



ACTES

du congrès international d'art-thérapie

Lille France – 2012

L'art-thérapie est-elle scientifique ?

PRATIQUES NATIONALES ET INTERNATIONALES

- Direction scientifique : *R. FORESTIER*
- Discours d'ouverture par *N. BERTHOMIER*, Directrice de l'Afratapem, *Pr G. FORZY*, Doyen de la Faculté Libre de Médecine et *Mme T. LEBRUN*, Recteur de l'Université Catholique de Lille.
- Leçons inaugurales par le *Pr M. PASTOUREAU*, Historien, médiéviste, spécialiste de la symbolique des couleurs, Directeur d'études/Ecole Pratique des Hautes Études – Paris et *R. FORESTIER*, Directeur d'enseignement et de recherches à l'Afratapem et directeur scientifique des Diplômes Universitaires de Tours, Lille et Grenoble.



ACTES

du congrès international d'art-thérapie

Lille France – 2012

L'art-thérapie est-elle scientifique ?

PRATIQUES NATIONALES ET INTERNATIONALES

- Direction scientifique : *R. FORESTIER*
- Discours d'ouverture par *N. BERTHOMIER*, Directrice de l'Afratapem, *Pr G. FORZY*, Doyen de la Faculté Libre de Médecine et *Mme T. LEBRUN*, Recteur de l'Université Catholique de Lille.
- Leçons inaugurales par le *Pr M. PASTOUREAU*, Historien, médiéviste, spécialiste de la symbolique des couleurs, Directeur d'études/Ecole Pratique des Hautes Études – Paris et *R. FORESTIER*, Directeur d'enseignement et de recherches à l'Afratapem et directeur scientifique des Diplômes Universitaires de Tours, Lille et Grenoble.

ACTES

du congrès international d'art-thérapie

Lille France - 2012

L'art-thérapie est-elle scientifique ?

PRATIQUES NATIONALES ET INTERNATIONALES

Art-thérapie à dominante visuelle, sonore, corporelle
en milieu carcéral, schizophrénie, soins palliatifs, troubles mnésiques,
addiction, polyarthrite rhumatoïde, lombalgie, insertion sociale,
sclérose en plaques...

Ouvrage édité
par l'AFRATAPEM – Ecole d'art-thérapie de Tours
3 rue Calmette - 37540 St Cyr/Loire - France
02 47 51 86 20 - afratapem@wanadoo.fr
www.art-therapie-tours.net

Conception graphique et maquette de couverture :
Agnès-Frédérique FORESTIER

© 2014 - Tous droits réservés

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur et des auteurs.

Tous contacts afratapem@wanadoo.fr

Cet ouvrage ne peut être vendu.

SOMMAIRE

Introduction par Nathalie BERTHOMIER
Directrice de l'AFRATAPEM – Ecole d'Art-thérapie de Tours p. 1

Allocution d'ouverture par Gérard FORZY
Doyen de la Faculté Libre de Médecine de Lille – UCL p. 2

LECONS INAUGURALES

L'historien face à la couleur : une histoire des couleurs est-elle possible ?

Pr Michel PASTOUREAU

Historien, médiéviste, spécialiste de la symbolique des couleurs,

Directeur d'études - Ecole Pratique des Hautes Études – Paris p. 4

La nature scientifique de l'Art-thérapie

Richard FORESTIER

Directeur d'enseignement et de recherches à l'Afratapem et directeur scientifique

des Diplômes Universitaires de Tours, Lille et Grenoble p. 5

COMMUNICATIONS – FRANCE

Les résultats de l'enquête nationale 2011 sur le placement des art-thérapeutes en France

Nathalie BERTHOMIER

Directrice générale de l'AFRATAPEM – Ecole d'Art-thérapie de Tours p. 15

L'Art-thérapie utilise le concept du « Bien » justifiant sa pratique en prison

Odile GANTIER

art-thérapeute diplômée d'Université, plasticienne p. 23

L'efficacité art-thérapeutique : vers une évaluation objective

Cédric LEFEVRE

art-thérapeute diplômé d'Université, plasticien, Docteur en biologie p. 28

Les bases d'une terminologie adaptée en Art-thérapie

Christel LETESSIER-DEBRUNE & Bruno BIANCHI

art-thérapeutes diplômés d'Université et membres de la Délégation Régionale Centre p. 38

La musicothérapie en soins palliatifs concilie démarche globale et analyse des résultats d'observations cliniques

Claire OPPERT

art-thérapeute diplômée d'Université, musicienne p. 43

Art-thérapie et maladie d'Alzheimer : entre rigueur scientifique et sensibilité artistique

Nadia DIAS

art-thérapeute diplômée d'Université, plasticienne p. 46

Évaluation et stratégie thérapeutique en soins palliatifs <i>Charlotte REBOUL</i> <i>art-thérapeute diplômée d'Université, comédienne</i>	p. 52
Louis atteint de trouble mnésique améliore son expression. <i>Catherine PERRET</i> <i>art-thérapeute diplômée d'Université, plasticienne</i>	p. 59
L'Art-thérapie et les patients alcoolo-dépendants <i>Laurent SAMSON</i> <i>art-thérapeute diplômé d'Université, musicien</i>	p. 64
Impact de l'art-thérapie à dominante corporelle auprès de patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde <i>Clara BREUIL, art-thérapeute, diplômée d'Université, danseuse et comédienne</i> <i>Anne DUMOLARD, Médecin Rhumatologue,</i> <i>Algologue, Diplôme Universitaire de Thérapie Comportementale de la Douleur</i>	p. 69
L'Art-thérapie à dominante théâtre pour prévenir et soulager la lombalgie, problème majeur de santé publique <i>Florence KASPRZYCKI</i> <i>art-thérapeute diplômée d'Université, metteur en scène</i>	p. 72
Art-thérapie et insertion sociale et professionnelle <i>Lucie BOUSSARD et Eugénie EPARDAUX</i> <i>art-thérapeutes diplômées d'Université, plasticiennes</i>	p. 79
Effets de l'Art-thérapie, à dominante peinture, sur l'estime de soi et la qualité de vie de patients atteints de sclérose en plaques <i>Sabrina DEVIN, art-thérapeute diplômée d'Université, plasticienne</i> <i>Bruno LENNE, Neuropsychologue PhD</i> <i>Patrick HAUTECOEUR, Neurologue MD</i>	p. 83
L'Art-thérapie dans le social et en préventif. <i>Adrienne MAGNEAU et Pauline GRILLIAT</i> <i>art-thérapeutes diplômées d'Université, comédienne et plasticienne</i>	p. 91
COMMUNICATIONS – INTERNATIONAL	
The Art and Science of Creative Arts Therapies <i>Cathy APPEL, MFA, MS, MSW, LCSW-R, LCAT, BC-DMT</i> <i>Director, Master of Science Program in Dance/Movement Therapy</i> <i>Sarah Lawrence College</i> <i>New York –USA</i>	p. 100
Traduction en Français	p. 104
Approches artistiques, modèles de santé, critères scientifiques, quels liens ? <i>H. WARDAVOIR,</i> <i>Maitre assistante HELB-IP, master sc Santé Publique</i> <i>Belgique</i>	p. 109

La Créativité est-elle scientifique ?

Paul CHIRIBUTA

UNATC I.L.CARAGIALE

Bucarest – Roumanie p. 117

**L'Art thérapie winnicottienne et ses fondements scientifiques réflexions
sur une pratique brésilienne**

Tania Maria José Aiello VAISBERG

Fabiana Follador Ambrósio Universidade de São Paulo - PUC-Campinas

Brésil p. 123

L'Humanité thérapie et une réflexion sur le mot scientifique

Ik Jin KIM

Ph. D. in French literature, Art psychotherapist

Corée p. 129

BILAN p. 133

INTRODUCTION PAR NATHALIE BERTHOMIER
Directrice de l'AFRATAPEM – Ecole d'Art-thérapie de Tours

Madame et Monsieur le Président recteur
Messieurs les Présidents
Messieurs les doyens et professeurs
Mesdames et Messieurs

Au nom de l'Association Française de Recherche et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine « Afratapem » et la Faculté Libre de Médecine de Lille, je vous souhaite la bienvenue au congrès international d'Art-thérapie de Lille sous la présidence d'honneur du Pr Joseph THOUVENOT, premier Président du premier Diplôme Universitaire d'Art-thérapie français à Tours et Président de l'Afratapem.

Je voudrais tout d'abord remercier M. Pascal ROELAND la cheville ouvrière de l'enseignement universitaire d'Art-thérapie lillois. Son soutien et son accompagnement a permis de donner la voie à un enseignement d'Art-thérapie sous l'égide de l'une des plus prestigieuses universités européennes.

L'équipe de la Faculté Libre de Médecine a ensuite porté ce diplôme universitaire grâce à un enthousiasme et un sérieux jamais démentis. Nous remercions chaleureusement le Professeur Gérard FORZY, le Professeur Philippe GALLOIS et toute l'équipe administrative sous l'autorité de Mme Isabelle MARTIN.

Je profite également de cette présentation pour remercier l'équipe de l'école d'Art-thérapie de Tours – Afratapem pour l'organisation de ce congrès en collaboration avec la Faculté Libre de Médecine et aux art-thérapeutes de la délégation Nord-Pas-de-Calais qui présenteront leur métier tout au long de ces journées.

Après « l'évaluation en Art-thérapie » en 2006 et « la profession d'art-thérapeute » en 2010, ce nouveau congrès international d'Art-thérapie portera sur les aspects scientifiques de cette discipline de plus en plus reconnue par les professionnels médicaux et paramédicaux en France et à l'étranger comme l'atteste la très nombreuse participation du public. Comme lors des congrès précédents, c'est une nouvelle fois la contenance de l'amphithéâtre qui a limité les inscriptions.

Après s'être posé la question du métier et de l'évaluation, c'est tout naturellement l'aspect scientifique de l'Art-thérapie qui a émergé de sa pratique. L'objet de ce congrès est de mettre en évidence la rigueur, la méthode et l'esprit scientifique propres aux activités paramédicales. Afin de mettre cette rencontre sous de bons auspices, nous avons le privilège d'avoir parmi nous Mme Thérèse LEBRUN, président recteur de l'UCL et son successeur M. Pierre GIORGINI, qui nous font l'honneur de leur présence.

ALLOCUTION D'OUVERTURE PAR GERARD FORZY
Doyen de la Faculté Libre de Médecine de Lille - UCL

Installer une formation en Art-thérapie dans une faculté de médecine était un pari, sinon audacieux (car cela existe ailleurs) tout au moins surprenant. En effet cela était faire le pari de favoriser la cohabitation encore trop peu marquée aujourd'hui de deux groupes très différents des adultes artistes de surcroît et de jeunes étudiants en médecine sans cesse préoccupés par leurs concours. Je peux dire aujourd'hui que si ces deux groupes se croisent peu ils ne s'ignorent pas. Le deuxième objectif que nous nous étions fixé était de conduire cette formation dans une double perspective : la première étant bien entendu la connaissance et le soin au patient, être unique concentrant toute notre attention et la deuxième d'inscrire cette formation dans un esprit scientifique. C'est-à-dire une formation avec un esprit chercheur et la recherche au service de la formation. Cela nous a amenés à introduire dans la formation une thématique générale portée par l'université : le handicap et deux demi-journées de formation à la méthodologie de la recherche. Ce pari est aujourd'hui pratiquement gagné ; il nous reste à proposer une initiation à l'art-thérapie aux étudiants en médecine. Elle permettrait au travers d'une connaissance du métier de l'autre plus de transversalité et donc plus de reconnaissance de ceux que peut faire l'autre pour les patients qui attendent nos soins. D'où le thème général de ce colloque que je souhaite riche passionnant, débattu et joyeux.

LEÇONS INAUGURALES

Congrès international
d'art-thérapie

Lille- 2012

L'historien face à la couleur : une histoire des couleurs est-elle possible ?

Pr Michel PASTOUREAU

Historien, médiéviste, spécialiste de la symbolique des couleurs,

Directeur d'études – Ecole Pratique des Hautes Études - Paris

France

Pour inaugurer et mettre sous de bon augure les travaux de ce congrès, nous souhaitons accueillir une personnalité dont l'érudition et le prestige ne pouvaient qu'honorer ce travail. C'est ainsi qu'il est immédiatement venu à l'esprit des responsables d'inviter le Professeur Michel PASTOUREAU dont les recherches sur la couleur font autorité internationalement.

Extrait par R. FORESTIER

Monsieur Le Professeur M. Pastoureau a présenté l'importance de la couleur dans notre vie quotidienne. Autant notre culture, notre état sanitaire, nos besoins et nos croyances que l'histoire, le contexte social, l'ethnologie ou la physique sont concernés dans nos rapports à la couleur. Qu'elle soit produite, reçue ou contemplée, elle s'incruste dans tous les moments de notre vie. Si des dangers et des dérives existent concernant un pseudo-pouvoir de la couleur, il n'en reste pas moins qu'elle anime et peut déterminer notre expression.

Aborder la couleur au regard des textes anciens nécessite une connaissance tant du contexte de l'époque (ex : éclairage) que d'une éventuelle symbolique liée à la couleur (par ex. : le bleu qui est devenu au XX^{ème} siècle une couleur froide). C'est avec réserve que Mr Pastoureau explique son abord des couleurs, et nous incite à considérer tant l'histoire, le contexte, la nature ou l'utilisation de la couleur avant d'émettre un avis sur le sujet.

Le lien qui existe entre la couleur et l'expression humaine illustre bien, et de façon plus générale, l'intimité qui existe entre l'Art et l'être humain.

La nature scientifique de l'Art-thérapie moderne

Richard FORESTIER

*Directeur d'enseignement et de recherches à l'Afratapem et directeur scientifique
des Diplômes Universitaires de Tours, Lille et Grenoble.*

France

I. Le cadre scientifique dans les activités humaines

A. *Savoirs et vérité fondent la science*

Considérant le thème de ce congrès, posons-nous la question de la nature scientifique du lien qui existe entre l'Art et la santé humaine. Chacun comprendra l'incidence de cette réflexion sur l'Art-thérapie moderne.

Alors qu'en art-thérapie traditionnelle, l'œuvre vous « parle », en art-thérapie moderne l'œuvre vous « touche ».

L'art-thérapie moderne n'a rien guéri, elle donne l'envie de la bonne santé. Elle trouve dès lors sa place dans l'équipe de soins toutes pathologies confondues et répond à des indications thérapeutiques. C'est le cadre scientifique qui oriente notre propos.

Pour cela, intéressons nous à la signification du mot scientifique.

L'ensemble des dictionnaires s'accordent pour dire que la nature scientifique des choses relève de savoirs qui eux-mêmes reposent sur la vérité. En cela, la science abstraite est différente de l'art qui est pratique. Il va cependant nous falloir distinguer **l'art**, pur savoir faire, de **l'Art** (avec un grand A) savoir faire volontairement orienté vers l'esthétique.

Puisque l'Art s'impose comme l'élément thérapeutique déterminant dans la discipline art-thérapeutique, il est aisé d'affirmer que l'Art existe, qu'il mérite l'assentiment de tous comme réalité. En cela dire que l'Art existe est une vérité. Reste à la science d'analyser, déterminer et expliquer les savoirs relatifs à l'Art, ce qui, directement ou indirectement, nous oriente vers les sciences humaines.

La science implique les savoirs, retenons que le savoir est généré, entre autre, par un but ultime qui est de rendre les gens heureux. Or, les êtres humains cherchent à être heureux. Pour cela, ils mettent tout en œuvre pour être heureux. Une fois le but atteint, la personne est dans un bien-être général, qui caractérise la bonne qualité existentielle.

Si la science peut-être abordée comme une chose en elle-même, dans notre propos la science nous intéresse comme modalité d'accès au bonheur humain.

Elle nous amène à considérer les éléments naturels qui génèrent l'épanouissement de l'être humain.

B. Le savoir fondamental est une source pour les activités humaines

Le constat relatif à l'épanouissement d'un être humain atteste que la vie humaine implique des mécanismes. Ceux-ci correspondent à des activités et à des éléments nécessaires et adaptés au bon déroulement de ces activités. Des savoirs issus du principe de génération que la génétique peut expliquer, permettent à chaque élément de s'animer. Les mécanismes peuvent ainsi fonctionner et la vie se réaliser. Afin de permettre la bonne gestion et la régulation tant de l'épanouissement que du bon fonctionnement des éléments qui composent un corps humain, un principe régulateur conjoint aux savoirs gère le bon déroulement de l'ensemble, nous le retenons sous le libellé de : saveur.

Les savoirs régulés par la saveur s'accordent aux différents mécanismes auxquels ils se rapportent. Ils ne sont que les éléments d'un savoir fondamental.

Du bon rapport entre le savoir et la saveur va découler le bon épanouissement et le maintien de la bonne santé humaine. On peut dès lors affirmer que le corps humain sait au moins deux choses : la première est qu'il vit ; la deuxième est qu'il est un être humain.

Lorsque le savoir fondamental entraîne le pouvoir faire, la science trouve la matière à son épanouissement. La bonne santé vient puiser dans les potentialités, capacités et facultés humaines afin que la volonté s'exprime. La bonne santé devient l'habillage et le faire valoir du bien-être.

C. Bonne santé et Bien-être sont distincts

Si le bien-être est évoqué, nous devons le distinguer de la bonne santé puisqu'il participe à celle-ci comme la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé le précise : la bonne santé est un état complet de bien-être physique, mental et social.

Donc vivre et exister sont distincts. On peut exister sans vivre, mais pas vivre sans exister. Vivre concerne la bonne santé, exister, lorsque l'on est vivant, concerne le bien-être. Retenons cette distinction qui nous intéresse particulièrement puisque l'Art-thérapie concerne plus la qualité existentielle que la bonne santé.

II. La nature scientifique de l'Art-thérapie moderne implique des savoirs

A. Le savoir fondamental est à l'origine de l'Art

Si le savoir fondamental est une sorte de processeur à l'épanouissement général de la nature humaine, celui-ci se décompose au regard de l'épanouissement de l'être humain. Ainsi, par exemple l'activité neuro psycho physiologique entraîne le savoir-ressentir. L'activité cognitivo motrice entraîne le savoir-faire, et l'activité existentielle entraîne le savoir-être. C'est certainement sur l'activité existentielle que repose l'essentiel de l'édifice « bien-être » de l'être humain. La bonne santé, quand à elle est l'organisation et le fonctionnement harmonieux des composants humains au regard du savoir fondamental. Le reste n'est que l'ajustage des moyens naturels et acquis qui composent l'être humain dans le but d'avoir et de

maintenir la bonne santé afin d'accéder au bien-être. Dès lors un principe d'entraînement et de régulation anime le rapport entre le bien-être et la bonne santé.

Nous pouvons ainsi dire qu'en travaillant sur le bien-être nous stimulons et entraînons la bonne santé. Encore faut-il que le lien ne soit pas perturbé. C'est, entre autre, un site d'action thérapeutique privilégié de l'Art-thérapie moderne.

Si la science a ouvert des champs d'activité artistique, aujourd'hui l'activité artistique ouvre des champs d'intervention dans les domaines scientifiques. C'est l'une des grandes prétentions de l'Art-thérapie.

En ce qui concerne le savoir fondamental c'est l'épanouissement général de l'être humain qui est impliqué. Avec l'Art, des savoirs spécifiques s'extirpent du savoir fondamental et déterminent des champs de savoir dominants. Un rapport de causalité entraîne la science dans la recherche du lien qui unit le fondement de l'Art, c'est-à-dire l'intention esthétique, à l'aboutissement de l'activité qui est l'œuvre d'Art.

B. Les savoirs de l'Art sont au service de l'Art-thérapie moderne

Puisque nous avons rapidement « cadré » la nature scientifique des choses, essayons de démontrer en quoi l'Art relève des conditions de la science.

Pour arriver dans cette salle, certains d'entre vous ont mis la radio dans leur voiture : une chanson se fait entendre. Deux possibilités principales existent : la première vous laissez cette musique, la seconde vous arrêtez (ou changez) cette musique. L'élément décisionnaire pour la continuité ou l'arrêt de la chanson est votre volonté en accord avec le plaisir ou le déplaisir que vous avez à entendre cette musique. Votre décision répond à l'ensemble de mécanismes humains qui, de la sensation agréable ou désagréable, jusqu'au mouvement pour appuyer sur le bouton d'arrêt, entraîne un chapelet de mécanismes qu'ils soient moteurs, sensoriels ou psychologiques par exemple.

Lorsque cette musique vous plaît deux possibilités principales se présentent à vous : soit que vous continuez à écouter et essayez de retrouver cette sensation (c'est le mélomane) soit que vous avez envie de reproduire vous-même cette musique afin de compléter cette sensation auditive par un ensemble de sensations complémentaires comme les sensations motrices (c'est le musicien).

Dans la première comme dans la deuxième situation votre goût est concerné. Vous êtes dans le champ de l'esthétique. Vous mettez en action un **savoir-ressentir** (une sensation).

Indépendamment de vos efforts pour apprécier, copier ou innover en Art, votre personnalité (taille, force, esprit, intelligence, culture, etc...) imprègne votre action et détermine votre style. Vous mettez en œuvre un **savoir-faire** (pour une production). Cela va déterminer la technique.

Quelle que soit la situation que vous choisissiez, pour la réaliser vous vous impliquez « corps et âme ». C'est l'engagement qui manifeste votre élan moteur vers cette activité artistique. Esthétique et technique sont alors mêlées. Le **savoir-être** (un artiste) est activé. On peut alors parler d'Art.

Ainsi trois types de savoirs existent dans l'activité artistique. Lorsque les savoir-ressentir, savoir-faire et savoir-être s'entremêlent et s'accordent, cela détermine l'Art. Donc l'Art exploite bien des savoirs et répond à la première condition scientifique.

C. *L'expression personnalisée fonde la vérité en Art*

En ce qui concerne la seconde condition, c'est à dire la vérité, nous nous rapportons à sa définition commune, c'est à dire la conformité avec la réalité.

Intéressons-nous à l'Art particulièrement dans ce qui le définit, dans les mécanismes humains qu'il implique et son rapport à la réalité. Dégageons-nous, pour l'instant de son aspect technique.

Si la réalité est l'objectivité des choses par une confusion subtile entre l'Art et le sentiment du Beau, il est facile d'envisager l'idée commune qui, à juste titre, va immédiatement arriver : l'Art est étroitement lié à la subjectivité, ou plus simplement à un avis personnel. La réalité qui s'impose est l'expression de la personnalité et non une nature formelle déterminée qui aurait l'accord inconditionnel de l'ensemble des personnes. **C'est parce que chacun peut trouver belle ou laide une œuvre que l'expression de la subjectivité devient objective.**

D. *L'ouverture scientifique relative à l'Art-thérapie moderne*

Considérons pour l'exemple les productions qui nous assaillent sans cesse dans notre vie quotidienne (publicité, média, etc...). Chacun est à même d'accepter (en continuant à recevoir la stimulation) ou de refuser (en se détournant de la stimulation) ces productions. Dès lors la volonté est impliquée.

Cela se comprend encore plus aisément avec la production des œuvres d'Art qui répondent à la volonté de leur producteur, et à des stimulations sensorielles ciblées. Ainsi, la nature des productions entraîne de façon évidente une stimulation sensorielle dominante (au moins dans un premier temps), l'art plastique stimule l'activité visuelle, l'art musical stimule l'activité auditive, l'art corporel stimule l'activité sensorielle interne.

Il s'agit alors d'identifier des domaines spécifiques à l'Art, qui auront des répercussions importantes en Art-thérapie. Ainsi le plaisir esthétique qui est fondé sur un rapport gratifiant entre l'œuvre et son capteur permet de prendre **la sympathie** comme l'une des facultés impliquée dans l'activité artistique. La sympathie, en accord avec sa définition est retenue ici comme la sociabilité gratifiante d'une personne. Une autre faculté humaine impliquée dans l'activité artistique en lien avec la technique et qui concerne autant la résistance des matériaux que la pérennité des productions est **l'espoir**. Dans notre domaine l'espoir est entendu comme futur bienveillant d'une personne. Enfin l'Art qui se rapporte à l'envie et à la qualité du moment artistique implique **la fierté**. La fierté est ici l'état d'une personnalité bienheureuse. L'Art-thérapie va permettre aux personnes pénalisées dans leur qualité existentielle de raviver, restaurer ou rééduquer leur nature de repère dans le temps et l'espace.

Trois domaines sont mis en évidence dans l'activité artistique soit la sympathie, l'espoir et la fierté qui vont caractériser l'activité artistique et permettre de déterminer des objectifs

spécifiques à l'Art-thérapie. Ces domaines répondent à des champs de savoirs directs et indirects à l'Art et se caractérisent par leur nature fondée sur la réalité des faits en lien avec l'activité, nécessaires au bon épanouissement des êtres humains.

Les mécanismes humains relatifs à l'attraction, à la projection ou à l'engagement relèvent de savoirs que les sciences médicales et paramédicales connaissent bien, et que l'Art-thérapie exploite tout en développant des originalités scientifiques propres à son domaine.

E. Des sciences connexes sont impliquées en Art

En analysant plus finement ces éléments on constate d'abord que le goût sollicite la capacité à affirmer les choix ainsi que les ressentis d'une personne, ensuite la technique sollicite la confiance tant dans ce que la personne veut faire que dans les moyens utilisés ainsi que la structure corporelle nécessaire à tout acte moteur, enfin l'engagement sollicite l'importance que la personne se donne à elle-même soit l'estime de soi et l'élan moteur nécessaire à toute activité motrice. Certains de ces aspects relèvent de sciences connues (par exemple affirmation, confiance et estime de soi traitées en psychologie ou ressentis, structure et élans physiques et moteurs traités en neurologie et physiologie).

De même, il est à considérer la nature des supports exploités dans la réalisation des productions artistiques. Entre la pierre, le bois ou la peinture pour les arts plastiques ; une guitare, un tuba ou une partition pour le musicien ; un costume, un décor, ou un plancher pour les arts corporels (théâtre, danse) il s'agit d'autant d'éléments qui « résistent » à l'acte moteur de l'artiste. Les sciences de la matière permettent une meilleure compréhension, et éventuellement une bonne adaptation des moyens nécessaires pour maîtriser la réalisation artistique.

Ce sont dans notre cas des sciences utiles, et connexes à l'Art.

F. L'Art-thérapie moderne au regard de la science médicale

Si cet aperçu des domaines concernés par l'Art veut montrer l'aspect scientifique de l'Art-thérapie, considérons l'éclairage thérapeutique qui, de façon plus commune est lié avec la science, entre autre avec la recherche des effets constants et répétitifs des résultats obtenus.

Dès les textes les plus anciens le pouvoir de l'Art est reconnu et s'accorde avec la définition de la bonne santé. Que ce soit le **pouvoir d'entraînement physique** comme le pied qui bat à l'écoute d'une musique, **d'entraînement mental** comme les idées qui viennent à la vision d'un tableau ou **d'entraînement social** comme le discours qui peut accompagner une pièce de théâtre ; ou bien que ce soit le **pouvoir éducatif physique** comme l'acquisition d'une motricité fine pour réaliser une production artistique, le **pouvoir éducatif mental** comme l'acquisition de connaissances grâce aux activités artistiques ou l'**éducation sociale** comme l'expression critique que peut provoquer la réaction à une prestation artistique, il s'agit de généralités relatives au pouvoir de l'Art que nous acceptons ici telles qu'elles sans les commenter, considérant le temps qui nous est imparti pour cette conférence et l'unanimité de ces évidences.

Nous reconnaissons le pouvoir de l'Art comme un effet constant de l'Art. Cependant si ce pouvoir est accepté, (nous n'évoquons pas ici la célèbre catharsis que nous abordons avec des réserves) nous devons préciser qu'il n'agit pas sur toutes les personnes et lorsqu'il agit, les réactions ne sont pas identiques pour les personnes concernées. Cela permet d'évoquer la nature même des indications et contre-indications médicales. Le pouvoir de l'Art est constant, mais pas généralisable.

G. Les dangers relatifs à l'activité artistique confortent l'aspect scientifique de l'Art-thérapie moderne

Si l'Art est important en Art-thérapie, les personnes insensibles ou indifférentes à l'Art peuvent ne pas être concernées par cette discipline. De même lorsque le pouvoir de l'Art agit, ce pouvoir peut être néfaste et aller à l'encontre du soin escompté comme l'enfermement ou l'exaltation motrice incontrôlée que peuvent provoquer certaines prestations artistiques. Il existe des conditions et des dangers, donc des limites à l'exploitation du pouvoir de l'Art auprès de personnes fragilisées. L'Art exploité comme processeur thérapeutique oblige l'acquisition de compétences professionnelles spécifiques que les art-thérapeutes posséderont. Aux dangers relatifs à la santé physique comme le syndrome du canal carpien, les dangers relatifs à la santé mentale comme les troubles existentiels ou de la personnalité du comédien qui se « perd » dans son personnage et les dangers relatifs à l'aspect social comme l'exclusion ou la pauvreté (clichés quelquefois réels des artistes), font des suicides d'étudiants en école d'Art ou du syndrome de Stendhal, des mises en garde et des rappels contre les dangers propres à l'activité artistiques.

H. L'expérience tend à confirmer la constance des résultats

L'Art-thérapie a pour seul et unique but, le bien-être des personnes qui en bénéficient et non la production d'œuvres d'Art. **Il s'agit de mettre l'Art au service des êtres humains et non les êtres humains au service de l'Art.** Cette remarque est importante puisque certaines pathologies sont à même de faire « effet artistique » comme des propos délirants pour de la poésie ou des abstractions autistiques pour de l'Art contemporain. Rappelons que l'Art est une activité volontaire orientée vers l'esthétique (un propos sur l'esthétique nous amènerait à distinguer le beau naturel du beau artistique, mais nous éloignerait de notre sujet). L'Art pour être exploité dans une visée humanitaire et thérapeutique doit répondre à des compétences et des savoirs tant artistiques que sanitaires au regard de la spécificité de l'Art-thérapie.

Si les effets constants sont reconnus, aujourd'hui nous ne pouvons pas malheureusement, confirmer par des preuves objectives la répétition des résultats obtenus. En effet la relative nouveauté de la discipline ne donne pas le recul et les travaux de synthèse nécessaires à une telle affirmation. Cependant au regard des professionnels en poste, du millier de mémoires de fin d'études universitaires en Art-thérapie (sous l'égide de facultés de médecine), de la reconnaissance du métier par l'état français, les résultats bénéfiques de l'Art-thérapie ne sont plus contestables. L'avenir permettra peut-être de mieux identifier les bénéfices sanitaires de l'Art-thérapie en vue de répertorier et classifier les résultats obtenus, avec la réserve du respect de la personnalité des patients.

III. Les modalités scientifiques de l'Art-thérapie moderne

A. *Une définition existe*

Une discipline se doit d'abord, d'avoir un nom significatif : chacun connaît la kinésithérapie, la psychothérapie ou l'ergothérapie. Dans notre cas la discipline traitée dans cette intervention est l'Art-thérapie dont la définition admise par les facultés de médecine impliquées dans cet enseignement est : exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique.

Ce libellé implique de fait toutes les techniques artistiques (peinture, musique, arts corporels, etc...) et toutes les pénalités sanitaires relevant du pouvoir de l'Art dans le respect des indications médicales.

Nous avons vu que l'Art est une activité privilégiée d'expression. L'art-thérapeute sait l'orienter vers la communication afin de répondre à la définition de la bonne santé. Ce sont les bénéfices majeurs de l'Art-thérapie que le projet thérapeutique peut revendiquer.

B. *Un modèle théorique synthétise l'activité artistique*

En ce qui concerne les fondements théoriques spécifiques à l'Art-thérapie, les activités humaines dans l'intention d'une activité artistique répondent à une organisation qui inclut tant les mécanismes humains non visibles comme les impressions, que les mécanismes perceptibles comme l'expression. Cette organisation est modélisée par une opération artistique, interface entre l'être humain et l'Art. L'opération artistique permet à l'art-thérapeute d'organiser et de cibler son activité dans un cadre sanitaire spécifique et complémentaire aux autres activités paramédicales.

Il s'agit d'une proposition théorique qui explique la discipline et prévoit son avenir.

C. *Une éthique professionnelle anime la discipline*

Considérant l'implication humaine relative à l'intimité bousculée par l'Art, l'esprit de la méthode doit être précisé. Fondée sur le respect des personnes et dans le souci de préservation de la dignité des patients, le travail de l'art-thérapeute est sous-tendu par l'idée de « la partie saine ». S'il ne s'agit que d'une idée, elle implique que tout être humain vivant dispose en lui d'un « foyer », même infime, qui ne demande qu'à s'épanouir. Plus simplement si le bras droit est indisponible, le bras gauche est sollicité par l'art-thérapeute.

L'Art est exploité ici comme processeur thérapeutique, ce qui distingue l'Art-thérapie des thérapies médiatisées qui exploite l'Art comme activité de support à une autre discipline (psychothérapie, psychomotricité, animation, etc...)

Le cadre thérapeutique dans lequel s'insère l'Art-thérapie est celui des activités paramédicales officielles en France. Sous l'autorité médicale ou du responsable institutionnel dans les milieux sociaux, l'art-thérapeute sait établir un protocole thérapeutique où état de base du patient, objectifs, stratégie, modalités évaluatives et choix des items, sites d'action, cibles thérapeutiques et programme d'accompagnement de soins, peuvent être justifiés auprès des patients et des membres de l'équipe de soins.

Aujourd'hui le cadre administratif de la profession semble s'installer dans le panorama professionnel français avec la reconnaissance par l'état de la profession, sans toutefois s'arrêter sur les contenus du métier mêlant encore psychothérapie, animation et Art-thérapie. Une guilde des art-thérapeutes rassemble les professionnels dûment diplômés des facultés de médecine et ayant bénéficié d'une formation accréditée par l'état qui respectent le code de déontologie de la profession.

D. Un enseignement fondé sur la recherche forme les professionnels

Cette profession bénéficie aujourd'hui d'un enseignement structuré où conjointement les sciences connexes, médicales, paramédicales et artistiques viennent compléter le fond de l'enseignement art-thérapeutique. L'enseignement fondamental théorique est équilibré par des études de cas, stages et ateliers pratiques dans la spécialité.

Cette rapide présentation de l'enseignement veut montrer que l'Art-thérapie bénéficie d'une véritable formation spécifique qui s'accorde avec l'originalité de la profession.

Puisque le métier existe, il doit s'adapter continuellement au contexte professionnel, scientifique et social. C'est le rôle de la formation continue des art-thérapeutes qui actualise les connaissances des professionnels.

Afin d'affiner ses moyens, cette discipline doit obligatoirement bénéficier d'une recherche spécifique qu'elle soit fondamentale, pratique ou théorique. Aujourd'hui des travaux existent. Si la recherche en Art-thérapie pure est restreinte (rappelons les travaux réalisés par le Centre de Recherches de l'AFRATAPEM) des travaux intéressants sous obédience psychologique amènent des réflexions et propositions théoriques nécessaires à la bonne distinction entre psychothérapie et Art-thérapie (rappelons les travaux des universités de Toulouse ou Paris).

Des congrès, colloques, délégations régionales, permettent de faire un point de l'avancée des travaux comme les congrès internationaux organisés conjointement par les universités et l'AFRATAPEM qui regroupent régulièrement entre 500 et 900 participants.

E. Des nouveautés apparaissent

L'évolution de la profession dans le sens d'une spécialisation amène inmanquablement à enrichir le vocabulaire existant par de nouveaux mots, néologismes ou nouveau sens d'un mot existant. Ce vocabulaire professionnel essaie de formaliser et de préciser :

- des concepts et des idées originales comme les distinctions entre le représenté et le ressenti, la communication et la relation, le verbal, le non-verbal et le hors-verbal, ou l'élargissement de l'esthétique.

- des définitions comme la mémoire du futur, la structure, l'élan, le ressenti corporel, vivre ou exister.

- des néologismes existants mais repris et adaptés comme l'humanité ou l'humanité.

De nouveaux outils sont aussi exploités comme les fiches d'observation ou le cube harmonique (principe évaluatif).

Il s'agit, ici, d'autant d'exemples qui montrent que la profession est « en marche ».

IV. Synthèse

Si la profession existe c'est qu'elle a su se faire admettre par la communauté médicale. De fait si elle est admise par la communauté médicale, la nature scientifique est évidente au moins pour ce domaine. Cependant nous avons voulu, par cette présentation, ne pas nous arrêter aux seuls aspects pratiques et communs de l'Art-thérapie, mais suggérer les profondeurs et originalités scientifiques de celle-ci.

La science implique des savoirs orientés vers la vérité, avec des pratiques et résultats reproductibles, l'Art-thérapie répond à ces conditions.

L'Art (qui implique toutes les techniques artistiques) est essentiel en Art-thérapie. Si l'Art n'a pas la faculté de guérir, il bénéficie d'un pouvoir propre qui peut être exploité de façon bénéfique pour une personne pénalisée à la condition que le patient soit sensible à l'Art, que l'autorité médicale voit l'intérêt sanitaire de cette discipline pour ce patient et que l'art-thérapeute soit compétent.

Si notre présentation a considéré l'Art de façon générale, omettant volontairement des aspects et activités artistiques comme l'invention, la créativité ou l'imitation artistique, faute de temps, retenons que l'Art implique la totalité du processus sanitaire qui engage un être humain vers une activité volontaire. Même dans un processus tronqué, l'art-thérapeute sait exploiter les éléments humains sollicités par cette activité dans le seul but sanitaire. L'Art-thérapie a pour but d'aider les personnes à aller bien et non de produire des artistes, comme nous l'avons précisé plus haut. L'Art est exploité comme processeur thérapeutique.

Conclusion

On conçoit depuis les temps anciens que l'Art et l'esthétique sont scientifiques. Chacun connaît le nombre d'or ou la définition de l'esthétique comme science du Beau. Aujourd'hui en Art l'invention vient compléter l'imitation. Cela ne gêne en rien l'implication de l'ensemble des éléments humains nécessaires à l'activité artistique. Il s'agit d'autant de savoirs que l'Art-thérapie moderne sait exploiter. Cependant l'Art-thérapie n'a pas la prétention de guérir, mais revendique le fait de donner l'envie de guérir. Elle met l'objectivité au service de la subjectivité, la science au service de l'humanité.

COMMUNICATIONS - FRANCE

Congrès international
d'art-thérapie

Lille - 2012

Les résultats de l'enquête nationale 2011 sur le placement des art-thérapeutes en France

Nathalie BERTHOMIER

Directrice générale de l'AFRATAPEM – Ecole d'Art-thérapie de Tours.

France

Dans un contexte socio-économique difficile et malgré la nette progression de la reconnaissance de la profession d'art-thérapeute par le corps médical et par l'État, il semblait important d'avoir une meilleure lisibilité du métier tant pour les employeurs, les organismes financeurs que pour les art-thérapeutes eux-mêmes. Des enquêtes avaient été menées précédemment mais à notre connaissance, aucune n'avait pris l'angle spécifique de l'Art-thérapie, c'est-à-dire sous l'autorité médicale et dans le respect du code de déontologie art-thérapeutique. L'Afratapem a donc souhaité lancer une enquête permettant de donner des réponses sur le métier et ses applications sur le terrain, tant auprès de ces praticiens que de leurs lieux de pratique.

Les résultats présentés ici ne prétendent pas être représentatifs de l'ensemble du paysage français mais cherchent modestement à fournir quelques pistes aux art-thérapeutes et partenaires professionnels et institutionnels, dans un contexte précis et à une période donnée.

I. Trois enquêtes réalisées auprès de trois publics complémentaires

Ces enquêtes ont été réalisées auprès d'un fichier ciblé, constitué à partir d'annuaires officiels généraux et professionnels français et abondés par nos propres fichiers de contacts, ceci complété par des échanges téléphoniques ou mails afin d'affiner certaines réponses. Soulignons ici la contribution de la Faculté de Médecine de Tours pour la diffusion de certaines de ces enquêtes.

Trois bases de données ont été constituées et exploitées avec un envoi postal entre avril et septembre 2011 et un dépouillement des questionnaires jusqu'en début 2012.

1. Un fichier composé de **1 832 médecins** généralistes et spécialistes et de professionnels paramédicaux : 6% de retours.

2. Un deuxième regroupe **3 288 structures** hospitalières et institutions du secteur médico-social et du secteur social : 11% des retours.

3. Enfin un troisième est uniquement composé **d'art-thérapeutes diplômés** des facultés de médecine de Tours, Poitiers, Grenoble et Lille (Faculté Libre de Médecine) au nombre de 612. On peut mesurer un bon retour sur cette troisième enquête avec un taux de 23%. Précisons que l'importante mobilité géographique des art-thérapeutes ne nous a pas permis de contacter l'ensemble des diplômés : près de 1 500 répertoriés à ce jour.

Après avoir écarté quelques fiches trop incomplètes ou illisibles pour être traitées, ce sont ainsi 552 fiches valides qui sont à notre disposition. Chaque information est collectée par deux personnes (méthode manuelle et informatisée) puis les informations sont croisées et expertisées afin d'en extraire des pourcentages.

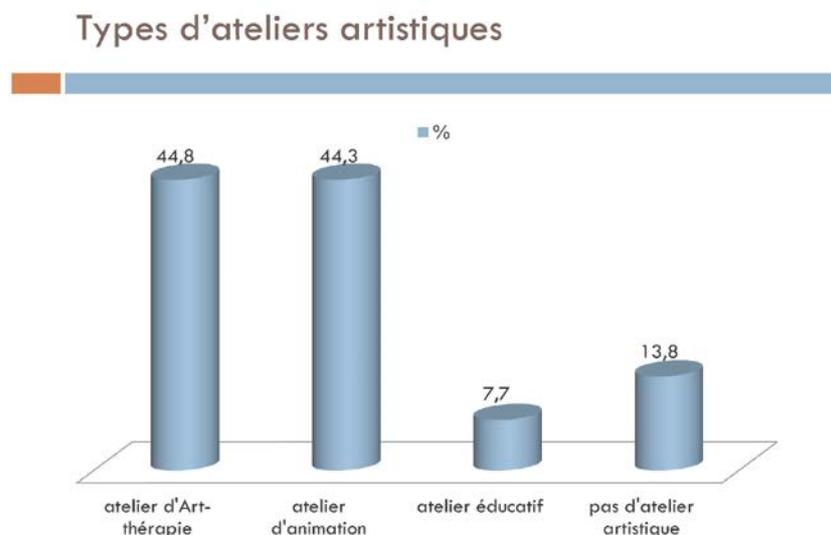
Bien entendu, les chiffres qui vont suivre sont basés sur les fiches reçues, il serait trop aléatoire de considérer qu'il s'agit là de pourcentages à généraliser

II. Voici les informations les plus significatives tirées des résultats de ces trois enquêtes.

1. Dégageons quelques éléments de base avec la perception qu'ont les médecins et paramédicaux de l'Art-thérapie.

- Dans 80% des fiches reçues, les médecins et paramédicaux déclarent connaître l'Art-thérapie notamment la musicothérapie et les arts plastiques.
- 48% disent faire la différence entre Art-thérapie et psychothérapie.
- 36% ont déjà travaillé avec un art-thérapeute notamment en lui envoyant des patients.
- 86% considèrent que l'Art-thérapie ou ses spécialités est complémentaire à l'équipe de soins.

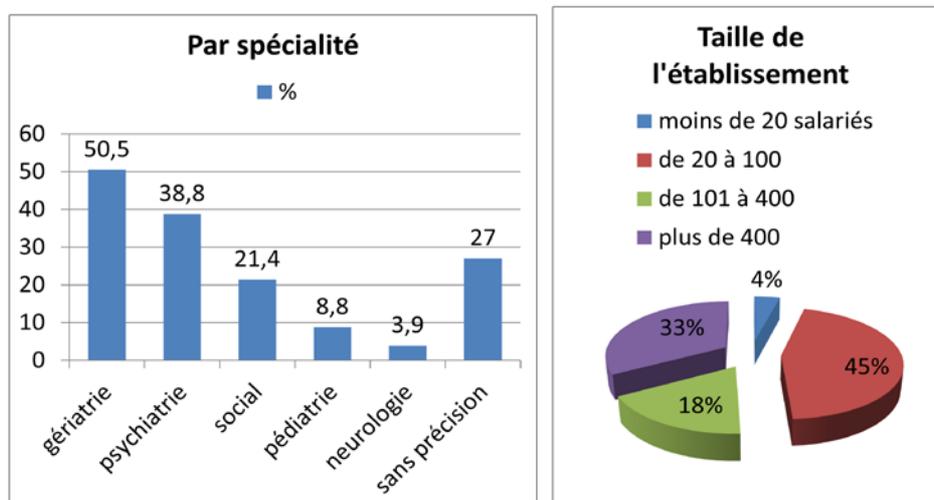
2. L'enquête auprès des établissements d'accueil permet d'apporter des précisions concernant le fonctionnement interne des ateliers



- Concernant les types d'ateliers, observons que 44.3% des fiches reçues disposent d'un atelier d'Art-thérapie. Le pourcentage est identique pour les ateliers d'animation. A noter que certains établissements disposent d'ateliers de plusieurs natures au sein de leurs services, ce qui explique le dépassement des 100%.

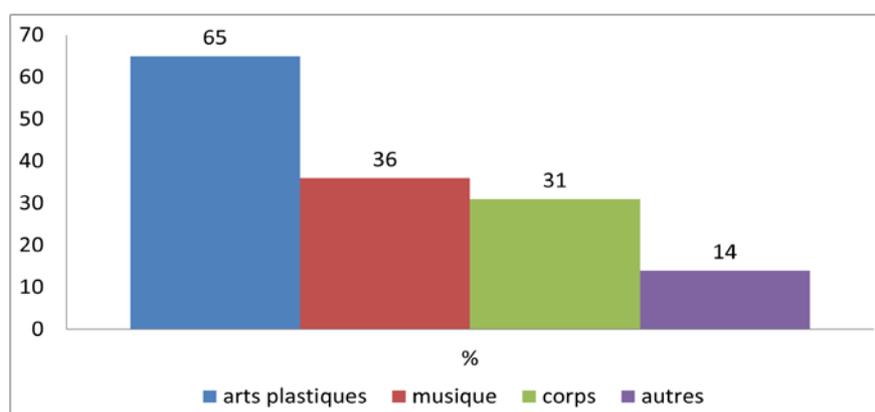
Les informations qui vont suivre concernent uniquement les 44.3% de structures d'accueil disposant d'un atelier d'Art-thérapie (toutes techniques confondues). Reprenons ainsi notre étude sur la base de 100%.

Les ateliers d'Art-thérapie



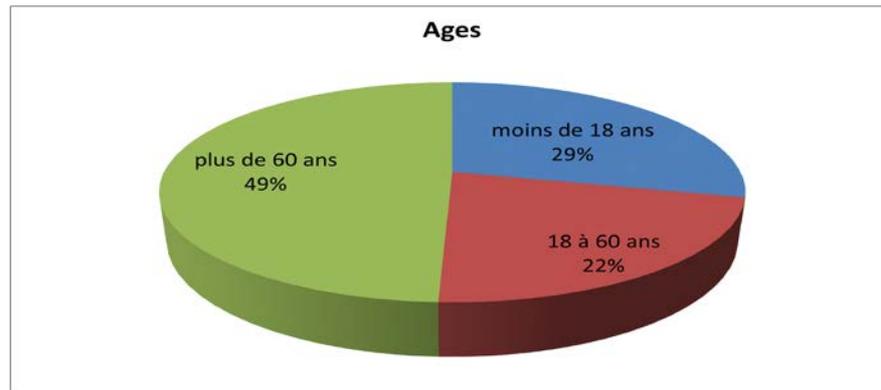
- La répartition par spécialité montre une nette prédominance de l'Art-thérapie en gériatrie, information qui sera confirmée par d'autres données qui vont suivre.
- Il apparaît également que les recrutements sont plus importants dans les structures de plus de 20 salariés.

Techniques artistiques des ateliers d'Art-thérapie



- Les techniques artistiques utilisées dans ces ateliers sont les arts plastiques pour une grande majorité d'entre elles. A noter que parmi les pratiques diverses : 1/3 des art-thérapeutes utilise la calligraphie, une ancienne pratique remise à l'honneur en Touraine il y a une vingtaine d'années.
- Vous constatez que nous dépassons là encore les 100%, les art-thérapeutes utilisant la plupart du temps plusieurs techniques artistiques avec leurs patients.

Publics bénéficiaires



○ Les personnes bénéficiaires d'Art-thérapie sont les + de 60 ans pour la moitié d'entre eux, ce qui vient corroborer les résultats précédents sur la prédominance de la spécialité en gérontologie ; troubles liés à la maladie d'Alzheimer, états dépressifs, anxiété, démence, perte d'autonomie, Parkinson, etc. Parmi les moins de 18 ans : autisme, psychose, problèmes neurologiques, myopathie, cancérologie, conduites addictives reviennent souvent dans les réponses. On relève chez les adultes des pathologies liés au handicap moteur, névrose ou psychose, problèmes de nutrition (obésité, anorexie).

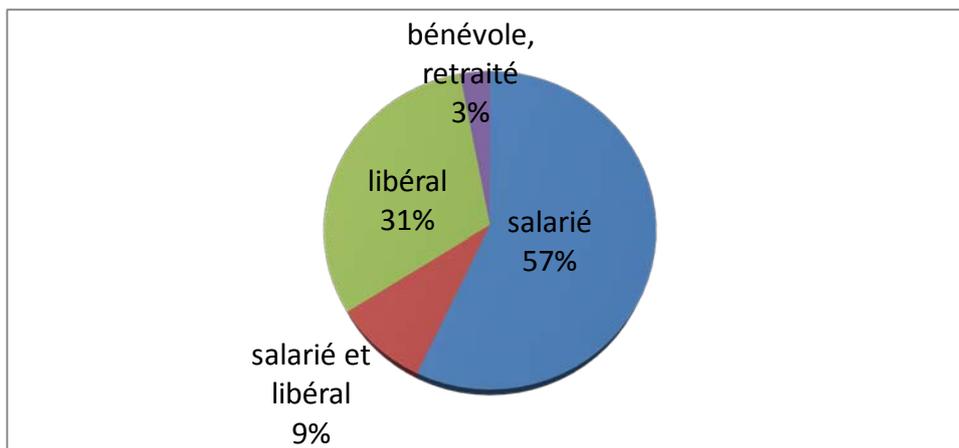
○ Plus de 92% des structures d'accueil déclarent que l'Art-thérapie ou l'une de ses spécialités est intégrée à l'équipe de soin et la moitié des art-thérapeutes répond à un code de déontologie spécifique à leur profession. Ceci est la preuve, s'il en est, que l'Art-thérapie en tant que discipline est considérée comme une profession paramédicale et donne tout son sens à la création de la Guilde des art-thérapeutes, regroupement de professionnels dûment diplômés respectant le code de déontologie art-thérapeutique.

○ Dernière information que je retiens de cette deuxième enquête : la formation des art-thérapeutes (à noter que presque un établissement sur deux n'a pas répondu à cette question). Parmi ceux qui ont répondu, on retiendra que :

- Seuls 12% ne sont pas formés spécifiquement.
- Parmi les art-thérapeutes formés, 63% le sont dans un cadre universitaire.

3. La troisième enquête concerne les art-thérapeutes diplômés des universités associées à l'Afratapem.

Inutile de vous faire un schéma sur la forte présence féminine parmi les art-thérapeutes. L'Afratapem recense en effet 95% de femmes dans ses effectifs d'art-thérapeutes diplômés.



- 57% des art-thérapeutes exercent sous statut salarié dont plus de la moitié embauchée en contrat à durée indéterminée. 31% exercent sous statut libéral (en cabinet, à domicile ou en institutions). Ce dernier statut tend à se développer notamment avec l'apparition du dispositif de l'auto-entrepreneur depuis 2009, ce qui permet notamment de combiner les deux statuts de salarié et d'indépendant.
- A noter également que 61% déclarent exercer uniquement en tant qu'art-thérapeutes, les autres associent l'Art-thérapie à d'autres emplois : artiste, animateur d'ateliers notamment.

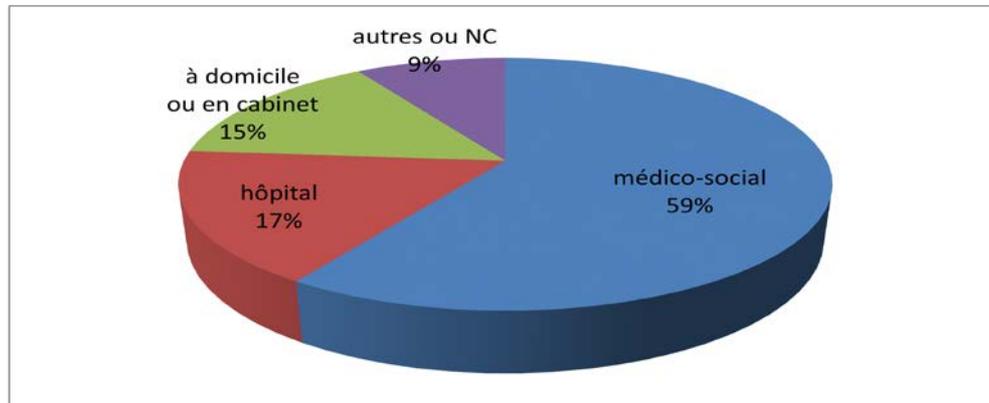
Enquête 3 : art-thérapeutes

Rémunération des art-thérapeutes

	rémunération horaire	Rémunération annuelle
salarié	19 €	14 471 €
libéral	39 €	11 201 €
salarié et libéral	28 €	21 283 €

- Les rémunérations moyennes sont différentes selon le statut. Les montants présentés ici sont exprimés en brut pour les salariés et en HT pour les art-thérapeutes en libéral. De ces montants, l'on déduira les charges sociales et fiscales règlementaires.
Je rappelle, à toutes fins utiles, que le SMIC brut horaire en France est de 9.40€/h.
Il est également important de noter que les rémunérations annuelles présentées ici ne concernent que l'activité d'Art-thérapie. Des activités annexes complètent souvent ces revenus.

Secteurs d'intervention des art-thérapeutes



- Intéressons-nous à présent aux secteurs d'intervention des art-thérapeutes. Près de 60% interviennent dans le secteur médico-social dont plus d'un tiers avec des personnes âgées. 17% travaillent à l'hôpital ou en cliniques. Nous n'avons pas de précision concernant les art-thérapeutes exerçant à domicile ou en cabinet.
- Je terminerai la présentation de cette troisième enquête par la répartition géographique des art-thérapeutes sur le territoire français (métropole). Bien entendu, vous noterez une présence importante d'art-thérapeutes en région Centre et notamment en Indre-et-Loire, siège social de l'Afratapem depuis plus de 30 ans, mais les régions de Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Aquitaine, Rhône-Alpes et bien sûr Nord-Pas-de-Calais sont aujourd'hui bien représentées. La présence de délégations régionales d'art-thérapeutes dans ces régions confirme cette vivacité.
- Vous pourrez, à ce propos, rencontrer les art-thérapeutes de la région Nord- Pas-de-Calais dans l'espace Métier dans le hall de cet amphi.

L'Art-thérapie est-elle scientifique ?



Je précise que l'Afratapem éditera dans les mois qui viennent un fascicule regroupant un certain nombre de ces données et que celui-ci sera à la disposition de toute personne qui en fera la demande.

Disponible actuellement sur www.art-therapie-tours.net

L'Art-thérapie utilise le concept du « Bien » justifiant sa pratique en prison.

Odile GANTIER

art-thérapeute diplômée de la faculté de médecine de Grenoble, plasticienne

France

Mon propos s'appuie sur une pratique de l'Art-thérapie à dominante Arts Plastiques au nouveau centre de détention de Roanne depuis 2009. Cette présentation évoque les difficultés et les spécificités carcérales qui donnent à penser la question médicale autant que sociale.

Reprenant la grande idée de Georges Canguilhem « la santé dépend du lien qu'un individu entretient avec son milieu »¹. Ainsi en prison, la santé est donc un leurre lorsqu'elle est définie par l'OMS comme un bien-être complet physique, mental et social. Aussi le Bien, est un concept qui mène à l'éthique et donne un sens moral à toute action. L'U.N.E.S.C.O est l'observatoire mondial de l'éthique et ses applications contemporaines sont maintenant indissociables de la science. L'objectivité scientifique se confronte à une perception du vivant.

Mais il semble important de définir la différence fondamentale entre vivre et exister. Le vivant se présente comme une capacité à inspirer/expirer. Or la spécificité Humaine est bien au-delà ; c'est-à-dire une capacité, voire une nécessité à exister définie par les liens d'impressions et d'expressions. En effet la santé « sociale » évoquée précédemment définit l'existence en lien avec son environnement.

Considérons qu'exister c'est avant tout s'exprimer, or si en prison les besoins vitaux sont maintenus, l'expression et la relation sont mises à mal. L'Art-thérapie permet une expression cadrée et surveillée.

Aussi, en aucun cas le soin d'une personne délinquante ne fait oublier le délit et les victimes.

La population carcérale est considérée comme ayant une mauvaise gestion des limites par les études psychologiques. En effet la population se caractérise par un difficile ressenti des limites entre l'instinct et la raison. Le détenu n'a souvent pas trouvé sa place dans son milieu avant l'incarcération, ce qui l'a mené à enfreindre la loi. Il doit se redéfinir une juste place dans le monde. Or le monde carcéral n'est pas juste²

Le protocole est ainsi mis en place.

Les séances d'Art-thérapie sont individuelles pour soustraire le détenu aux repères carcéraux. Elles sont sur prescriptions médicales, sur RDV dans l'unité de soin du centre de détention.

¹ Canguilhem Georges « *La connaissance de la vie* » Paris, Vrin 2009.

² Gantier Odile « *L'art-thérapie à dominante arts plastiques utilise des concepts communs à l'art et à l'éthique justifiant sa pratique en prison* » mémoire diplôme U.F.R FOURIER Grenoble. P 65.

L'unité de soin, l'U.C.S.A. (Unité Consultation Soins Ambulatoires) est sous l'autorité médicale mais c'est la structure pénitentiaire qui organise et accorde les déplacements des détenus.

L'observation du milieu permet de déterminer des pénalités liées à l'enfermement punitif.

On retrouve systématiquement ; **la culpabilité, la perte d'autonomie, la rupture sociale, l'humiliation, la violence, l'impossibilité à faire des choix.**

Pour les psychologues, la question du délit est au centre de la prise en charge alors que dans la pratique de l'Art-thérapie c'est l'Art et l'individu qui sont au centre de la prise en charge. L'Art a les mêmes repères à l'intérieur et à l'extérieur de la prison alors que les relations humaines sont bien différentes à l'intérieur et à l'extérieur de la prison. La population carcérale se caractérise par « un passage à l'acte » répréhensible or l'Art-thérapie se caractérise par un « passage à l'œuvre » valorisant.

Ma stratégie s'élabore dans la création d'une fiche d'observation qui reprend les 4 phases du phénomène artistique qui sont :

L'IMPRESSION, L'INTENTION, L'ACTION, la PRODUCTION.

Une « justesse » des différentes phases est la base de la fiche d'observation et de d'évaluation. La justesse prend le jugement comme volonté à la fois individuelle et collective. La justesse c'est la qualité qui rend une chose parfaitement et exactement adaptée. Si l'art demande une justesse c'est bien une adaptabilité entre le monde extérieur et une volonté intérieure. La justesse esthétique est l'intention déterminante entre une volonté intérieure et le monde rendant l'être humain autonome.

1° phase : L'IMPRESSION.

Cette première phase est altérée par le milieu. Elle n'a plus de repère de « justesse » en lien avec les valeurs relationnelles du monde extérieur à la prison. L'homme est impressionnable et le monde carcéral a transformé ses perceptions. Toute la sensorialité est déformée : L'éclairage néon comme seule source de lumière transforme les couleurs et les perceptions. La myopie s'installe car la vision lointaine n'est pas stimulée. Une petite variété d'odeurs est présente. Les bruits de clés et de verrous résonnent. Les détenus communiquent entre eux en tapant sur leurs barreaux, créant ainsi une ambiance sonore perpétuelle dont on ne peut se soustraire. L'absence de miroir est un facteur contribuant à la perte de l'estime de soi.

L'Alexithymie (du grec a : préfixe privatif, lexis signifiant « mot » et thymos signifiant « humeur ») désigne les difficultés dans l'expression verbale des émotions) est un symptôme souvent présent dans le monde carcéral (40% des personnes détenus en souffrent)³ et générateur de violence. Ces troubles se caractérisent par quatre points - l'incapacité à exprimer verbalement leurs affects - la pauvreté de l'imaginaire - la tendance à recourir à l'action mais surtout à la

³ Atamaniuk Y « L'alexithymie : une exigence adaptative en milieu carcéral ». Thèse :DES Psychiatrie, Strasbourg,1994.

violence - la tendance à s'attacher à l'aspect matériel et objectif des événements, des situations et des relations.⁴ Ces troubles peuvent trouver dans l'expression artistique non-verbale les moyens d'être diminués.

2° phase : L'INTENTION.

Une intention juste, inclut un désir à faire des projets réalisables. Le détenu évalue ses capacités à pouvoir réaliser un projet dans l'univers carcéral (matériaux restreints) ainsi que ses compétences. Les Items de l'intention sont aussi liés à l'imaginaire et l'engagement.

Le monde carcéral donne des valeurs concrètes de conduites très rigides et précises dans lesquelles aucun choix n'est possible or l'Art permet de développer un imaginaire, de faire de multiples choix, et ainsi d'exprimer ses goûts.

3° phase : L'ACTION.

L'Art permet d'éveiller un imaginaire et de le confronter à une raison, une technique comme structure limite.

Le caractère diachronique des arts plastiques donne à voir et à penser la trace et la responsabilité de tout acte.

Les Arts Plastiques rendent concrètes des notions fondamentales : **d'équilibre, d'harmonie, de différence de point de vue, de proportions, d'égalité.**

Le détenu utilise des outils de mesures (règle, compas...) pour évaluer les distances mal perçues, mal jugées et cela dûes à l'altération des sens. L'art-thérapeute met en place des stratégies pour lui permettre de ressentir les distances sans les mesurer ainsi aider le détenu à se faire confiance et recouvrer l'autonomie de ses perceptions.

Mais aussi l'art-thérapeute peut jouer sur la représentation par différents points de vue d'un même objet (le cubisme) et ainsi peut permettre de comprendre les différentes perceptions du monde. L'expérience visant à prendre conscience des multiples points de vue sur un même objet (réalité objective), un même événement (réalité subjective), peut aider l'individu à juger autrement des événements de sa vie. Il peut ainsi comprendre les différentes perceptions et représentations du monde selon les cultures.

4° Phase : LA PRODUCTION.

L'Art Plastique permet de rendre concrètes des notions abstraites d'équilibre ou d'égalité pour évaluer la notion de Bien. La production doit être cohérente avec l'intention et l'action, définis précédemment.

⁴ Cosnier Jacques, professeur de psychologie des communications, « *Emotions et psychomotricité* » vol 19, n°77.2007

L'Art-thérapie aide l'individu à ressentir ses goûts, lui donne accès à une élaboration de ces choix. Il se redéfinit en ajustant ses choix et une justesse dans ses actes en rapport avec sa culture. Les projets artistiques sont variés et peuvent utiliser toutes les sensorialités, pour créer des espaces imaginaires nouveaux. Des jeux synesthésiques sont source d'imaginaire et peuvent permettre d'évoquer des émotions. Des sons peuvent suggérer des couleurs, des mots. La synesthésie (du grec *syn*, avec (union), et *aesthesis*, sensation) est un phénomène neurologique par lequel deux ou plusieurs sens sont associés.

Sur le plan pictural un travail d'abstraction aide à développer l'imaginaire et à utiliser les sensations plus que les représentations. L'abstraction (du latin *abstractus*) séparer. La science abstraite s'applique aux lois des phénomènes, et non à un corps particulier, c'est aussi, isoler par la pensée.

Pour terminer la séance : le détenu s'évalue grâce au cube harmonique.

Le cube harmonique donne la possibilité au patient de s'auto-évaluer grâce à trois questions :

« Est-ce que j'ai éprouvé du plaisir ? » (Repères liés au ressenti corporel) pour évaluer la sensation du bon.

« Est-ce que c'est bien fait ? » (Repères liés au jugement) pour évaluer la notion de bien.

« Est-ce que cela me plaît ? » (Repères liés à la subjectivité des goûts) pour évaluer l'idéal esthétique.

« L'esprit de cet outil est de synthétiser, par une forme cohérente, connue, explicite et sensible, les trois composantes de la spécificité artistique soit le Beau, le Bien, le Bon, [...]. Le jugement étant la fonction principale d'évaluation. Ainsi, cette modalité objective permet de mettre à jour la subjectivité des personnes. »⁵

Ainsi le détenu se redéfinit et s'interroge sur son héritage culturel : **d'où il vient, qui il est, sa relation au monde grâce à son idéal esthétique.**

La production artistique lui donne une place dans un monde culturel et artistique hors du contexte carcéral.

On peut évaluer aussi la capacité et la vitesse à faire des choix, qui est en relation avec le temps de détention. On observe qu'au-delà de quelques années, le détenu perd sa capacité à savoir ce qu'il veut. Il peut définir ce qu'il « doit » faire mais plus ce qu'il veut. Comme l'indique Michel Foucault⁶ le détenu est docile et redressé pour une vie sociale. L'art-thérapie lui permet de donner un sens à son redressement.

Pour conclure lorsque l'apprentissage des règles de vie et de conduite n'est pas ressenti mais dicté, le sens des actes n'est pas intégré. L'éducation des sens grâce à l'art-thérapie peut permettre de restimuler les perceptions, aidant ainsi à intégrer des règles de vie égalitaire.

⁵Richard Forestier « *Tout sur l'art-thérapie.* » Favre, Lausanne. 2007.

⁶Foucault Michel « *surveiller et punir* » Paris, Tel Gallimard 2010.

La loi est un moyen d'éducation car le besoin d'être juste est inné pour être en harmonie avec son milieu.

La loi s'appuie sur la mathématique l'égalité et l'équité. Les peines et les sanctions doivent être équitables pour être acceptées.

Grâce à un tableau de synthèse il est possible d'associer les différents domaines de connaissance et d'intégrer l'esthétique. Il se présente comme avec des repères existentiels dans le champ social. Ainsi ;

Le Bon est en relation avec la sensation, la physiologie et notre nature.

Le Bien est en relation avec l'éthique et des notions abstraites d'acquisition, donnant un sens au développement psychologique des acquis.

Le Beau est la relation positive au monde. Il permet d'être dans un lien harmonieux avec son environnement via les différentes sensorialités.

<u>Domaine</u>	<u>Humain</u>	<u>Santé</u>	<u>Sciences</u>	<u>Philosophie</u>	<u>Esthétique</u>
Nature	Etre/Inné	Physique	Biologie	D'où je viens	Bon
Sens	Avoir/Acquis	Mentale	Psychologie	Qui je suis	Bien
Fonction	Relation/Paraitre	Sociale	Sociologie	Où je vais	Beau

L'efficacité art-thérapeutique : vers une évaluation objective

Cédric LEFEVRE

art-thérapeute diplômé d'Université, plasticien, Docteur en biologie

France

Une brève revue de la littérature sous la base de données bibliographique Pubmed⁷, nous revoie, à la requête « art therapy » dans le titre de la communication, à 269 articles scientifiques. Si les publications scientifiques dans les revues internationales à comité de lecture au sujet de l'Art-thérapie ne sont pas encore très abondantes, probablement en partie en raison de la jeunesse de la discipline, elles sont de fait, la validation par la communauté scientifique que la discipline concernée a bien un caractère scientifique. C'est à dire que rien dans celle-ci ne s'oppose à l'application d'une démarche scientifique, fût-elle imparfaite.

S'interroger sur le caractère scientifique de l'Art-thérapie conduit naturellement à s'interroger sur son efficacité

L'Art-thérapie est-elle scientifique ? Sans rentrer dans des discussions épistémologiques interminables, nous considérerons que la démarche scientifique s'appuie sur une méthode hypothético-déductive dont les hypothèses de travail sont falsifiables ou réfutables d'après Karl Popper. Dit autrement, d'après l'expertise collective de l'INSERM sur l'évaluation des psychothérapies parue en 2004, « la démarche scientifique consiste à tester des hypothèses réfutables au moyen d'expériences reproductibles⁸ ». La question initiale devient :

L'Art-thérapie consiste-elle à tester des hypothèses réfutables au moyen d'expériences reproductibles ? Si l'expérience consiste à faire l'essai de l'Art-thérapie, et l'hypothèse réfutable que la prise en charge peut être la cause d'un changement bénéfique, versus non bénéfique, la seconde question devient :

L'Art-thérapie peut-elle être la cause d'un changement bénéfique attendu et reproductible ? Qu'est ce qu'attend l'art-thérapeute sinon l'amélioration de l'état de base du patient, c'est à dire en somme d'être efficace ? Rappelons que d'après le dictionnaire le Robert une méthode est efficace si elle « produit l'effet qu'on en attend ». La troisième question nous amène donc à :

L'Art-thérapie est-elle efficace ? Et ce de façon reproductible ?

Arrivée à cette question centrale de l'efficacité, il est important de ne pas réduire la dimension thérapeutique de l'Art-thérapie à sa seule efficacité. En effet, par définition l'ensemble des effets inattendus sont exclus du champ strict de l'efficacité mais pas nécessairement du champ thérapeutique. La dimension thérapeutique de l'Art-thérapie inclut donc l'efficacité

⁷ Moteur de recherche développé par le National Center for Biotechnology Information (NCBI), hébergé par la Bibliothèque nationale de médecine américaine : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

⁸ INSERM, *Psychothérapie. Trois approches évaluées. Expertise collective*. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2004, p. 3.

thérapeutique, qui est orientée et souhaitée initialement, plus des effets thérapeutiques inattendus et singuliers, qui sont imprévisibles et incontrôlables – cf. Figure n°1.

Dimension thérapeutique de l'Art-thérapie	=	Efficacité art-thérapeutique	+	Effets thérapeutiques inattendus et singuliers
--	---	-------------------------------------	---	---

Figure n°1 – Dimension thérapeutique de l'Art-thérapie

Les trois questionnements cliniques à propos de l'efficacité

L'enchaînement des questionnements qui nous a conduits de la notion de démarche scientifique à la notion d'efficacité peut nous amener à trois nouvelles questions que tout thérapeute est conduit à se poser :

Le patient a-t-il évolué positivement ? La question est d'ordre éthique ou déontologique, et concerne l'engagement moral et pratique du thérapeute envers son patient. Elle implique la mise en place d'une évaluation adaptée à même de suivre l'évolution thérapeutique du patient.

Dans quelle mesure l'art-thérapeute et le traitement en sont responsables ? Cette question intéresse davantage la recherche scientifique comme nous allons le voir. Elle permet de se renseigner sur la relation causale entre l'intervention et les résultats obtenus. Elle est l'illustration de la validité interne d'une étude clinique.

Ce résultat est-il généralisable à la pratique clinique auprès d'autres patients ? Cette dernière question est d'une très grande importance pour le praticien qui souhaite savoir si les résultats sont généralisables à une autre population, dans un autre milieu ou à d'autres conditions, bref à sa pratique clinique. Elle est l'illustration de la validité externe d'une étude clinique.

Ces trois questionnements reflètent les dimensions complexes de l'efficacité : l'évaluation, la causalité et la prédictivité ou reproductibilité.

L'évaluation positive du patient ne préjuge pas de l'efficacité objective de la prise en charge ni de sa généralisation

L'un des principaux défis de l'évaluation en Art-thérapie repose sur la difficulté de choisir des items objectifs, surtout quand il s'agit de mesurer le subjectif – le plaisir par exemple. En théorie tout est objectivable, pourvu que les moyens de mesure déployés soient importants – mesure de la durée, de la longueur, enregistrement sonore ou vidéo, imagerie médicale, etc. Cependant, du point de vue de la pratique clinique quotidienne, l'objectivité à ses limites surtout quand elle touche à la souffrance existentielle. Cependant, la mesure de caractéristiques subjectives n'invalide pas nécessairement l'évaluation mise en place. Le clinicien va alors mettre en place une représentation numérique ou cotation graduée de la caractéristique subjective qu'il souhaite évaluer. Ce qui est particulièrement important, c'est la fidélité à la cotation, c'est-à-dire la constance avec laquelle le clinicien va coter de façon identique la même caractéristique, fut-elle subjective ou ressentie. De cette façon, s'il y a évolution, il s'agit bien de l'évolution du patient et non celle du thérapeute. On comprend aisément que ce n'est pas tant la valeur, la note, qui est importante, mais bien l'évolution de cette valeur, la trajectoire au cours des séances et donc la constance dans l'évaluation.

La sensibilité de l'outil d'évaluation, c'est-à-dire sa capacité à pouvoir détecter des évolutions positives ou négatives, est un critère important pour le clinicien. Celle-ci est fonction du nombre d'items choisis pour l'évaluation et de l'ampleur des cotations mises en place. C'est-à-dire que plus le nombre d'items et l'ampleur des cotations sont importants, plus la sensibilité de l'outil d'évaluation sera importante.

Quand bien même l'évaluation est de qualité, elle n'est pas en mesure de répondre seule à la question de l'efficacité. Voici pour illustrer cette difficulté, trois graphiques – cf. Figure n°2 – qui représentent fictivement l'évolution de la qualité de vie pour 3 patients au cours de leur prise en charge en Art-thérapie.

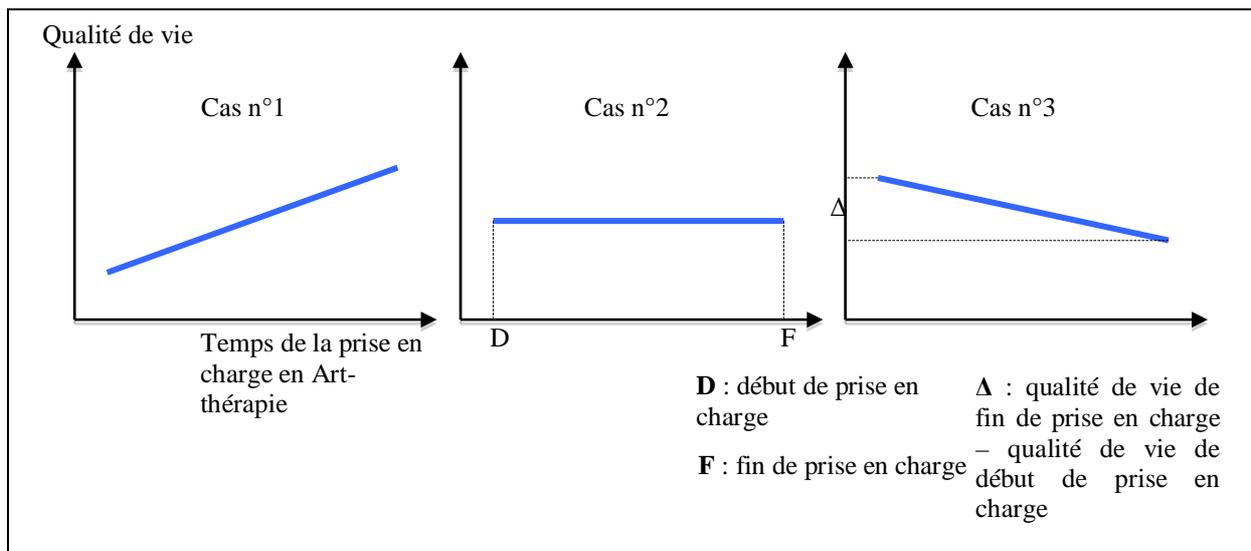


Figure n°2 – Trajectoires art-thérapeutiques

Le cas n°1 voit sa qualité de vie progresser, Delta positif, le second, sa qualité de vie stagner, Delta égale 0, et le troisième sa qualité de vie diminuer, Delta négatif. A la question : quelle est l'intervention qui a été bénéfique ? La réponse qui semble la plus évidente est le cas n°1 uniquement. Mais est-ce pour autant une intervention efficace, et est-ce la seule possible ?

Si la question s'affine et devient : quelle est l'intervention efficace, compte tenu de l'évolution naturelle probable du patient en l'absence de prise en charge ? L'évaluation ne permet nullement d'y répondre. On peut tout à fait imaginer que la seule intervention efficace soit l'intervention du cas n°3 – cf. Figure n°3.

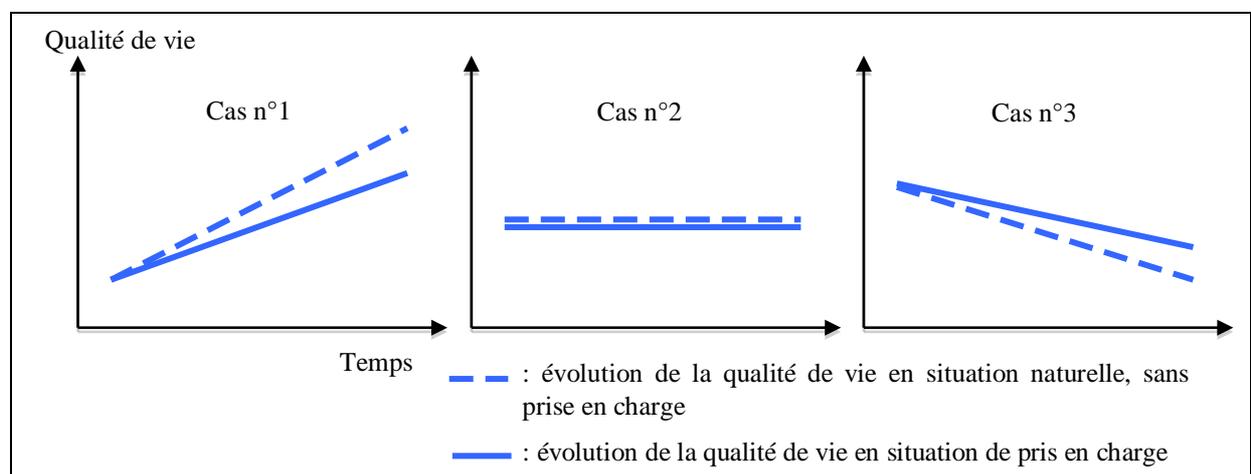


Figure n°3 – Trajectoires art-thérapeutiques et trajectoires naturelles

Le cas n°3 est la seule situation où l'exposition à une prise en charge en Art-thérapie améliore la qualité de vie, cause un changement bénéfique. Cette situation fictive, peut tout à fait correspondre à un patient atteint d'une pathologie dégénérative ou en fin de vie par exemple.

Il apparaît donc clairement que l'évaluation est tout à fait insuffisante pour répondre à la question de l'efficacité. Cela nous amène à la question de la causalité, c'est à dire est-ce que l'exposition à l'Art-thérapie augmente la probabilité d'observer un changement bénéfique ? Et à la question de la reproductibilité statistique de ces changements. Nous arrivons donc dans le champ de la recherche, qui, contrairement à la clinique, ne va pas envisager des cas individuels séparément, mais un ensemble de cas sous forme d'un protocole précis. Ce protocole qui a pour but de tester l'efficacité de l'intervention doit tenir compte de la complexité d'une prise en charge en Art-thérapie.

Le traitement art-thérapeutique est soumis à la complexité de la prise en charge qui est susceptible de générer de nombreux biais

Une prise en charge art-thérapeutique est très complexe. Elle fait intervenir un grand nombre de facteurs ou d'éléments actifs dans la thérapie dont certains sont indépendants de l'Art-thérapie et d'autres non spécifiques. Face à cette complexité le risque est d'attribuer à la technique art-thérapeutique la cause du changement observé alors que celle-ci est liée à un autre facteur, on parle alors de biais de confusion – confusion des causes de l'effet mesuré. Voici les principaux facteurs actifs dans la prise en charge en Art-thérapie :

- Le contexte général de la prise en charge : c'est le contexte personnel, affectif, et environnemental de la prise en charge. Elle peut avoir une influence non négligeable sur l'efficacité thérapeutique.
- Les autres prises en charge thérapeutiques : la ou les autres prises en charges thérapeutiques dont bénéficie le patient peuvent être la cause première de l'efficacité thérapeutique apparente observée en Art-thérapie.
- La problématique ou la pathologie du patient : elle génère des souffrances chez la personne, que l'Art-thérapie vise à diminuer. La chronicité ou non de la pathologie ou de la problématique vont probablement influencer sur l'impact thérapeutique. Guérison, rémission ou amélioration spontanée, pourraient être confondues avec l'efficacité art-thérapeutique et biaiser les conclusions. Il se peut aussi que toutes les pathologies ne soient pas égales face à un même traitement art-thérapeutique. Enfin, la présence de multiples pathologies ou problématiques peut vraisemblablement agir également sur l'efficacité.
- Le patient : la sensibilité du patient à l'Art, son désir de changer, sa croyance en l'efficacité du traitement, sont probablement des facteurs importants dans la réussite thérapeutique. Notons que pour les psychothérapies, près de 65% du changement thérapeutique serait lié aux facteurs propres du patient⁹.
- L'art-thérapeute : ses capacités relationnelles et empathiques, ses compétences techniques, ou sa personnalité. Tous ces éléments sont à même de contribuer à un effet

⁹ LECOMTE C., & LECOMPE T., *Au-delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves : les facteurs communs*, Santé mentale au Québec, vol. 24, n° 1, 1999, p. 19-38.

thérapeutique. Sur la base d'un grand nombre de recherches, certains estiment qu'en psychothérapie, « le thérapeute contribue jusqu'à huit fois plus à l'obtention de résultats positifs que l'utilisation de techniques spécifiques ¹⁰».

- La relation thérapeutique ou l'alliance thérapeutique : elle implique le patient et l'art-thérapeute. Si l'on se réfère aux nombreuses études réalisées à ce sujet pour les interventions en psychothérapie, il ressort qu'elle est l'un des meilleurs indicateurs de la réussite thérapeutique. Jusqu'à 45 % de la variance des résultats thérapeutiques obtenus pourrait être attribué à la qualité de l'alliance thérapeutique¹¹. Elle est un des éléments les plus importants dans la réussite thérapeutique, du moins en ce qui concerne les psychothérapies¹².
- La technique art-thérapeutique : il s'agit de la ou les techniques artistiques employées ainsi que de la stratégie générale qui inclut les modalités évaluatives et auto-évaluatives. En effet, l'évaluation et l'auto-évaluation font partie intégrante du travail art-thérapeutique, pouvant même devenir des processeurs thérapeutiques. Nous reviendrons sur ces difficultés méthodologiques.

Non seulement, comme nous venons de le voir, les facteurs susceptibles d'expliquer l'impact thérapeutique en Art-thérapie sont nombreux, mais ils agissent vraisemblablement liés les uns avec les autres, générant ainsi une fonction art-thérapeutique globale – cf. Figure n°4.

ATPC x P x AT x R x Pr x APC x T = Impact thérapeutique global

<p>ATP : effet du contexte général de la prise en charge en Art-thérapie</p> <p>C : effet du patient</p> <p>P : effet de l'art-thérapeute</p> <p>AT</p>	<p>R : effet de la relation ou alliance thérapeutique</p> <p>Pr</p> <p>APC : effet de la problématique du patient</p> <p>T : effet des autres prises en charges thérapeutiques</p> <p>: effet de la technique art-thérapeutique</p>
---	---

Figure n°4 – Fonction art-thérapeutique ou contribution à l'impact thérapeutique global

Le protocole contrôlé et randomisé en Art-thérapie limite les biais mais pose des problèmes méthodologiques, éthiques et cliniques

Afin de limiter au maximum les biais, et de maximiser la validité interne de l'étude sur l'évaluation de l'efficacité, il est possible de recourir à des protocoles contrôlés et randomisés, classiquement utilisés en pharmacologie. Il se trouve que « l'étalon or » repose aujourd'hui sur cette pratique d'essais ou ECR, sur laquelle repose l'appréciation de « preuve scientifique établie » selon la haute autorité de santé ¹³ – HAS. Les protocoles sont contrôlés, c'est à dire que l'évaluation est menée sur deux groupes différents, le premier qui reçoit le traitement, et le second, groupe contrôle qui ne reçoit pas le traitement mais un simili traitement ou placebo. Les protocoles sont également randomisés, afin que le groupe contrôle et le groupe qui reçoit effectivement le traitement soient comparables d'un point de vue statistique, l'assignation

¹⁰ LECOMTE C., & LECOMPE T., Op. cit

¹¹ ibid.

¹² DESPLAND J.N., ZIMMERMANN G., & DE ROTEN Y., *L'évaluation empirique des psychothérapies*, Psychothérapies, vol. 26, 2006, p. 91-95.

¹³ ANAES, Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, 2000, p. 48-50.

dans un groupe ou l'autre est déterminée de façon aléatoire. Enfin, pour se prémunir des biais d'évaluation qui pourraient être différents dans les deux groupes, et soustraire l'effet placebo à l'effet observé avec le traitement, il est impératif de procéder à une étude en double aveugle. C'est-à-dire que ni le thérapeute, ni le patient ne sont censés savoir respectivement ce qu'il administre ou ce qu'il reçoit, le traitement ou le placebo.

Le descriptif succinct des ECR nous confronte directement à des problèmes méthodologiques, éthiques et cliniques. A ce sujet, les experts de l'INSERM reconnaissent qu'« il est pratiquement impossible de comparer après randomisation et en double aveugle une psychothérapie active à un « placebo » inerte de psychothérapie sur le modèle des études pharmacologiques¹⁴ ». On ne voit donc pas comment l'Art-thérapie pourrait échapper à ces écueils méthodologiques. D'ailleurs le faible nombre d'études cliniques actuellement référencées par Pubmed en est assurément l'un des indicateurs. Ainsi, si l'on précise la requête « art therapy » avec le mot « randomized » ou « controlled », dans le titre ou dans le résumé, on passe de 269 à 21 articles pour ceux qui se rapportent à l'Art-thérapie.

De plus, si la pratique des ECR est à même d'assurer la meilleure validité interne des études cliniques, il en va différemment de la validité externe et donc de sa transposition en clinique. En effet, les groupes d'études pour être comparables doivent être constitués de patients relativement homogènes, c'est-à-dire le plus souvent mono-symptomatiques. Or, la pratique clinique quotidienne n'est que rarement confrontée à ces situations « simplifiées »¹⁵.

Il est impératif de développer des protocoles d'études qui soient réellement compatibles avec la spécificité de la clinique art-thérapeutique

Les ECR nécessitent de mettre en place un protocole très lourd, avec un grand nombre de patients, dont des patients témoins, indépendamment des problèmes méthodologiques précédemment cités. Cela confine donc souvent ce type d'étude dans des grands centres hospitaliers, écartant de fait la plupart des art-thérapeutes désirant contribuer à la recherche. Des études plus simples, mise en œuvre en clinique quotidienne, permettent néanmoins d'apporter, si ce n'est des preuves, tout au moins des présomptions importantes de preuves de l'efficacité de l'Art-thérapie.

Ainsi, des protocoles initialement déployés pour tester l'efficacité des traitements psychothérapeutiques, permettent de s'affranchir des patients témoins en se concentrant sur l'étude de cas individuels. Dans ces protocoles, le patient constitue son propre témoin qui est tantôt évalué pendant l'intervention thérapeutique – phase B – et tantôt lors de phase de non intervention – phase A ou phase témoin. La comparaison des phases d'intervention et de non intervention fournit alors des éléments sur l'efficacité de l'intervention thérapeutique. A titre d'exemple, voici quelques protocoles qui pourraient être assez facilement mis en œuvre dans le cadre de la clinique quotidienne en Art-thérapie – cf. tableau n° 1.

¹⁴ INSERM, Op. cit. p. 17.

¹⁵ DESPLAND J.N., ZIMMERMANN G., & DE ROTEN Y., Op. cit. p.93.

Type de protocoles	Principes et mise en œuvre	Intérêts et limites
Protocoles de cas individuels	Plus qu'une simple étude de cas, le protocole vise à établir une corrélation entre la thérapie et le changement.	Simple à mettre en œuvre en clinique quotidienne. La validité externe, la possibilité de généraliser les résultats, est très limitée.
Protocole AB	Très proche de ce qui est classiquement pratiqué en Art-thérapie. A , correspond à l'évaluation de l'état de base et B , à l'évaluation de l'intervention art-thérapeutique.	Grande simplicité de mise en œuvre. Nécessite une évaluation avant l'intervention. Ne permet pas d'établir un lien causal entre le changement et l'intervention.
Protocole ABABA	Dit protocole de retrait, il fait succéder à une phase de non intervention, A , une phase d'intervention, B , suivi d'un retrait de l'intervention, A , puis d'une nouvelle intervention, B etc...	Nécessite une évaluation avant l'intervention. Ne s'applique qu'aux variables réversibles. Le retrait d'une intervention efficace pose des problèmes éthiques.
Protocole BAB	Dans ce protocole, la phase d'intervention débute, B , puis l'on stoppe l'intervention, A . Si le problème persiste ou réapparaît on réintroduit une intervention, B .	Ne nécessite pas d'évaluation rigoureuse avant l'intervention, ce qui est souvent fidèle à la pratique clinique quotidienne en Art-thérapie.
Protocoles de groupes à partir de cas individuels	Il s'agit de réaliser des études de cas individuels sur un groupe afin d'additionner les résultats.	Validité externe bien plus importante que dans les études de cas individuels. Nécessite la planification de l'étude ainsi que la maîtrise et l'utilisation de l'outil statistique.
Protocole à lignes de base multiples	Phase de non intervention, A , puis introduction à des temps différents de l'intervention art-thérapeutique chez les différents patients, B .	Protocole souvent utilisé pour tester de nouvelles techniques thérapeutiques.
Protocole AB sur un groupe	Phase de non intervention, A , puis interventions identiques chez tous les patients, B .	Nécessite une certaine standardisation de l'intervention. Nécessite la maîtrise de l'outil statistique – analyse de variance sur mesures répétées.

A : phase de non intervention avec évaluation / **B** : phase d'intervention art-thérapeutique avec évaluation

Tableau n°1 – Protocoles de cas individuels issus des psychothérapies applicables en Art-thérapie¹⁶

L'hypothèse sous jacente aux protocoles de cas individuels est toutefois critiquable. D'après les auteurs du rapport INSERM « si l'amélioration observée est liée au traitement, le retrait plus ou moins prolongé de celui-ci s'accompagnera d'un arrêt des progrès en cours, ou même d'un retour à l'état initial, ou encore d'une aggravation. Inversement, les progrès reprendront à la réintroduction du traitement¹⁷». Un traitement ne peut-il pas être efficace durablement et conduire un patient vers l'autonomie vis à vis du thérapeute ? Nous touchons ici la limite de ce type de protocole qui n'est adapté qu'aux variables réversibles. Ces protocoles ne sont donc pas adaptés pour évaluer l'efficacité d'un traitement thérapeutique donc les effets ne peuvent se faire ressentir qu'à moyen ou long terme. Ce qui est en grande majorité le cas des problématiques existentielles auxquelles les art-thérapeutes sont confrontés. Si l'Art-thérapie est orientée vers l'autonomie du patient, donc vers l'irréversibilité de certains changements, les protocoles de groupe à lignes de base multiples ou de type AB sont les mieux à même de répondre à la question de l'efficacité du traitement.

La recherche en Art-thérapie devrait nous conduire à des changements importants dans la pratique clinique de l'évaluation

Il se dégage de cette brève revue que, quel que soit le protocole retenu ou rendu possible par les circonstances de la clinique, l'évaluation doit être profondément repensée en vue de la recherche. L'évaluation destinée à la recherche doit être envisagée comme un outil standardisé, non actif dans le processus art-thérapeutique et simple à mettre en œuvre.

L'évaluation standardisée peut permettre d'accroître la puissance des études en augmentant le nombre total de patients inclus. En effet, l'utilisation d'évaluation standardisée et commune entre art-thérapeutes peut permettre de pooler aisément des résultats. Cela nécessite en outre la mise en réseaux de professionnels par problématique ou pathologie traitées.

L'évaluation standardisée, non active dans le processus art-thérapeutique, peut également permettre de limiter les biais d'évaluations. En effet, que l'évaluation objective de l'efficacité art-thérapeutique repose sur des éléments actifs dans le processus même que l'on cherche à évaluer est équivoque et problématique.

Cette évaluation doit être adaptée à une utilisation fréquente en particulier en dehors des séances d'Art-thérapie. C'est-à-dire qu'elle doit concerner des items qui peuvent être observés à tout moment, indépendamment du déroulé spécifique des séances ou de la technique utilisée. Dans ce cadre, le développement de l'auto-évaluation est probablement une piste intéressante, dans la mesure où elle est possible pour le patient et où elle n'entrave pas le processus art-thérapeutique. Elle est par ailleurs tout à fait pertinente pour l'évaluation de la qualité de vie.

¹⁶ Adapté de BOUVARD M. & COTTRAUX J., *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*. Collection « Pratiques en psychothérapie », Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 5^{ème} édition, 2010, p. 17-23.

¹⁷ INSERM, Op. cit. p. 15-16.

Enfin, les cotations d'évaluation doivent être envisagées pour tenir compte de la possibilité de réfuter l'hypothèse d'amélioration de l'état de base. En effet, le système d'évaluation mis en place doit être à même de décrire l'amélioration comme la dégradation de l'état du patient. A défaut, l'hypothèse n'est pas valide scientifiquement. Ainsi pour permettre la réfutabilité, la détermination des cotations minimales à partir de l'état de base du patient se révèle inadaptée. En effet dans ce cas, on ne peut évaluer qu'une amélioration ou, au pire, une stagnation. De plus, si l'outil d'évaluation est suffisamment sensible, il y a de fortes chances qu'il soit possible de détecter des changements, donc dans ce cas également, uniquement des améliorations.

Comme actuellement il n'existe pas encore d'outil d'évaluation standardisé spécifique à l'Art-thérapie, il est possible d'emprunter et d'adapter de nombreuses échelles d'évaluations disponibles en médecine, en psychiatrie ou en psychologie.

Des méta-analyses peuvent également être envisagées. Pour cela il est nécessaire de connaître l'ensemble des études disponible sur un sujet. Cela souligne la nécessité de l'accessibilité de ces études dans des revues spécialisées et la volonté des art-thérapeutes d'y publier leurs résultats.

Conclusion : réduire l'intérêt et la reconnaissance d'une discipline thérapeutique à sa seule efficacité est problématique

On comprend parfaitement que notre société capitaliste orientée vers le profit, prône l'efficacité. On comprend également que le patient est en droit d'attendre un résultat de son investissement dans la thérapie, c'est d'ailleurs un engagement moral du thérapeute. Cependant, s'il est aisé de concevoir la nature du résultat dans le cadre d'une thérapie médicamenteuse, il n'en n'est pas tout à fait de même avec l'Art-thérapie. Quels résultats attendre de l'Art-thérapie lorsque celle-ci se place sur le terrain de la qualité existentielle ? Une réduction symptomatique peut être envisagée mais cela n'est pas suffisant pour raviver le goût de vivre et le sentiment d'exister.

Au delà de cette difficulté, réduire la reconnaissance d'une discipline thérapeutique à sa seule efficacité conduit à deux écueils importants :

- Le premier, revient à exclure la dimension sociale de la discipline. C'est-à-dire la place originale qu'elle occupe, son utilité dans le système de soin au service du patient bien sur mais également de l'équipe médicale et paramédicale. Or s'agissant de l'Art-thérapie, cette dimension ne peut pas être niée.
- Le second, est de nature épistémologique, et revient à brider toute discipline thérapeutique nouvelle au profit exclusif des disciplines classiques et déjà établies. Ainsi, comme nous l'avons vu, une discipline naissante, telle que l'Art-thérapie, doit mettre en place des méthodologies et des études complexes afin d'apporter des preuves de son efficacité. Cela réclame du temps, d'autant plus que les méthodes déjà disponibles – ECR – ne sont pas forcément adaptées à la spécificité de la nouvelle discipline.

Pour ne pas tuer le potentiel thérapeutique d'une discipline naissante, qui n'a pas encore pleinement satisfait à l'exigence de la preuve de son efficacité, rappelons simplement que l'absence de preuve ne signifie pas preuve de l'inefficacité.

Et pour reprendre les termes de Duruz « il ne faut pas être plus royaliste que le roi : des différentes enquêtes internationales, il ressort que seulement 10 à 20 % des actes en médecine sont prouvés efficaces selon l'*evidence-based medicine*¹⁸ ». Or, qui aujourd'hui oserait affirmer que la médecine est inefficace ?

¹⁸ DURUZ N., *Evaluer les psychothérapies*, Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences, vol. 3, n°12, 2005, p. 9.
Evidence-based medicine : terme qui désigne la médecine fondée sur les preuves où la méthodologie des essais contrôlés et randomisés domine.

Les bases d'une terminologie adaptée en Art-thérapie

Christel LETESSIER-DEBRUNE & Bruno BIANCHI

*art-thérapeutes diplômés d'Université et membres de la Délégation Régionale Centre
France*

En février 2011, la Délégation Régionale Centre a vu le jour. Au fur et à mesure de nos rencontres des demandes et propositions sont apparues pour nous permettre d'avancer de manière plus pertinente dans notre métier d'art-thérapeute.

Parmi ces propositions, Bruno Bianchi a proposé de travailler sur le vocabulaire de l'art-thérapeute...

Du fait des échanges que nous avons eu au sein de la Délégation Régionale Centre, l'idée était de travailler sur le bon mot à utiliser, au bon moment, avec le bon interlocuteur pour résumer : la pertinence du vocabulaire employé. La proposition a intéressé les différents art-thérapeutes présents, mais le sujet a tardé à se mettre en place car dès que l'on ouvre les premiers dictionnaires on se rend compte de l'ampleur de la tâche...et les bonnes volontés parfois s'émeussent !

Alors que nous n'avions pas encore commencé à nous atteler à la tâche, nous en avons parlé aux membres de l'Afratapem qui ont tout de suite adopté cette idée nous proposant d'aller même bien au-delà du projet initial. Un groupe coordonné par la Délégation Région Centre, porte ce projet qui entre dans le cadre des projets de recherche de l'Afratapem. Le but final est de réaliser un glossaire, recensant les mots spécifiques de notre profession. Ce glossaire se veut être un outil, posant certaines bases pour les échanges entre professionnels. Un groupe de travail et une méthodologie ont donc été établis... le travail n'en est qu'au tout début.

C'est aujourd'hui en tant que coordonnatrice de la Délégation Régionale Centre que je viens vous présenter ce projet, accompagné de Bruno.

Pourquoi choisir un tel sujet ? Pourquoi un tel intérêt des art-thérapeutes présents ce jour-là et de l'Afratapem ?

L'Art-thérapie est une discipline qui apporte une méthode de travail originale et spécifique dans le monde paramédical. Dans notre métier, l'Art est un élément du soin ; il est en lui-même porteur d'une activité soignante. Le pouvoir de l'Art peut impacter la qualité de vie des personnes et lorsqu'il est orienté au service de l'humanité et du soin, il permet une action humanitaire et thérapeutique.

Cette originalité ne se retrouve pas dans d'autres professions, ainsi l'Art-thérapie propose des modalités de prise en charge différentes et distinctes des autres professions paramédicales.

C'est ainsi que l'art-thérapeute va mettre en lumière des mécanismes humains sous un angle spécifique. En lien avec cette originalité, des choses sont à observer. En amenant le patient à

s'exprimer, l'art-thérapeute va rendre observables différents éléments en lien avec l'activité artistique et les impressions du patient.

C'est ainsi que pour répondre à cette originalité, une terminologie singulière s'est mise en place. Elle répond aux besoins des professionnels pour expliquer la spécificité de leur travail, évaluer les résultats et communiquer entre eux.

Dans le champ lexical utilisé par les art-thérapeutes aujourd'hui, nous avons constaté qu'il existe trois catégories de mots :

1°) ceux empruntés au langage courant, ainsi « *verbal* ».

2°) ceux empruntés au langage courant mais avec une coloration art-thérapeutique, ainsi « *ressenti* ».

3°) une terminologie spécifique à l'Art-thérapie, ainsi « *hors verbal* ».

Pour exemple voici une liste, non-exhaustive, de mots choisis :

art	Art
esthésie	esthétique
savoir	saveur
représenté	ressenti
communication	relation
verbal/non verbal	hors verbal

Tous ces mots sont des termes importants dans la terminologie de l'art-thérapeute et dans la compréhension du métier. Ils sont tous liés les uns aux autres dans un enchaînement logique qui fait le caractère même de l'Art-thérapie.

Quelle différence fait-on entre « art » et « Art » ? En quoi l'esthétique puise-t-elle dans les mécanismes de l'esthésie ? En quoi l'esthétique caractérise-t-elle l'Art ? Qu'est ce qui pousse les êtres humains à rechercher une gratification existentielle ? (savoir/saveur) En quoi le ressenti se distingue-t-il du représenté, et comment est-il impliqué dans l'Art ?

En quoi communication et relation sont-ils distincts ? Quelle différence faire entre le non verbal et le hors verbal ? Les mots appellent toutes ces questions et bien d'autres...L'objet de cet exposé n'est pas d'y répondre, mais le travail engagé pour le glossaire nous le permettra. Mais faisons, malgré tout, un focus sur les mots *verbal*, *non verbal* et *hors verbal*.

Verbal :

Etymologie latine : de *verbum* « paroles »

[Par opposition à d'autres moyens d'expression] Qui se fait, se manifeste, s'exprime par les mots, le langage. *Échange verbal, délire verbal, expression verbale, violence verbale...*

Retenons ici l'*expression verbale* comme moyen d'échanger et qui concerne le langage, les mots de vive voix et peut caractériser une communication qui est la mise en commun d'une information transmise par un langage commun, constitué de mots communs.

Le *non verbal* relève des mêmes modalités de volonté de communication. Mais le *non verbal* désigne l'ensemble des éléments d'information non transmis par la voix lors d'une situation de communication. On admet, généralement, que le *non verbal* représente plus de la moitié des éléments transmis dans une communication. L'échange *non verbal* n'utilise pas les mots, autrement dit, il ne passe pas par les signes linguistiques du langage verbal tout en étant porteur de message.

Il existe cependant des limites dans l'expression signifiante. Il peut apparaître une situation singulière où aucune transmission, aucun échange n'existent. Une autre nature de lien entre deux personnes peut se présenter : des liens où le *ressenti* s'impose au *représenté*.

On ne parle pas de *communication* mais de *relation*. Il n'y a pas d'échange de message mais simplement le fait d'être ensemble. L'Art peut permettre cette situation relationnelle comme le cas de deux personnes peignant l'une avec l'autre. Cette situation implique l'engagement des protagonistes.

En citant Richard Forestier : « *Si la communication se caractérise par des échanges fondés sur la représentation avec le verbal ou le non verbal signifiant comme modalités privilégiées, la relation quant à elle est un lien fondé sur les ressentis et elle est souvent exprimée par le hors verbal* ».

Ainsi un lien se crée d'un côté entre « *communication / représenté / verbal / non verbal* » et de l'autre « *relation / ressenti / hors verbal* », qui sont au cœur de notre métier.

Hors :

Etymologie: milieu de XI^es. « *hors de* ».

Préposition, « *à l'extérieur de* », « *au delà de* ».

Exemple : *Hors cadre* : qui sort du cadre défini dans un domaine particulier. *Hors la loi* : qui n'est pas soumis à la loi.

Hors verbal : qui est au-delà des mots, de la parole.

Ainsi, le *hors verbal* échappe aux mots et se fonde sur le ressenti. Il permet de mettre en évidence le champ émotionnel de la personne.

L'expression *hors verbal* est apparue ainsi dans le champ lexical des art-thérapeutes pour affiner une nuance supplémentaire par rapport à l'expression déjà communément employée *non verbale*.

C'est ainsi que s'appuyant sur des termes spécifiques pour mettre en avant des mécanismes spécifiques dans une prise en charge, il convient de savoir ce qui est mis derrière les mots.

Mais quand on étudie les mots, on remarque qu'ils contiennent dans leur étymologie, dans leur construction, l'essentiel de leur signification parfois perdue, galvaudée par le langage courant.

Mais il se trouve aussi que certains mots, pourtant largement employés, n'existent pas dans le dictionnaire comme le mot *ressenti*, en tant que substantif.

Pour d'autres mots et même s'ils sont définis, les nuances relatives à notre métier se perdent dans des définitions très générales.

C'est ce travail de recherche, d'ajustement que nous lançons aujourd'hui. C'est un travail de longue haleine. C'est aussi en étant très au clair sur la terminologie et en la précisant au plus juste que l'on pourra faire avancer notre démarche scientifique.

Pour rester rigoureux, un cadre de travail et une méthodologie ont été établis.

Les recherches concernant chaque mot seront orientées selon la méthodologie suivante :

- 1°) Justification du mot choisi
- 2°) Etymologie
- 3°) Définitions de plusieurs dictionnaires (recoupement des informations)
- 4°) Point de vue pratique en art-thérapie avec exemples
 - 4a°) Fonctionnement ? (analyse des mécanismes opérants)
 - 4b°) Faits d'observation (faisceau d'items / items)
 - 4c°) Quantification : quantité, qualité
- 5°) Mots synonymes, mots dérivés
- 6°) Place du mot dans le schéma de l'opération artistique
- 7°) Arborescence (enchaînement logique avec les autres mots)
- 8°) Définition vue par l'Art-thérapie

Cette présentation n'est que le début d'un travail qui prendra sûrement beaucoup de temps, et ne pourra s'enrichir en restant pertinent qu'avec la participation active et constante de personnes convaincues dont vous pouvez faire partie.

Bibliographie :

Ouvrages :

Forestier Richard - *Regard sur l'art* – Éditions SeeYouSoon

Forestier Richard - *Tout savoir sur l'art-thérapie* – Éditions Favre – 6^{ème} édition – 2009

Forestier Richard - *Tout savoir sur la musicothérapie* – Éditions Favre – 2011

Sites :

<http://www.cnrtl.fr/> (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)

Dictionnaires :

Dictionnaire Encyclopédique Quillet, Éditions 1958

Dictionnaire étymologique, Albert Dauzat – Éditions Larousse – Paris – 1938

Dictionnaire étymologique de la langue française, L- Clédat – Éditions Hachette - 1964

Dictionnaire étymologique de la langue française, Oscar Bloch & Walther von Wartburg, aux Quadriges / P.U.F, France, 2^{ème} édition, juin 2004.

Dictionnaire Français-Grec, Éditions Librairie Belin - Paris - 2004

Dictionnaire Français-Latin, Éditions Librairie Belin – Paris – 2088

Petit Larousse Illustré, Éditions Librairie Larousse Paris – 1911

Le Nouveau Petit Robert de la langue Française, CD-Rom - 2010

Vocabulaire de la Langue Française, Émile Littré – Éditions Universitaires – 1958

La musicothérapie en soins palliatifs concilie démarche globale et analyse des résultats d'observations cliniques

Claire OPPERT

art-thérapeute diplômée d'Université, musicienne

France

Bonjour. Merci au comité scientifique du congrès pour l'intérêt porté à mon travail. Mon nom est Claire Oppert. Je suis musicienne professionnelle, violoncelliste concertiste, professeur et art-thérapeute, diplômée de la Faculté de Médecine de Tours. Je viens vous faire part de mon expérience d'art-thérapeute dans l'Unité de Soins Palliatifs de l'Hôpital Sainte Perine à Paris où je travaille et qui mène depuis janvier 1995 des soins adaptés aux personnes en fin de vie et aux patients douloureux chroniques.

Dans ce service de référence, les objectifs de l'équipe médicale et ceux de l'art-thérapeute se sont d'emblée rejoints dans la valorisation de la globalité de la personne, toujours considérée comme un vivant jusqu'au bout de la vie et dans la prise en compte de la « souffrance globale », imbrication de la douleur physique et des souffrances psychique, sociale et spirituelle.

Le docteur Thérèse Vannier, assistante de Cicely Saunders, fondatrice du St Christopher Hospice en Angleterre, a défini les soins palliatifs dans une formule célèbre comme « tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire ». L'art-thérapie trouve une place de choix dans ce 1er « faire », qui est d'abord sollicitude, soin porté à autrui, « savoir-être » et non un savoir-faire médical en vue d'une guérison qui n'est plus envisageable. Les médecins eux-mêmes ont laissé de côté leur toute puissance.

En posant son objectif thérapeutique principal de revigoration de la saveur existentielle, qui fait résonner, voire exalte, par des moyens artistiques sonores, le « noyau intime » des personnes, en réalisant ainsi une véritable « animation existentielle » jusque dans les profondeurs humaines, l'art-thérapie en soins palliatifs s'adresse à une partie éminemment vivante de la personne mourante, partie qui ne semble curieusement pas altérée, ni par la maladie grave et terminale, ni par les déficits cognitifs parfois importants, ni par les états de conscience altérés.

Une des caractéristiques du travail de l'art-thérapeute en soins palliatifs est le nombre très important de prises en charge, lié au contexte particulier de ce service où la durée moyenne de séjour est de 12,5 jours.

J'ai réalisé 304 séances sur 247 patients, 90% en fin de vie et 10% autres ou répit familial, chaque prise en charge individuelle et en chambre comprenant une à quatre séances maximum, dont la durée variait de 4 à 55 minutes et la fin des prises en charge était marquée dans 80% des cas par le décès du patient.

De l'extrême brièveté de chaque suivi thérapeutique se dégage un rapport très particulier au temps, un « ici et maintenant » resserré à l'espace de la chambre et comme suspendu au présent : il y a toujours une première séance mais c'est peut-être aussi la dernière. Et cela nécessite certainement de développer des qualités particulières d'engagement intense, de disponibilité et d'adaptabilité, mais aussi et surtout de définir un mode d'observation qui puisse « saisir » de façon à la fois globale et précise l'essentialité d'une situation et son évolution, sans perdre l'exigence scientifique que requiert notre profession. Il faut tenter de réaliser la subtile alliance entre le regard « qui sent » et le regard « qui pointe » selon les termes du Docteur Donatien Mallet.

La proximité physique du violoncelle au lit du malade, les vibrations puissantes de l'instrument autrement dit l'écoute active de la musique, qui convient à l'indicible de l'approche de la mort, stimulent chez la plupart des patients au stade terminal, un champ de sensations corporelles très riches en transformant pour un temps le corps de maladie en un corps de ressentis et d'émotions, corps de vie retrouvée.

L'art-thérapeute en soins palliatifs agit toujours en ravivant le sentiment d'existence, dans un moment où précisément la vie se retire de façon absolument radicale. « *Ca résonne fort, là, dans le cœur, dans le corps...J'avais oublié que c'était si vivant là...* ». La stratégie de l'art-thérapeute se définit le plus fréquemment comme la stimulation des ressentis archaïques échappant aux mécanismes de représentation sophistiqués, ressentis qui agissent comme moteur du soin. Le plaisir sensoriel et le sentiment de bonheur qui s'y associe, sont susceptibles de stimuler au cours d'une unique séance une véritable recherche esthétique chez les patients conscients et communicants, mais cette gratification sensorielle induite par l'écoute de la musique peut également stimuler un élan corporel puissant sur des patients somnolents ou comateux - et ce quel que soit le degré du coma. En collaboration étroite avec l'équipe médicale, nous avons observé sur 25 patients dans le coma, des réactions d'amplification de la respiration sur 23 d'entre eux (30% d'amplification thoracique en plus) à l'écoute du violoncelle ; ce phénomène diminue et disparaît quand la musique s'arrête et ne semble pas lié ni à l'état de conscience - le phénomène reste observable à tous les degrés du coma, ni à une réaction de re-connaissance culturelle des œuvres - comme chez ce patient malien qui à l'écoute des Suites de Bach nous a tant surpris par la force de ses réactions physiologiques et ceci de façons répétées (4 séances réalisées). La fréquence respiratoire quant à elle reste globalement stable (accélération de la FR reste < 20%).

Des séances menées auprès de patients très douloureux résistants aux soins m'ont conduit à pratiquer ce que j'ai nommé le « pansement Schubert » : la seule possibilité de pratiquer un pansement sur une patiente très agressive, a été de lui jouer au violoncelle le mouvement lent du 2^{ème} Trio de Schubert ! Méthode de contre-stimulation ultra efficace!

Les séances d'art-thérapie proposées à 12 patients douloureux chroniques, non cancéreux et non en fin de vie, confirment largement l'hypothèse de la pertinence de l'art-thérapie à dominante musicale pour la diminution des douleurs rebelles sur des patients, traités tous par ailleurs par antalgiques morphiniques. Les faisceaux d'items choisis pour une évaluation la plus objective possible de la diminution de la douleur sont issus de l'ECS, échelle d'hétéro

évaluation validées scientifiquement et utilisées depuis 15 ans dans le service : positions algiques, mouvements spontanés, expression du visage et du regard, paroles des patients, réactions à la stimulation sensorielle s'ils sont en mesure de les exprimer, et que tout soignant se doit de croire.

L'art-thérapie en soins palliatifs peut également contribuer à la restauration des relations humaines au sein de familles parfois très conflictuelles, comme chez cette patiente somnolente, proche du coma, où le pouvoir bénéfique, unifiant et fédérateur de sens de la musique et la cohérence musicale au sens de l'Antiquité, semble avoir entraîné l'harmonie et l'accord des différents membres de cette famille. L'un des fils dira « *merci de m'avoir permis de faire chaud au cœur de ma maman. Vous lui avez donné une voix* ». Les séances s'adressent en effet aussi bien aux patients qu'à leur proches, autant pour les relations des proches avec le mourant que pour les relations des proches entre eux et je dirais même touchent aussi souvent de près le personnel médical.

Il y a aussi les paroles de certains patients déments qui, après que la musique ait résonné, s'expriment de façon si profonde et cohérente que les médecins du service sont interpellés. « *Vous savez pourquoi votre musique me touche ? C'est parce que c'est votre âme qui parle à mon âme* ». Cet aspect a même ouvert de véritables champs de réflexion pour l'avenir, en collaboration avec des médecins palliatologues et des philosophes, sur une possible réorganisation des désordres de la démence par le pouvoir de la musique.

La mesure des observations, autrement dit la quantification d'éléments subjectifs à « haute densité humaine », posent des questionnements car même si les faisceaux d'items utilisés sont pertinents et pour beaucoup d'entre eux validés scientifiquement, rendent-ils compte dans leur globalité singulière des expériences vécues par les patients ?

Pour conclure, je dirai que confrontée à la mort prochaine de l'autre, l'art-thérapeute qui travaille au cœur du spirituel et du sensible, a une place dans l'équipe soignante qui est porteuse de sens, avec ses outils d'observation et d'évaluation hautement originaux, sur lesquels il convient encore de réfléchir en collaboration avec des médecins pour en mieux définir les modalités et la richesse, réflexion largement engagée à l'Unité de Sainte Perine. L'art-thérapie au lit des patients en fin de vie, telle une « irruption salvatrice », fait tendre assurément les personnes en fin de vie vers un peu plus de bonheur.

Je vous remercie.

Art-thérapie et maladie d'Alzheimer : entre rigueur scientifique et sensibilité artistique

Nadia DIAS

art-thérapeute diplômée d'Université, plasticienne

France

La question soulevée dans le cadre de ce congrès qui nous réunit aujourd'hui est la suivante :
l'Art-thérapie est-elle scientifique ?

Définie par le modèle tourangeau¹ comme l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire, l'Art-thérapie se doit d'être scientifique sur le plan méthodologique pour garantir l'objectivité de l'observation et de l'évaluation de l'état du patient lors de son accompagnement. L'accompagnement art-thérapeutique reposant sur la rencontre entre deux subjectivités, le patient et l'art-thérapeute, soulève la question de l'objectivation du regard subjectif de l'art-thérapeute porté sur son patient.

Or, l'originalité de l'Art-thérapie étant de maîtriser et d'exploiter les effets inhérents de l'Art dans un processus de soin, l'art-thérapeute adapte, en fonction d'objectifs thérapeutiques, la technique artistique en fonction de la pathologie et de la personnalité du patient. Il fait donc preuve de rigueur scientifique et de sensibilité artistique, d'objectivité et de subjectivité, dans l'accompagnement personnalisé, éthique et empathique de ses patients.

La qualité du plaisir esthétique éprouvé par le patient lors de l'activité artistique se situe au cœur de sa thérapie dont l'objectif est d'améliorer sa qualité de vie.

Ainsi, dans quelle mesure évaluer la qualité du plaisir esthétique et l'amélioration de la qualité de vie de patients d'autant qu'il s'agit là d'analyser, d'interpréter et d'évaluer des sensations et des émotions que seul le patient ressent corporellement ? Des sensations et des émotions dont la nature et l'intensité sont connues de lui-seul et qui échappent à la verbalisation ? En d'autres termes, dans quelle mesure l'Art-thérapeute peut analyser et évaluer, de manière rigoureuse et dans la limite de sa propre subjectivité, les manifestations extérieures du plaisir esthétique et de la saveur existentielle ressentis par le patient lors de son activité artistique ?

Transposant ce questionnement théorique à une pratique Art-thérapeutique menée sur le terrain auprès de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer, la présentation et l'analyse d'une étude de cas permet de discuter du caractère scientifique de l'Art-thérapie.

Etat de base :

Madame Rose, âgée de 98 ans, souffre de la maladie d'Alzheimer (au stade modéré), d'un sentiment de solitude, d'abandon et de persécution, amplifié suite à son entrée en institution qu'elle a très mal vécu. Elle manifeste en effet des troubles paranoïaques, un syndrome dépressif latent, des troubles du comportement, de l'appétit et du sommeil. Elle reste seule

dans sa chambre, toute la journée, refuse de participer aux animations proposées au sein de l'EHPAD² ou même d'échanger avec les autres résidents.

Indications médicales d'accompagnement en Art-thérapie :

- Madame Rose manifeste un repli sur soi important.
- Elle adopte une attitude d'opposition durant les soins de nursing et infirmiers au cours desquels elle peut refuser de prendre ses traitements médicamenteux et manifester un comportement agressif défensif, verbal, parfois physique, dans la mesure où elle souffre d'une phobie de l'empoisonnement et d'une méfiance exacerbée envers autrui.
- L'équipe pluridisciplinaire, adoptant un positionnement médical et éthique, établit une indication médicale d'accompagnement en Art-thérapie pour cette patiente. L'augmentation des psychotropes s'avère risquée sur le plan médical, du fait de l'iatrogénie résultant des autres traitements médicamenteux de Madame Rose et inenvisageable sur le plan éthique, la préférence étant accordée à une approche thérapeutique non médicamenteuse, à savoir l'Art-thérapie, pour améliorer la qualité de vie de la patiente.

Au regard des troubles de l'expression, de la relation et de la communication de Madame Rose, un accompagnement en Art-thérapie lui est proposé sous la forme de séances individuelles sur un an et demi.

Objectifs thérapeutiques globaux :

- Redonner le goût de vivre
- Raviver et développer l'estime de soi et la confiance en autrui
- Assurer la continuité identitaire
- Préserver la sécurité affective

Objectifs thérapeutiques spécifiques :

- Instaurer une relation de confiance Art-thérapeute/patiente
- Valoriser, maintenir et exploiter les capacités mnésiques et motrices résiduelles
- Favoriser le plaisir sensoriel et esthétique dans le vécu agréable de l'instant
- Inciter et favoriser l'expression, la créativité
- Réduire « l'agressivité » et le repli sur soi
- Accompagner et favoriser les relations avec autrui dans un environnement rassurant

Stratégie thérapeutique :

La maladie d'Alzheimer génère une perte neuronale progressive et définitive perturbant l'activité cérébrale et le fonctionnement psychique des patients. Cette pathologie entraîne une amnésie hippocampique antéro-rétrograde se manifestant par des déficits mnésiques et cognitifs et par des troubles des conduites élémentaires, de l'humeur et du comportement.

L'évolutivité imprévisible de la maladie d'Alzheimer se caractérise par une hétérogénéité des troubles mnésiques, cognitifs et comportementaux selon la localisation et la sévérité des

lésions dans certaines zones cérébrales et selon la charge émotionnelle que les patients accordent à leurs symptômes.

Dans la mesure où le climat affectif influe sur le fonctionnement cognitif, l'Art-thérapeute exploite la mémoire affective et l'esthésie, non altérées par la maladie d'Alzheimer, pour permettre à Madame Rose d'éprouver un plaisir esthétique et de se sentir vivante, digne et passionnée, durant l'activité artistique. Intervenant sur l'indication médicale conjointe du psychiatre et du médecin coordonnateur de l'EHPAD², l'art-thérapeute repère sur le schéma de l'opération artistique les mécanismes humains, fonctionnels et défaillants, de Madame Rose, impliqués dans l'activité artistique. Elle élabore une stratégie thérapeutique adaptée et cohérente en fonction des déficits et des potentialités de la patiente et des objectifs thérapeutiques fixés.

L'art-thérapeute met donc en œuvre une méthodologie d'ordre scientifique dans le cadre d'un protocole thérapeutique visant l'amélioration de la qualité de vie de la patiente. S'appuyant sur des connaissances médicales et psychologiques, elle élabore une hypothèse de travail soumise à la validation lors des séances d'Art-thérapie. Néanmoins, également dotée de compétences artistiques et de savoir-être, elle accompagne Madame Rose, au fil des rencontres, dans son cheminement artistique propre. Exploitant les capacités résiduelles et palliant les pénalités de la patiente, l'art-thérapeute adapte la technique artistique, à savoir l'Art floral, pour développer le goût et le style de Madame Rose, lui permettant ainsi d'affirmer sa personnalité et son identité. L'art-thérapeute est avant tout un professionnel dont la spécificité est d'impliquer l'Art dans un processus de soin, d'accompagner des patients, sensibles à la beauté et en quête de leur épanouissement personnel, dans la pratique d'une activité artistique, adaptée et appréciée. Ce temps de la création est un temps subjectif pendant lequel Madame Rose est en contact avec elle-même, oubliant le temps réel qui s'écoule, cheminant au rythme de son propre temps, éprouvant un plaisir esthétique sur le plan sensoriel et une émotion esthétique sur le plan affectif. En exploitant les effets relationnels de l'Art, l'Art-thérapeute développe un troisième axe d'intervention dans le cadre de sa stratégie thérapeutique visant le développement des liens sociaux de la patiente.

Méthodologie évaluative :

L'appréciation de l'évolution de l'état de Madame Rose et de l'amélioration de sa qualité de vie, au fil des séances, nécessite la mise en œuvre d'une méthodologie évaluative de faits objectifs et d'interprétations objectivables. Aussi, par rigueur scientifique et par souci d'objectivité, l'Art-thérapeute veille à croiser dans sa fiche d'observation, remplie à chaque séance d'Art-thérapie, des items objectifs/quantitatifs³ et des faisceaux d'items interprétés/qualitatifs³. Egalement, elle corrobore ses observations avec celles de l'équipe pluridisciplinaire et de la famille de la patiente. Au cours de l'accompagnement en Art-thérapie de Madame Rose, l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD² dresse régulièrement un bilan global et personnalisé sur l'état de la patiente lors des transmissions et note dans son dossier individuel les changements observés.

Suivie depuis plus d'un an et demi en Art-thérapie, Madame Rose adopte une attitude coopérative lors des soins de nursing et infirmiers, elle montre aux ASH⁴ ses productions

artistiques, qu'elle conserve exposées sur les murs de sa chambre, leur parlant avec émotion des séances d'Art-thérapie, et elle crée progressivement de nouveaux liens sociaux, recherchant les échanges verbaux avec le personnel et initiant une relation amicale avec une voisine de chambre. La famille constate que leur proche développe de nouveaux centres d'intérêt (promenades dans le jardin de l'établissement, Art floral, livres de botanique) et participe plus fréquemment aux animations proposées au sein de l'EHPAD² (atelier collectif de composition florale, spectacle musical, salon de coiffure et de soins esthétiques). L'amélioration de la qualité de vie de Madame Rose, observée lors des séances d'Art-thérapie et dans sa vie quotidienne, se vérifie sur le plan médical avec la diminution de la quantité des psychotropes de la patiente, décidée par la psychiatre de l'EHPAD².

Néanmoins, l'état évolutif de la maladie d'Alzheimer de Madame Rose rend ces progrès non pérennes et implique un réajustement permanent de la stratégie thérapeutique. L'Art-thérapeute, outre sa rigueur scientifique, fait aussi preuve d'humilité vis-à-vis de son travail et d'empathie vis-à-vis de ses patients.

La réalisation d'études cliniques en Art-thérapie nécessiterait la mise en œuvre d'une démarche scientifique collégiale et l'instauration d'un protocole d'étude fixe, préalablement défini, favorisant le relevé, l'analyse et l'évaluation de paramètres d'observation constants. Le fait de présenter une étude de cas dans le cadre de ce congrès international d'Art-thérapie permet de souligner le caractère non évaluable de ce qui constitue la singularité et l'humanité des patients. Chaque séance d'Art-thérapie est une véritable rencontre humaine durant laquelle l'Art-thérapeute non seulement instaure progressivement, avec chaque patient, une relation de confiance, de sujet à sujet mais aussi, avec patience et délicatesse, recherche chez chacun d'eux la petite étincelle qui donne un sens à leur existence, la colore et la rend encore savoureuse et captivante.

Compte tenu des troubles paranoïaques de la patiente, la mise en place de séances collectives est inappropriée dans un premier temps. Au fil des rencontres, l'art-thérapeute adapte le cadre thérapeutique, accompagnant Madame Rose dans son cheminement artistique personnel, d'abord dans sa chambre, puis dans le jardin de l'établissement et enfin dans l'atelier d'Art-thérapie et dans les salles d'activités collectives utilisées par l'animatrice de l'EHPAD². L'investissement progressif de la patiente de lieux collectifs et donc d'acceptation des échanges sociaux s'appuie sur l'instauration d'une relation de confiance entre l'art-thérapeute et la patiente, et également, sur l'identification et l'exploitation du goût prononcé de Madame Rose pour les fleurs, le jardin et la botanique. Le repérage de cette petite étincelle encore présente chez Madame Rose s'avère intuitif chez l'art-thérapeute, s'appuyant à la fois sur sa sensibilité artistique et sur son sens de l'observation active, dans le cadre d'une relation de proximité, d'être humain à être humain. L'art-thérapeute exploite ce levier pour développer le processus créateur de Madame Rose, pour mettre en œuvre un programme d'accompagnement de soin en Art-thérapie et des séances ponctuelles d'Art-thérapie patiente/famille. En effet, chaque séance d'Art-thérapie commence par une promenade dans le jardin au cours de laquelle Madame Rose contemple le jardin et choisit ses matériaux pour la réalisation de productions artistiques personnelles, des herbiers ou des tableaux floraux. Celles-ci, véritables supports et témoins de la trace personnelle de Madame Rose, identifiée

comme une artiste et pas seulement comme une personne âgée malade, sont ensuite conservées par la patiente. Elle les expose sur les murs de sa chambre, le jardin rentre dans son espace de vie, favorisant l’empreinte mnésique du plaisir esthétique et de la saveur existentielle chez la patiente entre les séances d’Art-thérapie. Pour renforcer l’action thérapeutique initiée lors des séances et favoriser les relations patiente/équipe hors d’un cadre de soin, certains membres de l’équipe, impliqués dans le programme d’accompagnement de soin en Art-thérapie, promènent Madame Rose dans le jardin, à sa demande, entre les séances d’Art-thérapie. De plus, pour stimuler la mémoire affective et maintenir la complicité familiale, la patiente et sa fille réalisent ensemble, lors de certaines séances d’Art-thérapie ponctuelles, des productions artistiques collectives.

Le protocole art-thérapeutique instauré en fonction de la problématique globale de Madame Rose s’avère personnalisé et adaptable, démontrant ainsi non seulement la complexité de mettre en place des protocoles d’étude formalisés en Art-thérapie et la nécessité pour l’Art-thérapeute de s’inscrire dans une démarche d’éthique appliquée dans l’accompagnement personnalisé de ses patients, d’autant plus si ces derniers souffrent de la maladie d’Alzheimer. En effet, le tableau clinique de cette pathologie s’avère variable selon le vécu des patients de leur maladie, le stade d’évolution et le retentissement familial de celle-ci. Et lors du suivi global des patients, des conflits de valeurs professionnelles, individuelles et familiales peuvent émerger rendant ainsi l’accompagnement art-thérapeutique d’autant plus complexe et délicat.

De plus, dans les institutions gériatriques, la formalisation des projets de vie individualisés autour de l’histoire de vie des patients démontre que ces derniers, placés au cœur des protocoles de soins, sont respectés dans leur singularité mais, comme la deuxième facette d’une même médaille, elle implique aussi une formalisation des attitudes professionnelles. Dans un objectif d’exploitation de la mémoire affective des personnes âgées souffrant de la maladie d’Alzheimer, les équipes proposent des activités thérapeutiques en fonction des goûts et des centres d’intérêt passés des patients, relatés dans leur histoire de vie. Bien que Madame Rose fut une ancienne chef d’atelier de haute-couture à Paris, l’Art-thérapeute décide d’exploiter ce talent dans le cadre d’une autre activité artistique, l’Art floral, correspondant aux goûts actuels de la patiente, adaptée à ses capacités résiduelles, palliant ses troubles visuels et évitant ainsi l’instauration d’une boucle d’inhibition renforçant la mésestime de soi de la patiente liée à l’annihilation de leur sentiment d’identité.

La maladie d’Alzheimer est en effet une pathologie neuro-dégénérative dont la particularité est d’engendrer chez les personnes âgées affectées l’effacement progressif et définitif de leur histoire de vie. En perdant la mémoire, elles oublient peu à peu leur identité qui s’est construite, au fil des années, à partir de leurs racines géographiques et familiales, de leur milieu socioculturel et professionnel, de leurs goûts et de leurs valeurs. Ces personnes âgées malades se sentent néanmoins vivantes, sur le plan sensoriel et affectif, lors de la pratique d’une activité artistique adaptée et personnelle, et ce malgré l’oubli progressif et douloureux de leur histoire de vie. L’Art-thérapie leur permet d’affirmer leur personnalité et de maintenir leur continuité identitaire. L’identité humaine n’est pas appréhendée uniquement comme une mémoire du passé, un patrimoine personnel figé mais aussi et surtout comme un processus de

construction de son histoire personnelle, toujours actif même s'il y a défaut mnésique car l'être humain ne cesse d'interagir avec son environnement extérieur et avec autrui. En mettant en forme leurs ressentis, au-delà des mots, les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer continuent d'interagir avec leur environnement extérieur dans lequel elles laissent une trace personnelle. Elles s'affirment ainsi en tant que personnes singulières, sensibles et dignes dans le regard bienveillant des autres.

Pour conclure, la formalisation de protocoles art-thérapeutiques permet la réalisation d'études cliniques et la validation scientifique de l'efficacité thérapeutique de cette discipline paramédicale dont l'enjeu demeure sa légitimation institutionnelle. Néanmoins, sur le terrain, l'Art-thérapie s'avère une démarche thérapeutique et évaluative originale et personnalisée, mise en œuvre au cas par cas, respectant la singularité du patient, mettant en lumière sa créativité, sa dignité et son humanité. Chaque accompagnement Art-thérapeutique est une rencontre humaine, véritable, riche, exceptionnelle. Et rencontrer autrui c'est faire la rencontre avec « son visage », selon le vocabulaire du philosophe Emmanuel LEVINAS. Ce « visage »⁵ nous révèle l'humanité de l'Homme par-delà le langage, les conventions, les caractéristiques sociales et culturelles. La rencontre entre un Art-thérapeute et son patient, véritable richesse du métier non évaluable, est une rencontre entre deux êtres humains qui perçoivent l'humanité de l'autre et en retour éprouvent leur propre humanité.

Notes

¹ *Nous faisons ici allusion à l'école d'Art-thérapie de Tours.*

² *EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.*

³ *A titre indicatif, pour évaluer, séance après séance, sur le plan quantitatif et qualitatif, l'engagement d'un patient dans l'activité artistique, l'Art-thérapeute croise des items objectifs (ex : la durée de l'activité artistique en minutes, le nombre de choix opérés par le patient,...) et des faisceaux d'items interprétés (ex : préférences chromatiques, devenir de la production, alternance entre l'Art I et l'Art II,...). Cette démarche est réitérée par l'Art-thérapeute pour chacun des critères d'observation de l'état du patient lors des diverses séances (ex : maîtrise technique, tension esthétique, capacités relationnelles,...)*

⁴ *ASH : Agent des Services Hospitaliers.*

⁵ *E.LEVINAS, Totalité et infini-Essai sur l'extériorité, éd.Kluwer Academic, 2009, p.203-242.*

Charlotte REBOUL

art-thérapeute diplômée d'Université, comédienne

France

Depuis un siècle environ, les maladies infectieuses ont disparu au profit des maladies chroniques et dégénératives dans les pays développés. Ainsi, le système de soins a dû s'adapter pour proposer une prise en charge aux personnes atteintes de maladies incurables : les soins palliatifs, qui s'attachent à traiter des symptômes plutôt que leur origine. Depuis une trentaine d'années en France, des structures mobiles (opérant *in situ* dans les services) ou d'accueil se sont développées. Ce travail s'appuie sur une recherche menée autour de la première expérience d'art-thérapie conduite dans l'Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière à Paris.

L'art-thérapie a ici pour but d'améliorer la qualité de vie des patients en situation de soins palliatifs. Ses objectifs thérapeutiques sont définis : diminuer les sensations de douleur, réduire l'anxiété et celle des proches, restaurer l'estime de soi et lutter contre l'isolement. Alors que les patients subissent de façon inéluctable une dégradation de leur état général, il est primordial de considérer le patient dans sa globalité afin d'adapter, en art-thérapie, une stratégie thérapeutique spécifique et des outils d'évaluation.

L'art-thérapeute doit adapter sa stratégie thérapeutique et son évaluation à un ensemble de paramètres :

- Les personnes traitées en soins palliatifs présentent des pénalités physiques et psychiques très diverses.
- L'âge des patients, leurs envies, leur personnalité, leurs ressources sont multiples.
- L'art-thérapeute doit s'intégrer dans différents services et communiquer avec plusieurs équipes.
- L'état de santé des patients subit inéluctablement des altérations rapides, pouvant amener l'arrêt brutal de la prise en charge lors du décès ou la perte soudaine des capacités du patient.
- Les traitements contre la douleur et l'anxiété qui peuvent être lourds et souvent réévalués modifient fortement, d'une séance à l'autre, l'état général du patient, notamment dans l'activité artistique.
- Lorsqu'on intègre la famille et les proches dans la prise en charge, il faut considérer leur propre anxiété et la relation avec le patient.
- L'évaluation est un exercice difficile dans une situation de soins palliatifs. L'évolution des sensations de douleur et de l'anxiété ont un impact prépondérant sur le contenu des séances et définissent souvent des objectifs thérapeutiques. Il s'agit ici d'évaluer objectivement des sensations et ressentis subjectifs et donc propres à chaque patient.

En art-thérapie, il est possible de s'adapter à cet ensemble de paramètres propres aux soins palliatifs en utilisant différents procédés qui s'intègrent à la stratégie thérapeutique et à l'évaluation. Quatre procédés, majoritairement validés par leurs bénéfiques sur l'ensemble des prises en charge effectuées au sein de l'unité mobile de soins palliatifs de la Pitié-Salpêtrière à Paris, sont présentés.

1. En intégrant un ou des proches du patient aux séances d'art-thérapie des bénéfiques importants sont observés concernant l'amélioration de la qualité de la relation et la réduction de l'anxiété de l'entourage. L'anxiété des proches peut parfois perturber les soins, sa réduction constitue donc un objectif thérapeutique en soi. La prise en charge collective du patient et des proches provoque des échanges autour du projet artistique et des productions. Le rayonnement d'une peinture dans la chambre d'une personne en soins entraîne des discussions, des critiques autour des goûts de chacun favorisant une intimité dans la rencontre. La narration d'un conte par le patient à ses proches a également provoqué ces effets. Qu'il soit au centre d'objectifs thérapeutiques spécifiques ou non, le proche peut être investi en art-thérapie par l'impression artistique, l'activité artistique ou par le traitement mondain de l'œuvre afin d'améliorer sa communication et/ou la qualité de sa relation avec le patient. Lorsque celui-ci est victime d'une perte de ses capacités, d'une grande fatigue, il peut exprimer ses choix esthétiques en utilisant le proche comme "outil de réalisation". Il est ainsi possible de répondre à la fluctuance de son état de santé. Dans la production, ses pénalités physiques ne l'empêchent pas d'exprimer verbalement, par des gestes ses goûts et ses idées sur la réalisation d'un patchwork par exemple. L'attention des proches est souvent focalisée sur les pénalités du malade, leurs changements, la maladie en général, ce qui conduit à des difficultés de communication et d'échange. L'art-thérapie détourne cette attention des proches vers les goûts, les capacités, ce qui relève de la personnalité du patient. En retrouvant l'expression de sa personnalité, le patient malade peut être à nouveau considéré par ses proches comme un individu plutôt que le reflet d'une maladie mortelle. Les échanges et la relation redeviennent donc possibles puisqu'ils impliquent des sujets capables de penser, ressentir et donc de communiquer, de s'affirmer et de se considérer. La prise en charge des proches en tant qu'« outil » de réalisation artistique au service du patient leur confère un rôle d'acteur, les investit pour le bien-être du malade. Les proches sont intégrés dans le processus de soins avec des objectifs thérapeutiques qui leurs sont spécifiques.

D'une part, ce type de prise en charge peut éventuellement se poursuivre après le décès du patient. Parfois les conditions d'intégration des proches sont limitées car une stratégie thérapeutique s'adaptant à plusieurs objectifs relatifs à plusieurs individus peut atteindre plus difficilement ses objectifs que s'ils étaient traités dans des temps de séances différenciés. Les séances d'art-thérapie provoquent des échanges entre les patients, les proches et les personnels soignants des services, notamment à travers des commentaires sur les productions artistiques. Les services concernés étant responsables des annonces difficiles des diagnostics et de la proposition de choix de traitement et d'interventions médicales, l'amélioration de la communication entre les soignants, le patient et l'entourage est un résultat important de la prise en charge en art-thérapie. D'autre part, l'art-thérapeute constitue un lien entre le service d'accueil et l'unité mobile. À travers les évaluations réalisées lors des prises en charge, il peut apporter une vision globale de la condition du patient, intéressante pour le service. Cependant,

l'art-thérapie reste encore aujourd'hui peu connue des équipes soignantes, ce qui requiert des explications constantes et l'affirmation d'un positionnement clair de l'art-thérapeute.

2. Adapter différentes techniques artistiques aux capacités et pénalités du patient est également une réponse de l'art-thérapie à l'évolution de l'état général du patient au cours de la prise en charge. La technique artistique évolue alors en fonction de ces changements tout en permettant une continuité dans la prise en charge. En changeant de technique artistique, les séances se renouvellent et s'appuient sur les ressources du patient afin de valoriser ses capacités. L'introduction ponctuelle ou régulière de l'écoute musicale au cours d'une prise en charge est particulièrement intéressante lorsque l'état général se dégrade brutalement, elle favorise la détente corporelle et émotionnelle, mais peut se trouver hors cadre du projet initial. Par contre, utiliser des techniques qui permettent une implication physique et psychique variée au sein d'un même projet, comme la photographie (prises de vue, traitement de l'image, tirages) ou le conte (écriture, illustration, narration, écoute) contribue à diminuer le sentiment de rupture de vie. De plus, l'écriture, l'œuvre plastique ou la photographie, qui constituent une trace distanciée de son auteur, peuvent répondre au désir de laisser une empreinte post mortem pouvant être adressée ou non à ses proches.

3. Considérer la double temporalité de la prise en charge en art-thérapie (la séance, la durée totale de la prise en charge) est un processus nécessaire d'adaptation de l'art-thérapie aux soins palliatifs. La durée de prise en charge du patient est difficile à pronostiquer. La stratégie thérapeutique doit s'articuler vers l'atteinte d'objectifs généraux sur chacune des séances (comme la détente corporelle et émotionnelle par exemple). L'arrêt d'un projet artistique ou la difficulté d'entrevoir sa poursuite dans l'avenir peut avoir des conséquences négatives sur l'estime de soi et l'anxiété. S'il y a production artistique, elle peut être achevée également sur le temps d'une même séance. Terminer un travail dans un temps court et permettre son aboutissement procure au patient un sentiment positif sur sa production et favorise une meilleure estime de soi. La notion de projet doit être néanmoins mise en avant dans ce contexte. Il est possible de le faire de deux manières : soit en segmentant un projet en parties relativement indépendantes et réalisables en un temps court, soit en travaillant sur l'approfondissement et la série.

La première proposition s'illustre par un travail sur un conte en lien avec les souvenirs du patient. Il s'agit de diviser le conte en chapitres individuellement réalisés dans le temps d'une séance. Ainsi, le patient peut se sentir valorisé par ce qu'il a pu achever. Il se projette dans la suite de l'histoire, jusqu'à son illustration ou sa narration éventuelle.

La seconde proposition cherche à susciter l'envie de recommencer chez le patient, de poursuivre et d'approfondir son expérience artistique. L'engagement ici se traduit par rapport à un idéal esthétique qui agit comme moteur d'une séance à l'autre. Par exemple, il est intéressant de réaliser sur le temps d'une séance une œuvre plastique orientée par un thème en progressant dans la maîtrise d'une technique artistique. Le fait que le travail soit achevé permet sa critique et met en valeur les capacités du patient. Ainsi l'art-thérapie stimule son envie de s'engager à nouveau et d'améliorer sa production dans la séance suivante, tout en poursuivant un idéal esthétique qui s'affine. Ce travail ne constitue pas une répétition sans

intérêt mais une continuité, une boucle de renforcement de l'estime de soi. La double temporalité de la prise en charge doit définir également l'évaluation. Les principaux symptômes traités : la douleur et l'anxiété, sont évalués afin de visualiser leur évolution au fil des séances mais aussi au sein d'une même séance (qui peut être unique) en début et en fin de la séance d'art-thérapie. On peut alors juger de l'efficacité d'une séance d'art-thérapie sur ces symptômes. Il est aussi envisageable de quantifier la durée de son impact (post séance) en s'appuyant sur l'évaluation de ces symptômes réalisée par l'équipe médicale entre les séances (voir l'outil d'évaluation globale de la douleur et de l'anxiété).

4. Alors que l'état du patient se dégrade, comment évaluer la progression vers un objectif thérapeutique en art-thérapie ? La personne est victime de souffrance globale : psychique et physique, elle est aussi pénalisée dans sa vie sociale et familiale et se confronte souvent à des questions spirituelles. La douleur et l'anxiété étant au centre du dispositif de soins palliatifs, leur caractérisation est de première importance. Or il s'agit d'apprécier le plus objectivement possible l'intensité de ces symptômes et leur récurrence, qui sont relatives à une perception d'une sensation ou d'un sentiment propre à chacun, donc subjectif. Par conséquent, il n'existe pas à ce jour d'échelle absolue pour les quantifier. Ils sont même des indicateurs subjectifs pour lesquels la comparaison d'un patient à l'autre n'a que peu de sens. Leur impact sur la qualité de vie est aussi relatif à chaque individu et la médication changeante rend la lecture de ces résultats complexe. Cependant, un outil d'évaluation prenant en compte la perception de ces symptômes par l'ensemble des protagonistes du soin, ainsi que les différentes dimensions de cette perception, permet d'explicitier une vision globale pertinente :

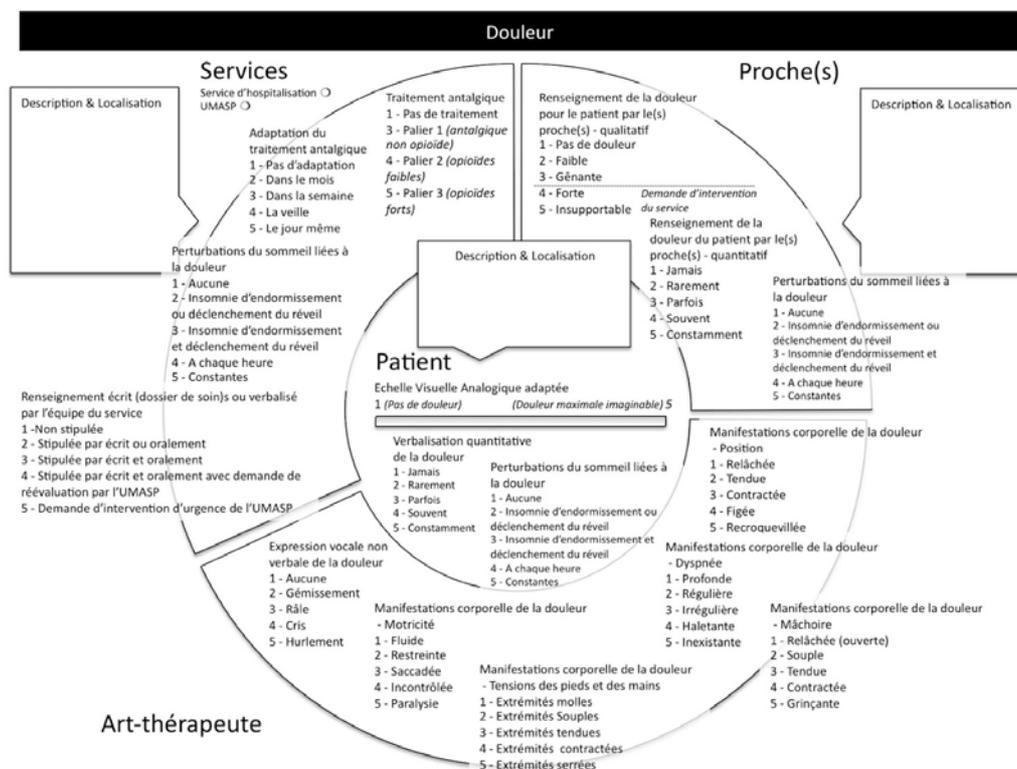


Figure 1 : Outil d'évaluation de la douleur

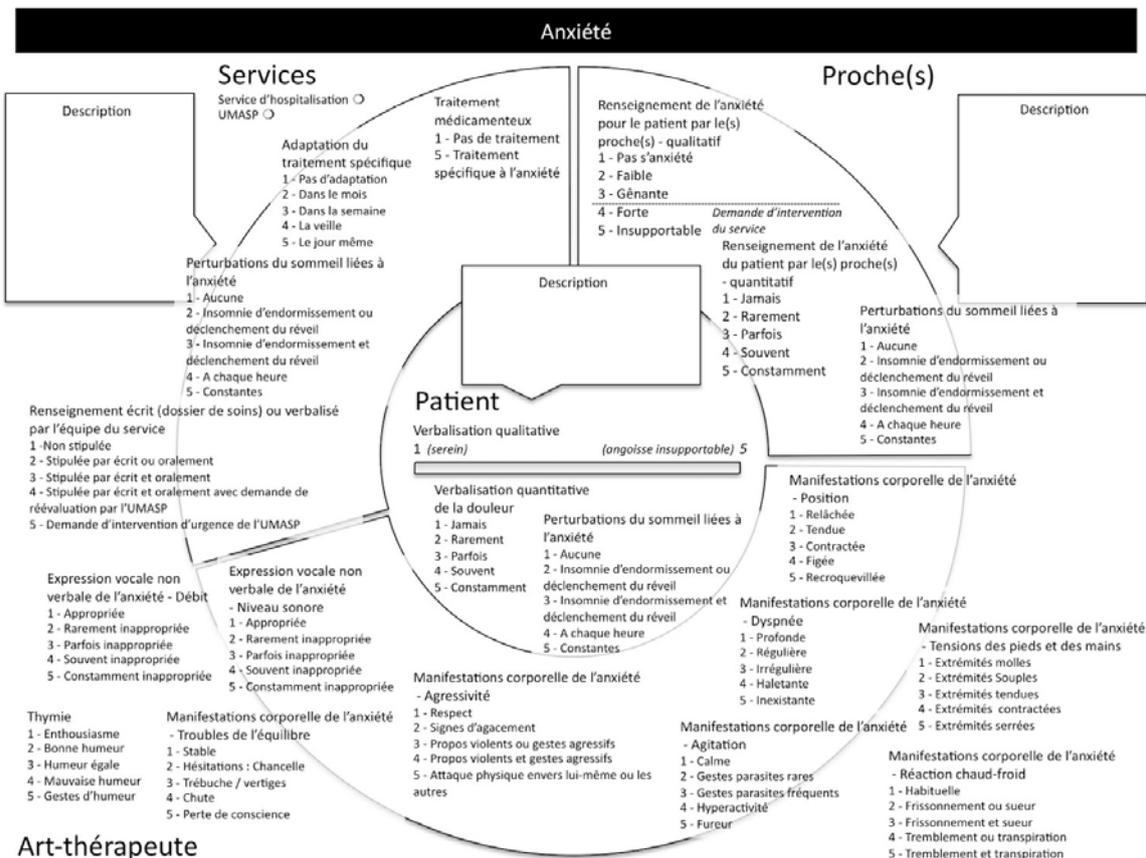


Figure 2 : Outil d'évaluation de l'anxiété

a) **PATIENT** : L'évaluation réalisée avec l'outil présenté (Figure 1) s'illustre tout d'abord par un disque central représentant l'expression verbale par le patient de sa douleur. Premièrement, elle est caractérisée par différents items qui rendent compte de sa fréquence dans le temps (notés sur cinq) et enfin par des items relatifs à son impact sur le sommeil (également notés sur cinq). Puis le patient auto évalue sa douleur grâce à l'Echelle Visuelle Analogique qui apprécie son intensité notée elle aussi sur cinq.

b) **SERVICES** : Dans le quadrant supérieur gauche sont représentés les items de perception de la douleur du patient par l'unité mobile de soins palliatifs d'une part et le service d'accueil d'autre part. Ils sont intégrés séparément afin d'observer une éventuelle différence de perception entre les services. Les items quantifient et qualifient les perturbations du sommeil liées à la douleur, le traitement antalgique, l'adaptation du traitement antalgique, la récurrence de l'évocation du symptôme par les équipes. Ils sont notés sur cinq et peuvent provenir de traces écrites, comme par exemple le cahier de soins, de réunions d'équipe ou d'échanges verbaux entre les différents protagonistes du soin et l'art-thérapeute.

c) **PROCHES** : Dans le quadrant supérieur droit sont représentés les items de perception de la douleur du patient par ses proches et sa famille. Il s'agit ici de leur estimation, exprimée verbalement, de la douleur du patient. Les items sont notés sur cinq et rendent compte de l'intensité de la douleur, de sa fréquence et des perturbations du sommeil dues à celle-ci.

d) **ART-THÉRAPEUTE** : Enfin, dans le dernier quadrant sont représentés les items de manifestation non verbale de la douleur du patient. Il s'agit ici des observations faites en séance par l'art-thérapeute. Les items, toujours notés sur cinq, sont l'expression vocale non verbale de la douleur (gémissements, râles, etc.) et quatre manifestations corporelles de celle-ci : la tension des mains et des pieds, la dyspnée, la position du corps et de la mâchoire, la fluidité de la motricité.

Les mêmes quadrants sont répétés dans l'évaluation de l'anxiété avec bien évidemment des items propres à ce symptôme (Figure 2).

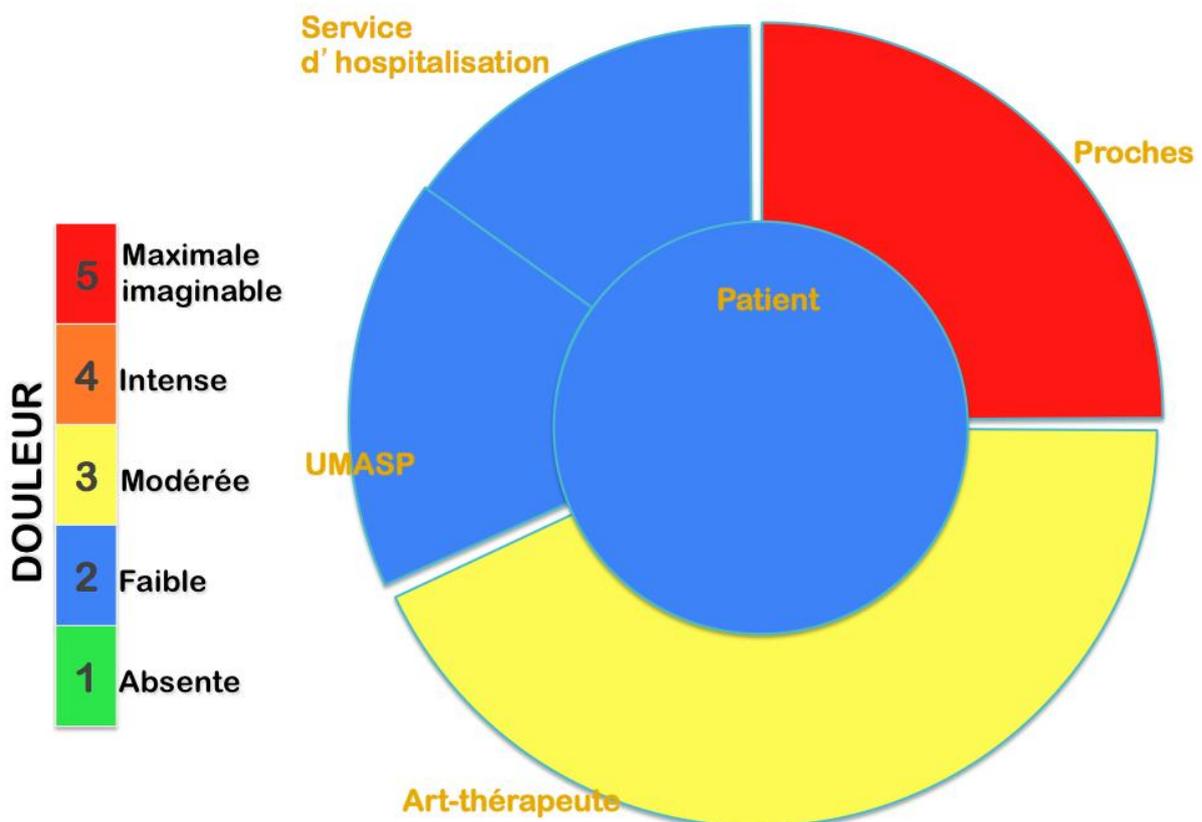


Figure 3 : Exemple de résultat d'évaluation

L'outil ci-dessus (Figure 3) donne une moyenne sur cinq des résultats pour chaque quadrant de l'outil précédent. Cette évaluation de la douleur sur cinq est alors pigmentée différemment suivant son intensité :

1 absente (vert)

2 faible (bleu)

3 modérée (jaune)

4 intense (orange)

5 maximale imaginable (rouge)

On peut alors distinguer les différences de perception de la douleur du patient par l'ensemble des protagonistes du soin, le patient lui-même et ses proches. Il est évident que le vert est la couleur recherchée mais malheureusement l'absence de douleur ne dépend pas toujours de la qualité de la prise en charge. Cependant, une harmonie des couleurs peut être recherchée en art-thérapie car elle témoigne d'une bonne communication entre les différents protagonistes du soin, le patient et les proches. L'exemple illustré par cette figure est un cas type souvent rencontré. Les proches perçoivent ici la douleur du patient comme lui étant insupportable alors que lui-même la décrit comme relativement réduite, en accord avec la perception qu'en ont les équipes médicales. Les observations par l'art-thérapeute d'items notamment liés aux manifestations corporelles et vocales non verbales suggèrent une douleur du patient plus aiguë que celle qu'il verbalise. Il est possible dans ce cas précis, que l'entourage soit très anxieux et communique peu avec les équipes soignantes et de ce fait surévalue la douleur alors même que le patient lui-même, redoutant un traitement médicamenteux par exemple, la minimiserait. Rappelons que la douleur qu'il perçoit est une sensation qui lui est propre, c'est un renseignement direct sur son état de santé, perçu souvent comme une alarme. Ses sensations lui appartiennent et ne font pas partie des informations traduites par le corps médical.

Cet outil permet d'adapter la stratégie thérapeutique en intégrant des proches afin d'améliorer la communication avec le patient et les services par exemple, et de redéfinir des objectifs comme la réduction de l'anxiété du patient. L'analyse de ces résultats doit être replacée dans le contexte de la prise en charge et de la vie du patient avant d'apporter une transformation de la stratégie thérapeutique.

C'est dans une démarche scientifique rigoureuse que je souhaite passer ces outils au banc d'essai en confrontant les résultats obtenus par d'autres art-thérapeutes travaillant dans différentes unités, mobiles ou non, de soins palliatifs qui suivraient un même protocole défini en amont. Il en va de même pour la recherche de l'évaluation de l'effet antalgique de l'art-thérapie au cours d'une séance et dans le temps qui suit.

Louis atteint de trouble mnésique améliore son expression.

Catherine PERRET

art-thérapeute diplômée d'Université, plasticienne

France

La prise en charge en art-thérapie de Louis répond aux 5 points d'une démarche scientifique.

[L'observation scientifique](#) est le protocole de prise en charge de Louis atteint de troubles mnésiques.

Le protocole repose sur une amélioration de son expression par le biais de l'expression artistique.

Au temps T1, Louis est blessé, il n'exprime plus d'émotions et se protège en répétant des expressions stéréotypées.

L'accompagnement des troubles mnésiques passe par une observation des ressentis de la personne puis d'un re-enclenchement de l'intention à l'action.

La moindre expression personnelle est prise en compte par le thérapeute et mise en action pour la production artistique.

Les expressions stéréotypées de défense ou de remplissage sont prises en compte par le thérapeute et réorientées vers une approche relationnelle puis esthétique.

L'observation de l'expression de Louis s'oriente vers l'art

Dans la salle, il trouve des livres d'art, des CD, du matériel de peinture, ses productions.

Quand Louis arrive, il me donne en réponse : un sourire mécanique, puis un bonjour chaleureux.

Il se dirige vers les CD, les regarde, parfois il fait signe de repartir.

Je mets le CD qu'il a choisi, nous chantons, Louis cherche sa femme.

Je lui rappelle nos objectifs, il est d'accord pour peindre ou non, nous regardons ensemble ses productions, parfois cela lui donne envie de continuer « il n'est pas fini..., il faut faire... » ou accepte de trouver un autre modèle dans les livres qu'il adore. L'activité démarre.

Une attention portée plus particulièrement sur un détail marque son choix. La reformulation de deux possibilités assure ce choix. Louis affirme son choix ainsi.

Parfois il est dans le refus, mais accepte que je dessine pour lui. Comme je n'y arrive pas bien, il m'aide et prend la gomme puis le crayon.

Parfois Louis regarde dehors,(silence –arrêt) il attend sa femme (partage-émotion), nous parlons de ce que nous voyons, cela nous donne des idées pour compléter la peinture ou apporter d'autres couleurs.

Parfois Louis a des réponses ordonnées, il suit son intention puis s'arrête. Il ne sait plus ce qu'il veut faire, alors il parle beaucoup, et je l'accompagne par la parole.

L'expérimentation scientifique est l'utilisation du potentiel artistique lors des séances.

L'objectif thérapeutique de Louis est de travailler ses capacités d'expression afin de raviver son estime et de développer sa confiance en lui.

Louis s'intéresse à l'art, nous partageons cette sensibilité, Louis renforce alors sa confiance, prend des risques et s'implique dans l'activité peinture.

Louis veut, peut, fait et à fait ce qu'il trouve bon, bien et beau pour lui, c'est son potentiel artistique.

Sa créativité et son imaginaire emmènent le merveilleux où tout devient possible. Les tâches, les bavures deviennent des éléments de sa composition.

Son potentiel artistique s'affirme par ses choix, son style et ses goûts.

Le potentiel artistique est le moteur du changement pour Louis

Son estime et sa confiance sont à leur apogée quand sa femme revient le chercher, il est fier de montrer sa production, lui explique ce qu'il fait. Il commente avec de simples mots. Sa femme n'en croit pas ses yeux et ses oreilles, elle est ravie, et me demande « c'est vrai? c'est lui qu'il l'a fait? »

Nous partageons la même sensibilité de l'art. il est rassuré, conforté d'éprouver les mêmes ressentis que moi, il se sent compris et peut se projeter dans un projet artistique.

Il devient acteur, il finit et signe ses productions qu'il montre comme ce qu'il trouve beau, bien, bon. Louis est surpris et trouve belles ses productions, qu'il semble parfois découvrir.

La créativité de Louis s'exprime dans le mélange des couleurs sur la palette, l'utilisation de l'espace dans la feuille et un mélange des plans de vue.

L'imaginaire de Louis s'exprime par une interprétation du modèle ou il voit des têtes et des animaux dans les formes abstraites. Il simplifie et modèle des formes comme des symboles. Louis exprime ses goûts dans son style personnel.

La sympathie éprouvée ensemble lors de la production fait vivre des émotions esthétiques qui lui permettent de lier le temps passé, présent et futur. Louis vit ainsi mieux son présent

La prise de recul sur la qualité de son travail esthétique lui permet d'accepter ses oublis, ses erreurs. L'ensemble est tout à fait harmonieux et plaisant. Louis prend conscience qu'il change et vieillit, il accepte mieux son état.

La vérification scientifique se fait par la comparaison des bilans au temps de la première séance et de la dixième séance.

Le bilan au temps T10 révèle que Louis a pu s'approprier un objet et en avoir une réaction affective, pour faire un choix de goût, et même en parler. Malgré ses difficultés mnésiques, Louis a mis en place une réponse adaptée.

Les troubles mnésiques et les maladies dégénérantes sont un frein au processus d'amélioration de son expression.

Tout est remis en jeu au début de la séance, comme au premier jour mais le partage de l'émotion esthétique permet à Louis d'aller toujours un peu plus loin à chaque fois.

Louis plus conscient, s'adapte et vit mieux sa vie mais se trouve blessé par l'évolution inexorable de la maladie, d'où la continuité de la prise en charge pour permettre son adaptation.

La comparaison des bilans montre l'évolution de l'adaptation de Louis.

Au temps T1, sa fille me confie les difficultés d'expression de son père. Il n'a plus d'envie de faire, refuse, et répond aux sollicitations par oui, non ou reprend ce qui lui a été dit.

Au temps T3, sa fille trouve que son père est plus ouvert et accepte de faire des actions avec accompagnement.

Au temps T10, sa femme se plaint de ses difficultés à s'adapter à une nouvelle situation « il est perdu, mais il me suit ». Elle me révèle qu'il parle plus avec les voisins et amis mais « il dit n'importe quoi ».

Au temps T18, sa femme le trouve agiter après les séances de groupe. Il n'est plus dans le refus mais elle a besoin de plus être accompagné « c'est un vrai boulet ».

Au temps T27 sa femme ne se plaint pas de Louis. Elle semble avoir mieux acceptée la situation. « il use le canapé » mais il accepte facilement de faire les choses du quotidien avec elle.

La théorisation scientifique consiste à ce que Louis puisse répondre à une stratégie thérapeutique.

La stratégie thérapeutique de Louis consiste à ce qu'il affirme des choix personnels et que sa production devienne un sujet de communication. Ainsi, Louis comprend et adapte une réponse appropriée.

Louis a un discours adapté et cohérent quand il parle de sa production lors de la réalisation et à sa femme à la fin de la séance.

Louis est capable d'adapter une réponse physique à son intention. Il utilise ses connaissances en réponse à une saveur agréable. Il trouve des gratifications à s'exprimer.

Louis réagit par une émotion esthétique adaptée, qui laisse place à la surprise et au merveilleux. Il trouve un espoir ou croyance dans l'avenir.

La prévision scientifique suggère que l'amélioration en séance se répercute sur le quotidien de Louis par une adaptation.

Louis a valorisé son estime et sa confiance en lui. Ses relations avec ses proches se sont améliorées. Il prend des risques mais la moindre gêne le repositionne dans ses stratégies de défense. C'est pourquoi les prises en charge évoluent en séance de groupe pour améliorer ses relations.

L'adaptation n'est pas sans aide des aidants et de son entourage qui s'adapte aussi mieux à la situation.

Son ouverture relationnelle est améliorée par le recul du déni de la maladie par lui et son entourage.

Les moments agréables sont partagés en toute sympathie. Son potentiel artistique le lie aux autres dans le temps.

Louis est dans une recherche esthétique qui lui permet de prendre du recul sur ses difficultés mnésiques.

Louis s'adapte à sa nouvelle vie malgré ses troubles mnésiques grandissants

Le fait que Louis a amélioré son expression artistique et la spontanéité de son expression lors des séances a permis de renouer les liens avec son entourage.

La famille, voisins et amis ne sont plus dans le déni de sa maladie et s'adapte au nouveau mode de communication de Louis.

Louis accepte mieux d'être accompagné dans les tâches et n'est plus dans le refus.

Sa famille accepte mieux sa prise en charge dans les actes du quotidien.

Louis a donc amélioré son cadre de vie et peut mieux s'adapter à celui-ci

La prise en charge en art-thérapie de Louis a atteint son objectif dans l'amélioration de son expression et son adaptation dans son cadre de vie qui correspond à sa bonne qualité existentielle.

La réponse aux 5 points d'une démarche scientifique prouve que la prise en charge en art-thérapie de Louis est scientifique

Les réalisations de Louis en séance d'art thérapie individuelle avec Catherine Perret :



L'Art-thérapie et les patients alcoolo-dépendants

Laurent SAMSON

art-thérapeute diplômé d'Université, musicien

France

Bonjour je m'appelle Laurent Samson et je suis art-thérapeute au CHU d'Angers sur un temps de 60 % réparti de la manière suivante : 40% (2 jours) en addictologie, prise en charge de patients alcoolo-dépendants et toxicomanes, et 20% (1 journée) au département de soins de suite et de longue durée, pour prendre en charge des personnes âgées.

L'Art-thérapie est-elle scientifique ? Afin peut être de répondre à cette question je vais vous présenter un travail de recherche que nous allons mettre en place à partir de septembre 2012 avec le service d'addictologie du CHU d'Angers.

L'idée de la mise en place d'un projet de recherche est le fruit d'un long aboutissement. En compagnie du Dr Nicolie, Allergologue au CHU d'Angers, nous avons écrit et déployé un projet et présenté l'art-thérapie dans différents services en leur proposant une prise en charge en art-thérapie adaptée à chaque pathologie et également interrogé et recueilli les besoins et recommandations de toutes les instances de soins et de directions administratives (CLET, comité de liaison de l'éducation thérapeutique, CLUD, comité de lutte contre la douleur, CME, comité médical de l'établissement DSSI, direction des soins infirmiers, CRC, cellule de recherche clinique).

Nous avons mis en place un groupe projet composé d'un médecin, Liva Mauillon, du cadre supérieur du pôle, Marie Paule Roussel, du cadre du service, Solange Lavoine et de l'art-thérapeute. La responsable du projet est Solange Lavoine car l'art-thérapie ne fait pas parti des métiers référencés pour conduire un PHRIP. (*Programme Hospitalier de Recherche Infirmier Paramédicale*)

Avant de définir des objectifs en art-thérapie de manière précise, le groupe projet a demandé à l'équipe de soins de l'HDJ d'évaluer l'estime de soi et l'alexithymie, sur les patients alcoolo-dépendants inscrits sur la période du 29 septembre au 7 octobre 2011. Au vu des résultats, 60% des patients ont **une estime de soi faible, et ont également un comportement alexithymique.**

L'étude ALEXART se propose d'étudier l'évolution de l'alexithymie chez des patients alcoolo-dépendants sevrés accueillis dans une unité d'Hôpital de Jour d'Addictologie grâce à l'utilisation d'une approche non médicamenteuse qu'est l'art-thérapie.

Des Critères d'inclusion ont été définis pour participer à ce projet de recherche. Pour ce faire, 180 patients réputés alcoolo-dépendants et sevrés, acceptant le principe de suivre un programme de soins incluant l'art-thérapie seront inclus dans l'étude après randomisation en deux groupes : un groupe recevant le traitement de référence : suivi et accompagnement avec information sur la pathologie alcoolique, soutien psychothérapeutique,

bilan bio-médico-psycho-social et messages de prévention. Le deuxième groupe de 90 patients bénéficiera du même traitement de référence associé à un programme de soins en Art-thérapie.

Durée totale de l'étude : 3 ans

De manière générale, on observe que les patients présentant une problématique addictive à des substances licites et/ou illicites ont du mal à exprimer leurs émotions, à réguler le désarroi émotionnel et à soulager l'angoisse et le sentiment de vide, à verbaliser et communiquer sur leurs difficultés mais aussi à se faire confiance et avoir une estime de soi positive.

L'alexithymie est une incapacité à identifier et à décrire ses émotions associées à une pensée tournée vers l'extérieur. Fréquemment retrouvée chez les patients alcoolo-dépendants, véritable handicap psychique, l'alexithymie a été clairement identifiée comme un facteur de rechute dans les problématiques addictives en lien avec l'alcool.

Nous avons défini que la prise en charge en Art-thérapie sera collective (groupe de 5 à 8 patients) et le support artistique : le théâtre. La prise en charge s'étendra sur 6 séances d'une durée de 1H30. La psychologue et l'aide soignante seront présentes.

Voici le résumé du projet de recherche clinique qui sera budgété par le ministère de la santé s'il est retenu aux termes des délibérations en juin 2012

Trois objectifs seront poursuivis: les items d'évaluation art thérapeutique, les scores d'évaluation cliniques de la pathologie étudiée, les résultats et bénéfices de l'art thérapie.

Notre hypothèse est que l'art-thérapie puisse aider, en faisant émerger leurs ressources internes, les patients alcoolo-dépendants sevrés à mieux comprendre leur(s) propre(s) comportement(s), d'identifier, reconnaître et à nommer leurs émotions et leurs sentiments, à améliorer leur confiance en soi et la communication avec autrui et par là même à pouvoir dès lors choisir de modifier leur (s)comportement(s). Mais également de découvrir d'autres sources **de plaisir et de motivation** que la consommation du produit.

Lors de leur arrivée dans le service d'addictologie, les patients recevront une information sur les séances d'art-thérapie par l'équipe de soins. S'ils ont intéressés par l'art-thérapie, il leur sera proposé de participer à cette étude. Un questionnaire recueil d'intérêt artistique (pratique, goût, style, choix et découverte) leur sera également proposé.

Nous utiliserons l'indice de gravité d'une addiction (ASI, addiction severity index) destinée à l'évaluation des consommations de drogues ou d'alcool. Il s'agit d'une grille d'entretien multifactorielle abordant différents aspects du patient

Toronto Alexithymic Scale (TAS-20) (voir annexe page 3)

Nous allons utiliser L'échelle d'alexithymie de Toronto est le questionnaire le plus utilisé pour évaluer l'alexithymie. C'est un auto-questionnaire qui comporte 20 items. Un score supérieur ou égal à 56 traduit la présence d'alexithymie, un score inférieur ou égal à 44 traduit l'absence d'alexithymie.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (voir annexe page 4)

Nous allons utiliser L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est composée de 10 items dont les réponses sont formulées sous la forme d'échelle allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 4 (Tout à fait d'accord). Un Score inférieur à 31 indique une estime de soi faible.

Cube Harmonique

Il y aura une évaluation expressive de la créativité par le cube harmonique à chaque séance.

Le patient participant à cette étude, peut attendre une meilleure identification de ses émotions et de ses sentiments, une amélioration de l'estime de soi, une meilleure expression du vécu de sa maladie et un meilleur suivi sur le long terme de sa maladie.

Les résultats de ce travail pourrait permettre une meilleure qualité et adhésion aux soins pour les patients alcoolo dépendant, un impact sur la durée de la poursuite de l'abstinence en boissons alcoolisées, un engagement dans un processus de changement en favorisant leur l'autonomie et donc améliorer le résultat en termes de sevrage.

De plus, cette approche non médicamenteuse pourrait diminuer le coût socio-économique sanitaire de ces prises en charge.

Les résultats de l'étude pourraient conduire à proposer de manière plus systématique la participation à des ateliers d'Art-thérapie aux patients pris en charge pour un sevrage alcoolique.

Nom : _____ Date : _____

Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items

Instructions : Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée.

Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) désaccord complet, (2) désaccord relatif, (3) ni accord ni désaccord, (4) accord relatif, (5) accord complet.

	1	2	3	4	5
1) Cela m'arrive de ne pas savoir quelle émotion j'éprouve exactement					
2) Cela m'est difficile de trouver les mots justes pour décrire mes sentiments					
3) J'ai des sensations physiques que les médecins n'arrivent pas à comprendre					
4) J'arrive à décrire mes sentiments facilement					
5) Je préfère analyser les problèmes plus que seulement les décrire					
6) Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas s'il s'agit de tristesse, de peur ou de colère					
7) Souvent je n'arrive pas à expliquer certaines sensations corporelles					
8) Je préfère laisser les choses arriver plutôt que de comprendre pourquoi elles se passent ainsi					
9) J'ai des sentiments que je n'arrive pas tout à fait à identifier					
10) Etre à l'écoute des émotions est essentiel					
11) Cela m'est difficile de décrire ce que je ressens vis-à-vis des gens					
12) On m'a déjà demandé de décrire davantage mes sentiments					
13) Je ne sais pas très bien ce qui se passe à l'intérieur de moi					
14) Cela m'arrive de ne pas savoir pourquoi je suis en colère					
15) Je préfère parler aux gens de leurs activités plutôt que de leurs sentiments					
16) Je préfère regarder un spectacle divertissant plutôt que des films (ou pièces) psychologiques					
17) Cela m'est difficile de révéler mes sentiments intimes, même à mes amis proches					
18) Je peux me sentir proche de quelqu'un, même dans les moments de silence					
19) Je trouve que l'analyse de mes sentiments est utile pour résoudre des problèmes personnels					
20) Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre gâche un peu le plaisir					

NOM

PRENOM

DATE

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants, en cochant la réponse qui décrit le mieux votre opinion. Toutes les réponses sont bonnes en autant qu'elles correspondent à ce que vous pensez vraiment. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé, essayez de répondre spontanément.

Questions	Tout-à -fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre				
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités				
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté				
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens				
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi				
6. J'ai une attitude positive envers moi-même				
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi				
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même				
9. Parfois je me sens vraiment inutile				
10. Il m'arrive de penser que je suis bon à rien				

Impact de l'art-thérapie à dominante corporelle auprès de patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde

*Clara BREUIL, Art-thérapeute,
Diplômée d'Université, danseuse et comédienne*

*Anne DUMOLARD, Médecin Rhumatologue,
Algologue, Diplôme Universitaire de Thérapie Comportementale de la Douleur
France*

La polyarthrite rhumatoïde est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques, il concerne 300 000 personnes en France, majoritairement des femmes autour de la quarantaine.

La polyarthrite rhumatoïde a des conséquences dans de multiples aspects de la vie, incluant l'humeur et les émotions, la vie sociale, les loisirs, les tâches quotidiennes, les relations personnelles et sociales et les contacts physiques.

Elle est responsable de douleurs, fatigue, et entraîne à la longue des destructions et des déformations articulaires parfois responsables d'un handicap sévère.

La polyarthrite rhumatoïde est le type même de la maladie chronique éprouvante, d'évolution variable et difficilement prévisible, avec une atteinte, parfois sévère, de la qualité de vie.

La douleur peut entraîner chez certaines personnes une réduction de la mobilisation, qui peut être aggravée par la peur du mouvement ou kinésiophobie.

Les déformations sont parfois responsables d'une altération de l'image d'elles-mêmes des patientes. Les thérapies médicamenteuses peuvent être à l'origine d'inquiétudes du fait de leurs effets secondaires. Les pénalités peuvent entraîner une rupture du lien social, un sentiment d'inutilité.

Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde signe une rupture biographique dans l'histoire d'une personne, parfois responsable d'une perte de l'élan vital, de bouleversements psychoaffectifs liés aux difficultés à se représenter cette maladie et à se projeter dans un avenir totalement inconnu.

Sa prise en charge est multidisciplinaire, incluant des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, dont la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'éducation thérapeutique dont le but est d'éduquer à bien vivre tout en étant atteint par une maladie chronique.

Si les nouvelles biothérapies permettent de diminuer considérablement le risque de destructions et de déformations articulaires, il n'en reste pas moins que la qualité de vie des patients est très fréquemment altérée dans tous les domaines de la santé, que sont la santé physique, psychique, sociale, et environnementale.

Un projet de prise en charge en art-thérapie a été mis en place au sein de la Clinique de Rhumatologie du CHU de Grenoble, s'inscrivant parfaitement dans le projet global de soins et les objectifs thérapeutiques institutionnels, qui sont d'améliorer l'état de santé, la qualité de vie des patients, et de développer la recherche sur l'homme en mouvement.

Depuis une vingtaine d'années, un grand nombre d'études scientifiques a montré que les personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde et pratiquant des exercices physiques dynamiques améliorent leur état de santé sans effet néfaste sur la maladie. En renforçant leur structure corporelle, ils maintiennent, voire améliorent leurs capacités corporelles, favorisant ainsi l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

Un atelier d'art-thérapie à dominante corporelle a été mis en place, s'inscrivant dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients et dans le projet de recherche sur l'homme en mouvement.

Les médecins ont sélectionné six patientes, en fonction de leur perte de qualité de vie en lien avec l'une ou plusieurs des raisons suivantes: une composante anxio-dépressive en lien avec la polyarthrite rhumatoïde, une souffrance liée à l'altération de l'image de soi ou une détérioration des capacités motrices.

Un entretien individuel avec l'art-thérapeute a permis de présenter le projet art-thérapeutique et d'évaluer avec chaque patiente la pertinence d'une prise en charge en art-thérapie, au regard de leurs pénalités de vie, leurs goûts, et leurs intentions sanitaires.

Une indication médicale a eu lieu suite à cet entretien, puis ont eu lieu 6 à 8 séances individuelles et 5 ateliers collectifs. La technique dominante a été la danse contemporaine en relation avec la calligraphie arabe et l'œuvre sculpturale de Rodin, ainsi que diverses techniques associées, comme l'expression théâtrale avec le masque neutre, le travail du chœur grec, et la poésie.

Différentes échelles médicales ont été administrées à chaque patiente, afin de comparer leur autoévaluation avant, puis après chaque séance. Il s'agit d'échelles visuelles analogiques pour la douleur physique ressentie, la fatigue, les tensions émotionnelles désagréables et l'anxiété. Le Cube Harmonique a été proposé en fin de séance.

Les critères d'évaluation rapportés par le patient ont pris une importance croissante au cours des dernières années. Au-delà de la douleur et de la capacité fonctionnelle, la fatigue, le sommeil, le bien-être sont également importants pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Une échelle de qualité de vie (WHOQOL 26) comportant une composante physique, psychique, sociale et comportementale, une échelle d'anxiété dépression (échelle HAD), des échelles fonctionnelles (échelle HAQ, indice de Cochin), une évaluation de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde (score RAID) ont été administrées en début, milieu et fin de prise en charge.

La polyarthrite rhumatoïde présente des caractéristiques pathologiques spécifiques dont l'art-thérapeute aura à tenir compte: la fragilité ostéo-articulaire, la fatigue, l'aspect fluctuant des symptômes avec les douleurs erratiques, les poussées inflammatoires. Cela nécessite que l'art-thérapeute ait de bonnes connaissances en anatomie physiologie ou AFCMD (analyse fonctionnelle du corps dans le mouvement dansé), et qu'il fasse preuve de polyvalence dans sa pratique, d'adaptabilité et d'inventivité dans la recherche de moyens.

Le travail du masque neutre a joué un rôle essentiel dans la prise en charge, permettant d'atteindre certains objectifs thérapeutiques en complément de la danse. Il a eu un effet très positif sur la thymie, et s'est révélé désinhibiteur grâce à la distance apportée par le masque.

Le Professeur Robert Juvin, Chef de service de la Clinique de Rhumatologie de l'Hôpital Sud a assisté à une séance collective. Très intéressé et enthousiaste, il a commandité à une entreprise professionnelle le tournage d'un film afin de pouvoir présenter la prise en charge art-thérapeutique et son intérêt à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale lors d'un colloque médical du service, et dans des congrès nationaux (congrès de l'AFLAR et de la SFR, congrès d'éducation thérapeutique) et internationaux (congrès de l'EULAR).

La prise en charge en art-thérapie confirme l'hypothèse initiale d'une amélioration de la qualité de vie des patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde pour les six patientes prises en charge.

La Haute Autorité de Santé, devant les effets démontrés des thérapeutiques non médicamenteuses (ergothérapie, éducation thérapeutique, kinésithérapie, exercice physique...) a émis des recommandations, dont certaines de haut grade, concernant la nécessité d'associer cette prise en charge aux traitements médicamenteux dans la polyarthrite rhumatoïde.

L'art-thérapie, si elle s'appuie sur des travaux scientifiques, avec des suivis cliniques, des évaluations par des échelles validées peut prétendre intégrer des tableaux de recommandations comme celui émis par la Haute Autorité de Santé dans la polyarthrite rhumatoïde, de la même façon que l'art-thérapie a montré son efficacité dans d'autres affections responsables de douleurs chroniques (cancer, douleurs des brûlés, lombalgies chroniques...).

AFLAR : Association Française de Lutte Anti Rhumatismale

SFR : Société Française de Rhumatologie

EULAR : European League Against Rheumatism

L'Art-thérapie à dominante théâtre pour prévenir et soulager la lombalgie, problème majeur de santé publique

Florence KASPRZYCKI

art-thérapeute diplômée d'Université, metteur en scène

France

PLAN

Introduction. LA DIGNITÉ DE L'ÊTRE HUMAIN REPOSE SUR SA VERTICALITÉ.

A. Le protocole art-thérapeutique répond aux besoins de la personne lombalgique et aux exigences d'une évaluation scientifique.

B. La mise en place de ce protocole dans un cadre libéral permet de prévenir la lombalgie chez la petite Yona, 10 ans ½, dont la qualité de vie est pénalisée par la peur.

Conclusion. L'Art-thérapie crée le pont utile, tant à la personne lombalgique qu'à la santé publique, entre lieux de soins et lieux de vie.

L'être humain est un des rares vertébrés à pouvoir se tenir debout. Sa verticalité est une question de dignité. Pour ce faire, son dos est sa clef de voûte. C'est aussi le siège de la lombalgie. Ce trouble musculo-squelettiqueⁱ touche plus de 70 % de la population du monde occidental au moins une fois dans sa vie, à tout âge et dans tous secteurs d'activités. Les lombalgies communes représentent 95 % des lombalgies. Dans plus de 80 % des cas elles ont une imagerie médicale négative. La douleur, alors appelée *psychogène*ⁱⁱ, place la médecine en situation d'échec.

Ce mal du siècle, problème majeur de santé publique, affecte les vertèbres, articulations complexes et carrefours de la perception et de la sensation. L'atteinte du rachis réduit la mobilité corporelle et cause tensions musculaires, douleur, perte de confiance en soi et isolement social. La peur de perdre sa dignité majore le risque de chronicité qui survient quand cette douleur perdure au-delà de 3 mois.

Qui peut accorder sa confiance à une personne lombalgique chronique ? Ses proches qui la perçoivent comme une victime ou un poids ? Sa famille, déjà contrainte d'assurer une partie de sa charge de travail domestique ? Son employeur qui supporte son absentéisme ? Dans l'hypothèse où l'une d'entre elles ne soit pas aussi à l'origine d'un harcèlement moral, ou générateur de violences, physiques et/ou psychologiques. Comment rechercher ce qui est bon pour soi et bien réaliser sa fonction quand on a mal au dos ? Seul le médecin responsable de la santé publique peut lui accorder une invalidité aux frais de la collectivité, ou bien lui proposer en amont l'Art-thérapie, un soin au but original le Bon (l'agréable) pour agir contre sa douleur.

Le protocole art-thérapeutique répond aux besoins de la personne lombalgique. Notre stratégie consiste à lui redonner le goût de se mouvoir par l'usage harmonieux du corps

physique, outil de base du travail de l'artiste. C'est parce que ce travail corporel spécifique est agréable qu'il permet de mémoriser les moyens efficaces de soulager et de prévenir la douleur lombaire permettant ensuite de faire des choix bénéfiques pour sa qualité de vie.

L'Art-thérapie à dominante théâtre sollicite à la fois les capacités motrices, cognitives et cénesthésiques. Ce soin s'adresse en priorité aux personnes en réinsertion socioprofessionnelle.

Notre item spécifique vise le bon équilibre de la structure corporelle quelque soit la position du corps, mobilisé en théâtre. Dans l'action de jeu, la stabilité des appuis plantaires garantissent l'expression émotionnelle et verbale nécessaire à une pratique artistique esthétique et sans douleur.

Pour améliorer le bien-être indispensable à la bonne santé, les objectifs thérapeutiques (raviver l'élan vital du corps physique sans douleur) et humanitaires (raviver l'activité mentale nécessaire à la réinsertion) sont adaptés à l'intention sanitaire du soigné et définis selon les trois piliers du bien-être en cause qui sont : le savoir-ressentir, relatif au BEAU (pour l'expression du goût), le savoir-faire qui distingue l'Acteur du contemplateur, relatif au BIEN (qui permet l'expression du style) et le savoir-être, relatif au BON (qui favorise l'engagement).

Pilier du bien-être en cause	OBJECTIF THERAPEUTIQUE	OBJECTIF HUMANITAIRE
Le savoir-ressentir	Diminuer le ressenti de la douleur chronique, dite <i>psychogène</i> .	Réguler l'affirmation de soi.
Le savoir-faire	Prévenir la douleur articulaire, musculaire, ligamentaire : aucun mouvement ne doit faire mal !	Restaurer la confiance en soi.
Le savoir-être	Restaurer le goût de l'effort physique.	Revaloriser l'estime de soi.

L'art-thérapeute de l'école de Tours met en place des outils répondant aux exigences d'une évaluation scientifique avec des items précis, cohérents et reproductibles pour mesurer l'amélioration de la qualité de vie des personnes lombalgiquesⁱⁱⁱ. Les entretiens d'1 heure des bilans art-thérapeutiques d'ouverture (BATO) et de clôture (BATC), permettent d'évaluer les liens entre douleur et capacité relationnelle selon le pilier du bien-être concerné et de définir les sites d'action permettant d'atteindre l'objectif fixé.

Pilier du bien-être en cause	Sites d'action	Outils d'évaluation utilisés : -au BATO et au BATC -à chaque séance	
Le savoir-ressentir.	La capacité sensorielle. Les mécanismes : douleur/plaisir.	CSR Goût pour l'Art : contemplateur.	BATQV : bilan art-thérapeutique d'autoévaluation de la qualité de vie
Le savoir-faire.	L'aisance corporelle. L'efficacité de l'activité mentale.	Goût pour l'Art : Acteur. <i>Cohérence du P.A. chez la personne.</i>	WHOQOL-BREF
Le savoir-être.	La capacité relationnelle. Le respect de soi.	Entretien Dossier ou carnet santé BAT de la santé : AFV	<i>Cube harmonique</i>

Les capacités sensorielles ressenties (CSR) évaluent la captation du savoir-ressentir et détecte ses dysfonctionnements (anosmie^{iv} agueusie^v, etc.) capables de majorer la perception de la douleur.

Le goût pour l'Art est évalué sous forme d'un quizz ludique ; en tant que contemplateur, il évalue le potentiel d'impression du savoir-ressentir.

Le goût pour l'Art en tant qu'acteur évalue le savoir-faire artistique du soigné.

Par ailleurs l'observation de la cohérence du processus artistique (P.A.) chez la personne tout au long de l'accompagnement mesurera l'évolution de cet apprentissage agréable.

En complément de la lecture du dossier médical ou du carnet de santé qui nous renseigne sur les affections des grandes fonctions vitales souvent associées à la lombalgie (insomnie, céphalées, troubles du transit, articulaires, respiratoires...), le BAT de la santé nous informe sur le savoir-être en s'intéressant à la perception qu'a le soigné de la qualité de son sommeil, de ses fonctions respiratoires, digestives, cognitives et articulaires.

La mise en place de ce protocole dans un cadre libéral permet de prévenir la lombalgie pour la petite Yona 10 ans ½, dont la qualité de vie est pénalisée par la peur. Le cadre de l'accompagnement de 15 séances réparties sur 5 mois ½ est personnalisé au BATO^{vi}, selon son intention sanitaire : *arrêter d'avoir peur la nuit et d'avoir peur que papa ou maman ne viennent pas me chercher à l'école*. Yona est une jeune fille grande pour son âge et réservée, vêtue d'une tenue ample. En classe de CM2, elle vit avec ses parents et ses frères et partage la chambre de l'un d'eux car a peur de rester seule la nuit. Gourmande et anxieuse, elle est sujette aux cauchemars. Cette peur l'empêche de se réjouir dans ses activités au quotidien et de loisirs. Son carnet de santé révèle des otites séreuses fréquentes dans l'enfance. L'enfant se plaint aussi de petits boutons sur les bras inesthétiques et qui la démangent. L'indication du théâtre est justifiée^{vii}. Nos objectifs visent à améliorer sa confiance en soi et à déconnecter cette peur qui la prédispose à la lombalgie.

Le savoir-ressentir initié avec le texte de prévert *Chasse à l'enfant*^{viii} met en jeu une course poursuite impliquant la stabilité des appuis plantaires qui permet à Yona de s'affirmer en développant son savoir-faire. L'odeur de lieux spécifiques tel qu'une île ou une maison de redressement qu'il propose l'engage aussi dans un travail sur l'odorat et la respiration.

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan !

Au-dessus de l'île on voit des oiseaux

Tout autour de l'île il y a de l'eau

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan !

Qu'est-ce que c'est que c'est hurlements

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan !

C'est la meute des honêtes gens

Qui fait la chasse à l'enfant

Il avait dit J'en ai assez de la maison de redressement

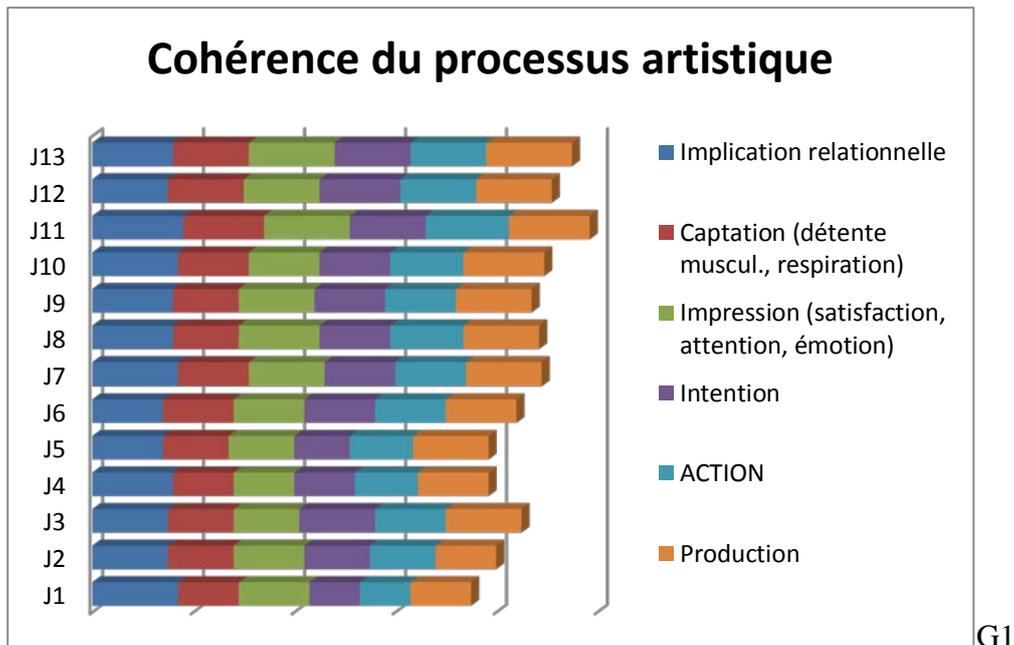
Et les gardiens à coups de clefs lui avait brisé les dents

Et puis ils l'avaient laissé étendu sur le ciment

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan ! (...)

Les évaluations comparatives des BATO et BATC objectivent l'amélioration de son goût qu'elle évalue aujourd'hui plus gourmet que gourmand et de son odorat qui se révèle plus fin. Ce savoir-ressentir lui permet progressivement de se détacher du regard de l'autre et de s'affirmer en tant que personne^{ix} sachant protéger sa verticalité.

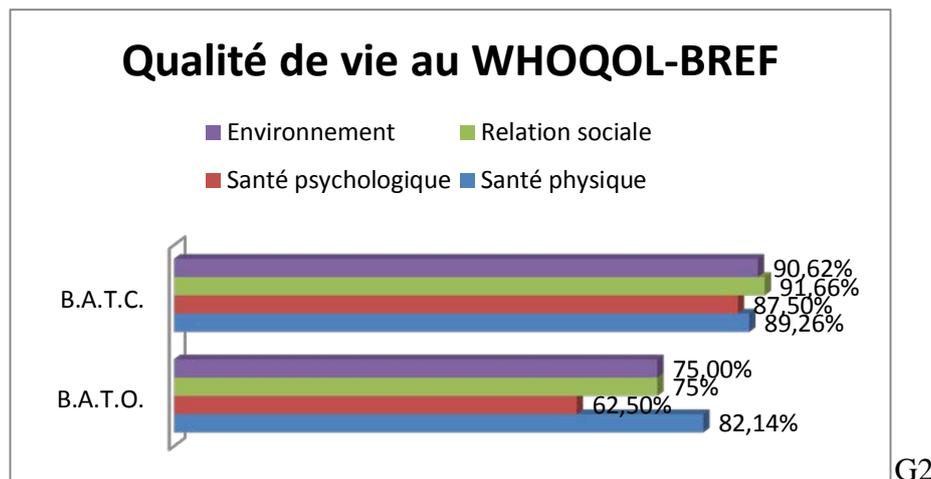
Yona prend conscience de l'importance de la cohérence du processus artistique (G1) pour ne plus avoir peur, notre objectif thérapeutique^x. Plus elle fournit l'effort esthétique pour obtenir une production qui lui plaît, moins elle se regarde dans le miroir ou recherche l'approbation du soignant. Elle joue le texte intégral dans le respect des règles de l'Art et de celui de son dos à J13.



Son savoir-faire et sa confiance en soi, notre objectif humanitaire lui permettent de le faire devant un public choisi. Par l'évolution de son savoir-être Yona s'estime en meilleure santé. La perception qu'elle a de sa digestion et de sa respiration progresse. Dès J2 Yona ne fait plus de cauchemars. À partir de J3 elle ne s'inquiète plus de savoir l'heure qu'il est, ni dans combien de temps sa maman va revenir la chercher. À J11 elle dort seule dans sa chambre et à J13, a seulement *un tout petit peu peur la nuit* ; peur qu'elle surmonte sans stress invalidant. Ses démangeaisons sur les avant-bras ont également disparues sans autre traitement. Elle est rayonnante.

Le WHOQOL-BREF (G2) confirme ces améliorations. À l'issue de l'accompagnement, sa santé psychologique a gagné 25% et sa vie sociale s'est épanouie de 17% : elle a remplacé les majorettes par la danse et sa rentrée au collège qu'elle appréhendait s'est superbement déroulée.

Avec sa maman, elle a contribué à la rénovation de sa chambre et sa santé physique déjà bonne gagne aussi 7%. Yona 11 ans a mincie. Avec un nouveau style vestimentaire très féminin, elle affirme que l'Art-thérapie est un soin Et un plaisir. Grâce à sa stratégie originale, l'Art-thérapie créé un pont jusqu'alors inexistant entre lieux de soins et lieux de vie.



Au vu des récents travaux scientifiques^{xi}, ce lien nouveau est indispensable, tant à la personne lombalgique ou ayant ce facteur de risque qu'à notre système sanitaire, pour espérer résoudre le problème majeur de santé publique que pose la lombalgie.

Retrouvons pour conclure Yona élégante et radieuse, sept mois plus tard, venue spontanément nous faire découvrir les progrès de ses savoir-ressentir et savoir-faire, avec quelques extraits du roman qu'elle a écrit seule cet été narrant les aventures de *Mélissa Chocolat*, *Marie Sucre*, *Marion Bonbon* et *Meily Chantilly*, intitulé : « **Le merveilleux monde de pâtisserie.** »

« Toutes les quatre vont se promener dans le parc gaufrette. Là où les arbres sont en chantilly et les bancs en guimauve. Tout à coup une pluie caramel se met à tomber mais à tomber, sur la jolie ville Choco. (...) Après avoir fini de se préparer, elles se rendent à l'aéroport « Fraisier » en cakecar (...) Une hôtesse de l'air dit : « Mes dames, mesdemoiselles, messieurs, nous vous souhaitons la bienvenue dans l'avion Airchoux » (...) En Chinenougatine, Marie trouve un petit papier (...) L'écriture était bizarre, mais on arrivait à comprendre. Sur le papier il y avait que les noms : Zoé Gelée, Clarisse Réglisse, Clara Nougat. (...) Madagascarambar est un pays magnifique. Les jungles sont si jolies. Elles sont splendides : les lianes en collier de bonbons, les feuilles des arbres en sucettes et les tronc en crème de noix de coco, la verdure en sucre, les fleurs en pétales de chewing-gum (...) Elles rentrent, se lavent les dents, se mettent en pyjama et vont dormir. Mais d'abord elles disent leur devise : « être réunie est un monde plein de fantaisie. »

FIN

BIBLIOGRAPHIE :

- Art-thérapie en Basse-Normandie : www.manche-sante.fr/...sante/Art-therapie
- Code de déontologie de l'art-thérapeute sur : www.art-therapie-tours.net
- Conférences du C.H.U. de Caen du 25 juin 2008 sur la lombalgie :
- La lombalgie : un langage ? Antoine Bioy.
- FERRAGUT Éliane, *Émotion et mémoire. Le corps et la souffrance*. Collection : psychosomatique. Santé. Douleur.- éditions Masson janv. 2004.

- FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie* - Ed. Favre, Lausanne- 5^{ème} éd. nov. 2007.
- KASPRZYCKI Florence :
 - Essai : *Protèges-tu dos des TMS avec l'Art-thérapie*. Préface du Dr Isabelle Hédouin-Boudesseul, rhumatologue . À paraître en 2012.
 - Mémoire sur *lombalgie et Art-thérapie à dominante arts mixtes*. Directeur mémoire : Dr Jean-Luc Isambert, médecin-chef du CRRF le Normandy. UFR de médecine Tours. AFRATAPEM. 2008.
- Quotidien du médecin n° 8306 du jeudi 7 février 2008. P.10 et 11, Neurones miroirs et rivalité mimétique. Quand sciences expérimentales et sciences humaines se rencontrent.
- STANISLAVSKI Constantin, *La formation de l'acteur* - Ed. Payot & Rivages, Paris 2001.



Desin original de Yvan Marie

ⁱ Les troubles musculo-squelettiques ou TMS ont engendré la perte de 9,7 millions de journées de travail et coûté 930 millions d'euros en 2011. Soit 194 millions d'euros de plus qu'en 2007 !

ⁱⁱ *Psychogène* signifie que l'origine ne correspond à aucune lésion tissulaire ou nerveuse décelable par nos moyens actuels de recherche.

ⁱⁱⁱ La mise à jour en 2011 du texte des « *actes et activités de rééducation réadaptation pour le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) du PMSI* » et de ceux concernant la T2A (tarification de l'activité) permettent d'intégrer ce protocole art-thérapeutique à celui des centres de rééducation fonctionnelle et des écoles du dos.

^{iv} Anosmie : perte de l'olfaction

^v Agueusie : perte totale ou partielle du goût

^{vi} Le cadre de l'accompagnement de Yona d'une durée de 5 mois ½ est de 15 séances ainsi réparties : 1h de BATO, 7 séances d'1h en individuel, 4 séances d'1h20 en binôme, un bilan intermédiaire à J11 (réalisé sans l'enfant), 2 séances en binôme d'1h20 après 2 mois d'interruption et 1 BATC d'1h reprenant les items du BATO.

^{vii} Indication justifiée par le goût pour les arts cinétiques de Yona, sa jeunesse et son solide potentiel physique.

^{viii} Pendant l'été 1934, un fait-divers scandalise Jacques Prévert : une trentaine d'enfants s'étant évadés du baigne de [Belle-Île-en-Mer](#) en réponse aux violences des surveillants du réfectoire, l'administration propose une prime de vingt francs pour chaque enfant capturé ; les badauds et les touristes se joignent au personnel du baigne pour leur donner la chasse. Prévert réagit en écrivant d'une traite le poème *Chasse à l'enfant*, enregistré par Marianne Oswald en 1936.

^{ix} À J11, Yona choisit de suspendre les séances pendant les vacances pour partir pour la première fois sans ses parents.

^x Yona prend aussi conscience de l'utilité de fermer les yeux pour améliorer son attention ; attention sans doute pénalisée par la capacité visuelle très vive développée, selon mon hypothèse, en compensation de la baisse d'audition due aux otites séreuses fréquentes de l'enfance.

^{xi} Cette recherche art-thérapeutique se réfère en particulier aux travaux de neurobiologie sur les neurones miroirs des professeurs Giacomo Rizzolatti et Vittorio Galese de l'université de Parme, à ceux de sciences humaines de l'anthropologue et académicien René Girard sur le mimétisme fondamental de l'être humain et à ceux de psychosomatique de l'équipe du Dr Eliane Ferragut du CHU de Montpellier.

Art-thérapie et insertion sociale et professionnelle

Lucie BOUSSARD et Eugénie EPARDAUD
art-thérapeutes diplômées d'Université, plasticiennes
France

La ville de Cholet dans le Maine et Loire souscrit, depuis 2007, à la proposition faite par l'État de mise en place d'un Contrat Urbain de Cohésion Sociale : le CUCS.

Dans le cadre de l'organisation de l'intervention publique, au titre de la politique de la ville, différentes actions sont menées dans les quartiers en difficulté.

Un des six axes d'intervention est intitulé : "Emploi, formation et développement économique".

Le salarié en insertion bénéficie d'un contrat de travail de droit commun, pendant lequel il est accompagné par la structure qui l'embauche. L'objectif est qu'il devienne acteur à part entière de son parcours d'insertion sociale et professionnelle.

Dans ce cadre, Lucie a mis en place une action d'art-thérapie à orientation arts plastiques. Sur la base du volontariat, sept salariés se sont impliqués dans cette démarche.

De façon générale, ces personnes présentent les pénalités suivantes :

- ruptures familiales
- précarité socio-professionnelle et financière
- analphabétisation ou illettrisme
- violences conjugales
- difficultés spécifiques aux migrants
- problèmes de santé.

I – LES OBJECTIFS DE L'ART-THÉRAPIE S'INSCRIVENT DANS UN PROJET GLOBAL

L'objectif de l'action financée par le C.U.C.S. doit permettre de lever les freins en amont à l'employabilité.

Dans ce cadre spécifique, Lucie décide de mettre en évidence auprès de ces salariés, leurs compétences et aptitudes transférables dans le champ professionnel.

Les productions artistiques tendent à valoriser la personne dans ses aptitudes et ses compétences.

L'atelier d'art-thérapie permet de :

- revigorer la confiance en soi,
- restaurer l'estime de soi,

- d'amener les personnes à s'affirmer,
- de se projeter,
- de mobiliser leur implication personnelle,
- et de développer leurs capacités à entrer en relation.

II – UNE STRATÉGIE ART-THÉRAPEUTIQUE EST MISE EN OEUVRE

Je me suis interrogée sur la manière d'intégrer ces objectifs spécifiques dans la finalité art-thérapeutique. Lors de mes observations, des compétences transférables dans le champ professionnel se sont dégagées sur différents plans :

- la cognition,
- les qualités relationnelles
- l'application apportée à la production
- l'implication dans un projet

1. L'art-thérapie, dans ce cadre particulier permet aux salariés de réaliser que :

- Certains de leurs potentiels, mis en œuvre dans ce contexte, restent inexplorés.
- Certaines de leurs aptitudes et compétences révélées lors de leur production artistique sont transférables dans le champ professionnel.

2. Dans ce contexte, la pratique artistique permet aux bénéficiaires de :

- dédramatiser tout nouvel apprentissage,
- gagner en affirmation de soi,
- augmenter son degré d'autonomie,
- améliorer l'estime de soi,
- accroître la confiance en soi,
- développer un esprit critique,
- s'affirmer par ses goûts, ses choix, son style.

III – LES ITEMS RETENUS FONT L'OBJET D'UNE OBSERVATION FINE

La grille d'observation fait apparaître des éléments qui illustrent les connaissances et révèlent les aptitudes de chacun.

Pour chacun des items, l'art-thérapeute s'attache à mesurer précisément chaque évolution.

Voici quelques exemples :

1. Pour évaluer les capacités d'autonomie, l'item retenu pour chacun des participants, est sa « **capacité à gérer seul sa réalisation** ».

n° de séance	S1	S5	S10
I Ling	2	4	5
Henri	1	2	3

de 1 à 5 (1 = peu, 5 = beaucoup)

2. Ensuite pour mesurer la "**capacité à se projeter**", est retenu le nombre de fois où chacun fait part de ses intentions pour sa prochaine production.

n° de séance	S1	S5	S10
I Ling	0	3	7
Henri	0	0	2

3. Les capacités relationnelles sont également mesurées :
"**Capacité à verbaliser un jugement esthétique en regard du travail d'autrui**".

n° de séance	S1	S5	S10
I Ling	1	4	8
Henri	3	5	6

IV – BILAN DE L'ACTION EN ART-THÉRAPIE EN STRUCTURE D'INSERTION

La mise en commun des analyses respectives de tous les membres de l'équipe :

- fiche bilan de la chargée de mission de la structure
- les deux fiches d'auto-évaluation individuelles (pour lesquelles j'ai demandé la présence de l'encadrant technique)
- ma fiche d'évaluation finale, permettent de mesurer les impacts de l'action.

Sont retenus dans chacun des outils d'évaluation les items relatifs aux trois objectifs généraux suivants :

- Améliorer le degré d'implication de la personne,
- Développer les capacités à se projeter,
- Accroître les capacités d'autonomie.

Cependant les limites de l'action apparaissent sur des points bien particuliers : tous les bénéficiaires ont noté un apport sur le plan personnel, mais, ils ont des difficultés à transposer ces atouts sur le plan professionnel.

Or, tous les salariés ont été capables de s'auto-évaluer correctement, en se sous-estimant parfois, mais sans être toutefois en mesure de s'appropriier immédiatement les bénéfices. Ils ont formulé le besoin d'être encouragés et accompagnés pendant le temps nécessaire à l'intégration de ces éléments valorisants. C'est bien le rôle primordial de l'équipe encadrante de la structure, afin de pérenniser ces résultats.

Ces derniers, pour être bien intégrés doivent se manifester concrètement sur le poste de travail et se mettre en œuvre dès qu'ils apparaissent. Grace au travail d'équipe, cela s'est effectivement mis en place.

En effet dès la fin de l'atelier d'art-thérapie, les salariés retournent à leur travail et l'encadrant technique peut reprendre immédiatement les évolutions constatées afin d'aider le salarié à les appliquer à son poste de travail.

VI – CONCLUSION

Ce travail a donc mis en évidence des compétences réelles, préalablement repérées ou non par l'équipe en place. Les encadrants techniques se sont appropriés ces nouveaux outils spécifiquement mis en lumière lors de la pratique artistique dans l'atelier.

La mise en commun des résultats a apporté de nouveaux axes d'intervention pour l'équipe encadrante de la structure et permis de poser un nouveau regard sur les compétences insoupçonnées des bénéficiaires.

Toutefois, il est nécessaire de poursuivre ce travail sur l'estime de soi, la confiance et l'affirmation dans la durée.

Ceci reste particulièrement vrai dans le contexte socio-économique actuel.

Effets de l'Art-thérapie, à dominante peinture, sur l'estime de soi et la qualité de vie de patients atteints de sclérose en plaques

Sabrina DEVIN, art-thérapeute diplômée d'Université, plasticienne,

Bruno LENNE, Neuropsychologue PhD

Patrick HAUTECOEUR, Neurologue MD

France

Introduction

1. Généralités sur la sclérose en plaques

La sclérose en plaques (SEP) constitue l'affection neurologique chronique évolutive invalidante la plus fréquente chez l'adulte jeune. Son évolution est imprévisible.

La personne doit vivre avec les symptômes et leurs conséquences :

- Physiques : Visibles (motricité, équilibre, vue, déglutition, etc.) ou invisibles (fatigue, douleurs, etc.)
- Psychiques : dépression ou signes frontaux
- Cognitives : mémoire attention, etc.
- Sociomédicoéconomiques : emploi (incapacité temporaire ou invalidité), prêts, etc.
- Travail de deuil à répétition : courir, marcher, uriner, etc.
- Réduction possible de la vie sociale et privée : séparation, ciné, lecture, sport, etc.

2. L'Art-thérapie auprès de patients atteints de SEP : Protocole PASTEL

Les séances d'Art-thérapie se sont déroulées dans le service de neurologie du GHICL dans le cadre d'un protocole intitulé PASTEL (Protocole d'Art-thérapie dans la sclérose en plaques traitant de l'estime de soi et de la qualité de vie. Le but du protocole était de mesurer les effets de l'Art-thérapie à dominante peinture sur l'estime de soi et la qualité de vie de patients atteints de sclérose en plaques.

3. Le cadre des séances d'Art-thérapie

L'agencement d'un espace peinture « atelier » a été nécessaire pour la mise en œuvre des séances. Les patients ont été invités à peindre sur un chevalet de table (cf. photo 1) de 100 x 80 cm proposant une inclinaison confortable pour le bras et suffisante pour avoir une vision globale de sa production. Pendant les séances, des outils tels que des éponges, des spatules, des pinceaux aux manches épais, des formes en mousse (cf. photo 2) adaptables sur pinceaux et crayons leur ont été proposés pour favoriser leurs capacités de préhension et leur dextérité.

Photo 1



Photo 2



Méthode

1. Procédure

Chaque participant a bénéficié de 15 séances d'Art-thérapie à dominante peinture sous forme de séances individuelles d'environ 1h00. La durée moyenne de prise en soin était de 5,4 mois au rythme moyen d'une séance tous les 10 jours.

A l'inclusion (T0) puis à la fin de la prise en soin (T15), les patients remplissaient, sur place, les questionnaires d'auto-évaluation suivants :

Echelle de la qualité de vie « SEP-59 » :

La SEP-59 est un auto-questionnaire validé pour la mesure de la qualité de vie dans la sclérose en plaques. La version française diffère légèrement de la version nord-américaine. Elle comporte 59 items, ce qui inclut les items du SF-36 et du MSQOL-54 afin de permettre la comparaison internationale des données. Les réponses à ce questionnaire permettent de déterminer les dimensions « qui vont bien » (valeurs proches de 100) et celles où les problèmes sont importants (valeurs proches de 0).

Echelle de l'estime de soi « EES-10 de Rosenberg » :

Cette échelle représente une validation transculturelle du Rosenberg Self-Esteem Scale publié en 1965. Elle représente une évaluation de l'estime de soi globale que la personne peut avoir d'elle-même. L'échelle comprend 10 énoncés mesurés sur une échelle de 1 à 4.

Echelle de dépression « BDI de Beck » :

L'échelle de dépression de Beck (Beck Depression Inventory (BDI), Beck et al., 1961, 1996) a été utilisée pour l'évaluation des troubles dépressifs chez les participants. Il s'agit d'un auto-questionnaire constitué de 13 faisceaux d'items cotés de 0 (pas de problème) à 3 (sévérité maximum de ce symptôme). Le score total, correspondant à la somme des scores obtenus aux différents items, détermine la sévérité des symptômes dépressifs sur une échelle ordinale d'intensité croissante. La sévérité du syndrome dépressif était appréciée à partir d'une classification du score en quatre niveaux d'intensité : - 0-3: absence de dépression ; - 4-7: dépression légère ; - 8-15: dépression modérée ; - > 16: dépression sévère.

Au cours de chaque séance, deux évaluations de l'état général (appréciant l'état émotionnel, le niveau de fatigue et de douleur) étaient réalisées par le patient sur une échelle visuelle analogique en dix points (une en début et une autre en fin de séance).

A l'issue de chaque séance, le patient était invité à apprécier sa production selon les modalités évaluatives du cube harmonique (cf. p3.). Cette évaluation se présentait sous la forme d'une échelle visuelle analogique en 10 points. Elle s'effectuait dans un premier temps sur les aspects esthétiques de sa production (en affirmant ses goûts par le biais des questions « *Est-ce que cela me plaît ?* », « *Est-ce que cela était agréable ?* », lui permettant d'apprécier sa production sur la dimension du « **Beau** »), puis, l'évaluation s'effectuait sur les qualités techniques de sa production (par le biais des questions « *Ce que j'ai fait est-il bien fait ?* », lui permettant d'apprécier sa production sur la dimension du « **Bien** »), enfin, l'évaluation s'effectuait sur son engagement et son envie de revenir à l'activité (par le biais de la question « *Est-ce que j'ai envie de continuer ?* », lui permettant d'apprécier sa production sur la dimension du « **Bon** »).

2. Population

Seize patients atteints d'une sclérose en plaques ont été inclus dans le protocole PASTEL. 12 d'entre eux présentaient une forme rémittente-récurrente définie et 4 présentaient une forme secondairement progressive. Les patients ont été recrutés sur dossier dans le service de neurologie du GHICL entre février 2010 et mai 2011.

12 patients bénéficiaient d'un traitement de fond (majoritairement un traitement par TYSABRI (7/12). 4 patients ne bénéficiaient d'aucun traitement. 6 patients avaient une activité professionnelle. 7 patients avaient déjà pratiqué une activité artistique.

Les critères d'inclusion des patients ont été :

- Patients atteints de sclérose en plaques, de forme rémittente-récurrente (SEP-RR) ou secondairement progressive (SEP-SP), selon les critères de McDonalds 2005 ;
- Inclusion réalisée à distance d'au moins 4 semaines après une poussée;
- Score EDSS¹ ≤ 6.5

¹ - EDSS (Expanded disability status scale) (Kurtzke J.F., 1983) : Echelle utilisée pour l'évaluation du niveau de handicap fonctionnel et neurologique des patients. Cette échelle, ordinale d'intensité croissante, s'étend de 0 (aucune plainte et examen normal) à 10 (décès lié à la SEP), par palier de 1 ou 0.5. Trois de ces niveaux ont une valeur charnière : EDSS 4 : la marche se fait sans aide, mais le périmètre de marche est limité quoique > à 500 m d'une traite ; EDSS 6 : La marche se fait avec aide (cane) et le périmètre de marche est limité à 100 m d'une traite ; EDSS 7 : La marche est possible de façon autonome sur quelques mètres à l'aide des meubles ou des murs. Pour les déplacements plus importants, le malade est tributaire d'un fauteuil roulant.

Caractéristiques cliniques et démographiques des patients SEP-RR et SEP-SP	
Effectif (n)	16
Age	45 (9,83)
Sexe Ratio (F/H)	13/3
RR/SP	12/4
EDSS	3.5 (3-6)
Durée d'évolution de la maladie	12,75 (7,43)

Tableau 1: Caractéristiques cliniques et démographiques (en nombre moyen d'années et écart-type pour l'âge et la durée d'évolution de la maladie) des patients SEP-RR et SEP-SP. Le score EDSS des patients est exprimé en médiane (1er-3ème quartile).

Analyses statistiques

Les analyses furent réalisées avec le logiciel STATISTICA 7.1 (StatSoft). Le caractère normal de la distribution des données a été évalué au moyen du test de normalité de Kolmogorov-Smirnov.

Les comparaisons multivariées ont été réalisées au moyen d'analyses de variance, avec la condition, correspondant aux différentes conditions au sein de la séance, comme facteur intra-sujet.

Les comparaisons a posteriori ont été effectuées par le test de Scheffé pour le facteur inter-sujet (en appliquant une correction de Bonferonni pour ajuster le seuil de significativité en fonction du nombre de comparaisons) et par des analyses de contrastes pour le facteur intra-sujet.

L'ensemble des analyses statistiques a été interprété avec un risque $\alpha \leq 0,05$ impliquant une correction pour les comparaisons a posteriori ainsi que pour les analyses de corrélations multiples ($\alpha / (\text{nombre de corrélations})$).

Résultats

- Comparaison à T0 et T15 (avant et après une prise en soin en Art-thérapie) des variables « SEP 59 », « EES-10 » et « BDI » :

	T0		T15		d	niv. p	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type			
SEP-59	Activité physique	44,1	33,7	49,1	36,6	5,0	0,2
	Santé physique	50,0	49,2	50,0	42,8	0,0	0,8
	Santé mentale	41,6	41,3	49,9	42,1	8,3	0,5
	Energie	31,2	22,2	45,9	22,8	14,7	0,009
	Bien-être émotionnel	35,2	26,6	56,7	20,7	21,5	0,002
	Bien-être social	54,2	27,6	64,1	26,2	9,9	0,09
	Douleur	52,9	29,6	60,5	22,1	7,6	0,2
	Santé générale	37,5	20,3	42,2	16,2	4,7	0,2
	Détresse	39,1	30,2	54,1	28,0	15,0	0,03
	Fonctions cognitives	54,1	25,9	66,6	20,5	12,5	0,01
	Bien-être général	46,8	20,8	62,0	20,9	15,2	0,006
	Sommeil	26,8	22,4	43,1	26,0	16,3	0,03
Support social	56,3	21,8	60,0	28,4	3,7	0,4	
BDI	14,6	8,6	7,4	6,8	-7,2	0,002	
EES-10	24,1	6,5	29,6	6,7	5,5	0,003	

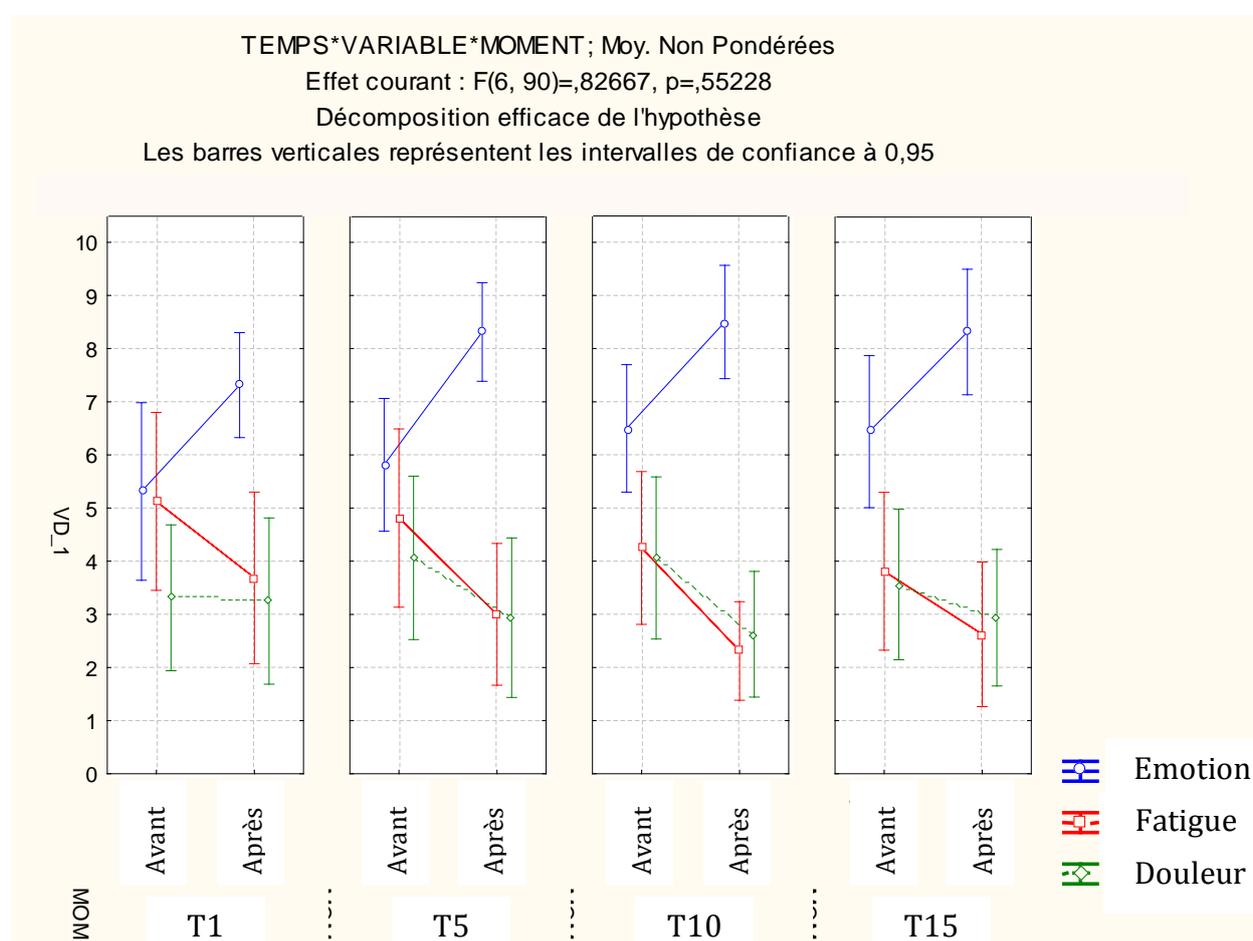
Le tableau ci-dessus représente une comparaison des scores obtenus par les patients aux échelles « SEP-59 », « EES-10 » et « BDI » (cf. page 6) avant la prise en soin en Art-thérapie (T0) puis en fin de protocole, après 15 séances d'Art-thérapie (T15). Les scores sont exprimés en moyennes et écarts-types. L'échelle « SEP-59 » est décomposée en 13 dimensions.

Après 15 séances d'Art-thérapie, nous observons une diminution significative du score de dépression « BDI » (-7,2 points ; $p < 0,002$), ainsi qu'une augmentation significative de l'estime de soi (+5,5 points à l'EES-10 ; $p = 0,003$). Enfin, concernant le score de la qualité de vie « SEP-59 », on observe une amélioration significative au niveau de l'énergie ($p = 0,009$), du bien-être émotionnel ($p = 0,002$), des fonctions cognitives ($p = 0,01$), du bien-être général

($p < 0,006$), du sommeil ($p = 0,03$) ainsi qu'une diminution significative de l'état de détresse ($p < 0,03$).

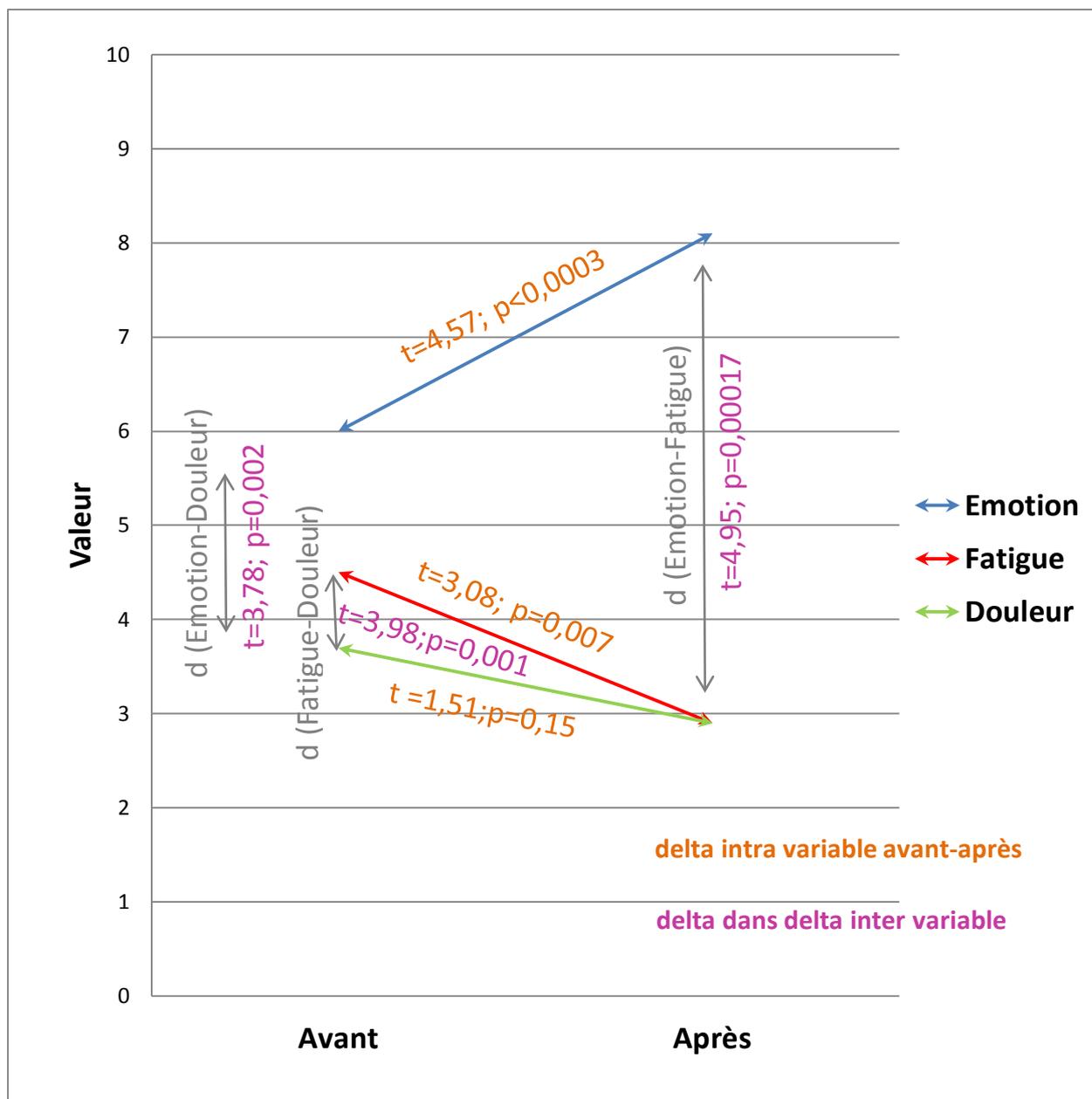
En conclusion, on constate donc un bénéfice sur le bien-être (émotionnel et général), sur le fonctionnement cognitif ainsi que sur l'estime de soi des patients atteints de SEP de notre échantillon, à l'issue des 15 séances d'Art-thérapie.

- **Comparaison des évaluations réalisées par les patients avant puis après la première (T1), la cinquième (T5), la dixième (T10) et la quinzième (T15) séance d'Art-thérapie concernant l'état émotionnel, la fatigue et la douleur ressentis :**



Un meilleur état émotionnel était défini par un score élevé, alors qu'une fatigue ou une douleur moindre était définies par un score bas.

- Evolution des évaluations des patients au cours d'une même séance (avant et après) sur chacune des dimensions (état émotionnel, fatigue et douleur) quel que soit le moment de la prise en soin (T1, T5, T10, T15).



Au cours d'une même séance, nous observons une évolution significative des auto-évaluations sur les dimensions « Etat émotionnel » ($p < 0,0003$) et « Fatigue » ($p = 0,007$), mais pas sur la dimension « douleur » ($p = 0,15$), quelle que soit le moment de la prise en soin (T1, T5, T10 ou T15). Ainsi, on observe toujours une amélioration significative de l'état émotionnel et de la fatigue, contrastant avec une stabilité de la douleur (Figure 1).

Par ailleurs, au cours d'une même séance, l'évolution des auto-évaluations est toujours plus conséquente sur l'état émotionnel, comparativement à la fatigue ($p < 0,00017$) et sur la fatigue comparativement à la douleur ($p = 0,001$), à T1, T5, T10 et T15, (Figure 2).

Conclusion, on observe un impact positif de la séance d'Art-thérapie sur l'état émotionnel et la fatigue du patient dès le début de la prise en soin, de façon stable durant toute la durée de celle-ci (de la première à la quinzième séance). Cet impact est cependant plus important sur l'état émotionnel comparativement à la fatigue.

Conclusion

La prise en soin d'un cycle de 15 séances d'Art-thérapie a apporté un bénéfice sur le bien-être (émotionnel et général), sur le fonctionnement cognitif ainsi que sur l'estime de soi des patients atteints de SEP de notre échantillon.

On observe un impact certain de la séance d'Art-thérapie sur l'état émotionnel et la fatigue du patient dès le début de la prise en soin, de façon stable durant toute la durée de celle-ci (de la première à la quinzième séance).

Perspective

Il semblerait pertinent de confirmer ces résultats auprès d'un échantillon plus important de patients, en allongeant la durée de la prise en soin, en utilisant un groupe témoin ou encore en établissant un parallèle entre cette prise en soin et d'autres pratiques novatrices (éducation sportive, yoga) d'une part et le suivi médical du patient d'autre part.

L'Art-thérapie dans le social et le préventif

Adrienne MAGNEAU et Pauline GRILLIAT

art-thérapeutes diplômées d'Université, comédienne et plasticienne

France

Introduction

Nous sommes Adrienne Magneau et Pauline Grilliat, art-thérapeutes exerçant à Nantes dans une association de loi 1901 nommée Bloc A3.

Nous allons vous présenter le parcours de Christiane, suivie par Adrienne en Art-thérapie depuis le mois de septembre 2010 suite à des ateliers en Maison de l'Emploi à Rezé (44).

Dans le cadre de l'action « Améliorer l'accès à l'emploi des demandeurs d'emploi », la Maison de l'Emploi de la Métropole Nantaise est à l'initiative d'un dispositif : « Plateforme des femmes victimes de violences ». La Maison de l'Emploi de la Métropole Nantaise a mis en place ce dispositif suite à différentes enquêtes montrant la persistance des violences subies par les femmes relevant notamment de la sphère privée et qui impactent leur insertion professionnelle. Cette action offre un accompagnement renforcé et individualisé, afin d'identifier ces freins et de les dépasser, dans l'objectif de favoriser le retour à l'emploi ou la formation qualifiante, et un maintien dans l'emploi.

Nous allons vous démontrer que l'Art-thérapie peut avoir une valeur préventive dans le retour à l'emploi de ces femmes. En effet, l'Art-thérapie en Maison de l'Emploi a pour objectif de redynamiser les personnes participant aux ateliers pour les amener vers l'emploi. L'art-thérapeute suscite une prise de conscience chez ces personnes : « Suis-je prête à retrouver un travail ? ».

Présentation de la prise en soin

Suite à un atelier collectif dans la Maison de l'Emploi de Rezé, dans le cadre d'un accueil spécifique pour femmes victimes de violences familiales, Christiane, demandeuse d'emploi au RSA, a souhaité être prise en soin en Art-thérapie à dominante expression corporelle et théâtrale en individuel.

Le suivi est cautionné par le psychiatre. Les séances s'effectuent une fois par semaine en individuel depuis septembre 2010 ; Christiane a donc été suivie jusqu'à aujourd'hui sur une soixantaine de séances, toutes d'une durée d'une heure.

Anamnèse de Christiane

Christiane a subi de l'inceste et des abus sexuels durant son enfance. Sa vie affective est instable. Elle vit seule avec ses deux enfants (une fille de 21 ans et un garçon de 16 ans).

Elle cumule des CDD et missions de travail en intérim dans différentes entreprises, sur différents postes (en tant que télé-conseillère ; aide ménagère, etc). Régulièrement, elle quitte ses missions avant la fin de celles-ci, sans bien comprendre ce qui la pousse à démissionner.

Christiane aime lire, écrire ; elle n'apprécie pas la musique et ne danse pas. Elle est vêtue de noir, toujours en jupe. Elle présente un problème d'hygiène : en effet, elle a une forte odeur corporelle, les cheveux gras, porte des vêtements froissés et abîmés.

Christiane a aussi une névralgie buccale, ce qui lui provoque des douleurs dans la mâchoire. Elle n'articule pas correctement, elle est parfois difficilement compréhensible.

Christiane a aussi une peur qui l'empêche de conduire malgré le fait qu'elle possède son permis, ce qui l'handicape dans ses recherches d'emploi.

Elle a toujours le sourire quand elle vient en Art-thérapie et elle est ponctuelle.

Lors des premières séances d'observation, l'art-thérapeute constate que Christiane présente des difficultés dans son expression corporelle et verbale.

En effet, elle n'investit pas l'espace, n'a pas d'aisance ni de coordination dans ses gestes. Sa gestuelle est près d'elle et répétitive. Par conséquent, son expression corporelle présente une harmonie pauvre. De plus, lors de premiers exercices de détente, Christiane exprime sa peur de « se laisser aller », elle se replie sur elle-même, elle sursaute, se contracte et crie. Elle n'a pas de maîtrise corporelle.

Concernant son expression verbale, elle présente une fragilité au sujet de la diction, comprenant l'articulation, l'élocution, le débit verbal et le placement de la voix. L'art-thérapeute observe aussi un problème de déglutition.

Présentation des objectifs de la prise en soin

Christiane se présente avec pour objectif, lors de cette prise en soin, de « retrouver un emploi en CDI, pour sortir de la précarité ».

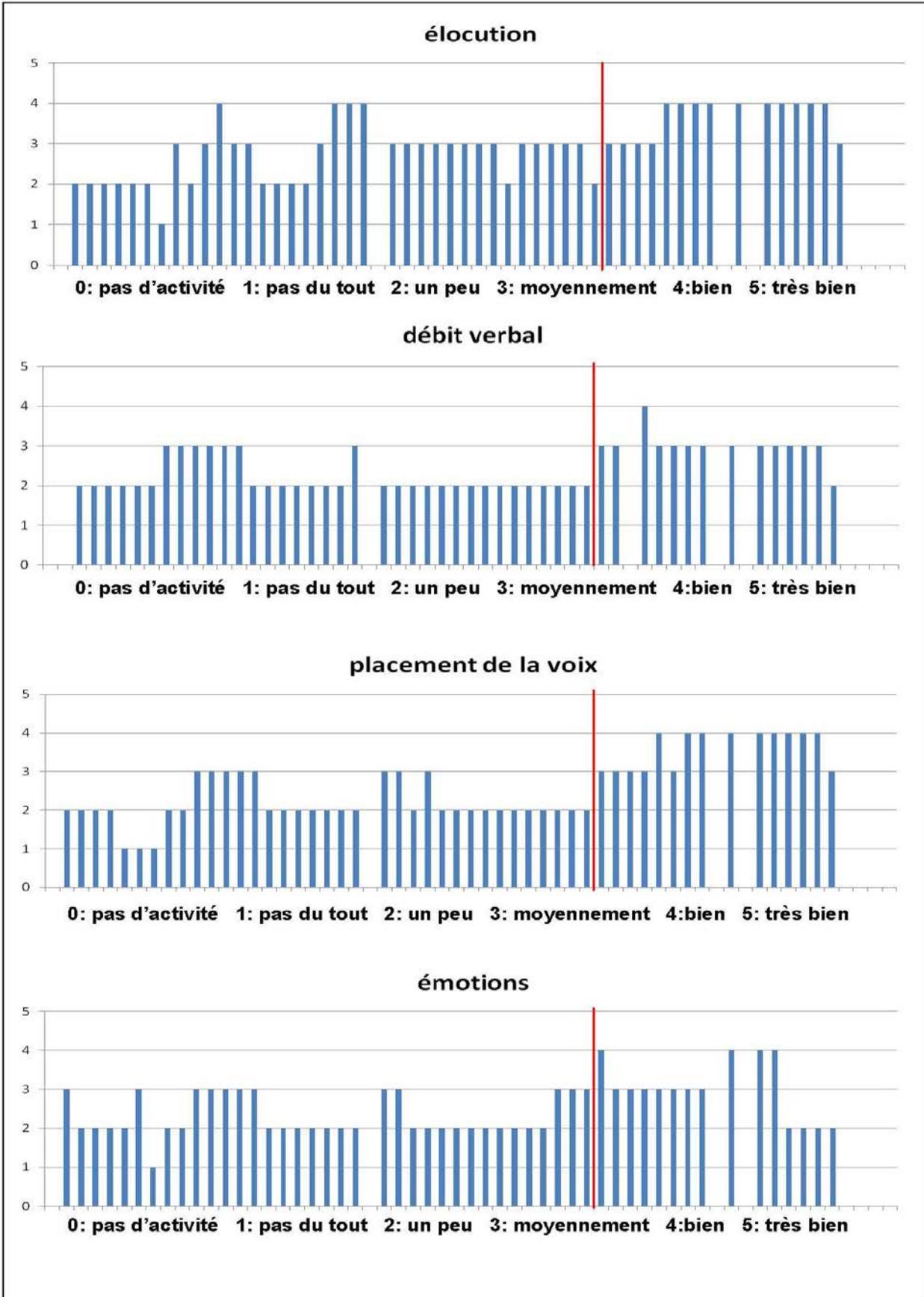
Pour atteindre cet objectif, l'art-thérapeute va définir des objectifs intermédiaires et une stratégie thérapeutique.

Selon l'art-thérapeute, l'objectif principal pour Christiane, dans cet accompagnement, va être de restaurer son estime. Pour cela, il va convenir d'aider Christiane à se réapproprier son corps et à restaurer son expression verbale.

Présentation de la stratégie thérapeutique

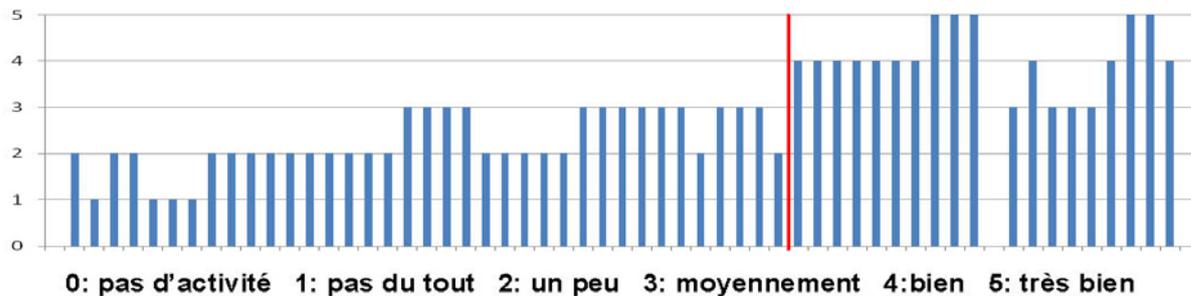
Pour atteindre ces objectifs psychomoteurs, la dominante « expression corporelle et théâtrale » semble pertinente. En effet, l'art-thérapeute va mettre en place durant les séances, dans un premier temps, des exercices de détente corporelle, par la respiration abdominale en l'accompagnant de gestuelles, afin de réduire les crispations musculaires et travailler sur le souffle. Par la suite, l'art-thérapeute va se servir du support de la musique et de la danse pour faire progresser Christiane dans une recherche d'harmonie du mouvement.

De plus, le travail sur le souffle va également permettre à Christiane de mieux placer sa voix et de mieux posséder ses différentes tonalités.

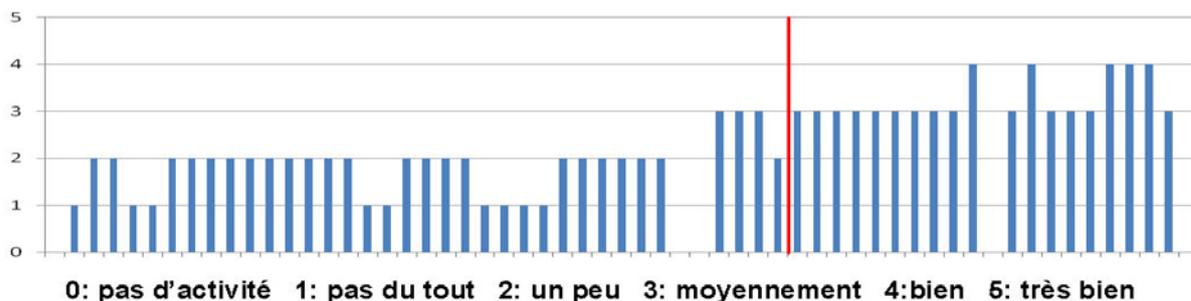


Graphiques d'évaluation de l'expression corporelle :

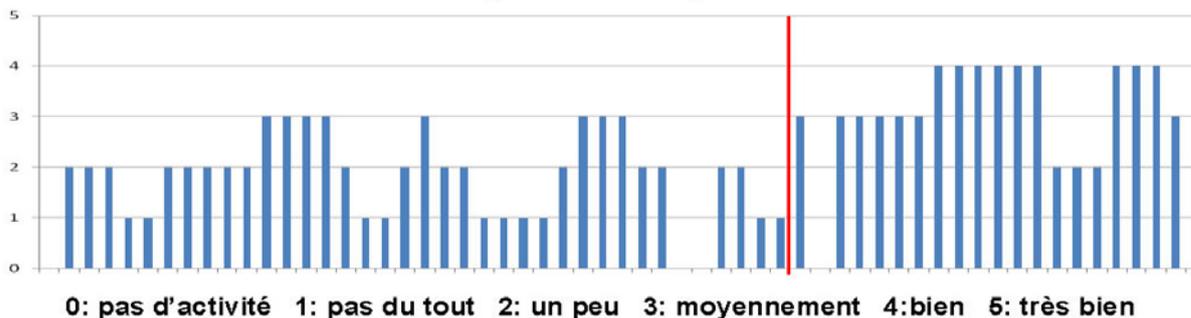
détente corporelle

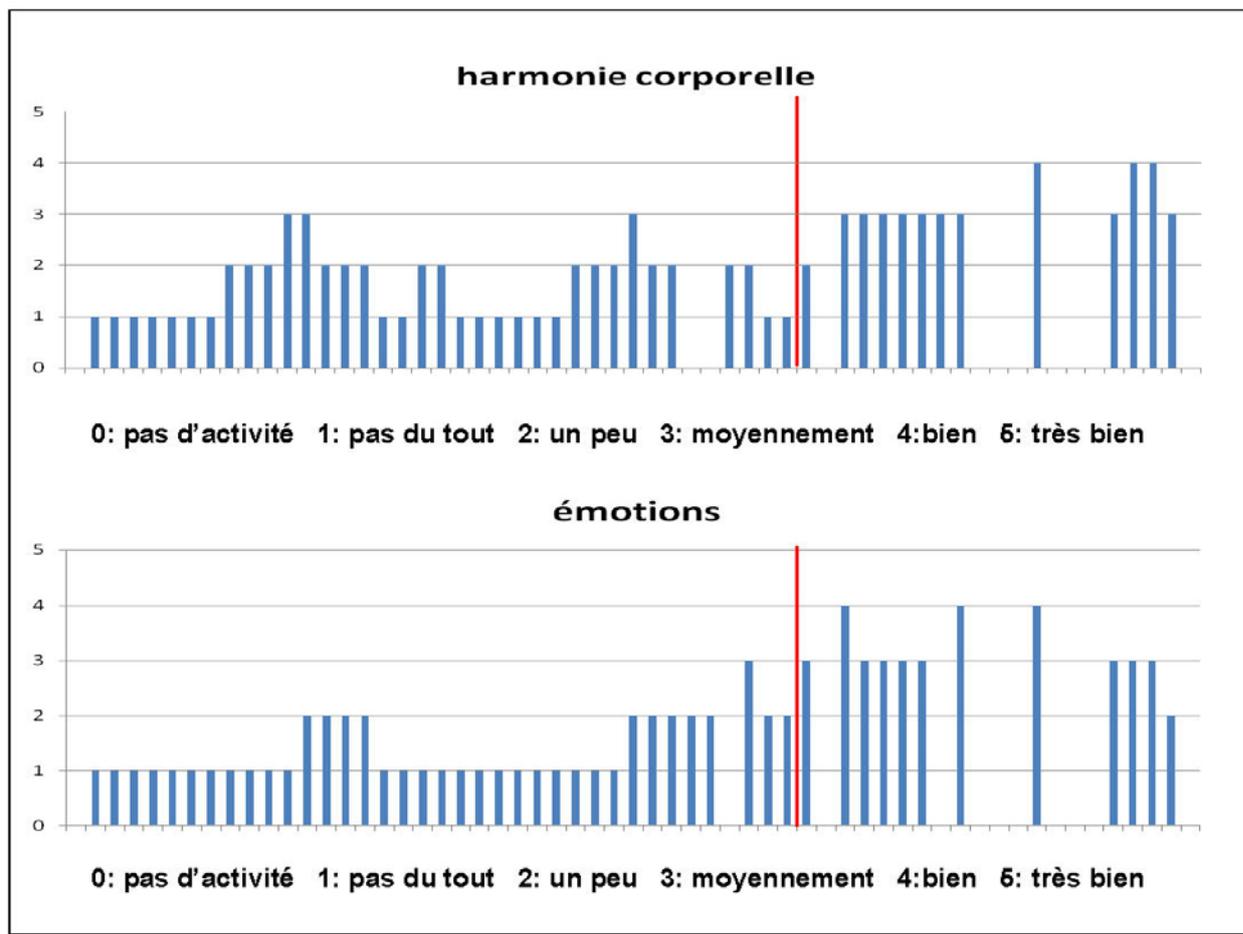


aisance corporelle



implication corporelle





Commentaires :

1- L'entrée en activité est dépendante de l'état de Christiane, en rapport avec l'évolution et les événements vécus dans sa vie affective. Lorsque Christiane a vécu un choc, elle n'est pas en capacité d'entrée en activité. Ne sont travaillés alors que des exercices de détente.

2- De plus, lors des dernières séances vécues, le travail a essentiellement porté sur l'expression corporelle ; d'où une absence d'évaluation de son expression verbale.

3- On peut voir que Christiane présente une évolution positive tout au long de son suivi, tant pour des items concernant l'expression corporelle que pour ceux concernant l'expression verbale. Cependant, un travail est à poursuivre concernant l'implication d'émotions dans ces deux types d'expression.

Bilan de la prise en soin

Lors de la prise en soin, alors qu'a priori elle n'aimait pas la musique, Christiane a émis le souhait de travailler à partir d'une chanson évoquant son vécu affectif. Cette médiation va avoir une répercussion évidente puisque nous allons pouvoir produire une chorégraphie. L'art-thérapeute propose un jeu de miroir qui consiste à imiter les mouvements de l'art-

thérapeute. Christiane a donc découvert le goût de la musique et de la danse. Elle va pouvoir émettre des avis, des appréciations sur le sens, le rythme musical, les émotions, l'ambiance, le style musical.

Elle a été aussi en capacité de mener le projet à son terme, fait important puisqu'en parallèle, elle a été de plus en plus capable de conserver ses missions professionnelles dans le temps, d'aller jusqu'au bout de ces missions.

Dans la même période, Christiane confie qu'elle ose se vêtir avec des pantalons et qu'elle est plus attentive à son allure. L'art-thérapeute constate une évolution importante et positive au niveau de son hygiène.

Dans un second temps, c'est l'art-thérapeute qui a imposé une chanson mais Christiane qui a inventé une chorégraphie. C'est elle qui l'apprend désormais à l'art-thérapeute. Elle est aujourd'hui capable de transmettre. En cela, elle devient aussi pleinement actrice de la séance, elle est dans une recherche esthétique tout en souhaitant poursuivre le travail afin de mettre plus d'émotions dans ses mouvements.

En parallèle, elle évolue encore dans une recherche esthétique vestimentaire : elle porte des couleurs, des bijoux, etc.

Quant à son expression verbale, Christiane est beaucoup plus compréhensible lorsqu'elle parle. En effet, l'art-thérapeute, en séance 11, remarque que Christiane ne plaçait pas sa langue correctement sur son palais pour certaines consonnes comme le « T » ou le « L ». De plus, elle bougeait sans cesse sa mâchoire inférieure pour atténuer une douleur en lien avec sa névralgie buccale. Ces anomalies avaient pour conséquences d'engendrer une complication à déglutir et une difficulté de diction. Après quelques exercices, Christiane a retrouvé une meilleure diction, et elle est très vigilante à son élocution et son articulation : elle se reprend d'elle-même lorsqu'elle estime pouvoir faire mieux.

Aujourd'hui, son travail évolue vers une recherche esthétique, où elle essaie d'améliorer la communication d'émotions lors de lectures jouées.

Conclusion de la prise en soin

Aujourd'hui, Christiane constate qu'elle en est « encore au stade d'acquérir de la technicité et que l'esthétisme viendra lorsqu'elle ressentira ».

L'ensemble de ses évolutions, tant sur l'expression verbale que corporelle, et son hygiène, a eu des répercussions dans sa vie quotidienne. En effet, retrouver une coordination correcte de ses mouvements lui a redonné confiance en elle, ce qui lui permet aujourd'hui de pouvoir de nouveau conduire. Ce fait élargit largement ses capacités de recherches d'emplois.

De même, le fait de pouvoir mener à terme un projet artistique lui a redonné confiance en elle : aujourd'hui, elle se sent en capacité de conserver un emploi. Elle a même signé un CDI, pour un poste qui lui plaît, dans lequel elle se sent à l'aise.

Enfin, elle a sollicité l'art-thérapeute pour une autre prise en soin pour travailler sa relation avec sa fille. Aujourd'hui, les séances s'alternent entre des séances individuelles et des séances avec sa fille.

Quant à sa vie affective, elle arrive à se positionner de plus en plus par rapport à son compagnon. Elle émet le souhait de continuer à travailler sur la relation à l'autre, ce qui constitue un nouvel objectif à atteindre en art-thérapie.

Conclusion générale

Aussi, en quoi peut-on dire que l'Art-thérapie peut avoir une valeur préventive ?

Pour Christiane, le fait d'avoir travaillé l'expression corporelle et verbale, entre autre la coordination des mouvements, la diction et un projet artistique, lui a permis d'une part de retrouver de l'estime pour elle-même, d'autre part de reprendre confiance en elle. De nouveau capable de communiquer correctement et de mieux maîtriser son corps physique, elle est plus autonome. Ces recherches d'emplois aboutissent plus facilement et elle est en capacité de conserver un emploi.

Différents suivis ont montré qu'un travail art-thérapeutique mené conjointement avec un suivi professionnel en structures d'insertion sociale et professionnelle peut permettre un retour à l'emploi et/ou à pérenniser l'emploi.

Dès lors, une action de l'Art-thérapie en prévention au retour à l'emploi nous semble pertinente.

ANNEXES

Sources :

- *Cahier des charges Accompagnement 2011* ; Plateforme d'insertion professionnelle Femmes victimes de violences ; Maison de l'Emploi de la Métropole Nantaise
- <http://www.me-metropole-nantaise.org/pages/plateforme-femmes-victimes-de-violences.php>

COMMUNICATIONS - INTERNATIONAL

Congrès international
d'art-thérapie

Lille - 2012

The Art and Science of Creative Arts Therapies

Cathy APPEL, MFA, MS, MSW, LCSW-R, LCAT, BC-DMT
Director, Master of Science Program in Dance/Movement Therapy
Sarah Lawrence College
New York –USA

Traduction en Français p.104

Regardless of the approach used in examining the relationship between science and the creative arts therapies, the exercise has clinical and academic merit, because the disciplines of science and art are so often presented as opposites.

As therapists, we are called upon to hold the dualities, contradictions and unanswered questions of our clients, helping them to integrate and cope with their internal and external realities. Our work is supported by clinical theory and training, which teach that polarization and the irreconcilable can be impediments to a coherent self and often precipitate symptoms of mental illness.

The reconciliation of apparent opposites is a foundational element of academic inquiry as well as clinical practice. Even centuries ago, as pointed out by the acclaimed physics professor, Arthur Zajonc,² Thomas Aquinas, a student in Paris from 1245 to 1248, had to contend with contradiction between the orthodox masters at the cathedral school of Notre Dame and the heretical lectures he attended in the Latin Quarter on Dante's "Street of Straw."³ Aquinas and his peers were exposed to controversy and the challenge of synthesizing dogmatic Christian theology with the secular philosophy of Aristotle, while we in the 21st Century frequently contend with sustaining contradiction between science and art.

In examining the question, *Is art therapy science?*, we cannot overlook the irony that a common trigger which brings people to seek therapy is their inability to integrate complex or diametrically opposed information and/or experience. Consequently, in my clinical work, I have found that it is more constructive to emphasize the similarities between art (and creative arts therapies) and science than their differences. Zajonc's premise that science is refutable, advanced in his course, *Eros and Insight*,⁴ co-taught at Amherst College with John Upton, a professor of fine arts, challenges the assumption of a contradiction between art and science, since the success of each discipline depends on its ability to be an agent of transformation. Thus, the pursuit of true scientific inquiry is no more absolute than the creative processes of art, music, dance and poetry. Zajonc even quotes Einstein as saying, "The most beautiful experience we can have is the mysterious. It is the fundamental emotion that stands at the cradle of true art and true science."⁵

² Zajonc, A. *Spirituality in Higher Education: Overcoming the Divide*, 2003.

³ Dante, A. *La Divina Comedia, Paradiso: Canto X*, 1308-1321.

⁴ James, L. *Eros and Insight*. Amherst Magazine, Spring 2004.

⁵ Einstein, A. *The World As I See It*. Simon & Schuster, Inc., 1931.

I have learned during my many years as a creative arts therapist that the most effective way to engage with mental health treatment is to use an approach similar to that which a scientist might employ. While grounding clinical work in the theoretical constructs of our profession, we must remain open to the unquantifiable and unknown. This way, in our efforts to navigate seemingly opposed external and internal realities and help our clients bridge the irreconcilable, we can embrace the arts as essential tools for relationship, inquiry and discovery.

Early in my career at the International Center for the Disabled, I had the opportunity to start a long-term group called the *Inner Movement Group* for women coping with serious life threatening or terminal illness. Since we met weekly for many years, this is a good group to use as an example of the interplay between science and art that can occur in creative arts therapy. The three women discussed here were original members:

J was in her early 30s when she came to ICD to be treated for depression following a radical surgery to remove spinal tumors, caused by a genetic cancer called Von Hippel Lindau,⁶ which left her with quadriplegia. Recovery from the surgery had required J to spend a year on a ward in a public inpatient rehabilitation hospital. Upon discharge, she returned to the home she had shared with her husband but was now not only unable to work in the health care profession she loved, but she endured severe chronic pain in her arms due to surgery-related nerve damage. The house she had cared for lovingly before her illness was not wheel chair accessible and had become a prison. In order to go anywhere, she had to be lifted in her wheel chair up and down flights of steps.

H was in her late 40s and had been a dancer and dance teacher in a college dance department. Chronic alcoholism and physical neglect and abuse of her body contributed to early heart disease and emphysema. She had also survived breast cancer. H lived alone in poverty and was estranged from her wealthy family, who, she told us, looked down on her because they believed dance was an unworthy profession.

P, in her early 40s, had been diagnosed with Multiple Sclerosis at 15. As a result of this chronic progressive illness, she, too, had quadriplegia. P's physical weakness left her unable to lift her hands and caused her to need a high-backed motorized wheel chair. She also had to wear a neck brace whenever she was out of bed because she could not hold up her head. Fortunately, P's mind was unaffected by the MS, and her sharp wit, combined with her keen political and social consciousness, helped her engage with the world around her despite the isolation of her life. P was referred to the group by her psychotherapist, to reduce her anxiety and depression and put her in a stimulating environment, which as a former history teacher was something she deeply missed, and to decrease her social isolation, with the hope of improving her mood.

⁶ More commonly referred to as VHL

There were several other members in the *Inner Movement Group*, all with equally devastating medical and emotional challenges, but this discussion is limited to three.

Members were admitted to this mental health group according to their psychiatric diagnoses. However, in treating their psychiatric problems, it was essential to incorporate an awareness of their physical conditions. The imperative of body/mind integration was heightened with these clients, whose lives had not only become subsumed by physical limitations and physical pain but also faced the specter of unending loss and worsening symptoms. To really be of service, the group had to incorporate each member's here and now, which meant that we could not shy away from medical realities.

Making room for the sharing of each member's physical suffering and fear, along with facts about what might help, soon became a catalyst for connection and the driving force that fueled their creativity and ability to move. In the pursuit and practice of effective stress and pain management techniques that included collaborative exercises focused on breath and rhythmic improvisational movement, the atmosphere in the group deepened.

As members opened up about their physical and emotional situations, all collaborated to problem solve and obtain facts surrounding nutrition, medications, treatment options and adaptive equipment, as well as mind/body strategies for healing and well being. In time, members decided to start each session with a weekly reading about meditation, so we studied the writings of authors like Jon Kabat-Zinn,⁷ Sharon Salzberg⁸, and Jack Kornfeld.⁹ We also studied Anodea Judith's writing about yoga.¹⁰

One day, not too long after the energy of the group had improved enough so that members could speak openly about their fears, P confided, "My breath is so weak now because of my MS that I can barely talk loud enough for people to hear me, and I worry all the time about not being able to call for help if something were to happen." As the horror of this reality set in, I realized it was important to work on breath more fully during our sessions, so that we could deal more tangibly with ways to empower P and everyone else through a sense of connection with the life force that is our breath. We expanded the breath exercises we were doing to include vocal exercises and chants we made up, to combine movement and vocal rituals. Using the voice became a central part of the group's movement explorations, and this adherence to what was needed in the moment strengthened the group as a whole and generated structures, activities and skill sets that nourished and sustained the resilience of these women as they became each other's teachers, creative partners and friends.

We practiced movement meditation techniques based on t'ai chi, qigong and yoga, as well as yoga-based breath exercises. We also looked at videos, research and articles the members found online, used music, finger paint and poetry, and worked to rekindle and sustain vital threads of connection to themselves and to each other. In short, the members participated in creative arts therapies with the rigor of scientists fighting illness, and, when the fight was

⁷ *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.*

⁸ *Real Happiness: The Power of Meditation.*

⁹ *The Inner Art of Meditation.*

¹⁰ *Wheels of Light: Users Guide to the Chakra System.*

done, in facing the end of their lives made choices with dignity and a measure of peace that transcended the finite.

Before her death, J, who was a licensed practitioner, resumed her interest in nutrition and shared her findings with the group, often bringing in information and samples of foods such as white tea and blueberries as examples of antioxidants. With the support of the group, she was able to access the teaching skills she had abandoned since her illness and became a respected nutrition counselor working with addiction and adolescent programs.

H, who became very interested in alignment as a way to reduce pain and feel pleasurable sensations and mastery in her body once again, studied work based on the Alexander Technique and Yoga. In the group, she would frequently say, “Why didn’t I learn this as a dancer; it would have made such a difference.” The last time we saw H, a few weeks before her death, she talked about her gratitude for the group, which she said gave her comfort and unexpected peace.

P’s time in the group became more and more limited with the progression of her MS. She had lengthy hospitalizations for pneumonia and infected bedsores. However, she stayed connected by phone, and this inspired the group to explore meditative techniques that emphasized connection and transcendence. They created affirmations for each other and for P, vocal chants and alignment exercises to enhance awareness of spiritual, mental and physical energies that connected them even during times of separation.

For these three women, all now deceased, the group became a place where they faced each other and their devastating realities with creativity, as they brought consciousness and curiosity to seemingly hopeless situations.

Through the use of concrete and measurable tools for inquiry and investigation, the group members systematically built resources to help them tolerate painful and specific emotional and physical realities on a daily basis. With the opportunity to express themselves, pay attention to movement their bodies could do, and create meaningful activities and relationships, they found a way to rebuild their lives and, in some cases, to celebrate life even in the face of death.

Traduction française

de l'intervention de Cathy Appel, MFA, MS, MSW, LCSW, LCAT, BC-DMT
Directrice, Maîtrise de Science en Danse/Mouvement Thérapie - Sarah Lawrence College
Bronxville, New York

L'Art et la Science des Thérapies d'Arts Créatifs

Quelle que soit l'approche utilisée pour étudier les relations entre la science et les thérapies d'arts créatifs, l'exercice a un intérêt clinique et académique parce que les disciplines scientifiques et artistiques sont presque toujours présentées comme opposées l'une à l'autre.

En tant que thérapeutes, on exige de nous de ne pas intervenir directement sur les dualités, les contradictions et les questions sans réponses de nos patients en les aidant à intégrer et accepter leurs propres réalités internes et externes. Notre travail s'appuie sur la théorie clinique et la pratique, lesquelles nous enseignent que l'opposition et l'irréconciliable peuvent nuire à la construction et l'existence d'un sens de soi cohérent et souvent précipiter l'apparition de symptômes de maladie mentale.

La réconciliation d'opposés est un élément fondateur de la recherche académique aussi bien que de l'exercice clinique. Il y a même plusieurs siècles, comme souligné par l'éminent professeur de physique Arthur Zajonc¹¹, Thomas d'Aquin, étudiant à Paris de 1245 à 1248, a dû faire face à la contradiction entre les maîtres orthodoxes de l'école de la cathédrale de Notre Dame et les conférences hérétiques du Quartier Latin auxquelles il assistait dans la «Rue de la Paille» mentionnée par Dante.¹² Thomas d'Aquin et ses camarades, exposés à la controverse entre la théologie dogmatique chrétienne et la philosophie séculaire d'Aristote, devaient eux tenter de réconcilier ces deux doctrines, alors que nous au 21^{ème} siècle sommes souvent obligés d'accepter – sans tenter de les réconcilier – la contradiction entre la science et l'art.

En examinant la question, est-ce que la thérapie par l'art est une science ? nous ne pouvons guère ignorer l'ironie suivante, à savoir que c'est le manque de capacité à intégrer les informations et/ou les expériences complexes ou conflictuelles qui est un facteur déclencheur courant menant les gens à se tourner vers la thérapie. En conséquence, dans mon travail clinique, j'ai trouvé qu'il est plus constructif de mettre en valeur les similitudes entre l'art (et les thérapies d'arts créatifs) et la science que leurs différences. La thèse du professeur Zajonc, selon laquelle la science est susceptible d'être réfutée, thèse défendue dans son cours "Eros

¹¹ Zajonc, A. *Spirituality in Higher Education: Overcoming the Divide*, 2003.

² Dante, A. *La Divina Comedia, Paradiso: Canto X, 1308-1321*.

³ James, L. *Eros and Insight. Amherst Magazine, Spring 2004*.

⁴ Einstein, A. *The World As I See It. Simon & Schuster, Inc., 1931*.

and Insight”¹³ qu’il a donné conjointement avec John Upton, professeur des beaux arts, lance un défi à la présomption qu’il existe une contradiction entre l’art et la science puisque le succès de chaque discipline dépend de sa capacité à être un vecteur de transformation. La poursuite de véritables recherches scientifiques n’est donc pas plus absolue que les processus créatifs de l’art, de la musique, de la danse et de la poésie. Zajonc cite le professeur Einstein comme suit : «La plus belle expérience qu’on peut avoir est le mystérieux. C’est l’émotion fondamentale qui se trouve au berceau de l’art et de la science au sens plein des termes.»¹⁴

J’ai appris tout au long de ma carrière de thérapeute d’arts créatifs que la meilleure manière de s’engager dans le traitement de la santé mentale est d’utiliser une approche qui ressemble à celle qui serait utilisée par un scientifique. Tout en basant le travail clinique sur les modèles théoriques de notre profession, nous sommes obligés de rester ouverts au non mesurable et à l’inconnu. De cette façon, dans le cadre de nos efforts pour naviguer entre des réalités externes et internes à prime abord opposées et d’aider nos patients à réconcilier l’irréconciliable, nous pouvons accepter les arts sans conditions comme outils essentiels aux relations, aux recherches et aux découvertes.

J’ai eu tôt dans ma carrière au centre international pour les personnes handicapées l’occasion d’initier un groupe d’étude sur le long terme baptisé *groupe du mouvement intérieur* et adressé aux femmes devant faire face à des maladies mortelles ou terminales.

Nous nous sommes rencontrées toutes les semaines pendant plusieurs années, ce groupe constitue donc un bon exemple d’interaction entre la science et l’art, telle qu’elle peut avoir lieu dans la thérapie d’arts créatifs. Les trois femmes dont il est question ici étaient membres du groupe depuis ses débuts.

J. avait à peine plus de 30 ans lorsqu’elle est arrivée au centre international pour les personnes handicapées (ICD). Elle venait se faire traiter pour une dépression survenue après son opération chirurgicale destinée à enlever des tumeurs de sa colonne vertébrale - causées par un cancer génétique appelé Von Hippel Lindau¹⁵. Ce cancer l’avait rendue quadriplégique. Pour se rétablir de l’opération chirurgicale, J. dut être hospitalisée pendant un an dans le service de réhabilitation d’un hôpital public. À sa sortie, elle retourna dans son logement qu’elle avait habité avec son mari. Mais en plus de ne plus être en mesure de reprendre son travail, qu’elle aimait tant, dans le secteur de la santé, elle souffrait de douleurs chroniques sévères dans les bras, dues aux lésions nerveuses liées à l’opération chirurgicale. La maison qu’elle avait tant chérie avant sa maladie n’était pas adaptée à la chaise roulante et était devenue pour elle une prison. Pour se rendre où que ce soit et monter et descendre les escaliers, J. devait se faire soulever en chaise roulante.

H. approchait les 50 ans, elle avait été danseuse et professeur de danse dans le département de danse d’une école d’enseignement supérieur. Un alcoolisme chronique, une négligence

¹⁵ Plus connu sous le nom de VHL

physique et un abus de son propre corps avaient contribué à l'apparition précoce d'une maladie cardiaque et d'un emphysème. Elle avait aussi été victime d'un cancer du sein. H. vivait seule dans la pauvreté, isolée de sa famille aisée qui, nous disait-elle, la regardait de haut estimant que la danse était une profession indigne.

P. avait un peu plus de 40 ans et on lui avait diagnostiqué la sclérose en plaques quand elle en avait 15. Elle aussi était atteinte de quadriplégie, résultat de la maladie chronique progressive. La faiblesse physique de P. la rendait incapable de soulever ses mains et nécessitait qu'elle utilise une chaise roulante motorisée à dossier haut. Elle devait également porter une minerve dès qu'elle quittait son lit car elle ne pouvait pas soutenir sa tête. Par bonheur, l'esprit de P. n'était pas affecté par la sclérose en plaques. Son esprit vif de même que sa conscience politique et sociale aigüe l'aidaient à échanger avec le monde qui l'entourait, malgré son isolement. C'est le psychothérapeute de P. qui l'avait encouragée à rentrer dans le groupe : pour apaiser son anxiété et sa dépression, qu'elle se retrouve dans un environnement stimulant qui, en tant qu'ancien professeur d'histoire, lui manquait terriblement, et remédier à sa solitude. Tout cela dans l'espoir d'améliorer son état d'esprit.

Le groupe du mouvement intérieur comprenait plusieurs autres membres, tous faisant face à des situations médicales et émotionnelles aussi accablantes, mais cette étude se limite à ces trois cas.

Les membres étaient admis dans ce groupe de santé mentale en fonction de leur diagnostic psychiatrique. Cependant, en traitant leurs problèmes psychiatriques, il était essentiel de prendre en considération leur condition physique. L'intégration impérative du corps et de l'esprit était primordiale chez ces clients dont les vies étaient non seulement dictées par les limitations et douleurs physiques, mais qui aussi devaient faire face à une détérioration continue de leur état et des symptômes allant en s'aggravant.

Pour être profitable, le groupe devait prendre en compte la situation présente de chacun des membres, ce qui signifiait qu'il était impossible de se soustraire des réalités médicales. Permettre à tous les membres de partager leurs souffrances physiques et leurs craintes, ainsi que les moyens qu'ils trouvaient pour y remédier, est vite devenu le catalyseur et le moteur de leur créativité et de leur aptitude à se mouvoir. L'atmosphère devenait plus intense à mesure que les membres pratiquaient des exercices de groupe, centrés sur le souffle et les mouvements d'improvisation rythmiques, dans le but de gérer l'anxiété et la douleur. Les membres se confiaient sur leur situation physique et émotionnelle, et contribuant à résoudre les problèmes des uns et des autres, trouvaient des informations concernant la nutrition, les soins médicaux, les possibilités de traitement, l'équipement, et des façons spirituelles et physiques de se soigner et se sentir bien. Avec les temps, ils décidèrent de commencer chaque session hebdomadaire par une lecture méditative.

Nous avons alors étudié des auteurs comme Jon Kabat-Zinn¹⁶, Sharon Salzberg¹⁷ et Jack Kornfeld¹⁸. Nous avons aussi étudié les écrits d'Anodea Judith sur le yoga¹⁹.

Un jour, peu de temps après que l'énergie du groupe avait atteint un point où chacun se sentait en confiance pour parler librement de ses craintes, P. confia : « J'ai le souffle si faible maintenant, à cause de la sclérose en plaques, que les gens peinent à m'entendre et j'ai tout le temps peur de ne pas être capable d'appeler à l'aide assez fort si quelque chose devait arriver. » En réalisant l'horreur de cette réalité, je compris qu'il était important de travailler davantage le souffle pendant nos sessions, de façon à aider P. et les autres à trouver dans le souffle une connexion avec la force de vie.

Nous avons développé nos exercices de respiration en y ajoutant des exercices vocaux et des chants que nous inventions, pour combiner à la fois mouvements et rituels vocaux. L'utilisation de la voix devint le point central des explorations du groupe sur le mouvement, et cette adhésion du groupe à ce qui était nécessaire à ce moment-là le souda encore plus. Cela généra des structures, des activités et des compétences qui nourrissent et soutiennent la résilience de ces femmes qui chacune devenait le professeur, le partenaire créatif et l'amie des autres membres du groupe.

Nous avons pratiqué les techniques de méditation du mouvement basées sur le tai chi, le qi gong et le yoga, ainsi que des exercices de respiration inspirés du yoga. Nous avons aussi regardé des vidéos, lu des recherches et des articles que les différents membres trouvaient sur Internet, utilisé la musique, la peinture au doigt et la poésie, et travaillé à ranimer et maintenir les fils qui reliaient les membres du groupe entre eux et à la vie.

En résumé, les membres participaient aux thérapies d'arts créatifs avec la rigueur des scientifiques combattant la maladie, et, une fois la bataille terminée, face à leur vie qui prenait fin, ils étaient en mesure de faire des choix dans une paix et une dignité transcendant le caractère fini des choses.

Avant sa mort, J., qui avait été praticienne agréée, parla de son intérêt pour la nutrition et partagea ses découvertes avec le groupe, apportant souvent des informations nouvelles et des échantillons de nourriture, tels que du thé blanc et des myrtilles comme exemples d'antioxydants. Grâce au groupe, elle put renouer avec ses compétences d'enseignement qu'elle avait dû abandonner avec la maladie, et devint une conseillère en nutrition respectée dans le domaine des addictions et de l'adolescence.

H., qui s'intéressa énormément à l'alignement comme façon de réduire la douleur, ressentir à nouveau des sensations agréables et le contrôle de son corps, étudia la technique Alexander et le yoga. Elle se demandait fréquemment au sein du groupe « pourquoi n'ai-je pas appris cela lorsque j'étais danseuse, ça aurait changé tellement de choses ! » La dernière fois que nous avons vu H., quelques semaines avant sa mort, elle parlait de sa gratitude envers le groupe qui lui avait, disait-elle, apporté un confort et une paix inattendue.

⁶ *Full Catastrophe Living : Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.*

¹⁷ *Real Happiness : The Power of Meditation.*

¹⁸ *The Inner Art of Meditation.*

⁹ *Wheels of Light : Users Guide to the Chakra System.*

Le temps que P. pouvait passer avec le groupe se limitait à mesure que la sclérose en plaques progressait. Elle fut longuement hospitalisée, à plusieurs reprises, pour une pneumonie et des escarres. Elle restait cependant toujours reliée au groupe par téléphone, et cela inspira les membres à explorer des techniques de méditation mettant l'accent sur la connexion et la transcendance. Ils créèrent des affirmations les uns pour les autres et pour P., des chants et des exercices d'alignement pour accroître la conscience des énergies spirituelles, mentales et physiques qui les reliaient même lorsqu'ils étaient séparés.

Pour ces trois femmes, toutes aujourd'hui décédées, le groupe était devenu l'endroit où elles se faisaient face et faisaient face à leur réalité accablante avec créativité, affrontant avec conscience et curiosité des situations apparemment sans espoir.

Par le biais d'outils d'investigation concrets et précis, les membres du groupe créaient systématiquement les ressources qui les aidaient à tolérer quotidiennement leur réalité douloureuse, si particulière sur les plans émotionnel et physique. En s'exprimant, en prêtant attention aux mouvements de leur corps, en créant des activités et des rapports profonds, ils ont trouvé une façon de reconstruire leur vie, et, dans quelques cas, de célébrer la vie même face à la mort.

H. WARDAVOIR,

Maitre assistante HELB-IP, master sc Santé Publique

Belgique

1. Introduction

Toute discipline scientifique recourt à l'utilisation d'une méthodologie et la validation d'une pertinence et d'une cohérence des moyens pour atteindre les buts qu'elle poursuit en fonction de son objet d'étude. La reproductibilité d'une démarche standardisée permet sa généralisation et donc sa modélisation. Les modèles de santé, en s'appuyant sur des recherches de développement, répondent à cette exigence. C'est du point de vue de mes compétences en sciences de la Santé Publique et de mon expérience de l'approche artistique en milieu d'aide d'accueil et de soins, que j'analyse ici la pertinence de certaines méthodes d'acquisition de données pouvant constituer un savoir disciplinaire spécifique utile et crédible quant à la conception d'une approche artistique à visée du mieux être des personnes. L'approche artistique, lorsqu'elle emploie des méthodes et des moyens appropriés à l'atteinte de ce but, exige t-elle le développement d'un domaine de savoir spécifique ou peut-elle s'appuyer sur d'autres domaines, et si oui, lesquels ?

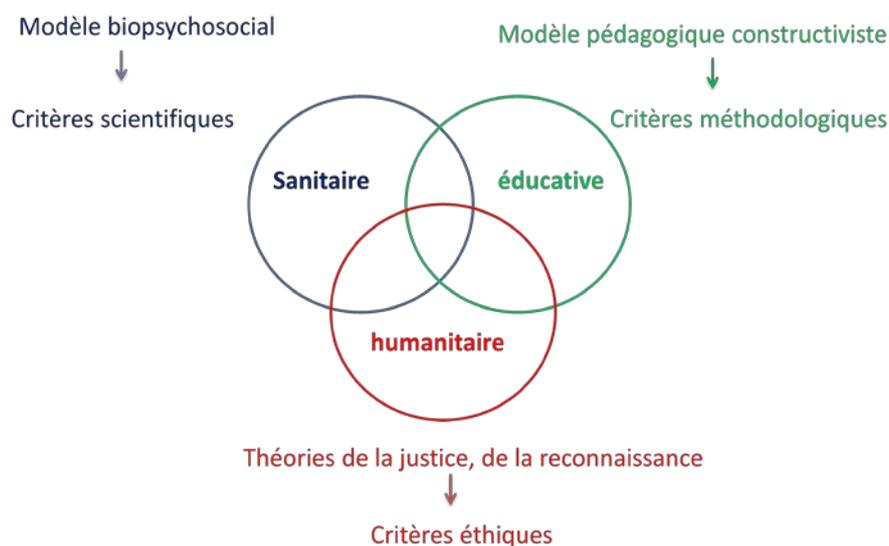


Fig. 1. Approches artistiques et modèles théoriques

L'approche artistique peut avoir une portée éducative et/ou thérapeutique et/ou humanitaire, dès lors des « *méthodologies hybrides* », issues de modèles des sciences médicales et des sciences de l'éducation sont pertinentes. Le modèle biopsychosocial dans une conception socio constructiviste de l'intervention artistique fait émerger des enjeux éthiques liés à la

participation car l'engagement des personnes dans l'activité artistique s'inscrit dans un cadre de vulnérabilité. Ceci implique une réflexion approfondie quant à la construction d'une méthodologie adéquate. L'articulation d'un modèle de santé avec le modèle tourangeau permet-il de valider la réflexion sur l'action et son évaluation, en retenant des paramètres quantitatifs et qualitatifs appropriés aux buts poursuivis ? L'approche artistique implique le sujet agissant et réfléchissant, ce qui induit une forme particulière d'évaluation visant à connaître pour mieux comprendre ce qui a été source de résultats selon l'expérience des principaux intéressés par l'action entreprise. Dès lors, évaluer l'efficacité d'une intervention se traduit par une évaluation de résultat couplée à une évaluation de processusⁱ. Tenant compte de tous ces facteurs, j'argue pour une « méthodologie intégrée », à la fois quantitative et qualitative, de processus et de résultats. L'objectivité, la reproductibilité et la réfutabilité sont trois critères validant la démarche scientifique. Sachant que les critères de validité diffèrent selon la science qui les sous-tend, sont-ils adaptables dans une méthodologie de l'intervention artistique en milieu d'aide, d'accueil et de soins ?

2. Critères de validation de la démarche scientifique

2.1. L'objectivité

Dans le domaine de la science, l'objectivité est la qualité de ce qui donne une *représentation fidèle de la chose observée*. Elle permet donc la validité d'une connaissance ou d'une représentation se rapportant à un objet. *L'objectivité fait référence aussi à des règles normatives et constituent la méthodologie scientifique qui est propre à chaque discipline*. Dans une conception constructiviste de la recherche, comme dans certaines recherches action visant à répondre à une problématique de santé et/ou de société, *la prise en compte de la dimension intersubjective peut devenir un critère de qualité*. Le sujet et le rapport à autrui est aussi une question d'éthique ; prendre en compte un maximum de points de vue sur une question permet de recouvrir une réalité saturée d'histoires, marquées par des transformations concrètes et de rendre compte de manière autant que possible exhaustive d'une réalité historique. L'objectivité n'est, dans tous les cas, pas vérité mais « indice de confiance » ou de qualité des connaissances et représentations d'un objet et/ou d'une réalité. Bachelardⁱⁱ, s'intéresse davantage à l'objectivité en tant que processus ; c'est *l'objectivation* qui donne l'objectivité, elle n'est que le produit d'une objectivation correcte. Cette conception renvoie, dans la méthodologie de recherche, à la réflexion à mener quant à la *pertinence et la validité des choix des outils de récoltes de données*. Pour les piagétiens, et dans la conception socio constructiviste, l'apport de connaissance est lié à une action qui transforme l'objet et qui ne l'atteint donc qu'à travers les *transformations induites par cette action*. Le type de recherche permettant de répondre à cet objet d'étude est principalement fondé sur une *analyse qualitative réflexive et une évaluation de processus* concomitante à une analyse de résultat. La science est une approche rationnelle de la réalité. Pour tendre vers l'objectivité, il s'agit de préciser l'objet d'étude, et donc de définir ou *construire les concepts représentant cette réalité et permettant de modéliser (résumer la réalité) pour mieux comprendre et agir*.

2.2. La reproductibilité

La démarche scientifique renvoie d'abord à la description exhaustive de tous les aspects de la méthode. Sans cet impératif, il est impossible de reproduire la recherche mais aussi de la comparer et la discuter dans l'espace public de la communauté scientifique. Ce critère est important mais il renvoie aussi à l'idée de normativité dans la recherche en termes de « méthode standard » avec le risque de dérive vers « les gold standard » qui réduirait l'art en thérapie à rien moins qu'un « médicament ». Ce qu'il est alors attendu de pouvoir reproduire c'est une qualité de démarche scientifique en se référant à des modélisations *Had hoc* et contextualisées. Pour faire le lien avec le modèle tourangeau et l'opération artistique, il m'apparaît être un modèle en ce sens qu'il permet la reproductibilité dans le cadre spécifique de l'utilisation de la discipline artistique à visée éducative et/ou sanitaire et/ou humanitaire. La reproductibilité fait aussi référence à *l'obligation d'identifier les biais* et artefact susceptibles d'influencer, et la reproductibilité et/ou la comparabilité de la méthode et des résultats de recherche. Or, en art thérapie ces biais sont nombreux. L'approche artistique, singulière en milieu d'aide, d'accueil et de soins, est souvent perçue comme élément merveilleux sortant du cadre commun d'activités des professionnels de santé auprès des personnes souffrantes. Elle se réalise dans une rencontre à l'autre avec un langage où la dimension sensible et esthétique est prégnante. Bien qu'elle s'appuie sur un modèle reproductible, chaque démarche artistique est originale et d'emblée contextualisée, et c'est là tout l'intérêt. *L'intervention artistique est véritablement une action située*. Il serait dommage que l'approche par l'art en milieu d'aide, d'accueil et de soins soit réduite à une « evidence based art therapy ». D'autant qu'il sera toujours très difficile d'affirmer que le résultat obtenu l'est par le seul fait de l'agent « art thérapeutique ». Autrement dit, *isoler ces biais, c'est fragmenter ce qui fait la particularité, la singularité de l'art thérapie*.

Alors, en quoi serait-ce encore utile, de se demander si ce qui est supposé être l'objet de la transformation par l'expérience l'est réellement. Considérant l'art thérapie, comme le fait de cet ensemble d'éléments singuliers et spécifiques de l'approche par l'art en milieu d'aide, d'accueil et de soins, savoir ce qu'elle apporte de différent, ou de supplémentaire est une voie pertinente. L'art thérapie peut, à juste titre agir comme « effet placebo » au vrai sens noble du terme. Dans le cadre du traitement de la douleur, les effets physiologiques et neurochimiques du « produit placebo » sont de mieux en mieux démontrés actuellementⁱⁱⁱ

2.3. La réfutabilité

Dans la démarche hypothético déductive, poser des hypothèses revient à formuler des propositions réfutables. Poser une hypothèse est une démarche de pertinence, elle oblige, en amont de s'appuyer sur une observation rigoureuse de la réalité à travers une série de sources. *L'hypothèse traduit une relation de cause à effet. Elle permet de mettre en cohérence l'objet d'étude et l'outil de mesure dans le design de la recherche*. Considérant la singularité de l'art thérapie, le modèle quasi expérimental présentant des limites, qu'apporterait un modèle de recherche action pour mieux comprendre l'impact de l'art thérapie ? Considérant qu'il est opportun de s'intéresser aussi à la compréhension de ce qui crée une modification de la dynamique du système dans lequel l'approche artistique opère, chercher à décrire et comprendre ce qui fait la spécificité de l'art à visée éducative et/ou thérapeutique et comment elle apporte quelque chose de différent est pertinent. D'une certaine façon, le modèle

tourangeau y répond en partie en décrivant le processus de l'opération artistique, mais ce n'est encore qu'une partie de la dynamique du système. Enfin, en s'interrogeant sur la nature et la valeur des critères, dans cette conception plus dynamique et systémique de la recherche, où la notion de participation et d'engagement est au cœur du sujet, il s'agit aussi de se pencher sur la dimension éthique ayant valeur de rigueur méthodologique.

3. Validité scientifique versus rigueur méthodologique

Il est essentiel de penser le lien de cohérence entre l'intention de recherche, ce que l'on veut savoir des implications de celle-ci pour les acteurs et sur le milieu, et les stratégies de la recherche, à savoir la méthodologie et ses outils d'évaluation pour apporter des données valides ou crédibles. Partant du fait que l'on admette qu'il puisse exister des modèles d'expérimentation avec l'humain où les paramètres du milieu sont invariants et/ou contrôlés (étude contre contrôle et ou placebo), *deux positions sont souvent opposées, mais en définitive plusieurs approches sont possibles, d'où l'idée de parler de « recherche intégrée ».*

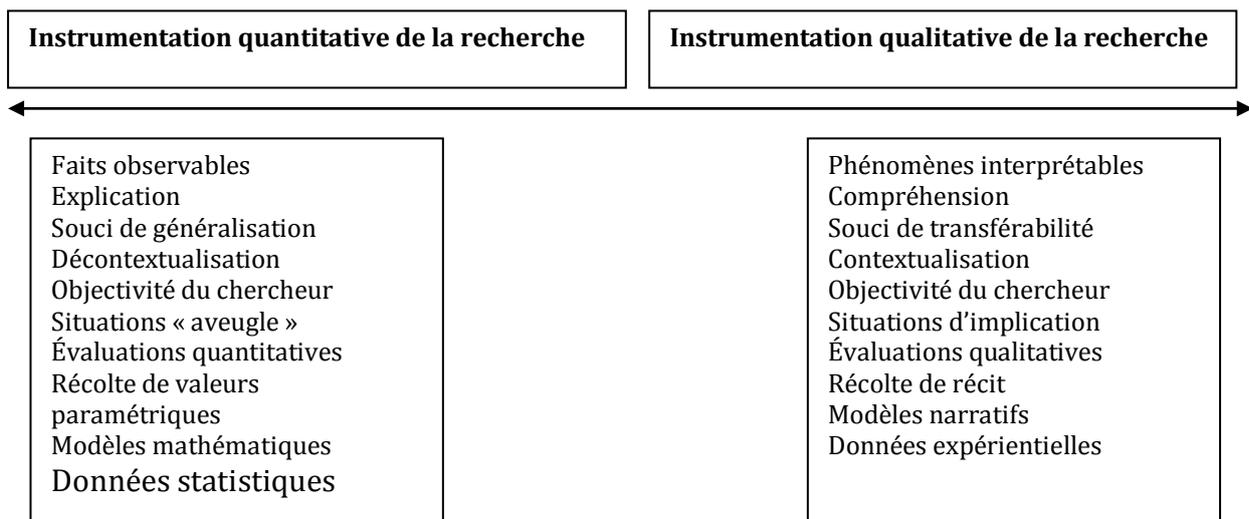


Fig. 2 Instrumentation quantitative versus qualitative de la recherche

Dans les deux positions, il s'agit de se référer à des critères pour valider la pertinence de la recherche en fonction des objectifs et de la finalité qu'elle poursuit et du type de savoir qu'elle se propose de faire émerger. D'expérience, il m'apparaît opportun de défendre cette idée de recherche intégrée dans laquelle il est possible d'isoler des variables pour lesquelles une donnée quantitative vient étayer une hypothèse, dans une relation de cause à effet mais aussi de récolter des données pertinentes pour comprendre le sens de l'action menée du point de vue des acteurs concernés (validation interne). Il est aussi important d'étudier les conditions de transférabilité à d'autres contextes que celui de l'expérimentation (validité externe). La présence d'un artiste dans un milieu non familier (ni lui, ni l'équipe de professionnels, ni le milieu ne sont à priori construits pour et avec cette spécificité

professionnelle) représente un évènement modifiant la dynamique collaborative du système. Pour ces raisons il peut être judicieux *d'adjoindre des critères dits « relationnels »*^{iv}. Il s'agit de *critères d'équilibre et d'authenticité*.

Le critère d'équilibre consiste à vérifier que les différents points de vue des participants soient exprimés. Les critères d'authenticité renvoient à la pertinence et aux effets de la recherche sur les participants. L'adoption de ces critères permet de valider l'approche participative dans une conception d'analyse qualitative de la recherche. Si je m'interroge sur ce que serait une démarche participative « idéale » dans une conception socio constructiviste, alors j'interroge aussi ces critères dits « relationnels » non seulement sur le plan scientifique mais aussi et surtout sur le plan éthique. Par exemple, le critère d'équilibre renvoie du point de vue scientifique à la récolte exhaustive des points de vue mais du point de vue éthique, il renvoie au souci d'équité en rendant compte des différents points de vue des personnes et des valeurs qui sous tendent ces points de vue. Le critère d'authenticité permet du point de vue scientifique, d'acquérir de la connaissance sur l'impact de la recherche et son processus auprès des participants mais du point de vue éthique, de permettre aux participants de faire un apprentissage sur soi, sur les autres, sur l'action en cours et de devenir possible acteur de changement dans une dynamique collaborative de système (socio constructivisme). Dès lors, l'implication du chercheur devient également un critère, d'où l'importance de sa bonne connaissance, voire expérience du contexte (limiter l'effet pervers des représentations et idées préconçues). C'est dans la conception des modalités de la recherche que ces critères peuvent être opérants dans une logique où les acteurs deviennent co-constructeurs.

4. Un cadre explicatif pour se donner une représentation rationnelle de la réalité

L'utilisation d'un modèle explicatif permet de conceptualiser et contextualiser la méthodologie de la recherche. La plupart s'appuient sur des modèles de développement humain, certains assez spécifiques tels que le modèle du PPH^v dans le cadre du handicap ou d'autres plus généraux tels que le modèle explicatif de Deccache^{vi}.

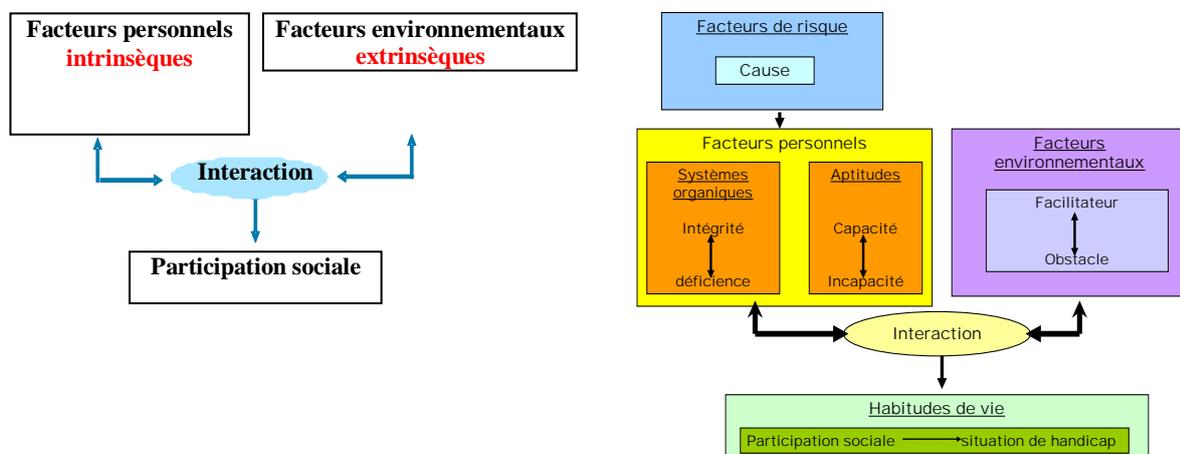


Fig 3 Modèle de développement humain et modèle du PPH

Dans la figure 4, ci-après, je montre un exemple de recherche où j'ai utilisé le modèle explicatif de Deccache, dans le cadre du soutien à la parentalité

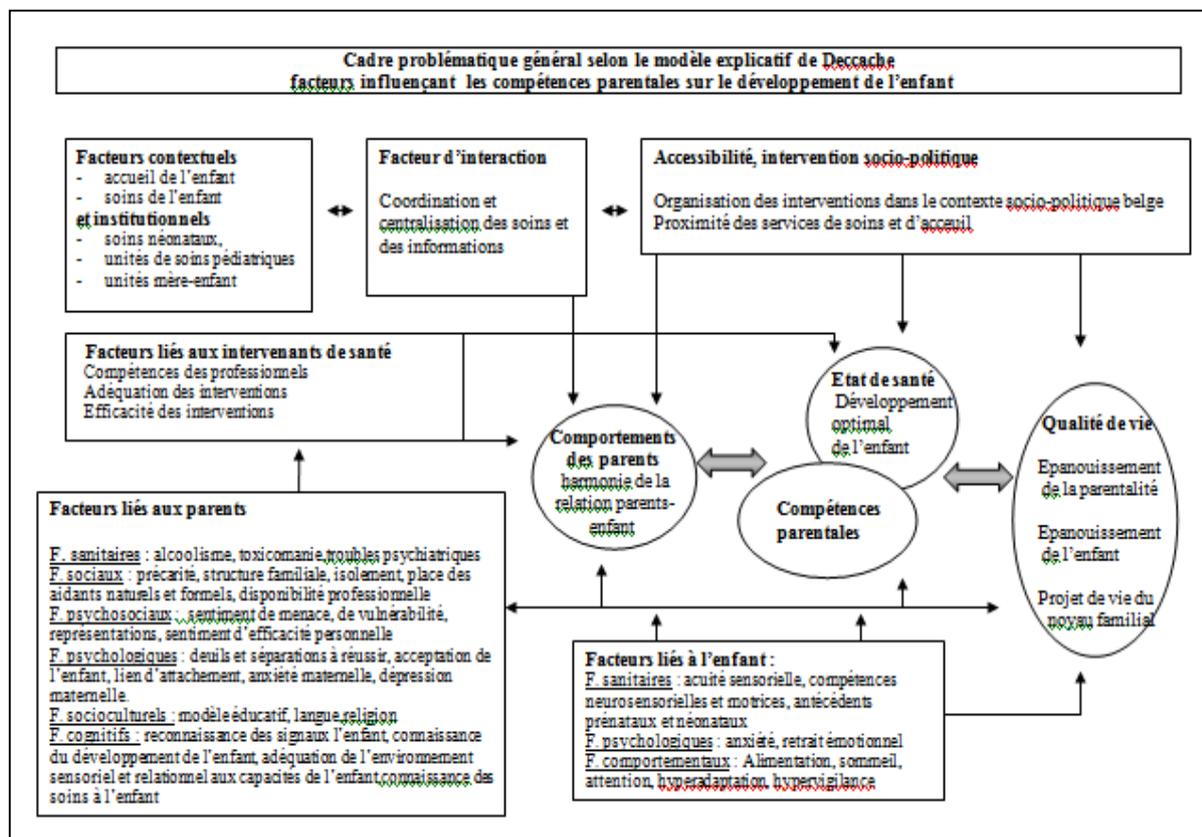


Fig.4 Modèle explicatif de Deccache

4.2. Dégager des questions et objectifs de recherche

L'utilisation d'un modèle permet de structurer les données de la littérature afin d'en extraire les éléments pertinents en termes d'état de santé, de comportements de santé et de qualité de vie. Ce modèle explicatif en Santé Publique offre l'opportunité de dégager les objectifs de recherche pour construire une intervention de type éducationnelle thérapeutique, par exemple, dans le cadre d'une approche artistique. Dans le cas cité en exemple, je comprends l'influence de divers facteurs sur l'état de santé de l'enfant, notamment son développement. Au départ de ce cadre conceptuel, il est possible de dégager des objectifs d'intervention ainsi que des critères et indicateurs pour son évaluation, afin de vérifier si l'intervention a une influence sur le développement de l'enfant. Ceux-ci étant traduisibles en sites d'action, cibles thérapeutiques et items selon la terminologie du modèle tourangeau.

4.3. Choisir les outils d'évaluation pertinents

Si l'on souhaite évaluer un éventuel effet de l'art thérapie, il faut choisir des outils validés et appropriés au contexte et à la problématique étudiée, quand ils existent. Dans le cas cité, j'ai

retenu le quotient de développement obtenu avec l'échelle de Brunet-Lézine. Dans les études portant sur l'appareil locomoteur on pourra utiliser les outils de mesures d'amplitudes articulaires ou de forces musculaires. Dans le cadre de l'évaluation de la qualité de vie, il existe pas mal de questionnaires en fonction des pathologies (lombalgie, fibromyalgie...). Les échelles de Likert peuvent être utilisées pour évaluer des items de qualité de vie ou de santé perçue.

Pour tenter de comprendre l'impact que peut avoir l'engagement dans une activité artistique, on utilisera une démarche de recherche qualitative, sous la forme d'une analyse catégorielle de contenu d'interview par exemple. La richesse de l'approche qualitative permet de mieux comprendre ce qui a donné des résultats selon l'expérience et le point de vue des participants. Elle permet aussi de comprendre l'action selon ses motifs et ses buts^{vii}. Couplée à la démarche quantitative elle permet de mener une véritable recherche intégrée permettant de vérifier à la fois l'atteinte des objectifs de l'intervention, la concrétisation d'effets pour le bénéficiaire, la production d'un certain impact sur l'environnement.

5. Conclusion

Le recours aux modèles fondés sur une conception bio-psycho-sociale de la santé selon une logique socioconstructiviste sont pertinents pour construire une stratégie de recherche et définir des objectifs d'intervention compatibles avec le modèle d'intervention par une approche artistique tel que le propose le modèle tourangeau. Ainsi, les « *méthodologies hybrides* », issues de modèles des sciences médicales et des sciences de l'éducation paraissent les plus adéquates. L'approche artistique en milieu d'aide d'accueil et de soins dans une conception socio constructiviste implique d'emblée une intersubjectivité particulière et peut conduire à une activité réflexive source d'apprentissage sur soi et les autres. Adjoindre des critères de type relationnels dans la recherche en art thérapie peut avoir, dans ce cas, tout son intérêt. Par ailleurs, opter pour une « recherche intégrée », en retenant des critères et indicateurs quantitatifs et qualitatifs permet de mieux comprendre les résultats de l'intervention mais aussi le processus de transformation des acteurs et du système au cours de l'action. Du fait de la diversité des méthodologies, leur description rigoureuse est essentielle pour la confrontation des résultats à la littérature. C'est une étape importante pour aider à vérifier ou pas la validité et la crédibilité des résultats.

Enfin, communiquer les résultats permet aussi de cumuler un savoir utile pour mieux comprendre le sens d'une approche artistique à visée éducative et/ou sanitaire et/ou humanitaire. Il faut d'ailleurs souligner l'existence d'une première méta-analyse montrant les effets de l'art thérapie^{viii}. Enfin, il faut encourager les méthodologies de recherche qui au delà de chercher à savoir si l'art thérapie produit des effets bénéfiques, tentent de mieux cerner la spécificité de l'approche par l'art dans sa visée du mieux être de la personne et les mécanismes permettant de comprendre les résultats.

6. Notes et bibliographie

-
- ⁱ Costandriopoulos, de Ketele cités par Delory C. (2003), *Guide pratique de la recherche en sciences humaine*, Ed Erasmé, Namur, 272P
- ⁱⁱ [Gaston Bachelard](#), (2004), *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance*, Paris
- ⁱⁱⁱ Congrès SFETD 2011
- ^{iv} Gohier Ch., (2004), *De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative*. Recherche qualitative, Vol 24, pp 3-17. Université du Québec, Montréal
- ^v Modèle du Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas P.)
- ^{vi} Deccache A., Lavendhomme E. (1989), *Information et éducation du patient*. Savoirs et santé, De Boeck Université Bruxelles 239 P.
- ^{vii} PailleP., Muchelli A. (2003), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Ed Colin, Paris, 205 P.
- ⁷ Heather L., Stuckey D., and al.,(2010), *The connection between Art, Healing, and Public Health : a review of current literature*, American Journal of Public Health, Feb.; 100 (2) : 254-63.
- Collectifs d'auteurs sous la direction de R. Forestier, *Profession art thérapeute*, Actes du congrès international d'art thérapie 2010, Elsevier-Masson, Paris, PP 125-130
- Schiltz L., Desor D., Schiltz Jang, Soulimani R., (2009), *Rapport de recherche, applications de l'art thérapie. Approche clinique et expérimentale intégrée*. Tome I: domaine psychopédagogique et développemental. FNR. CREFI.PCSA. Université de Luxembourg. Luxembourg.
- Schiltz L., Desor D., Schiltz Jang, Soulimani R., (2009), *Rapport de recherche, applications de l'art thérapie. Approche clinique et expérimentale intégrée*. Tome II : domaine clinique et psychosocial. FNR. CREFI.PCSA. Université de Luxembourg. Luxembourg.
- Stengers I, Schangler J., (1991), *Les concepts scientifiques*, Folio essais, Galimard
- Stengers I, Bensaude-Vincent B., (2003), *100 mots pour commencer à penser les sciences*. Ed Les empêcheurs de penser en rond. Paris

La Créativité est-elle scientifique ?

Paul CHIRIBUTA
UNATC I.L.CARAGIALE
Bucarest - Roumanie

La créativité est-elle scientifique? La réponse est plus complexe et plus étrange qu'on puisse croire. Elle peut être définie comme la transformation d'une absence en un phénomène. La créativité est alors la capacité à produire de nouveaux objets ou nouvelles idées. Par ailleurs, la créativité peut être considérée comme la capacité d'apporter des solutions originales aux problèmes d'adaptation auxquels chaque être humain est confronté. La créativité peut donc se définir comme une manière d'être au monde; c'est pourquoi elle est aussi expression de soi, expression qui peut être corporelle, graphique, sonore, vocale... La créativité est attribuée à des processus cognitifs, à l'environnement social et à la personnalité. Elle est multidimensionnelle et peut être approchée par l'intermédiaire de la personne qui crée, par le processus, par le produit de la création, par l'environnement où par le problème attaqué. L'acte de création permet un accès privilégié à l'inconscient, à la sagesse intérieure, à l'inconscient collectif, au profond et à l'universel; des dimensions qui traversent les frontières, les siècles et échappent à toute explication rationnelle. Elle est scientifique autant que nous étudions la matière du corps humain et notre bagage génétique. Nous partageons 98% de ce bagage avec les primates. Mais il y a le 2% qui nous sépare et qui fait la différence, et là, l'homme s'en rejouit d'un pouvoir spirituel, dont il est très difficile d'entrevoir l'aspect scientifique. Le processus de modifications génétiques responsable de l'évolution biologique n'a pas d'équivalent dans l'évolution culturelle. La découverte d'Albert Einstein ne se transmet pas automatiquement à la génération suivante. L'acte créatif peut être considéré comme le fruit d'une volonté qui utilise les informations provenant de la mémoire logique ou irrationnelle et les réorganise, poussée par l'imagination, l'intelligence émotionnelle et l'inspiration.

Pendant une grande partie de l'histoire de l'homme, la créativité fut considérée d'origine divine et comme une prérogative des êtres suprêmes. Plusieurs textes grecs et judéo-chrétiens considèrent l'esprit comme un vase dont une divinité le remplissait d'inspiration. L'esprit ressemble à une maison avec deux chambres : une pour déposer l'inspiration et l'autre pour l'exprimer. Platon affirme qu'il ne peut pas créer autre chose que la « muse » l'inspire et désire d'exprimer. Dans des témoignages beaucoup plus récents les artistes parlent du processus de création pratiquement dans les mêmes termes. Beethoven raconte que pendant l'écriture, il se trouve sous l'emprise d'un esprit qui lui dicte la musique. Rudyard Kipling évoque un démon aimable qui habite son stylo.

Le changement dans l'interprétation de la créativité intervient au moment où le phénomène est considéré comme le résultat d'une capacité humaine innée qui permet les combinaisons des idées, des jugements et des valeurs morales et esthétiques, grâce à l'imagination associative. La créativité fait son apparition comme expression exceptionnelle du talent déterminé par des facteurs génétiques et les conditions de l'environnement. A partir de ce moment

l'aspect surnaturel a été éliminé. Francis Galton¹ explique pour la première fois que l'enchaînement des « impressions mentales » est la principale source des nouvelles idées qui naissent de la force associative.

Au début des années soixante du siècle dernier, les psychologues ont élaboré un modèle conceptuel en cinq étapes de la créativité.

- 1) La préparation : nous accumulons des informations sur le problème à résoudre et notre raisonnement étudie la faisabilité.
- 2) L'incubation : l'inconscient, sans laisser l'impression, travaille pour trouver une solution
- 3) L'illumination : à un certain moment l'inconscient envoie un message à notre raison et une idée est née.
- 4) La formulation : l'individu cherche les moyens de mettre en pratique son idée, l'adapte aux circonstances et aux possibilités matérielles.
- 5) La vérification : la personne fait publique une forme structurée de son idée. Les uns sont étonnés, certains aiment, d'autres pas... et à partir de là, un autre problème se pose devant l'individu créatif.

La conception en cinq phases du processus créatif est peut-être simplificatrice, et parfois trompeuse, mais elle constitue une manière simple et valable d'organiser toutes les variables qui entrent en jeu. Ce modèle a été amélioré depuis, en raison du caractère plus récursif que linéaire du processus créateur. Le nombre de répétitions, d'impasses, d'idées qu'il implique, dépend de la profondeur et de l'étendue des sujets traités. Il faut remarquer que deux étapes parmi les cinq de ce processus, d'ailleurs les plus importantes, se passent dans la zone de l'inconscient humain. L'incubation et l'illumination sont très obscures scientifiquement. L'inconscient travaille les informations obtenues d'après certaines lois qui nous échappent et il nous livre à la fin une solution inattendue. Pour l'instant est impossible d'expliquer le phénomène, mais pour avoir d'individus plus créatifs dans la société il faut se concentrer sur les étapes contrôlées par le raisonnement, les doper et ainsi obliger l'inconscient à travailler de manière créative la plupart du temps.

Abraham Maslow observe la distinction entre la créativité qui exige un talent particulier dans un domaine précis (la créativité des artistes) et la créativité qui est seulement accomplissement de soi-même par l'individu. Les personnes douées de cette forme de créativité ont moins peur des autres et d'eux-mêmes, ce qui leur permet de s'accepter plus facilement et aussi de mieux accepter la réalité. Pour restituer à l'individu la plénitude de son identité, la créativité a évidemment une large part. Mon intervention s'organise autour de la créativité des gens ordinaires et moins sur la créativité des artistes et des scientifiques, qui, par leurs œuvres et découvertes, ont changé le monde. Plus que traiter un sujet aussi fuyant et fondamental, il s'agit de rendre visible les « manières de faire » quotidiennes de ceux qu'on cache sous le nom pudique de « consommateurs » voués à la passivité et à la discipline. Malgré l'atomisme social contemporain, c'est la relation sociale qui détermine l'individu et

¹ Hereditary Genius – Broché 1962 Paris

non l'inverse. Chaque individualité est le lieu où joue une pluralité, souvent contradictoire de ses déterminations relationnelles. La créativité surgit de l'expérience personnelle et de la pression sociale. Nous allons nous intéresser à ce pouvoir dont chacun possède et qui peut rendre notre vie plus intéressante et plus productive, mais qui est parfois occultée par une rationalité dominante. Pour la plupart des gens, l'horizon est occupé par les systèmes de la production : commerciale, urbanistique, télévisé, etc . L'extension totalitaire de ces systèmes ne laisse plus d'espace aux individus d'affirmer leur existence. A cette production expansionniste, bruyante et spectaculaire il faut opposer une créativité personnelle capable de préserver un espace de liberté pour chaque individu. Pour améliorer ses conditions de vie, il ne suffit pas d'éliminer ce qui ne va pas, il faut aussi se donner de buts positifs. La créativité répond à ce besoin parce qu'elle est l'un des buts les plus positifs que l'on puisse se fixer. L'engagement dans un processus créatif donne la sensation de vivre plus intensément et nous approche du sentiment de plénitude que nous attendons de la vie.

Mihaly Csikszentmihalyi arrive à la conclusion que la créativité qui enrichit la société résulte des interactions d'un système composé de trois éléments: une culture dotée de règles symboliques, une personne qui introduit une nouveauté dans ce domaine symbolique et des experts qui reconnaissent et valide l'innovation. Mais il est possible d'être créatif sans avoir un apport déterminant sur la culture d'une société. Pour être créatif, trois points sont essentiels: „l'ardente curiosité, l'émerveillement devant un mystère, le ravissement de trouver une solution qui révèle un ordre insoupçonné. Quand ils n'obtiennent pas de grands succès, les individus créatifs apprécient la joie du travail bien fait. Ils aiment apprendre, c'est là leur plus grande récompense”².

La curiosité n'est pas un vilain défaut. Les gens créatifs s'intéressent à tout et à tous. Ils se distinguent par leur adaptabilité à n'importe quelle situation et leur capacité à tirer profit de tout pour parvenir à leur but. Plus le cerveau est irrigué, plus l'association des idées a des chances à se produire. Une idée méritant le qualificatif de créative provient de la synergie de différentes sources et non d'un esprit unique. Un acte authentiquement créateur n'est presque jamais le résultat d'une intuition immédiate, mais un processus qui peut durer des années. La créativité regardé sous cet angle est la recherche du beau exprimé par le sentiment, la passion, la rêverie de chacun. Baudelaire définit la beauté comme étant un accord de contraires: du présent mêlé à de l'éternel.”Le beau est toujours étonnant” dit-il. Cette recherche n'est que personnelle et chacun saisie l'aspect de ce multiforme beau, qui lui correspond.

„Nous naissons tous avec deux séries d'instructions contradictoires: une tendance conservatrice qui comprend les instincts d'autopréservation, d'auto-accroissement et d'économie de notre énergie, et une tendance expansive faite des instincts d'exploration, du plaisir de la nouveauté et du risque. La curiosité qui produit la créativité appartient à cette série”³. Si la première tendance nécessite peu d'encouragement, la seconde risque de disparaître lorsqu'elle n'est pas entretenue.

La créativité de nos industriels se résume au principe de Dilbert énoncé par Scott Adams: „ pour créer un marché, il faut inventer un problème, puis trouver sa solution”. Devant une telle

² La créativité – Mihaly Csikszentmihalyi Pocket 2009

³ La créativité – Mihaly Csikszentmihalyi Pocket 2009

manière de voir les choses par la société de consommation, les gens ordinaires doivent opposer une créativité qui préserve leur personne et la met à l'abri de faux pistes. Ils créent à partir de leurs propres connaissances, émotions et expériences. La créativité est une transformation où un assemblage nouveau de ce qui existe déjà en nous. A partir de ce qui existe, et qui ne nous satisfait pas, nous créons sans cesse. Sans le savoir, nous inventons notre vie, à chaque instant, inéluctablement. La créativité est un état d'esprit, une attitude intérieure qui sollicite non l'intelligence, mais la curiosité, l'empathie, l'estime de soi, l'adaptabilité et l'ouverture à ses émotions. Il faut prendre la créativité comme une philosophie de l'existence. La créativité au quotidien nous amène à résoudre les difficultés rencontrées dans l'environnement où de concrétiser nos projets. Théoriquement, chaque individu a, potentiellement, l'énergie psychique nécessaire pour vivre une vie créative. Mais cette énergie s'épuise dans l'accomplissement des tâches quotidiennes, où par l'incapacité de protéger et de canaliser notre énergie. Dans la plupart des cas nous ne savons pas quoi faire de cette énergie. Une fois canalisée par une activité créative, cette énergie a la capacité de réorganiser les données constitutives de notre personnalité, et les mettre dans une dynamique de collaboration.

Pour Winnicott, parler d'un tableau, d'une coiffure, d'une symphonie, tout cela est identique puisqu'il y est question de créativité. La créativité, dans son aspect universel, pourrait être assimilée à la pulsion de vie chez Freud. C'est lui qui avait confondu créativité et activité artistique, sans s'interroger sur la pulsion créative elle-même. Entre exister et vivre il y a un seul lien – la vie créative. En s'occupant de la créativité dans son acceptation la plus large, Winnicott l'assimile à une attitude du sujet face à la réalité extérieure, qu'il associe à la santé et au goût pour la vie.

C'est difficile de définir le type de la personnalité particulière qui destine à produire de la nouveauté. Si je devais désigner d'un mot ce qui définit les individus créatifs, ce serait celui de *complexité*. Ils présentent des tendances contradictoires et extrêmes – au lieu d'être des *individus* ce sont des *multitudes*. Avoir une personnalité complexe, cela veut dire être capable d'exprimer tout l'éventail des capacités présentes dans le répertoire humain", note Csikszentmihalyi. Certains traits de caractère favorisent la créativité: une prédisposition génétique pour un domaine; une disposition sensorielle particulière peut susciter un intérêt précoce pour un domaine. Il semble que les créateurs disposent d'une grande énergie, qu'ils autoproduisent; une énergie qui doit plus à leurs concentration mentale qu'à la supériorité de leurs gènes. Les individus créatifs sont capables de manier les deux formes de réflexion opposées: la pensée *convergente* et la pensée *divergente*. Grâce à la première nous pouvons résoudre les problèmes rationnels, la deuxième permet d'arriver à passer d'une perspective à une autre et à produire des conclusions novatrices.

La société actuelle encourage le côté agressif, compétitif de notre nature en dépit de notre esprit altruiste et coopératif. Il faut garder un équilibre entre les tendances antagonistes de notre structure, afin d'exprimer la complexité de notre personne. La plupart des gens sont en conflit avec eux-mêmes en essayant de se conformer à une image de soi-même, imposée par la société. Ceux qui ont le courage de vivre les antagonismes de leur personnalité sans conflit intérieur, sont les individus créateurs. En travaillant depuis un certain nombre d'années auprès des apprentis comédiens, j'ai pu constater à quel point une attitude lucide et moins

complaisante envers nous-mêmes, donne le courage d'exploiter les conflits intérieurs, pour arriver à des résultats artistiques remarquables et aussi, pour accélérer l'évolution personnelle. Etant donné les grandes différences entre les capacités personnelles des individus, c'est très difficile de trouver des points de ressemblance entre les processus créateurs. L'analyse doit prendre en compte : le raisonnement, la mémoire, l'intelligence émotionnelle, l'imagination, la fantaisie, l'inconscient, la volonté, l'expérience personnelle, le milieu, etc. Il est plus facile de favoriser la créativité en modifiant l'environnement d'une personne qu'en l'encourageant à penser de façon plus créative. Parmi les éléments qui pèsent sur la créativité, l'intelligence émotionnelle est la découverte la plus récente et désigne : « l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres » (Mayer & Salovey, 1997).

Les émotions sont reconnues comme étant une des trois opérations mentales, à savoir : la motivation, les émotions et les cognitions. Les émotions apparaissent pour signaler les changements (réels ou imaginaires) dans les relations entre un individu et son environnement afin de fournir une réponse adéquate. Les cognitions permettent à l'organisme d'apprendre de son environnement et de résoudre des problèmes dans des situations nouvelles. L'expression *intelligence émotionnelle*, implique donc quelque chose qui appartient à l'intersection des émotions et des cognitions

Dans un article publié en 1988 « A Model of Creativity and Innovation in Organizations », Teresa Amabile analyse les composantes de la créativité individuelle et identifie les conditions favorables à cette dernière. Ce modèle constitue encore aujourd'hui le principal cadre conceptuel de la recherche sur la créativité. Amabile part d'une étude sur 120 chercheurs et techniciens dans 20 secteurs différents, à qui a été demandé de décrire un événement créatif et un événement non créatif. L'analyse de ces interviews a permis de mettre en lumière trois composants nécessaires à la créativité individuelle (quel que soit le secteur) :

- 1) les compétences liées au domaine concerné
- 2) les compétences liées à la créativité
- 3) la motivation intrinsèque.

- Les compétences liées au domaine incluent les connaissances factuelles, les savoir-faire techniques et les talents spécifiques liés au domaine en question. Il s'agit de la « base », de la « matière première » de la créativité.

- Les compétences liées à la créativité incluent un style de pensée favorable à l'adoption de nouveaux points de vue, à l'exploration de nouveaux schémas de pensée, et un style de travail persévérant conduisant à la poursuite acharnée des objectifs fixés. Les qualités personnelles s'ajoutent elles aussi aux compétences liées à la créativité. Amabile insiste sur l'idée que les compétences liées à la créativité peuvent être développées par des méthodes et par l'entraînement. Enfin, comme pour les autres facteurs, Amabile précise que les compétences liées à la créativité sont indispensables à la créativité : « Même avec des compétences liées au domaine à un niveau extraordinaire, une personne ne sera pas en mesure de produire un travail créatif si les compétences liées à la créativité manquent. »

- La motivation intrinsèque dépend de la manière dont une personne perçoit les raisons de réaliser la tâche. Les facteurs de motivation intrinsèque sont l'intérêt pour le travail en lui-même, l'attraction pour le challenge, l'impression de travailler sur un sujet important, le fait de partager une conviction liée au projet. Si la personne a une motivation intrinsèque, elle prendra plaisir à y jouer, à essayer des chemins différents, à explorer, et à y réfléchir. Cette concentration procure un véritable plaisir et augmente l'attrance pour le défi et l'énigme.

Teresa Amabile estime que ce dernier facteur de la motivation intrinsèque a été le plus négligé par les chercheurs et les praticiens, alors qu'elle le considère comme le plus important. « Aucune expertise du domaine, ni aucun degré de compétences créatives ne pourront compenser un manque de motivation à réaliser avec succès une activité. A l'inverse, dans une certaine mesure, un degré de motivation intrinsèque peut compenser un déficit de compétence dans le domaine et de compétence liée à la créativité ». L'observation mérite toute notre attention parce que la motivation est l'élément majeur dans le démarrage d'une activité créative pour ceux qui n'ont pas l'habitude. Trouver où inciter à trouver une forte motivation reste la tâche essentielle pour celui qui ouvre la voie de la créativité.

Notre époque nous pousse à la créativité. Nous savons qu'une bonne partie de la population exercera dans la vie plusieurs métiers, connaîtra quelques périodes de transition, et devra s'adapter à des conditions différentes assez régulièrement. Devant une telle perspective les gens doivent avoir le sens de l'évolution et la capacité de l'adaptation. Une définition paradoxale du théâtre pourrait être la suivante: le théâtre est un enchaînement d'actions réelles qui implique des sentiments réels et un réel engagement pour construire finalement, une fiction.

Quand nous essayons de toucher à la créativité, nous devons partir à l'inverse: imaginer un parcours construit de petites unités de fiction conduisant, finalement, à éveiller une pulsion réelle que tout le monde possède - la pulsion créative.

La technique de petits pas, c'est à dire, les pas qui construisent des actions réelles, simples et crédibles qu'on utilise dans l'entraînement du comédien, nous pouvons l'appliquer cette fois, dans la construction des petites unités de fiction simples et à la portée de tous, pour inciter les individus à reprendre le chemin de la créativité.

Les hommes ont presque modifiés la face de la terre, et ont revendiqués le titre de créateurs. Les changements ainsi effectués seront-ils favorables à l'humanité ou causerons-t-ils sa disparition? Il est essentiel que nous prenions conscience de la terrible responsabilité qu'implique le rôle de créateur. L'étude de la créativité s'arrête just avant la fameuse Eureka d'Archimède, de la même façon comme nous nous arrêtons dans l'étude du grand Big-bang juste avant le moment initial, qui est à l'origine de notre univers. Le célèbre mur de Planck fixe les limites de notre capacité actuelle de compréhension. En attendant l'évolution de la neurobiologie, une réponse provisoire est possible : la créativité *est* scientifique dans l'analyse qui nous approche du moment de l'illumination, mais à partir de là, les choses nous échappent pour le moment.

L'Art thérapie winnicottienne et ses fondements scientifiques **réflexions sur une pratique brésilienne**

Tania Maria José Aiello Vaisberg

Fabiana Follador Ambrósio

Universidade de São Paulo

PUC-Campinas

Brésil

Il nous semble que produire connaissance scientifique est une démarche dangereuse, une fois que toute recherche scientifique, dans le champ des sciences naturelles ou humaines, représente l'adoption de procédés méthodologiques qui peuvent révéler que nos convictions sont peut-être fausses. D'autre part, percevoir que toute connaissance est historiquement conditionnée nous amène à admettre que ce que nous prenons comme vérité peut être surmonté dans l'avenir. Voilà pourquoi, la vérité scientifique est, en essence, provisoire et destinée au changement.

Paradoxalement, c'est justement un fondement scientifique qui peut nous donner un certain confort, quand nous sommes en train de recevoir des patients, pour les aider à surmonter des difficultés de vie ou bien à supporter de façon acceptable des conditions qui ne peuvent pas être changées. Ce confort n'a rien à voir avec la croyance religieuse, qui cherche des certitudes, mais, tout au contraire, avec la foi dans la capacité humaine de vivre sans certitudes définitives et de réfléchir sur la vie humaine de façon rigoureuse et méthodique. Cette capacité nous permet de percevoir certains aspects contradictoires des échanges entre les individus et les groupes, tout en éclairant la complexité de la vie de façon « locale », tandis qu'elle nous donne la confiance nécessaire pour reconnaître que ce que nous ignorons est beaucoup plus grand que ce que nous savons. Ainsi, c'est justement la recherche permanente de la vérité qui nous place face au besoin de vivre avec l'insécurité des explications contemporaines, sans devenir trop anxieux ou trop perplexe.

Mais de quelle science parlons-nous quand nous nous concentrons sur l'Art thérapie ? Quelle est, précisément, la science qui nous donne les meilleures conditions pour le travail clinique ? Avant de répondre, il faut faire quelques considérations, qui sont épistémologiques et aussi idéologiques.

Du point de vue idéologique, nous savons, aujourd'hui, que le respect à d'autres façons de penser et de vivre est fondamental. Si l'espèce humaine vit, depuis longtemps, dans toutes les régions de la planète, il est, certainement parce qu'elle est malléable et capable de s'adapter à des conditions très différentes. La croyance colonialiste sur la supériorité de la civilisation occidentale a été déjà démasquée par plusieurs auteurs, qui y ont vu une simple stratégie de domination. Alors, si on ne veut pas dominer l'autre, mais tout simplement contribuer à la résolution des troubles tels que la souffrance psychique, il sera facile croire que plusieurs formes de faire et penser l'art thérapie peuvent être également fécondes. De notre part, il faut

tout simplement déclarer que nous nous limiterons, ici, à la considération d'une particulière forme d'Art thérapie, celle que nous adoptons. Il s'agit, précisément, d'une clinique winnicottienne, qui est, comme ça, psychanalytique.

Du point de vue épistémologique, nous pensons qu'il est plus prudent d'accepter que la complexité et la nature changeante et contradictoire de la réalité nous poussent à accorder une très grande importance au niveau de la vie concrète des êtres humains, qui est le point de départ de toute réflexion (Poltzer, 1928 ; Bleger, 1963). La nature de la réalité demande, par soi-même, que la production de connaissance soit faite d'après plusieurs perspectives, d'après plusieurs regards. En ce qui concerne les sciences humaines, il faut se souvenir que sa constitution dérive, déjà, d'une vision de l'importance de la multiplicité, même si l'on a pris un certain temps pour percevoir qu'elles sont des champs de recherche qui partagent un seul et unique objet d'étude : l'être humain (Bleger, 1963). Ainsi, nous ne parlerons que d'une façon particulière et concrète d'Art thérapie, qui se limite à la considération des troubles affectifs et relationnels, devant de différents types de patients, soient des patients mentaux, des patients organiques ou handicapés. Nous savons bien que d'autres modalités d'Art thérapie peuvent aider les patients à surmonter d'autres troubles, tels que ceux de l'apprentissage ou d'activités liées à la vie quotidienne dues à leurs déficits moteurs ou sensoriels, mais nous ne nous occupons de ce genre de questions dans notre clinique.

Dans son travail de tous les jours, l'Art thérapeute utilise, bien sûr, sa sensibilité, son intuition, sa capacité de compréhension émotionnelle. Mais tout ça n'a d'autre origine que la connaissance scientifique, qui ne peut pas être confondue avec le positivisme, qui a permis des notables progrès dans beaucoup des champs du savoir, mais pas dans la compréhension de l'existence humaine. Dans les sciences de la santé, on connaît bien des progrès extraordinaires qui rendent possible la cure de maladies qui étaient, auparavant, incurables. Aujourd'hui, la question plus importante, devant plusieurs maladies, est le manque de médicaments et de traitement pour les plus pauvres et non plus l'inexistence de savoir médical. Alors, si on se libère de la confusion entre science positiviste et science, on verra que, en faveur d'une vision adéquatement élargie du savoir scientifique, que, en ce qui concerne les disciplines humaines, réflexion et sensibilité ne sont pas incompatibles.

C'est, alors, sur les sciences humaines que nous trouvons les fondements de l'Art thérapie winnicottienne. Plus précisément, c'est sur un *savoir de nature psychologique*, soit- il édifié ou non par des auteurs qui ont obtenu un diplôme universitaire de psychologie, une fois qu'il s'agit d'une connaissance sur le vécu qui sera la base des pratiques qui n'utilisent que la communication interhumaine pour soigner, sans recourir à d'autres procédés ou interventions directs sur le corps, pour travailler seulement avec les significations et les émotions, qui peuvent se manifester par des activités artistiques ou bien artisanales. On ne veut, évidemment pas dire que seulement les personnes qui ont fait un cours universitaire de psychologie peuvent être art thérapeutes – parce que nous habitons un pays qui reconnaît que l'Art thérapie est si complexe que la formation de l'Art thérapeute doit être faite toujours après le cours universitaire, soit la médecine, soit la psychologie, soit la pédagogie, soit la musique, soit les beaux-arts et tant d'autres. Voilà pourquoi, il nous semble absolument nécessaire

déclarer que la science de base de l'Art thérapie sera toujours une science de nature psychologique, vouée à la compréhension de la vie affective de l'homme, peu importe si l'art thérapeute est médecin, musicien, psychologue, pédagogue ou s'il a reçu une formation spécifique comme art thérapeute – telle que celle qui existe déjà dans des plusieurs pays, mais pas dans d'autres. Bien sûr, on adopte ici une vision élargie de la psychologie scientifique qui ne peut pas être confondue avec la psychologie académique ou avec la psychologie positiviste.

La psychologie peut être pensée comme science positiviste – et abstraite – ou comme psychologie concrète de la conduite (Politzer, 1929 ; Bleger, 1963). La psychologie concrète de la conduite, qui a été créée, en France, par Politzer (1929), a été développée, en Amérique du Sud, par l'argentin José Bleger (1963). Cependant, à notre avis, les propositions théoriques de D.W. Winnicott (1971), auteur qui a valorisé la pratique clinique avant tout, sont, jusqu'à présent, celles qui ont répondu, de façon plus heureuse, aux exigences posées par la psychologie concrète.

On doit dire, pour être précis, que la psychologie concrète, comme science humaine, peut être psychanalytique, phénoménologique, dialectique, ethnographique ou adopter d'autres approches, s'ils sont compatibles avec une approximation maximale de ce qui est concrètement vécu. Pour assurer la cohérence, la psychologie concrète ne peut pas adopter des références théoriques qui demandent le travail intellectuel d'abstraction positiviste. Nous avons choisi l'approche psychanalytique mais nous comprenons et nous respectons ceux qui ont choisi d'autres perspectives théoriques, compatibles avec la valorisation du plan concret de la vie humaine par les sciences humaines.

Alors, nous utilisons, comme fondement de notre clinique et de nos recherches, la psychologie comme science et la psychanalyse comme approche théorique et méthodologique. En cherchant une pensée psychanalytique concrète, nous avons trouvé, dans Winnicott, un interlocuteur très important, par plusieurs raisons, dont la première est le fait d'avoir abandonné les formulations métapsychologiques en faveur d'une théorisation plus proche des événements cliniques (Fulgêncio, 2007).

Sa pensée, qui suit le chemin de la description d'états plus dissociés vers d'états plus intégrés, d'états plus immatures vers d'états plus matures, associé avec l'usage de la méthode psychanalytique pour arriver à la compréhension émotionnelle des patients (Orange, 1995) et pour vérifier l'efficacité clinique des interventions art thérapeutiques, est le chemin qui nous avons pris comme fondement de notre pratique.

La priorité de la méthode sur la théorie

Selon Winnicott (1996), il faut penser au travail du psychothérapeute comme on pense à la musique. On sait bien qu'il faut connaître des théories et des techniques pour bien jouer, par exemple, un violoncelle. Cependant, produire de la vraie musique dépasse ces connaissances pour devenir quelque chose qui vient spontanément, sur laquelle le musicien n'a pas besoin de réfléchir. En parlant de soi-même, dit, cet auteur, que la théorie de la maturation émotionnelle n'est pas une chose sur laquelle il doit penser, une fois qu'elle fait partie de sa façon d'être et de se positionner devant la vie.

À notre avis, pour travailler psychanalytiquement, dans ou dehors le dispositif classique, y inclus la pratique comme art thérapeute, il faut avoir internalisé, de façon intégrale, et pas comme savoirs ou techniques à être dominés, deux éléments : la méthode psychanalytique et la théorie de la maturation émotionnelle. On verra, à la suite, que ces deux éléments ne sont pas totalement indépendants, parce que la correcte appropriation de la méthode exige que la théorie de la maturation émotionnelle soit, au même temps, mise en suspension temporaire, et maintenue comme présupposition sur la « nature humaine » (Winnicott, 1988).

La méthode psychanalytique a été classiquement décrite comme constituée par la combinaison de deux pratiques : l'association libre et l'attention flottante (Laplanche et Pontalis, 1967). L'étude des premiers cas rapportés par Freud (1905) montre clairement la notion qu'il a pensé ces pratiques ayant par horizon le dispositif classique, dans lequel la communication verbale entre l'analyste et le patient était l'activité plus centrale. Mais si nous nous éloignons du dispositif freudien, pour focaliser des cadres différenciés, tels que l'analyse de groupe, l'analyse d'enfants ou l'art thérapie psychanalytique, nous arriverons facilement à la conclusion selon laquelle ce qui est nommé comme association libre couvre une invitation à la recherche d'une expression subjective si libre qu'elle soit possible, en utilisant la parole, le jeu, la gestualité ou bien l'art. On doit dire quelque chose de semblable en relation à l'attention flottante, dans la mesure où elle signifie une ouverture de l'analyste à l'expression personnelle du patient. Cette ouverture est une façon tout à fait singulière d'être avec l'autre, qui mélange une réception sensible de la manifestation de l'autre avec la possibilité de maintenir une distance optimale qui permet que l'objectif thérapeutique ne soit perdu.

En utilisant la méthode comme celle-là, on pourra arriver à la constellation de différents champs affectifs et relationnels (Herrmann, 1979), dans lesquels la nouvelle expérience pourra être vécue. La compréhension émotionnelle de chaque champ sera ce qui permettra le holding du patient et son développement ultérieur. L'énonciation des sentences interprétatives n'est pas nécessaire et, si elle arrive, sera comme la couronne d'un processus déjà vécu.

Il est intéressant d'ajouter que la même procédure d'observation participante des champs affectifs et relationnels est ce qui rendra possible la vérification de l'efficacité clinique de l'art thérapie, parce que la succession des champs suit un sens quand on va de la psychopathologie à la santé et vice versa. Ainsi, on peut, à chaque moment, savoir ce qui se passe grosso modo, même si on ne peut pas dire ce que chaque mot ou chaque geste signifie. On pourra percevoir

si le sens du changement va vers l'intégration du *self* ou, au contraire, vers l'augmentation de la dissociation. Il va de soi que les études sur l'efficacité des interventions cliniques sont très importantes du point de vue éthique, étant donné que l'on ne doit pas exiger que les individus et les groupes ne soient pas suffisamment informés sur la possibilité de recevoir de bons soins.

En ce qui concerne l'internalisation de la théorie de la maturation émotionnelle, il faut se souvenir qu'elle est, avant tout, la croyance dans la capacité humaine de se réaliser, quand il y a des conditions favorables au développement personnel. Secondaire et logiquement, cette théorie affirme qu'il y a un sens de l'immaturation vers la maturité qui, une fois bouleversé, origine plusieurs formes de défense, toujours de fond dissociatif. Comme on voit, cette théorie doit être, à notre avis, prise de façon légère, comme quelque chose de facilement portable et jamais comme une lourde valise qui pourra nous empêcher de maintenir une position d'ouverture méthodologique vers la rencontre clinique dans l'atelier de l'art thérapie.

De toute façon, il nous reste, ici, focaliser notre attention sur ce qu'il y a de singulier dans le cadre de l'art thérapie winnicottienne. L'utilisation de l'art comme recours dans la cure est tout à fait compatible avec ce qu'il y a de plus fondamental dans la pensée de cet auteur, dans la mesure où il croit que la maturité et l'intégration personnelle signifient, avant tout, la conquête de pouvoir vivre dans l'alternance d'états d'excitation intégrés et d'états de calme ou, alors, on peut être pas intégré, sans vivre l'agonie de la désintégration. Or, si on arrive à conquérir cette alternance, on sera dans une position existentielle compatible avec la possibilité de jouer.

Chacun jouera à sa façon, l'enfant comme enfant, l'adulte comme adulte. Le jeu de l'adulte se fait, justement, par le travail, quand il est vécu avec plaisir et sens, et par l'art, soit comme expérience de création, soit comme expérience d'appréciation créative des œuvres créées par d'autres personnes ou groupes, si l'on pense aux créations collectives comme le théâtre, le cinéma, la musique symphonique, parmi d'autres.

Ainsi, on peut conclure en soutenant que l'environnement thérapeutique qui facilite le plus la cure émotionnelle que nous cherchons est celui qui peut inclure, dans le cadre, des conditions qui favorisent l'activité artistique ou bien un rapport actif et créatif avec son appréciation. La disponibilité de matérialités médiatrices, à côté de la dévotion d'un art thérapeute qui peut faire du holding d'après la compréhension des champs et de la succession des champs affectifs et relationnels, dans la séance et dans la série des séances, pourra favoriser des changements psychiques et existentiels significatifs.

Le regard de l'art thérapeute sera toujours affectif, tandis que son affectivité et sa dévotion au patient seront toujours soutenues par le fondement scientifique et compréhensif de sa clinique.

Références Bibliographiques

- Bleger, J. (1963) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Paidós, 2001.
- Freud, S. (1915) *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris, Payot, 1989.
- Fulgencio, L. Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology. *Internacional Journal of Psycho-analysis*, 88, p.443-461, 2007.
- Greenberg, J. and Mitchell, S.A. *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Milano, Il Mulino, 1986.
- Herrmann, F. *O método da psicanálise*. São Paulo, EPU, 1979.
- Laplanche, J. et Pontalis, J-B (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF, 2007.
- Mitchel, S.A. *Hope and dread in psychoanalysis*. New York, Basic Books, 1995.
- Mitchel S. A. *Relational psychoanalysis*. New York, Analytic Press, 2007.
- Orange, D.M. *Emotional understanding : studies in psychoanalytic epistemology*. New York, Guilford, 1996.
- Politzer, G. (1928) *Critique des fondements de la psychologie*. Paris, PUF, 2003.
- Winnicott, D.W. (1971) *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 2002.
- Winnicott, D.W. *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London, Karnac, 1996.
- Winnicott, D.W. *Human Nature*. London, Free Association, 1988.

L'Humanitude thérapie et une réflexion sur le mot scientifique

Ik Jin KIM,

Ph. D. in French literature, Art psychotherapist

Corée

Il y a deux ans et demi, c'était à Tours où j'ai présenté l'Humanitude thérapie pour la première fois devant des art-thérapeutes français. Mais à ce temps là, incapable de trouver une bonne expression en français pour désigner notre activité. J'ai utilisé l'expression anglaise *Humanities Thérapy* et j'ai demandé au public la traduction en français. Et deux ans passés, pendant ce temps, on m'a trouvé la bonne traduction ; l'humanitude thérapie. C'est Monsieur Forestier qui a eu de la peine de la trouver pour moi. J'aimerais bien profiter de cette occasion de le remercier.

Pourtant je crois que l'humanitude thérapie dépasse toujours de nombreuses personnes parmi vous qui l'entendent la première fois.

Or je commence par esquisser brièvement ce que c'est l'humanitude thérapie.

Nous venons de lancer ce projet il y a déjà 4 ans. Le programme de la recherche consiste à revaloriser les sciences humaines en leur servant de moyens curatifs et préventifs des maladies mentales. C'est une recherche effectuée par un groupe de diverses disciplines : littéraires, philosophes, historiens, linguistes travaillent ensemble pour intégrer harmonieusement toutes les formes de thérapie dans une méthode synthétique que l'on a nommé l'humanitude thérapie. Mais il faut surtout préciser que le projet ne vise ni à concurrencer des traitements pharmacologiques et médicaux ni à substituer d'autres stratégies thérapeutiques actuelles. On veut aller de pair de bonne collaboration avec toutes ces stratégies thérapeutiques pour que le traitement pour les êtres humains devienne plus humain que mécanique.

Dès le début de cette recherche, pas mal de personnes ont montré leur doute pour l'avenir de ce projet. Ils disaient que ce serait impossible d'arriver à un bon résultat scientifiquement admis.

Chez nous il y a un organisme qui correspond à peu près à CNRS , *NRF National Reserche Foundation of Korea* . Le travail de mon équipe doit être contrôlé chaque trois ans par cet organisme. Et il demande un résultat convaincant. D'après leur expression un résultat *scientifique* c'est à dire une explication scientifique sur le résultat de travail.

Donc le mot scientifique me préoccupe toujours depuis le début de la recherche sur l'humanitude thérapie.

Puisque nous, les littéraires et les philosophes, devons nous communiquer avec les gens des autres domaines que la littérature et la philosophie. Il fallait obtenir l'approbation des scientifiques qui sont chargés de juger notre travail ; des sociologues, des médecins et des psychologues, ou d'autres scientifiques. On était obligé de montrer que le fondement de notre recherche est assez scientifique. Puisqu'ils croient que les activités thérapeutique qui ne

conformement pas à leur norme disons scientifique ne sont que des charlatanismes. Et on a essayé de faire scientifique ou je devrais plutôt dire *jouer scientifique*.

Au fait, qu'est-ce que Scientifique ? D'après le Petit Robert, comme adjectif ce mot a deux sens.

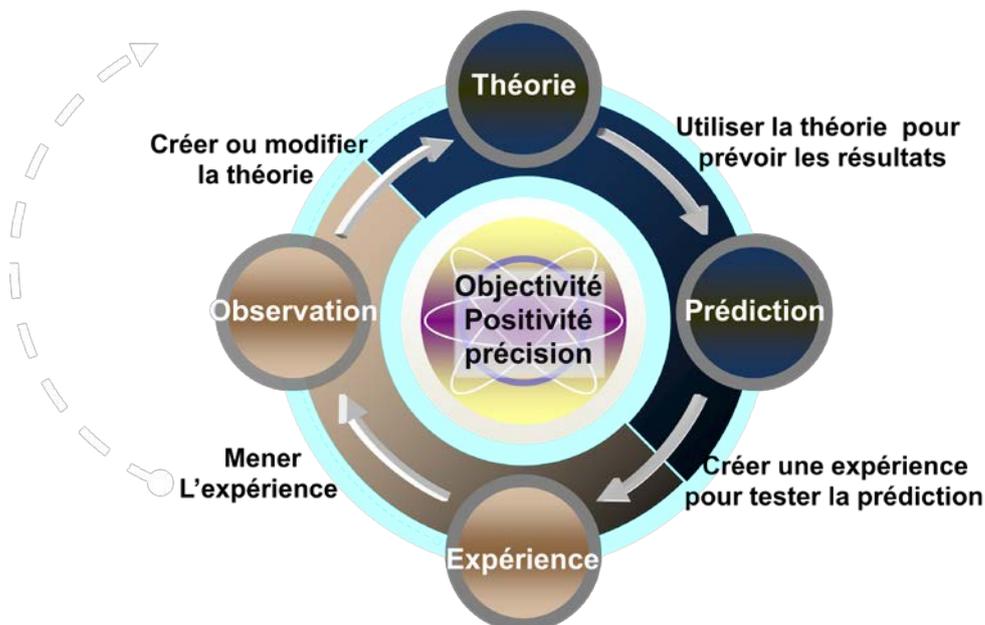
1 Qui concerne les sciences ou une science en particulier ; qui a la science pour objet (par opposition à la littérature),

2 qui est conforme aux exigences d'objectivité, de précision, de méthode des sciences et de la science.

Donc il s'agit de l'objectivité. L'homme devient un objet.

Toutes les sciences rigoureuses reposent sur une procédure que l'on appelle la méthode scientifique. La méthode scientifique a recours à l'expérimentation objective. Et à partir de cette expérimentation, on trouve quelque chose sur la base de laquelle on peut prédire, vérifier ou réfuter un postulat mis de l'avant par une théorie. La théorie est modifiée en fonction des résultats de l'expérience. La procédure de prédiction, de vérification ou de réfutation est répétée en testant et en modifiant constamment la théorie, jusqu'à ce qu'elle soit conforme à toutes les observations expérimentales possibles. La théorie peut alors être considérée comme une loi scientifique.

● Méthode scientifique



L'illustration ci-dessus montre un diagramme simplifié de la méthode scientifique. On peut « entrer » dans le cycle à n'importe quelle étape, mais en général, on débute par une théorie, une prédiction ou une observation.

Pour ce faire, on a essayé d'établir des théories, former des prédictions, faire des expériences sur le terrain et des observations. Et on répète cette démarche. On a fait tout ce qu'ils ont demandé. Enfin on a réussi il y a un an et demi de persuader les membres de jury qui ont conseillé le gouvernement de continuer à financer notre recherche. Ils ont jugé notre travail scientifique ou ils voyaient plutôt la possibilité d'être scientifique. Ils ont apprécié les données accumulées par nos activités auprès des personnes ayant besoin des aides curatifs et préventifs.

Par exemple, avec les soldats mal adaptés à leur vie militaire, on a fait un programme intitulé le Green camp pendant presque deux ans. Il s'agit d'aider à établir et à améliorer la capacité de communication en attendant les effets suivants :

- Apprendre à verbaliser ce qu'ils ressentent.
- Mieux percevoir et traiter les informations sociales
- Améliorer l'image de soi et la confiance en soi.
- Grandir la capacité d'autocontrôle dans des situations particulière comme dans le camp militaire

Le résultat est bon. Après nos activités disons scientifiquement organisées, le nombre de soldats qui renonçaient à accomplir leur service militaire diminuait un peu moins de 20 %. Et cette observation est en train de s'effectuer. Car la durée des services militaires est de 20 mois, il faut attendre encore un an et demi pour terminer cette observation des résultats de nos activités.

Le pouvoir des chiffres est redoutable. On n'écoute que les chiffres. Et pour avoir de bons chiffres on a classé les soldats et simplifié leurs états et finalement les manipuler pour avoir des chiffres avec lesquels nous avons pu convaincre les gens qui jugeaient.

Mais là le dilemme. Comme ça, dans un certain biais, notre travail ne se distingue plus avec la psychologie scientifique ou plutôt *scientifisée* dont nous voulions surmonter le logicisme et le réductionisme. Le succès est en même temps un échec. Puisque l'humanité thérapie a été lancée avec l'ambition de révoquer toutes les valeurs humaines qui deviennent un contour trouble autours des chiffres mis au point.

Et grâce à ce congrès dont le sujet est ceci : l'art thérapie est-elle scientifique ? J'ai une bonne occasion de réfléchir sur la *scientification* de l'humanité thérapie.

La psychologie scientifique veut se distinguer d'autres formes de quête de la nature humaine (telles que la littérature ou la philosophie) par l'élaboration d'hypothèses testées. Un défi se pose à elle : comment appréhender les conduites complexes et finalisées caractéristiques de l'humain ? Chercher la réponse de cette question est l'histoire du développement de la psychologie.

Depuis Wilhelm Wundt, la psychologie scientifique a abandonné la spéculation et la métaphysique. Elle veut mesurer le mental de manière quantitative et chercher à établir un lien entre le physique et le psychologique, la psychologie fait désormais partie des sciences objectives. Et c'est vrai que, dès lors, la psychologie ne cesse d'offrir d'importants apports à la connaissance empirique des processus mentaux et à la conduite. Ainsi se succèdent le comportementalisme et le cognitivisme et la combinaison de ces deux. Et on sait bien qu'ils ont rendu possible l'apparition de techniques pour résoudre certains problèmes individuels et sociaux.

Mais l'être humain n'est pas logique. L'émotivité joue un rôle plus important que la raison. Donc l'homme ne peut être un objet scientifique. On voit très souvent sur le terrain, c'est l'effort l'échange de l'émotion qui fonctionne mieux que de telle ou telle technique dans l'activité thérapeutique.

Et c'est sous cet angle là, à la fin du dernier siècle, les divers mouvements thérapeutiques que les combattants de la psychologie scientifique appellent psychologies alternatives qui, d'après leur expression rejettent la méthode scientifique.

Mais au fond, comment on peut distinguer scientifique et non scientifique ?

Ici, je ne pourrais pas en discuter longuement, il ne m'est permis quinze minutes seulement. Je crois on en parlera plus précisément lundi prochain. Je termine en rappelant le fameux adage de Hyppocrate : l'art est long mais la vie courte. Si les jeunes médecins commencent leur vie professionnelle en prêtant le serment d'Hippocrate pour garder le respect de leur maitre avec son art, ce n'est pas son art même qui est maintenant hors du temps. C'est plutôt son esprit qui tourne toujours vers le progrès et qui est ouvert pour toutes les probabilités concernant la santé et la maladie de l'être humain.

BILAN

Congrès international
d'art-thérapie

BILAN

SOIRÉE INAUGURALE - CONFÉRENCES - TABLES RONDES - FORUM

EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER
ART-THÉRAPEUTES, PARAMÉDICAUX, MÉDICAUX,
CHERCHEURS, UNIVERSITAIRES, ÉTUDIANTS.

CONGRES INTERNATIONAL D'ART-THERAPIE Juin 2012 -LILLE

Après quatre années de mise en place et de formations d'un enseignement universitaire en Art-thérapie, c'est à l'initiative du Pr FORZY, Doyen de la Faculté Libre de Médecine de Lille, qu'un congrès International d'Art-Thérapie sur le thème de « l'Art-thérapie est-elle scientifique ? » était organisé dans le grand amphithéâtre de l'Université Catholique de Lille les 29 et 30 juin 2012.

La collaboration entre l'Ecole d'Art-thérapie de Tours (AFRATAPEM) et la Faculté Libre de Médecine (U.C.L) a permis de bénéficier tant de la reconnaissance internationale des recherches fondamentales et enseignements de l'Art-thérapie par l'AFRATAPEM, que de la très bonne réputation universitaire de la Faculté Libre de Médecine de Lille.

Ainsi des art-thérapeutes, universitaires, artistes, médecins, psychologues, entre autre, venus de Roumanie, du Maroc, du Canada, d'Espagne, de Corée, de Belgique, des États-Unis, du Brésil, se mêlaient aux professionnels français de la discipline, dans un amphithéâtre comble.



Après l'ouverture officielle par la Présidente-Recteur, Madame **Thérèse LEBRUN**, s'ensuit l'ouverture scientifique par le Doyen de la Faculté Libre de Médecine, Monsieur le Pr **Gérard FORZY** et Monsieur le Pr **Philippe GALLOIS**, responsable de l'enseignement. Madame **Nathalie BERTHO-MIER**, directrice générale de l'Afratapem et Monsieur **Richard FORESTIER**, responsable d'enseignement, introduisaient ce congrès.



Afin d'affirmer le haut niveau scientifique de ce congrès, les organisateurs ont accueilli pour une leçon inaugurale, le Pr **Michel PASTOUREAU**, Professeur à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, l'un des plus grands historiens, spécialiste mondial de la couleur.



C'est le lendemain que les travaux débutaient. Après un regard sur la profession d'art-thérapeute en France, une vingtaine de professionnels français intervenants dans des domaines aussi variés que les soins palliatifs, la neurologie, les femmes battues, la psychiatrie, le milieu carcéral ou la recherche fondamentale, présentaient l'exploitation sanitaire du pouvoir de l'Art, que la technique artistique employée soit : la danse, les arts plastiques, le théâtre, la musique ou la calligraphie.

Contact :

AFRATAPEM - 3 rue Calmette - 37540 St Cyr - Tél. 02 47 51 86 20 - afratapem@wanadoo.fr - site web : www.art-therapie-tours.net

CONGRES INTERNATIONAL
D'ART-THERAPIE
Juin 2012 -LILLE

BILAN

Suite

La rigueur scientifique associée à l'humanité permettait de mieux comprendre la subtilité et l'originalité de l'Art-thérapie dans l'équipe pluridisciplinaire.

Puis l'International est venu compléter ces présentations. L'approche psychanalytique du Brésil, sociale de la Roumanie, artistique des États-Unis ont montré l'importance de la culture et des traditions sanitaires de ces pays.

Signalons la remarquable intervention du Pr Ik-Jin KIM, accompagné par le Président de l'Université de Kangwon près de Séoul, qui, en s'inspirant de l'Art-thérapie française, a proposé une pratique coréenne très originale de cette discipline.



Ces communications ont mis en évidence les modalités scientifiques de la profession, le respect de la personnalité des patients, l'originalité et la spécificité de cette nouvelle discipline paramédicale quelque fois confondue par erreur avec la psychothérapie.



Point d'orgue de l'enseignement d'Art-thérapie de l'Université Catholique de Lille, ce congrès d'envergure nationale et internationale a brillamment montré :

- l'importance que la profession d'art-thérapeute soit sous l'égide médicale,

- le rôle fondamental d'une guilde des arts-thérapeutes regroupant les professionnels diplômés d'universités

- l'importance que l'esprit scientifique soit au service de l'humanité.

Organisation du congrès

AFRATAPEM

Ecole d'Art-thérapie de Tours
www.art-therapie-tours.net

Faculté Libre de Médecine

www.flm.icl-lille.fr

Remerciements à :

T. LEBRUN, G. FORZY,
P. GALLOIS, M. PASTOUREAU,
R. FORESTIER, F. CHARDON,
O. GANTIER, C. LEFEVRE,
C. LETESSIER DEBRUNE,
B. BIANCHI, C. OPPERT,
N. DIAS, C. REBOUL, B. LENNE
C. PERRET, L. SAMSON,
C. BREUIL, A. DUMOLARD,
S. DEVIN, F. KASPRZYCKI,
L. BOUSSARD, E. EPARDAUD,
P. HAUTECOEUR, P. GRILLIAT
A. MAGNEAU, C. APPEL,
I.-J. KIM, P. CHIRIBUTA,
T. AIELLO, H. WARDAVOIR,

- M. MOREL et l'équipe de la délégation Nord-Pas-de-Calais,

- Toutes les équipes administratives et techniques.



Contact :

AFRATAPEM - 3 rue Calmette - 37540 St Cyr - Tél. 02 47 51 86 20 - afratapem@wanadoo.fr - site web : www.art-therapie-tours.net