénie elle m'a suivie pendant trois ans... [Rires] après la pièce... « Hé Iphigénie ! Bon... oui... j'ai un peu enlevé le costume tout ça... », y'a quelque chose qui te colle à la peau, et en même temps c'est qu'une pièce et c'est factice... c'est des expériences... et puis le trac d'avant c'est génial et puis... t'es avec... pareil... ça se joue en troupe... tout le temps de préparation sur les costumes, sur la mise en scène, tout change en fonction du metteur en scène, tout change en fonction des éclairages, de la musique que tu rajoute, de l'ambiance, c'est vraiment une atmosphère particulière, d'ailleurs le théâtre si y'a pas la bonne atmosphère c'est raté quoi... ça compte beaucoup...

- Est-ce que tu as déjà adressé des patients à des séances d'art thérapie ? Ou...

Ouais... c'est un patient qui m'a demandé de l'adresser à son ami art thérapeute... que je lui fasse un petit programme et du coup c'était intéressant parce que c'était : qu'est-ce que tu vas mettre comme objectif dans une séance d'art-thérapie surtout quand tu sais pas en quoi consiste précisément l'art thérapie... du coup de ce que ça pourrait apporter et je crois que, je sais plus ce que j'avais mis... ah oui c'était axé sur justement, sur regarder qu'est ce qui peut se transformer dans l'histoire de la personne par le biais de ce qu'elle va créer en fait et comment la création artistique va permettre de recréer son monde mental et du coup ça avait été... parce que en fait tu as une activité cathartique à un moment donné, lui c'était par le dessin et la peinture et il avait fait à un moment donné un visage assez.. bon assez violent, c'était des émotions assez violentes mais après ce tableau il avait, en séance d'EMDR j'avais

vu des métamorphoses et des reconfigurations de son psychisme, et du traumatisme qui était actif à ce moment-là... c'était au cabinet et je crois qu'à l'hôpital, à Montperrin on avait « 3bisf » qui est une association d'artistes qui venaient à l'intérieur de l'hôpital et ça marchait très bien, alors comment ? je sais pas vraiment parce que j'avais pas le temps d'y aller mais en tout cas y'avait une atmosphère différente à Montperrin par rapport aux autres hôpitaux de périphérie où j'ai pu aller du fait de l'installation de cette troupe d'artiste, ils proposaient, y'avait tout ce qui était sociothérapie où ils faisaient des activités comme dans les hôpitaux, mais là ils faisaient leur spectacle parfois, ils faisaient participer les patients, parfois les patients étaient seulement public mais y'avait ce côté vraiment qui était pas vraiment de l'art-thérapie mais de l'art à l'intérieur de l'hôpital, dans le vie de l'hôpital et ça c'était bien...

- *Toi tu penses que l'art devrait avoir une place plus importante dans la médecine ?*

Et oui...

- *Sous quelle forme tu pourrais l'envisager ? Comme l'art-thérapie qui existe ou sous une autre forme ?*

Alors l'art-thérapie exactement ce que c'est je ne sais pas, mais en tout cas pour voir... enfin avec les ateliers d'écoute musicale, enfin avec Jean on travaille la dessus et rien que le fait de proposer, parce que le concept de l'écoute musicale : on vient écouter de la musique et on laisse de côté tout le reste c'est à dire les patients viennent mais ils sont pas considérés comme des malades, à ce moment-là, dans le groupe on parle jamais des symptômes, de leur maladie, on parle pas des problèmes qu'ils peuvent avoir à la maison, des problèmes sociaux, c'est vraiment un moment bulle en fait où on essaye de mettre de côté tout ce qui est, tout ce qu'on vit au quotidien et franchement pour l'avoir testé deux-trois fois, quand on fait des conférences, il se passe vraiment quelque chose de très intéressant au niveau de la matrice intersubjective et du coup ça apaise, ça crée.. Les patient disaient que c'était mieux que des anxiolytiques et que ça durait plus longtemps... mais je pense que l'effet de l'apaisement, vu qu'on allait pas traiter une angoisse, on allait développer des ressources positives en fait, on sort du chemin de la pathologie et du coup ça fait du bien, donc mettre cette forme par exemple après on pourrait faire la même chose en faisant de l'art c'est à dire en disant : on va peindre, on va écrire sans forcément se raccrocher... sans que ce soit dit que c'est thérapeutique en soi je pense que ça il faudrait regarder ce que ça peut faire...

- *J'avais assisté à un stage d'art thérapie avec du modelage, c'était un stage d'initiation où on nous mettait dans la position de personnes venant consulter l'art thérapeute, ça se rapprochait de ce que Jean me racontait, de ce que tu me racontes toi sur les ateliers d'écoute musicale après c'est vrai qu'avec des patients ils s'attachent quand même aux symptômes, à modifier les représentations, les images qu'ont les patients.... De ce que j'ai lu dessus, c'est porté sur la thérapeutique.*

Après de toute façon je me souviens qu'un jour, c'était juste avant la thèse, j'étais en galère parce que le master se passait pas bien, le moment où j'ai rencontré Jean et Naudin par la même occasion, c'était mon gros moment de révolte en psychiatrie et j'étais aussi allée au séminaire de phénoménologie mais j'étais arrivée au dernier de l'été donc bon... et je sais plus à un moment donné on sort de la salle Panoramique là et il restait plus que Jean et Naudin et je leur sort comme ça : « mais de toute façon, ce bâtiment et la psychiatrie, elle part en sucette parce que y'a pas assez de poésie... » et ça je l'ai dit comme ça mais je me suis dit en fait c'est vraiment ça qui manque c'est le côté poétique au sens de ce qui va naître, de ce qui va être généré, sans l'art et sans quelque chose de l'ordre de la poésie je pense que les institutions s'effondrent sur elle-même parce qu'on rentre dans des automatismes, dans des choses mortifères, alors que le côté artistique, et le côté poétique il te tire toujours du quotidien toujours pareil, du côté machinal, à chaque fois, ce sont des bulles d'airs, et à mon avis c'est plus que nécessaire de mettre de l'art dans les institutions...

- *Tu te verrais intégrer... enfin tu le fais déjà un peu... mais tu te verrais intégrer des séances « d'art-thérapie » à ta pratique ?*

Oh oui... là pour mes patients je me pose la question mais pour l'instant j'ai pas vraiment le cadre, le lieu qui peut vraiment mais oui, et puis je sens qu'y a un appel des gens à aller vers des processus de création, de se retrouver ensemble pour le faire, je pense que c'est ce qui manque un petit peu à mon activité pour l'instant...

- *C'est vrai que trouver le cadre, même dans ma thèse, c'est compliqué... d'essayer de sortir du cadre tout en essayant de le réimaginer un peu quand même parce que sinon c'est trop flou, on arrive pas à se voir dedans quoi...*

C'est ça, après ça pose la question aussi de comment tu le fais ? parce que si t'es tout seul dans ton cabinet t'as quand même un cadre à respecter, qui est important parce que t'es tout le

temps seule avec tes patients, et tu les vois... en plus bon moi en libéral, j'ai pas des patients psychotiques comme on a à l'hôpital donc la relation prend des formes... de pas glisser vers quelque chose de plus amical etc... ça peut parfois être tangent etc. et puis ça pose aussi le problème du secret médical donc si tu sors de ton cadre strictement thérapeutique... Que tu ouvres en groupe, la transition il faut la réfléchir parce que même si on parle pas des problématiques personnels, que tu te retrouves en groupe et que tu fais une activité, que tu te met à créer, et en plus le but c'est quand même qu'il y ait des choses qui viennent même si c'est pas thérapeutique en soi, où on parle de ses problématiques... donc voilà il faut bien définir les cadres je pense et peut être ne pas le faire seul, c'est bien d'être à deux, un peu comme quand on fait des thérapies familiales parce que comme on va être une matrice plus élargie c'est bien si y'en a un qui se met un peu en retrait, en mode observateur désintéressé pour voir un peu aussi ce qui se passe dans les interstices de ces groupes et ce qui se passe dans la matrice quand l'autre anime un peu plus, si on est seul à porter ça dans un groupe ou ça peut être un peu compliqué..

- *J'ai l'impression que c'est avec notre position de médecin aussi qu'on ne se sent pas à l'aise avec ça... parce que les art-thérapeutes le font mais nous on se sent pas vraiment légitime à faire ça...*

Parce je pense que ça dépasse le cadre, ça le décale donc ce que tu vas avoir dans une relation où on va commencer... à... peut être... on ne va pas sur le même... et encore que...

- *Encore que... par exemple sur l'hypnothérapie... on se décale aussi, non ? Est-ce que ça ne peut pas se caler avec l'hypnose ?*

Disons que je pense c'est une question de temps, quel temps tu mets ? par exemple je vois avec mes patients je fais rarement des entretiens expérientiels alors que je vois... je le fais pas de manière formalisée, je suis toujours en mode explicitant mais j'ai rarement pris la feuille et dis « allez on va expliciter votre expérience » mais je pense que c'est peut-être le même blocage, peut être que ce qu'il y a, par rapport à proposer par exemple de faire une activité artistique ensemble sur une consultation, parce que ça nécessite au moins une heure de temps que tu n'as pas en consultation habituel, même en psy, parce que honnêtement les séances d'EMDR et les séances d'hypnose sont des séances quasi artistique, il se passe des choses qui nécessitent un vrai accordage comme en musique, où il se passe des choses inattendues et où

finalement le patient il crée quelque chose, il crée quelque chose d'invisible mais il le crée... Après il faut voir si le support vient pas gêner, ou comment il est intégré, si tu mets un support, si tu commences à mettre de la musique, c'est déjà un média donc mais c'est intéressant parce que c'est un espace en plus, tiers que tu ouvres mais cet espace tiers on peut pas le laisser, par exemple finir une séance c'est pas la même chose que de finir une séance à peu près cadrée dont tu as l'habitude, on peut pas le laisser en plan, bon après évidemment le travail... c'est un peu comme en hypnose ça se continue entre les séances etc. mais je pense que ça change complètement le mode d'accueil et le mode de fonctionnement...

- *Voir comment faire, ça reste compliqué, en tout cas les médecins que j'ai interrogés avaient aussi du mal à voir comment faire, même pour moi qui fait la thèse dessus, ça reste compliqué...*

Parce que je pense que y'a un glissement vers l'intime... parce que globalement l'activité artistique tu la partages mais dans un contexte soit intime avec des gens que t'aimes bien soit avec des gens qui pratiquent le même art que toi, ce qui est pas évident si tu le proposes dans une consultation, ça dépend aussi des goûts des personnes, on va gratter hors cadre, le cadre qui peut être implicite et très souple de la relation thérapeutique mais y'a peut-être ça, j'y ai pas vraiment réfléchi mais y'a peut-être une transgression du cadre quand même, et le cadre il garde, le mot cadre n'est pas vraiment, mais disons que, c'est vrai qu'il y a une forme de réticence mais je sais pas exactement où elle est en fait... [Silence]

- *Je sais pas non plus... enfin... par exemple pour l'hypnose même si c'est encore... y'a quand même une certaine reconnaissance, ça rentre dans un protocole de soin...*

Oui et mine de rien, on est toujours en retrait de l'égo dans la relation thérapeutique, on se met en retrait je veux dire, quand on confie quelque chose c'est rarement quelque chose de très personnel, même si des fois on revient sur des expériences qu'on a pu avoir, pour s'accorder aussi, parce qu'on n'est pas indifférent mais enfin on le fait avec... y'a toujours cette distance qui est la distance thérapeutique, si on partage une activité artistique, cette distance tu l'as plus et puis ton rôle de thérapeute il se modifie complètement, alors dans l'EMDR et dans l'hypnose, on a beau s'accorder, ça se passe dans la relation etc., n'empêche que c'est la problématique du patient qui est mise, c'est pas la tienne, moi je sais que ça résonne de temps en temps avec mes problématiques personnelles mais je le dis pas...

- *Et est-ce qu'on ne pourrait pas faire pareil avec l'art ? Ça limite le partage mais...*

Après par contre j'ai des patients qui sont artistes et je vois au fur et à mesure du temps ils commencent à m'amener leur créations ou à me les offrir, c'est des patients que je connais depuis un an ou deux déjà, y'a ce côté, c'est vrai que c'est des patientes avec qui j'ai pas la même relation qu'avec les autres, y'a quelque chose en plus, ça déborde, on irait pas boire un café, je pense que tout le monde aurait envie mais on peut pas sinon j'arrête d'être la thérapeute mais c'est une relation qui tend quand même vers une relation qui serait de l'ordre.. D'ailleurs y'en a souvent qui me disent : « on devrait être copines », après on sait qu'on ne peut pas mais c'est dans la tête, ça flotte dans l'atmosphère de la relation quand même, pour toutes celles avec qui j'ai un partage autour de ça et avec qui on parle beaucoup d'art, y'a quand même cette dimension un peu différente...

- *On peut pas faire ça avec tout le monde...*

C'est vraiment au feeling, y'a pas trop de règles, c'est la forme de la relation qui va t'amener à aller vers ces sujets, ou même après vraiment d'échanger, au sens à échanger des objets ou des choses comme ça... mais bon avec ces patientes si on se mettait à peindre ensemble, je pense que ce serait clair qu'après on serait copines... [Rires] Que ça se fasse au cabinet ou dans un lieu dédié... après est-ce que ça a du sens de garder une distance ? tu vois, ça pose la question, ça reste entièrement... mais c'est passionnant cette problématique...

3.10. MOMENT 10

Interne en médecine générale

Entretien réalisé par Skype le 01/07/2020

Durée : 25 min

- *Pour toi, qu'est que c'est l'art ? Qu'est-ce que ça t'évoque en premier ?*

[Silence] euh tu commences... euh... Qu'est-ce que ça m'évoque l'art en premier ? y'a une part d'esthétique je dirais, qui est très importante pour moi dans l'art, y'a une part d'implication personnelle, on peut pas faire d'art, on peut pas produire quelque chose d'artistique si on y

met un petit peu d'émotions, de sentiments, notre vécu... ce qui va changer peut être si on parle d'un art matériel, la différence entre de l'art et un meuble simple par exemple... Voilà...

- *D'accord... en médecine est ce que ça te parle l'art ou pas ?*

Euh... est ce ça me parle ? y'a une notion de savoir-faire et je pense que ce que je rapporte à l'art dans la médecine, quand je te disais d'y mettre... je le rapprocherais de l'empathie, alors c'est pas la même chose que le fait de produire quelque chose de personnel, de mettre un peu de soi dans une œuvre d'art mais je pense que le fait d'avoir cette habitude de s'ouvrir via une production artistique aide à avoir une ouverture par rapport à un patient, c'est plus ça, c'est plus le côté unique aussi... Ah c'est dur ! [Rires] Le côté unique d'une consultation, on ne reproduit pas quelque chose comme dans beaucoup d'autres métiers et comme tu peux pas reproduire une œuvre d'art de manière systématique...

- *Tu pratiques une activité artistique ?*

Alors depuis que je suis en médecine beaucoup moins mais à la base je suis flutiste... et c'est probablement mon seul gros penchant artistique...

- *Tu n'as pas d'affection pour d'autres activités artistiques ?*

Non, ce n'est pas que j'ai pas d'affection mais je n'ai pas de prédisposition personnelle, [rires] ma pratique artistique c'est essentiellement la musique, tout ce qui est dessin par exemple j'ai jamais été très doué là-dedans...

- *Est-ce que tu arriverais à décrire les effets que ça te procure de jouer de la flute ?*

Euh... [rires]

- *Dans quel état tu te trouves quand tu joues ?*

Euh... quand je joue de la flute et pas quand je travaille un morceau, je pense qu'il y a deux parties différentes en musique, quand je travaille un morceau je suis quand même plus concentrée sur tout ce qui est technique même si ce que je ressens quand je joue le morceau, je commence à le pressentir quand je travaille un morceau mais quand je joue de la flute je dirais que ça a un côté à la fois apaisant et exaltant, je sais pas si [Rires]... si je prends ma flute après une journée je vais me vider la tête de tout autre chose, ça veut pas dire que ça va être reposant par contre, une fois que j'ai jouée de la flute je vais être bien fatigué, par contre je

vais déjà être plus à l'écoute je pense de mon corps, on a un instrument quand même avec la colonne d'air, avec laquelle on doit faire attention, même si quand je joue un morceau c'est pas que je fais attention à bien reproduire ce qu'on m'a dit pour avoir un beau souffle mais ce côté-là reste quand même, sur le fait d'être plus à l'écoute de son corps et en même temps de lâcher prise sur les problèmes quotidiens. Et exaltant dans le sens où le fait de mettre de ses émotions qui sont en lien avec ce que je joue et de son vécu et d'une partie très personnelle ça fait ressentir ces mêmes émotions très différentes, beaucoup plus intense d'une certaine manière et en même temps beaucoup plus libre... [rires] je sais pas si c'est clair ce que je raconte...

- *Si si ! Est-ce que tu as déjà proposé une activité artistique ou une thérapie par l'art à tes patients ?*

Alors moi personnellement, leur proposait... je vais leur en avoir parlé, plus chez des patients qui ont... beaucoup chez les enfants, chez des enfants qui par exemple vont bien aimé dessiné, qui commencent à avoir une approche comme ça, ou chez les enfants qui sont musiciens, je vais essayer de leur conseiller mais c'est plus comme tu peux proposer, comment dire... c'est plus comme je pourrais conseillé à des patients de faire du sport, tu vois je vais pas leur dire : « faites ça parce que ça va vous apporter ça » mais c'est vrai que chez les enfants qui sont un peu comment dire... l'exemple que j'avais c'était un enfant qu'on arrivaient pas à canaliser et qui du coup même parfois pouvait... alors c'est pas un TDAH, en tout cas pas diagnostiqué, mais qui avait du mal à être canaliser, à se concentrer et en même temps qui aimait bien quand tu lui proposais le dessin, et du coup je disais à la maman : « essayez de lui proposer, c'est quelque chose qui lui plait » mais sans forcément...

- *Tu as eu des retours ?*

Non, c'est un patient que j'ai pas eu l'occasion de revoir... Après voilà... finalement l'approche que j'ai avec l'artistique c'est surtout avec la musique... Après j'essaye d'en parler un peu, mais je trouve ça difficile même en dehors de la musique, surtout chez les adultes je trouve ça difficile d'initier, sachant que c'est quelque chose de chronophage et en plus à mon sens à moins d'avoir un talent inné on en retient un bénéfice qu'après un investissement personnel énorme, du coup chez l'adulte je trouve difficile de produire quelque chose d'artistique, après les bienfaits de la musique je crois que je n'ai pas besoin d'en parler... [Rires]

- Des expériences avec l'art-thérapie ou avec des art thérapeutes, est ce que tu en as eu ?

En direct ?

- Directs ou indirects...

Euh j'en ai eu deux, la première fois que j'en ai entendu parler je n'étais même pas encore en médecine et en fait c'était au conservatoire où on avait un séminaire et y'avait quelqu'un qui expliquait, c'était une musicothérapeute qui expliquait son métier que je ne connaissais pas du tout avant ça, j'avais trouvé ça très intéressant. Et l'autre expérience que j'ai eue, plutôt indirecte, j'ai eu des bribes de séances avec des patients, c'était en stage d'externat, j'étais au Vinatier qui est l'hôpital psychiatrique à Lyon et du coup on avait des patients chroniques, beaucoup de bipolaires, de schizophrènes et en fait on leur proposait des séances d'art-thérapie, où là c'était plus eux qui produisaient quelque chose, beaucoup moins accès sur la musique, sur l'art plastique plutôt... Donc voilà je n'ai pas trop pu assister mais j'ai pu voir des effets bénéfiques avant/après...

- Quoi par exemple ?

Euh... Alors avant/après c'est pas aussi blanc ou noir mais en tout cas c'était des patients qui étaient, alors qui n'étaient pas apathiques... surtout chez les schizophrènes, ils étaient institutionnalisés, y'en avait qui étaient là depuis 1 an tu vois, c'était vraiment du long séjour, c'était leur rare centre d'intérêt sur lequel ils arrivaient à avoir un discours orienté, enfin logique et tu ressentais que ça leur faisait du bien... ça les apaisait dans leur délire... euh...

- Sur les interactions, tu as vu quelque chose ?

Alors les interactions, je pense que pour eux de ce qu'ils en ressortait déjà ça faisait un lien avec le monde réel, parce que c'était des patients très délirant, c'est comme ça que je les voyais en tout cas, ça faisait un lien avec le monde réel, le fait de produire quelque chose de concret, et surtout ça leur permettait je pense, après c'est peut-être moi qui extrapole, mais je pense que ça leur permettait pas une voie de communication avec autrui parce que très clairement ils parlaient pas de ce qu'ils produisaient mais ça leur permettait d'exprimer des choses, des tensions internes, ça leur permettait d'extérioriser de manière non verbale et

non violente quelque chose qui pour nous semble « bateau » mais pour eux c'était pas évident de pouvoir extérioriser ça...

- *Je vois... tu m'as déjà un peu répondu mais est ce que t'as l'impression en étant médecin d'être un petit peu une sorte d'artiste en pratiquant la médecine ? Tu as parlé de l'empathie déjà...*

Je pense pas qu'en étant médecin on est artiste en tout cas avec... [silence] je réfléchis... je pense que le fait d'avoir pratiqué la musique, autant au niveau personnel que quand j'ai joué en concert devant des gens, tu ressens des choses qui sont complètement, enfin qui sont pas complètement différentes, c'est encore des sensations... enfin y'a un partage de ce que tu ressens, c'est très fort, c'est vrai que par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure, quand tu joues avec un public y'a une connexion, y'a un partage qui change encore un petit peu la donne, le fait d'avoir pratiqué la flûte, le fait d'avoir été musicienne m'aide au quotidien dans ma pratique médicale après est ce que... ? Je pense qu'on peut ressentir à certaines consultations, à un certain moment y'a un contact particulier avec les patients, qu'avec certaines pathologies, on peut s'en rapprocher... Après j'arrive pas à mêler complètement les deux, en tout cas c'est sûr que les deux sont liés mais est ce que l'un et l'autre sont la même chose... se superposent ouais... y'a trop de choses... à la rigueur... je joues sur les mots peut être... mais je pense que le soin ça peut être un art mais que la médecine n'en est pas un...

- *Qu'est est ce que tu fais comme différence entre les deux ?*

Euh... parce que le fait d'être médecin y'a le contact, y'a la clinique, y'a toute la partie technique aussi et la partie médicamenteuse où aujourd'hui c'est quand même assez rare que tu dises : « je vais mettre un petit peu de ceci, un peu de cela ! » Après dans le soin, j'y met plus le soin quoi, l'attention la personne, y'a un côté aussi dans le soin j'enlève toute cette partie technique, au niveau ... ? mais quand même très médicamenteuse... je ne sais pas...

- *Personnellement tu penses que l'art devrait avoir une place plus importante en médecine ou pas ?*

Tout dépend de ce que tu attends par art...

- *Si tu le souhaites en tout cas, comment tu l'envisagerais toi ? Si jamais, tu penses que ça devrait avoir une place plus importante...*

Je pense que le contact avec le monde artistique est pas assez valorisé, enfin les bienfaits, le contact... je pense que l'utilisation de l'art comme thérapie devrait être plus... je ne trouve pas mes mots je suis désolé, après une journée de travail [rires]

- *Aucun souci t'inquiète pas, devrait être plus utilisé oui...*

Et après ma vision du processus artistique dans le soin à la personne, dans l'adaptation de la consultation enfin, c'est pas vraiment l'art, mais c'est comme je te disais, une œuvre d'art elle peut pas être reproduite plusieurs fois d'affilé et je pense que cette notion dans la médecine devrait être plus valorisé, l'individu devrait être plus valorisé et là où on pourra avoir un processus artistique se serait plus dans l'art de la consultation que dans l'art de la médecine, dans l'art de mener une consultation, d'amener ton patient, qui sera différent à chaque fois, à être à l'aise, à trouver les mots, c'est pas qu'ils veulent pas, des fois ils veulent pas te dire mais des fois ils veulent te dire mais c'est dur d'exprimer certaines choses, l'art je pense que c'est quelque chose où on pourrait... ce côté-là de la médecine on pourrait peut-être faire quelque chose d'artistique...

- *C'est pour ça d'ailleurs que mon titre c'est l'apport de l'art dans nos pratiques médicales et pas en médecine...*

Oui, je dirais qu'il pourrait y avoir l'art de la consultation, autant du contact que tu vas avoir avec chaque patient, de ce que tu vas y mettre, de cette partie empathique même si ce n'est pas la même chose que quand tu joues de la musique, mais de ce que tu vas y mettre de ton personnel, parce que t'en met forcément, de ce que ton patient en face va mettre, et du côté manuel de la clinique, non pas savoir toucher au bon endroit mais de savoir toucher de la bonne manière je dirais, et je pense que c'est quelque chose, par exemple moi j'ai eu un peu de contact avec la médecine chinoise, je pense que c'est quelque chose qu'on ressent beaucoup plus dans ces médecines traditionnelles dans lesquelles je crois un petit peu... et je pense que ce côté-là, l'un ne se substitue pas à l'autre, je suis fière de la médecine qu'on pratique aujourd'hui aussi, mais que ce côté-là... c'est ce côté que je dirais artistique dans la médecine qui devrait être valorisé...

- *Tu te verrais toi réaliser des séances « d'art-thérapies », dans ton cabinet futur ?*

Oui... après tout dépend de ce que tu entends par art-thérapie, en tout cas sensibiliser mes patients... que ce soit une séance ou une consultation dans laquelle tu lui montres... oui oui bien sur après... si si je ne sais pas pourquoi j'hésite...

3.11. MOMENT 11

Psychiatre

Activité hospitalière

Entretien réalisé le 03/07/2020

Durée : 10 min

- *Quand on te parle d'art, qu'est-ce que ça t'évoque en premier ?*

La discipline artistique que ce soit le dessin, la peinture, la musique, voilà c'est surtout ça.

- *En médecine, ça te parle de quoi l'art ?*

Alors, soit moi j'aurais tendance à voir le côté art dans le cadre des activités thérapeutiques mais sinon on a eu dans nos études, on a eu l'art de la médecine et l'art de pratiquer la médecine dans le sens où il y a une certaine façon de faire qui n'est pas comme d'autres disciplines...

- *Tu pratiques une activité artistique ?*

Euh oui.

- *Tu fais quoi ?*

Je faisais de la musique électronique. Je faisais ça auparavant, un peu moins maintenant avec les activités que j'ai là, mais voilà.

- *Et est-ce que tu arriverais à décrire les effets que ça te fait de jouer de la musique ?*

Ah ben c'était vraiment un soulagement, beaucoup de plaisir, le fait d'être immergé dans quelque chose vraiment où tout s'arrête, ça fait du bien.

- *Tu as plus le temps maintenant ?*

J'ai un peu moins le temps. C'est un peu compliqué mais je pense m'y remettre dès que je peux.

- *D'accord. Est-ce tu as déjà orienté des patients vers des activités artistiques ou vers de l'art-thérapie ?*

Euh... c'est une bonne question. Alors les orienter vers de l'art-thérapie non. Parce que il n'y a pas vraiment de thérapies à médiation artistique ici, par contre les encourager à avoir des disciplines artistiques oui. Que ce soit dessiner notamment ceux qui ont une activité artistique je les encourage à la pratiquer plus s'ils le peuvent, parfois ça permet de savoir un petit peu où ils en sont avec leurs symptômes notamment, quand ils désinvestissent ces activités là c'est qu'ils sont moins bien, d'autres par contre quand ils reprennent ils te disent très bien que ça leur fait du bien. Y'en a certains qui font de la musique, d'autres qui peignent, ou qui dessinent.

- *Toi tu vois des effets ?*

Ah oui oui, y'a des effets, eux même le disent que ça leur fait du bien.

- *D'accord. Est-ce que tu penses toi personnellement que l'art au sens général, que ce soit l'art médical dont tu as parlé ou par les activités artistiques, doit avoir une place plus importante en médecine ?*

Oui tout à fait.

- *En psychiatrie particulièrement ou...*

En psychiatrie ou dans les autres disciplines. En psychiatrie y'a toujours un peu ça parce que l'art c'est historique aussi avec toutes, toutes ces pratiques-là, y'avait des artistes qui souffraient de maladies psychiques et y'a toujours eu cet héritage où on pratique beaucoup d'art mais y'a d'autres disciplines où ça peut être fait aussi, je pense que même dans toutes les disciplines médicales l'art peut être pratiqué, que ce soit dans un bloc opératoire avant une opération pour justement se vider la tête, après quand y'a la douleur, que ce soit même en EHPAD chez des patients qui sont déments...

- *Ou comme avait fait ta compagne...*

Oui ma compagne qui avait fait ça, elle avait montré que ça fonctionnait même en hémodialyse, ça avait bien marché...

- *C'était axé sur l'anxiété...*

Oui c'était axé sur l'anxiété mais finalement en discutant avec les patients elle s'était rendu compte que ça allait... enfin y'avait pas que l'anxiété...

- C'était plus global...

Oui voilà c'était plus global. Parce que bon, après l'anxiété y'a toujours, ça va plus loin que soulager l'anxiété...

- Qu'est ce tu entends par là ?

Ce que j'entends par là c'est que soulager l'anxiété c'est sur le moment quelque chose qu'on va apaiser, là je pense que ça va bien plus profond dans le sens où ça permet déjà au niveau de l'anxiété de la soulager de façon beaucoup plus profonde et qu'après y' a un certain phénomène d'entretien quand les patients le font régulièrement. Nous on avait un patient qui avait une dépression très sévère et finalement même après quand ça allait mieux il pratiquait son heure de coloriage et il le disait très clairement que ça lui faisait du bien.

- Tu te verrais toi-même faire des séances d'art-thérapie ?

Oui tout à fait. Alors avant quand on avait le temps, maintenant on l'a plus mais tout au début quand j'avais commencé mon assistanat je faisais un atelier d'écoute musicale et c'était très bien. Voilà, après on a... si on avait pu plus le mettre en pratique ou faire des choses ou des formations pour...

- C'était l'atelier avec Jean ou un autre ?

Non c'était un autre, c'était ici du coup.

- Ça se passait comment ?

Ben, un peu comme Jean. On prenait les personnes qui étaient intéressées, on allait dans la salle des activités, on se posait, moi ce que je faisais pour créer une dynamique de groupe parce que dans la mesure où c'est un service y'a des entrées et des sorties, je proposais aux patients de proposer une musique chacun, on écoutait et on disait ce qu'on en pensait et au début à chaque fois, les premières chansons c'était un peu difficile puis après y'avait un peu une dynamique de groupe qui se créait, vraiment enfin, au moment où je l'ai fait y'avait que des bons groupes. Y'avait des interactions avec les patients, de se suspendre et de se décaler un

peu du soin aussi, que nous, on n'est pas la position du psychiatre, on arrive justement à se détacher de ça et pouvoir discuter librement. Et peu importe les pathologies.

- Vous n'en parliez pas ?

Non parce que ça se mettait à distance, implicitement.

- Ça te prenait du temps de faire ça ?

Une heure. Une heure parce que si c'est un groupe de 5-6 déjà, de faire le tour des patients...

- Est-ce tu as l'impression d'être une sorte d'artiste en pratiquant la médecine ou pas ?

Attends je réfléchis. Moi ce que je pense c'est qu'à un moment donné quand on est en vrai entretien, quand on fait de la clinique, on pratique de l'art mais qu'actuellement du fait de l'institution, du fait qu'on se détache de ce côté clinique je pense qu'on perd ce côté artistique, là où on met... que ce soit les pressions économiques, le fait d'être de plus en plus dans une médecine technique, on en oublie ça en fait, ce côté-là, je sais pas dans les autres disciplines mais en tout cas nous en psychiatrie quand on fais un vrai entretien, on a cette impression-là... Mais malheureusement ce n'est pas forcément ce qui ressort de notre pratique...

- Quand tu dis vrai entretien c'est-à-dire ? A quoi tu rattaches ça a de l'artistique ?

Parce qu'il va y avoir toute une prestance, une façon de parler, une façon d'amener les choses qui va être différente selon toutes les situations, y'a jamais rien de pareil, comme un peintre qui commence à peindre une toile et qui refait la même, ce ne sera jamais pareil même si ça peut paraître être similaire, c'est vraiment ce côté-là, avec toujours cette idée que les connaissances qu'on a apprises, elles sont pas figées et finalement ça reste très aléatoire... la façon dont on va s'approprier les connaissances, la façon dont on voit le patient, ce qu'on apprend à travers l'entretien, à travers l'examen, la façon dont on mène l'entretien en psychiatrie, y'a un peu le style du psychiatre, dans la façon dont tu discutes, que tu amènes les choses et je pense que ça a ce côté-là un peu artistique, ça répond en plus à aucune règle finalement...

3.12. MOMENT 12

Médecin généraliste

Activité libérale

Entretien réalisé le 19/08/2020

Durée : 12min

- *Quand on te parle d'art, à quoi tu penses ?*

Euh...

- *Ça te fait penser à quoi ?*

De manière générale, la peinture, la musique, la sculpture, le dessin... Oui tout ce qui... les tableaux, les expositions, enfin voilà, c'est à peu près tout, je sais pas... les choses faites avec les mains, quand les gens créent, la création, le fait de créer quelque chose, la poterie... tout ce qui demande à être créé, quelque chose de très manuel, ça me fait penser à quelque chose de manuel...

- *En médecine, est ce que l'art ça t'évoque quelque chose ?*

Peut-être plus dans tout est qui est des pathologies d'ordre psychiatriques, ou même maladie d'Alzheimer et troubles cognitifs... Après aussi pourquoi pas tout ce qui est des âges extrêmes de la vie, avec les enfants je pense aussi que ça peut être aussi intéressant d'évoquer l'art-thérapie mais j'avoue que j'ai pas trop de connaissances sur ça... Après je vois quand même dans les maisons de retraite quand même, j'ai l'impression qu'ils font pas mal d'activités, de dessins, de collages, des choses manuelles, je pense que ça peut beaucoup apporter...

- *Toi tu as vu des effets ?*

Des effets non, moi je peux pas dire parce qu'on peut pas les voir les effets, après je vois les activités qu'on leur propose dans les maisons de retraite mais hélas j'ai jamais assisté à ça, j'ai jamais vu les conséquences que ça pourrait avoir...

- *Est-ce que toi tu pratiques une activité artistique ?*

Alors je pense au sens très large... moi j'aime bien créer un peu mais j'ai pas une activité fixe mais ça peut m'arriver un peu de dessiner, j'aime bien retaper des meubles... alors c'est pas

trop de l'art ça mais bon en tout cas j'aime bien les choses manuelles en général. J'ai pas une activité artistique vraiment ciblée mais après j'aime bien créer, avec mes mains, faire des choses manuelles...

- *Et la contemplation d'art, est ce que tu apprécies ?*

Je peux apprécier selon comment c'est amené, j'ai toujours apprécié même aller dans un musée ou quoi, mais c'est vrai que d'aller contempler dans un musée, je peux trouver ça des fois... je vois, ça me plaît mais j'enregistre pas, après il y a des fois où je trouve, comment c'est amené, c'est beaucoup plus ludique, j'aime bien l'art en fait quand il est amené d'une façon ludique, après tout ce qui est musique classique ou quoi par contre, je trouve que c'est tout de suite très émouvant, ça prend tout de suite aux tripes, j'aime bien...

- *Justement c'est la question suivante, quels sont les effets sur toi quand tu écoutes de la musique ? Ou même quand tu dessines ? Tu arriverais à décrire les effets que ça te procure ?*

Ca coupe l'esprit, ça fait penser à rien, on pense plus à rien, on se détends, je me sens détendue, si je dessine par exemple je suis concentrée sur mon dessin, je fais des coloriages des fois, je suis concentrée sur ce que je fais, en fait parfois ça peut avoir les deux effets, des fois je vais penser à rien c'est-à-dire à mon dessin ou des fois ça peut m'aider à réfléchir à des choses qui me travaillent en ce moment, de façon sereine, de façon détachée, ça peut me faire avancer dans mes réflexions et ça me donne l'impression de prendre un moment pour moi, par exemple c'est sûr qu'aller voir un concert de musique classique, j'ai vraiment l'impression de vivre un moment à part, dans une bulle, où on voit pas tout ce qu'il y a autour de nous, on voit pas la salle et tout, juste on écoute cette musique et ça nous prend vraiment...pour vivre un moment assez unique et un peu à part du temps et du reste des problèmes...

- *Humm... est ce tu as déjà proposé une activité artistique ou une thérapie par l'art à des patients ?*

La seule chose que je peux te dire, la dernière fois, je me souviens d'une chanson que j'écoute en ce moment qui parle des acouphènes et la dernière fois chez une patiente qui a une maladie de Ménière qui est en train de débiter mais qui est très invalidante et je lui ai dit d'écouter cette chanson en tout cas, j'ai pensé à ça mais sinon c'est le seul exemple que je peux avoir dans ma pratique... [Rires]

- Les raisons...

Parce que je connais pas, et puis c'est assez personnel aussi c'est-à-dire que je trouve que... j'ai une patiente la dernière fois pendant le confinement elle s'est mise à peindre des galets, d'ailleurs elle m'en a offert un, ça m'a touché et elle était ravie de faire cette activité mais moi je ne lui aurais jamais dit de faire ça mais par contre qu'elle le fasse, je l'ai encouragée, j'ai trouvé vraiment ça super, et elle me disait en tirer beaucoup de bien être et de satisfaction personnelle donc je l'ai encouragée là dedans mais par contre c'est pas facile de proposer un art à quelqu'un, ça dépend vraiment de la sensibilité de chacun, y'en a qui aiment la musique, y'en a qui aiment la peinture, enfin je sais pas... et comment l'aborder aussi, en consultation on a pas vraiment le temps d'aborder ça, j'ai pas l'impression d'avoir le temps pour pouvoir parler de ça...

- *C'est sur... Est-ce que toi tu considères un peu la médecine comme un art ? Et est-ce que tu as l'impression de pratiquer un peu un art en faisant de la médecine ou pas ?*

Ah non pas du tout. Non. Plus une science. Même si on sait que c'est pas une science exacte et que chaque cas est différent, chaque maladie est différente, y'a pas vraiment de choses très strictes mais j'ai l'impression de pratiquer une science, on a des données qu'on applique. Plutôt qu'un art. J'ai pas l'impression d'être une artiste en travaillant.

- *Plus une science pour toi, d'accord. Et est-ce que tu penses que l'art devrait avoir une place plus importante en médecine ou pas ?*

Devrait avoir... il n'y a aucune « obligation de », je pense que ça pourrait, pourquoi pas, enfin voilà pourquoi pas ! Faut être ouvert à tout, je pense qu'il y a quand même des cas, c'est vrai que tout ce qui est maladies psychiatriques, maladie d'Alzheimer, je pense que ça pourrait vraiment apporter... d'ailleurs j'avais aussi une patiente qui avait été longuement hospitalisée en psychiatrie, elle fait des collages, des cartes et qui du coup faisait des ateliers elle-même, elle proposait lors de son hospitalisation des ateliers de collages et tout ça aux autres patients, quand elle m'a dit ça, j'ai trouvé ça super en fait, elle-même comme elle est resté hospitalisée très longtemps en psychiatrie, elle avait monté son petit atelier à l'intérieur de la structure et j'ai trouvé ça chouette, elle, ça lui apportait et ça apportait beaucoup aux autres apparemment... Donc oui oui ça pourrait mais je sais pas dans quelle mesure le médecin a sa place dans l'introduction de l'art-thérapie dans la médecine, enfin est ce que c'est pas plutôt

des paramédicaux ou même plutôt des artistes qui viennent faire de la thérapeutique, enfin je sais pas...

- *Oui tu sais pas si le médecin pourrait avoir sa place là dedans...*

C'est compliqué, dans le mesure où je considère que la médecine n'est pas forcément, enfin... nous on soigne des maladies, c'est horrible, non on soigne des humains, pas des maladies mais on soigne des êtres humains qui ont des maladies mais peut être que... certes l'art peut être une solution, je sais pas, peut-être il faudrait voir des études ou quoi, j'en sais rien, est ce que l'art peut suffire à soigner quelqu'un, je sais pas...

- *Guérir peut être pas, mais entrer dans la dimension du soin, c'est l'idée...*

Du coup est ce que ce soin doit être fait par le médecin ? Est-ce qu'il peut être fait ?

- *Oui c'est une question qui revient souvent... sur les médecins que j'ai interrogés, ils se demandent aussi dans quel cadre le proposer...*

Et quelle serait leur place ?

- *Oui... après ça dépend du projet du médecin je pense... Toi tu te verrais introduire des séances d'art-thérapie, t'y investir ?*

M'investir dedans non mais en parler c'est sûr que ça peut ouvrir... mais plus si les gens me tendent une perche, s'ils aiment ça, « ah bon vous aimez faire ça ? J'aime peindre mais depuis que je suis en dépression je le fais plus... », peut-être alors les encourager plus mais comment le proposer et comment les guider dans ça ? J'avoue que j'ai pas trop d'idées, pour l'instant c'est flou, je vois pas comment je pourrais guider les gens... Juste leur en parler, les motiver mais pas forcément faire une prise en charge en art-thérapie. Après je vois pas comment le médecin peut intégrer l'art dans sa pratique pour ses patients mais je trouve qu'il peut l'intégrer pour lui-même c'est-à-dire que le médecin quand il rentre chez lui, de jouer au piano ou de peindre un tableau ça peut lui permettre de prendre un peu de distance, de se relaxer par rapport à sa pratique à lui en fait, et de peut-être mieux surmonter la difficulté de notre métier, la difficulté des consultations et tout ça...

- *Oui... quels genres de difficultés ?*

Elles sont vastes les difficultés... les difficultés relationnelles, le stress, quel qu'il soit, le stress des diagnostics, le stress du traitement, le stress du contact avec l'autre, de pas toujours arriver à gérer nos relations médecin-patients, la fatigue, l'épuisement, l'impression de surmenage, ça peut, pour le médecin qui pratique de l'art... enfin l'art peut être une thérapie, une thérapie pour le médecin lui-même.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

