

**UNIVERSITÉ JOSEPH FOURNIER**  
**Faculté de Médecine de Grenoble**  
**&**  
**AFRATAPEM**

Association Française de Recherche & Applications des  
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

**Évaluation de l'impact de l'Art-thérapie à dominante arts  
plastiques sur l'estime de soi auprès de personnes en  
situation de précarité et d'exclusion sociale**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie  
de la Faculté de Médecine de Grenoble

présenté par

**Cédric LEFEVRE**

Année 2011

Sous la direction de  
**Fabrice CHARDON**

Art-thérapeute  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Tours  
Docteur en psychologie clinique et  
pathologique

**Lieu du stage**

Accueil Saint Vincent  
Foyer Notre Dame des Sans Abris  
10 rue Bellière, 69005 LYON



**UNIVERSITÉ JOSEPH FOURNIER**  
**Faculté de Médecine de Grenoble**  
**&**  
**AFRATAPEM**

Association Française de Recherche & Applications des  
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

**Évaluation de l'impact de l'Art-thérapie à dominante arts  
plastiques sur l'estime de soi auprès de personnes en  
situation de précarité et d'exclusion sociale**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie  
de la Faculté de Médecine de Grenoble

présenté par

**Cédric LEFEVRE**

Année 2011

Sous la direction de  
**Fabrice CHARDON**

Art-thérapeute  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Tours  
Docteur en psychologie clinique et  
pathologique

**Lieu du stage**

Accueil Saint Vincent  
Foyer Notre Dame des Sans Abris  
10 rue Bellière, 69005 LYON

## REMERCIEMENTS

---

J'ai d'abord une pensée pour toutes les personnes qui ont participé aux ateliers d'Art-thérapie, je les remercie de m'avoir enseigné et de m'avoir fait confiance. Je remercie tout particulièrement Patrick, qui est sans doute l'initiateur de ma formation en Art-thérapie.

Je remercie, Anne-Claire, ma compagne pour m'avoir soutenu dans cette aventure et mon chat, Luna, fidèle compagnon présent à toutes mes rédactions.

Je remercie également,

Fabrice Chardon, mon directeur de mémoire, pour nos échanges constructifs et son soutien scientifique et personnel,

Martine Buhrig et le Foyer Notre Dame des Sans Abris, pour m'avoir accueilli,

Richard Forestier, responsable pédagogique du D.U. d'Art-thérapie, pour ces titillements et sa passion,

Hubert Charles, mon ancien co-directeur de Thèse et Maître de conférence à L'INSA de Lyon, pour sa disponibilité et son aide technique,

Françoise Roly-Daunois, Sophie Lefèvre et la famille Duchêne, pour leurs aides orthographiques et linguistiques précieuses,

ainsi que toutes les personnes qui ont contribué de près ou de plus loin à la réalisation de ce travail.



# SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS.....   | 3         |
| SOMMAIRE .....   | 5         |
| GLOSSAIRE .....  | 9         |
| INTRODUCTION.....  | 12        |
| <b>PARTIE I - L'Art-thérapie peut améliorer l'estime de soi et la qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion</b>                              | <b>14</b> |
| <b>1 Les situations de précarité et d'exclusion génèrent des souffrances extrêmes qui affectent l'estime de soi et la qualité de vie .....</b>                           | <b>14</b> |
| 1.1 Une précarité normale favorise le lien social alors qu'une précarité pathogène le désorganise.....   | 14        |
| 1.1.1 Il est important de distinguer pauvreté, exclusion et précarité .....  | 14        |
| 1.1.2 La précarité normale ou ordinaire favorise la confiance.....   | 15        |
| 1.1.3 La précarité exacerbée est pathogène, elle dégrade la confiance .....  | 15        |
| 1.2 La clinique psychosociale décrit comment la perte effective ou possible des objets sociaux affectent le psychisme de l'individu .....                                | 16        |
| 1.2.1 Le psychiatre Furtos s'inspire du modèle du sociologue Castel pour envisager la précarité sous forme de trajectoires.....  | 16        |
| 1.2.2 La précarité et l'exclusion sociale ouvrent la porte au syndrome d'auto-exclusion.....   | 17        |
| 1.2.3 L'accompagnement des personnes en situation de souffrances psychosociales est difficile voir paradoxale.....   | 18        |
| 1.3 L'estime de soi des personnes en situation de précarité et d'exclusion est fortement affectée. ....  | 19        |
| 1.3.1 Les différentes théories sur l'estime de soi mettent l'accent sur l'individu ou sur les relations sociale dans le groupe. ....                                     | 19        |
| 1.3.1.1 Dans l'approche intrapersonnelle l'accomplissement personnel est central.....  | 19        |
| 1.3.1.2 Dans l'approche interpersonnelle l'acceptation sociale est centrale.....   | 20        |
| 1.3.2 L'estime de soi est donc fortement affectée en contexte de précarité.....  | 21        |
| 1.4 La qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion est fortement diminuée.....   | 22        |
| 1.4.1 La précarité affecte les besoins fondamentaux.....   | 22        |
| 1.4.2 Les besoins fondamentaux non satisfaits dégradent inévitablement la santé et pénalisent très lourdement l'individu.....  | 23        |
| 1.4.3 En situation d'auto-exclusion, l'accès aux soins est rendu très difficile.....   | 24        |
| <b>2 L'Art, cette modalité particulière d'expression, est susceptible de contribuer à l'épanouissement de l'être humain .....</b>  | <b>25</b> |
| 2.1 L'Art est une activité d'expression humaine singulière orientée vers un idéal esthétique.....  | 25        |
| 2.2 Le beau a un pouvoir d'attraction universelle .....  | 26        |
| 2.3 L'Art a des pouvoirs et des effets sur l'être humain à même de contribuer à son épanouissement psychosocial .....  | 26        |
| 2.3.1 L'Art est une affaire de goût et de capacité à s'affirmer .....  | 26        |
| 2.3.2 L'activité artistique nécessite une intention et un engagement sous-tendus par le plaisir sensoriel puis le plaisir esthétique.....                                | 27        |
| 2.3.3 L'activité artistique dans son rapport à l'action et aux autres mobilise la triple confiance : en soi, en l'avenir et en l'autre.....                              | 27        |
| 2.3.4 L'activité artistique peut être vectrice de lien et de reconnaissance sociale .....  | 28        |
| <b>3 L'Art-thérapie qui exploite les effets de l'Art au service du soin peut améliorer la qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion.....</b> | <b>28</b> |

|  |    |
|--|----|
| 3.1 L'Art-thérapie est une discipline paramédicale au champ d'application humanitaire et thérapeutique.....  | 29 |
| 3.1.1 L'Art-thérapie est l'utilisation de l'Art au service du soin.....  | 29 |
| 3.1.2 Mais l'Art-thérapie est souvent confondue avec d'autres activités qui utilisent l'Art.....   | 29 |
| 3.2 Les outils à la disposition de l'art-thérapeute sont spécifiques .....   | 30 |
| 3.2.1 L'opération artistique permet d'identifier les mécanismes humains défaillants et de définir les sites d'actions.....   | 30 |
| 3.2.2 Le cube harmonique permet une auto-évaluation des trois aspects caractéristiques de l'Art : le Bon, le Beau, et le Bien en lien étroit avec l'estime de soi..... | 31 |
| 3.3 L'Art-thérapie est indiquée dans les situations de précarité et d'exclusion .....  | 32 |
| 3.3.1 Cinq expériences d'Art-thérapie relatent le bénéfice d'un tel accompagnement .....   | 32 |
| 3.3.2 La précarité et l'exclusion sociale analysées au regard de l'opération artistique permettent de définir une stratégie thérapeutique centrée sur 3 phases .....   | 33 |

## **PARTIE II - Mise en place d'un atelier d'Art-thérapie au sein d'un accueil de jour pour personnes en situation de précarité et d'exclusion** **36**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 L'accueil de jour Saint Vincent où l'atelier d'Art-thérapie à été proposé dépend du Foyer Notre Dame des Sans Abris .....</b>  | <b>36</b> |
| 1.1 Le Foyer Notre Dame des Sans Abris a quatre missions principales auprès des plus démunis de la région lyonnaise.....  | 36        |
| 1.2 Les accueils de jours du FNDSA constituent l'ultime ressource des personnes en situation d'errance.....   | 36        |
| 1.3 Un atelier d'Art-thérapie a été proposé aux personnes fréquentant l'accueil de jour Saint Vincent.....  | 36        |
| <b>2 En vue d'améliorer la qualité de vie des passagers de l'accueil St Vincent, un protocole art-thérapeutique spécifique a été défini.....</b>  | <b>37</b> |
| 2.1 Une indication thérapeutique a initialement été posée pour 3 personnes.....   | 37        |
| 2.2 La présentation de l'Art-thérapie s'est faite de manière informelle.....  | 37        |
| 2.3 La difficulté de définir un état de base conditionne des objectifs thérapeutiques intermédiaires.....   | 37        |
| 2.4 Les objectifs thérapeutiques généraux sont centrés sur l'estime de soi et le sentiment de reconnaissance sociale .....  | 37        |
| 2.5 Les moyens et les méthodes mis en œuvres sont spécifiques.....  | 38        |
| 2.5.1 Le choix des techniques s'est porté vers les arts plastiques .....  | 38        |
| 2.5.2 La prise en charge est individuelle et/ou collective en fonction de la problématique personnelle .....  | 38        |
| 2.5.3 La fréquence des séances est bihebdomadaire afin de favoriser la prise de repères .....   | 38        |
| 2.5.4 L'horaire de l'atelier a été repensé en début de prise en charge afin d'augmenter la disponibilité des personnes.....   | 39        |
| 2.5.5 La séance se décompose généralement en 3 temps distincts permettant des observations dans des contextes différents .....  | 39        |
| 2.5.6 Le lieu où se déroule les séances est variable selon les situations de prise en charge.....   | 39        |
| 2.6 Des modalités évaluatives centrées sur l'estime de soi ont été conçues pour valider au mieux les objectifs thérapeutiques .....   | 39        |
| 2.7 En complément de l'évaluation, l'auto-évaluation par le cube harmonique a été proposée ....   | 43        |
| 2.8 Plusieurs limites sont cependant à prendre en considération.....  | 43        |
| <b>3 L'étude descriptive de 2 cas cliniques hétérogènes permet de valider en partie l'hypothèse selon laquelle l'Art-thérapie peut participer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion.....</b> | <b>43</b> |
| 3.1 Angèle est en situation d'extrême précarité et d'exclusion depuis plus de 20 ans.....   | 43        |
| 3.1.1 L'anamnèse et l'état de base d'Angèle révèlent une souffrance existentielle profonde.....   | 43        |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 3.1.2   | L'indication et les objectifs thérapeutiques individuels d'Angèle sont centrés sur l'estime de soi et plus spécifiquement autour de la composante amour de soi.....                                  | 44 |
| 3.1.3   | Descriptif et évaluation de l'accompagnement d'Angèle.....   | 44 |
| 3.1.3.1 | Un premier cycle de 10 séances a été mis en place .....  | 44 |
| 3.1.3.2 | Un second cycle de 8 séances a été mis en place .....  | 46 |
| 3.1.3.3 | L'évaluation révèle chez Angèle une progression de l'estime de soi et de ces 3 composantes.....  | 48 |
| 3.1.3.4 | Le cube harmonique n'a pas été un processeur thérapeutique pour Angèle mais un outil d'affirmation et de reconnaissance.....   | 49 |
| 3.1.4   | L'accompagnement art-thérapeutique a sensiblement amélioré l'estime de soi d'Angèle et a contribué à l'émergence de désirs et d'envie .....  | 51 |
| 3.2     | Maria est en situation de grande précarité depuis de nombreuses années .....   | 52 |
| 3.2.1   | L'anamnèse et l'état de base de Maria révèlent d'importantes difficultés relationnelles accompagnées d'une très faible tolérance à la frustration .....  | 52 |
| 3.2.1   | L'indication et les objectifs thérapeutiques individuels de Maria sont centrés sur l'estime de soi et plus spécifiquement autour de la composante affirmation et confiance en soi.....               | 52 |
| 3.2.2   | Descriptif et évaluation de l'accompagnement de Maria.....   | 52 |
| 3.2.2.1 | Un premier cycle de 10 séances a été mis en place .....  | 53 |
| 3.2.2.2 | Un second cycle de 3 séances a pu être mis en place.....   | 55 |
| 3.2.2.1 | L'évaluation révèle chez Maria une progression de l'estime de soi asservie d'une instabilité de ses 3 composantes .....  | 56 |
| 3.2.2.1 | Le cube harmonique n'a pas été un processeur thérapeutique pour Maria mais un outil d'affirmation et d'autocritique.....   | 58 |
| 3.2.3   | L'accompagnement art-thérapeutique a amélioré l'estime de soi de Maria et a contribué à l'émergence de projet.....   | 59 |
| 3.3     | Le bilan des 2 études cliniques indique que l'accompagnement art-thérapeutique peut participer à l'épanouissement de l'estime de soi des personnes en situation de précarité et d'exclusion .....    | 60 |
| 3.3.1   | L'accompagnement de Christophe révèle également que l'estime de soi évaluée en séance s'est sensiblement améliorée.....  | 60 |
| 3.3.2   | L'accompagnement art-thérapeutique n'a pas été possible pour Patrick ce qui nous oblige à repenser le cadre et les moyens de prise en charge .....   | 61 |
| 3.3.3   | La thymie s'améliore au cours de chaque séance alors que la thymie moyenne reste relativement stable, ce qui permet de se poser la question de l'effet de l'Art-thérapie en dehors des séances. .... | 61 |
| 3.3.3.1 | La durée de l'accompagnement est peut-être insuffisante pour avoir des répercussions durables et stables sur la thymie .....   | 62 |
| 3.3.3.2 | La durée qui s'écoule entre chaque séance est ici difficilement maîtrisable, mais elle ne semble pas être en cause.....  | 62 |
| 3.3.3.3 | Dans les situations de précarité et d'exclusion l'influence très délétère de l'environnement sur la qualité de vie pourrait en partie expliquer nos résultats .....                                  | 62 |

### **PARTIE III - Evaluer une trajectoire thérapeutique n'est pas suffisant pour prétendre à l'évaluation de l'efficacité du traitement art-thérapeutique et à la rigueur d'une démarche scientifique** **64**

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Nous proposons, en se basant sur la qualité de vie, un modèle pour se représenter l'idée de trajectoire thérapeutique et de pathologie .....</b> | <b>64</b> |
| 1.1      | En s'inspirant de la biologie évolutive, nous pouvons modéliser la qualité de vie à l'image d'un paysage complexe.....                              | 64        |
| 1.1.1    | Le modèle de la qualité de vie est basé sur le phénomène d'impression et d'expression.....  | 65        |
| 1.1.2    | La complexité de la qualité de vie génère un paysage composé de bosses et de creux.....   | 66        |
| 1.1.3    | Le paysage est dynamique et toute personne s'y déplace en suivant des principes simples, décrivant une trajectoire .....                            | 68        |
| 1.2      | La pathologie ou l'état pathologique se caractérise par une incapacité ou une difficulté à se déplacer de façon autonome dans ce paysage.....       | 68        |
| 1.2.1    | La trajectoire thérapeutique doit permettre l'autonomie et l'augmentation de la qualité de vie du patient.....                                      | 69        |

1.2.2 La précarité et l'exclusion au regard du modèle révèlent les difficultés de prise en charge 70

|   |           |
|---|-----------|
| <b>2 Si notre conduite clinique en Art-thérapie suit des fondements scientifiques, ceux-ci sont inévitablement affaiblis par les notions de reproductibilité et la subjectivité des mesures .....</b>                             | <b>70</b> |
| 2.1 Des études scientifiques publiées dans des revues internationales portant spécifiquement sur l'Art-thérapie existent même si elles sont encore peu nombreuses .....   | 70        |
| 2.2 La prise en charge art-thérapeutique s'appuie sur un traitement spécifique fondé sur la singularité du patient, la reproductibilité totale est donc impossible .....  | 71        |
| 2.3 La validité de l'évaluation repose en partie sur le choix d'items objectifs et d'un système de mesure constant et sensible, ce qui est particulièrement délicat en Art-thérapie .....   | 71        |
| 2.4 Le traitement art-thérapeutique est soumis à la complexité de la prise en charge qui est susceptible de générer de nombreux biais.....  | 72        |
| 2.5 La complexité de la prise en charge pose le problème de l'efficacité de la technique art-thérapeutique par rapport aux autres facteurs de contributions .....   | 74        |
| <b>3 L'évolution positive du patient ne préjuge pas de l'efficacité objective de la prise en charge art-thérapeutique ni de sa généralisation .....</b>   | <b>75</b> |
| 3.1 Le protocole contrôlé et randomisé en Art-thérapie censé donner la preuve scientifique de l'efficacité pose des problèmes méthodologiques, éthiques et clinique.....  | 76        |
| 3.2 Des études de cas soigneusement menées avec des évaluations pendant et entre les séances peuvent comme en psychothérapies initier des recherches cliniques .....  | 77        |
| 3.3 La recherche en Art-thérapie, qu'il s'agisse d'études contrôlées et randomisées ou de protocoles de cas individuels, doit nécessairement conduire à des changements importants dans la pratique clinique de l'évaluation..... | 78        |
| 3.4 Réduire l'intérêt et la reconnaissance d'une discipline à sa seule efficacité est problématique.....  | 79        |
| <b>CONCLUSION .....</b>   | <b>80</b> |
| <b>LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET SCHÉMA .....</b>   | <b>81</b> |
| <b>RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE .....</b>  | <b>82</b> |
| <b>ANNEXE I .....</b>   | <b>85</b> |
| <b>RÉSUMÉ .....</b>   | <b>86</b> |

## GLOSSAIRE

Tous les mots en gras suivis d'un astérisque lors de leur première occurrence dans le texte du mémoire sont définis ci-dessous.

En l'absence de référence, les définitions et l'étymologie des termes sont tirées du dictionnaire le Robert 2009.

Les termes spécifiques à l'Art-thérapie sont extraits des enseignements universitaires de la discipline : Tours, Poitiers, Grenoble et Lille et d'ouvrages relatifs à ceux-ci<sup>1</sup>.

**Affirmation de soi**<sup>2</sup> : elle concerne les compétences relationnelles de l'individu et vise à l'expression de ces propres émotions, idées, désirs ou besoins en respectant l'autre. L'affirmation de soi est souvent associée aux habilités sociales. En Art-thérapie, l'Affirmation de soi est reliée au **Beau** et à la capacité à affirmer son goût.

**Alliance thérapeutique** : constitution d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné, l'un et l'autre s'engagent à collaborer à la recherche d'un mieux-être du second. Elle suppose (1) un lien affectif entre patient et thérapeute, (2) l'entente sur les objectifs thérapeutiques (3) et l'entente sur les tâches spécifiques à accomplir.

**Amour de soi**<sup>3</sup> : aptitude à s'aimer, indépendamment de nos performances et réussites, de façon inconditionnelle. C'est le constituant le plus profond et le plus intime de l'**estime de soi**. Nous associerons l'amour de soi au **Bon** et à l'engagement.

**Anamnèse** : histoire de la maladie ou du trouble.

**Anhédonie** : vient du grec *a* : privatif et *hédoné* : plaisir. Perte de la sensibilité au plaisir, de la capacité à ressentir des **émotions** positives.

**Art** : activité humaine d'expression et de production orientée vers un idéal **esthétique**. L'Art a pour fonction de créer le beau ; en ce sens on parle d'artiste<sup>4</sup>

**art**<sup>5</sup> : vient du latin « ars, artis » talents savoir-faire, ensemble de procédés visant un certain résultat pratique dans un métier déterminé, technique ; en ce sens on parle d'artisan.

**Art-thérapie** : c'est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique.

**Attention**<sup>6</sup> : Focalisation ou centrage sélectif de l'éveil sur une partie de l'environnement sensoriel ou une classe de stimulus. L'attention sélective représente la concentration dans le langage courant.

<sup>1</sup> FORESTIER R., *Tout savoir sur l'Art occidental*, Favre, Lausanne, 2004.

FORESTIER R., *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, Favre, 6<sup>ème</sup> édition, Lausanne, 2009.

FORESTIER R., *Regard sur l'Art – approche épistémologique de l'activité artistique*, SeeYouSoon, 2006.

<sup>2</sup> FANGET F. & ROUCHOUSE B., *L'Affirmation de soi, une méthode de thérapie*, Odile Jacob, Paris, 2007.

<sup>3</sup> ANDRE C., & LELORD F., *L'estime de soi*, Odile Jacob, Paris 2002.

<sup>4</sup> MORFAUX L.M., *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, Paris, Armand Colin, 2004.

<sup>5</sup> MORFAUX L.M., Op. cit.

<sup>6</sup> KOLB B. & WHISHAW I. Q., *Cerveau et comportement*, De Boeck, Bruxelles, 2008, p. 935.

**Auto-exclusion**<sup>7, 8</sup> : mécanisme psychique de désobjectivation qui est intimement corrélé à l'**exclusion** sociale qui la précède logiquement. C'est s'exclure de soi pour ne plus souffrir dans une forme d'auto-alienation (syndrome d'auto-exclusion).

**Autonomie** : ensemble des habilités permettant à une personne de se gouverner par ces propres moyens, de s'administrer et de subvenir à ses besoins personnels.

**Beau** : en Art-thérapie désigne l'impression ou le sentiment éprouvé à la suite d'une satisfaction esthétique suivant son goût. Le beau est relatif au fond de la production qui met en jeu la capacité à affirmer son goût. Nous associons le Beau à l'Affirmation de soi. « Est-ce que cela me plaît ? »

**Bien** : en Art-thérapie désigne ce qui est relatif à la forme de la production, qui met en jeu le savoir-faire et le style de la personne. Nous associons le Bien à la confiance en soi. « Est-ce que c'est bien fait ? »

**Bon** : en Art-thérapie désigne ce qui est relatif à l'implication de la personne dans la production artistique. Il met en jeu le plaisir esthétique de la personne et son intérêt dans l'activité artistique. Nous associons le Bon à l'amour de soi. « Est-ce que j'ai éprouvé du plaisir ? »

**C.A.S.O.** : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation.

**Cible thérapeutique** : élément précis sur lequel va porter l'action thérapeutique. Elle peut faire partie du site d'action (mécanisme humain défaillant) ou d'un mécanisme humain intact qui aura des conséquences sur le site d'action.

**Complexe** : un système est complexe lorsqu'il est composé d'un grand nombre d'entités hétérogènes en interaction. La complexité engendre des propriétés émergentes et une évolution parfois chaotique, c'est-à-dire imprévisible.

**Confiance en soi** : elle concerne les compétences personnelles, la capacité mentale qui nous permet, lorsque nous sommes confrontés à l'adversité, de nous sentir capables de faire face ou de réussir. En Art-thérapie, la confiance en soi est reliée au Bien et au style.

**Créativité** : « c'est la capacité de trouver des solutions originales aux questions que l'on se pose et de réaliser son potentiel en appliquant ses talents à une réalisation concrète ». C'est une forme de capacité de résolution de problème<sup>9</sup>. Fait appel à la capacité à se dégager des conventions et de ses propres représentations, en ce sens la créativité diffère de l'imagination.

**Cube harmonique** : c'est un outil d'auto-évaluation des caractéristiques de l'Art.

**Culture**<sup>10</sup> : par opposition à la nature, désigne l'ensemble des représentations et des comportements acquis par l'homme en tant qu'être social. Cela désigne non seulement les traditions artistiques, scientifiques, religieuses et philosophiques d'une société, mais encore ses techniques propres, ses coutumes politiques et les mille usages qui caractérisent la vie quotidienne.

**Désaffiliation** : vient de dés- privatif et du latin *affiliare* qui signifie inscription, appartenance. Désaffiliation est le

<sup>7</sup> FURTOS J., *Le syndrome d'Auto-exclusion*, Bulletin national santé mentale et précarité, Rhizome N°9, 2002, p. 15, <http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome9.pdf>

<sup>8</sup> FURTOS J., *Le syndrome d'Auto-exclusion* In FURTOS J., *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Elsevier Masson, Paris, 2008, p. 116-133.

<sup>9</sup> COTTRAUX J., *A chacun sa Créativité*, Odile Jacob, Paris, 2010.

<sup>10</sup> MORFAUX L.M., Op. cit.

synonyme employé par le sociologue Robert Castel pour désigner l'exclusion sociale, la désinscription sociale.

**Douleur sociale**<sup>11</sup> : elle se définit comme une expérience émotionnelle de détresse qui est produite par la perception d'une distance psychologique anormale et/ou inattendue entre l'individu et un proche ou un groupe auquel il est habituellement intégré.

**E.C.R.** : Essai Contrôlé Randomisé.

**Efficacité personnelle**<sup>12</sup> : L'efficacité personnelle perçue concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter un comportement visant à produire un résultat souhaité. Elle concerne l'évaluation par l'individu de ces aptitudes personnelle, tandis que l'estime de soi concerne les évaluations de sa valeur personnelle. Les croyances d'efficacité sont hautement prédictives du comportement.

**Emotion** : vient du latin *emovere* : émouvoir « mettre en mouvement ». Orientation affective d'une sensation ou perception. Il existe 6 émotions de base<sup>13</sup> : la peur, la colère, la tristesse, la joie, le dégoût et la surprise.

**Emotion esthétique**<sup>14</sup> : émotion spécifique provoquée par une œuvre d'art ou par une beauté naturelle qui transporte le sujet de la perception utilitaire à la contemplation désintéressée.

**Emoussement affectif** : perte des capacités à ressentir et à exprimer des émotions.

**Empathie**<sup>15,16</sup> : vient du grec *en* : dedans et *patheia* : ce qu'on éprouve. C'est pouvoir se mettre à la place d'autrui et éprouver ses émotions de son point de vue sur le monde tout en restant soi-même, en étant capable d'inhiber l'émotion et de s'en dégager. Elle consiste donc à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions, ou sans que celles-ci n'affecte son comportement.

**Engagement** : envie d'une personne d'assumer ou de réaliser une attitude face à l'art (contempler ou produire). L'engagement qui se fonde sur le désir et l'envie d'une personne, est relié en Art-thérapie à l'estime de soi (sens d'amour de soi).

**Esthétique**<sup>17,18</sup> : vient du grec *aisthêtikos* : qui peut être perçu par les sens, et de *aisthêsis* : sensation. C'est un emprunt (1753) au latin philosophique *aesthetica* « science du beau », mot créé par le philosophe allemand A.G. Baumgarten (1717-1765) dans *Aesthetica acroamatica* (1750-1758) à partir du grec *aisthêtikos*.

**Estime de soi** : elle concerne la vision globale de soi même et la valeur que l'on s'attribue. Différentes théories existent, elles peuvent se répartir en deux grandes catégories : (1) une évaluation de soi privée de la personne dite approche intrapersonnelle, elle repose sur trois ingrédients<sup>19</sup> : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi, et (2) l'estime de soi comme construction sociale dite approche

interpersonnelle<sup>20</sup>, dont la théorie du sociomètre fait partie. L'estime de soi est alors envisagée comme un indicateur subjectif de la qualité de nos relations sociales, une jauge psychologique qui enregistre le degré selon lequel la personne est acceptée ou rejetée par les autres<sup>21</sup>. Dans ce travail, nous considérerons l'estime de soi comme la composante de 3 domaines : l'amour de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi<sup>22</sup>

**Etat de base** : ensemble des informations qui caractérisent le patient en début de prise en charge et qui permettent d'appréhender sa (ses) pénalité(s).

**Evaluation** : en Art-thérapie désigne l'impact de la prise en charge sur la qualité de vie du patient.

**Exclusion** : vient du latin *excludere* « fermer à l'extérieur », « faire sortir ». Action d'exclure quelqu'un en le chassant d'un endroit où il avait précédemment sa place, ou en le privant de certains droits.

**F.N.D.S.A.** : Foyer Notre Dame des Sans Abris.

**Fond** : il est ressenti et redevable du sujet de l'œuvre. Le fond est en lien avec la subjectivité et le beau en Art-thérapie.

**Forme** : elle est observable et redevable de la technique. La forme est en lien avec l'objectivité et le bien en Art-thérapie.

**Goût** : faculté humaine de se déterminer dans l'appréciation qualitative sensorielle des choses qui nous entourent. Le goût concerne les impressions. En Art-thérapie, le goût est relié à l'affirmation de soi.

**Habiletés sociales**<sup>23</sup> : capacité de donner et d'obtenir de l'information, d'avoir et de comprendre des comportements, d'exprimer et d'échanger des opinions, des sentiments et des émotions avec exactitude dans une grande diversité de situation, afin de réaliser nos objectifs relationnels et utilitaires.

**Hypoesthésie** : faible aptitude à percevoir des sensations.

**Ideal esthétique** : « adéquation complète entre l'idée et sa forme en tant que réalité concrète », d'après Hegel

**Imagination** : faculté que possède l'esprit de se représenter des images, connaissances ou expérience sensible. L'imagination est une forme de représentation.

**I.N.S.E.E.** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

**I.N.S.E.R.M.** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

**Item** : plus petite unité appréciable d'un niveau d'organisation. Il peut être observé, ressenti ou interprété.

**Mélancolisation**<sup>24</sup> : pathologies du narcissisme caractérisés par la perte de la confiance en soi, « je ne vaux plus rien, je suis un déchet », en l'autre et en l'avenir.

**Objectif thérapeutique** : objectif de soin que l'atelier d'Art-thérapie doit atteindre.

<sup>11</sup>Rapport d'activité scientifique 2009 de la Fondation NEURODI

<sup>12</sup> BANDURA A., *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck, Paris, 2003 p. 12-26.

<sup>13</sup> EKMAN P., *Are there basic emotions ?* Psychol. Rev. 99 : 550-553, 1992.

<sup>14</sup> MORFAUX L.M., Op. cit.

<sup>15</sup> BERTHOZ A., *La manipulation mentale des points de vue, un des fondements de la tolérance*, Les conférences du Collège de France [En ligne], La pluralité interprétative, Pluralité et tolérance : le changement de point de vue, mis en ligne le 24 juin 2010. URL : <http://conferences-cdf.revues.org/228>

<sup>16</sup> BERTHOZ A., et JORLAND G., *L'empathie*, Odile Jacob, Paris, 2004, p. 20.

<sup>17</sup> MORFAUX L.M., Op. cit.

<sup>18</sup> REY A., sous la direction de, *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 2010.

<sup>19</sup> ANDRE C., & LELORD F., Op. cit. p. 14.

<sup>20</sup> FAMOSE J-P., & BERTSCH J., *L'estime de soi : une controverse éducative*, Quadrige/PUF, Paris, 2009, p. 22.

<sup>21</sup> FAMOSE J-P., & BERTSCH J., Op. cit. p. 75.

<sup>22</sup> BERNHARD H., MILLOT C., *L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi*, In : *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Direction scientifique FORESTIER R., Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007, p. 75.

<sup>23</sup> LIBERMAN R. P., DERISI W. J., & MUESER K. T., *Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques*, Retz, Paris, 1989, p. 24 et 58.

<sup>24</sup> FURTOS J., *De la précarité à l'Auto-exclusion*, Edition Rue Ulm, Paris 2009, p. 16.

**Objet social**<sup>25</sup> : c'est une chose concrète que l'on a ou que l'on n'a pas comme l'emploi, l'argent, le logement, les diplômes, la formation.

**O.M.S.** : Organisation Mondiale de la Santé.

**Opération artistique** : théorie du processus artistique, organisant et révélant l'ensemble des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique.

**Pauvreté** : vient du latin *pauper* qui signifie « qui produit peu ». État d'une personne qui manque de ressources matérielles, d'argent.

**Pénalité** : désavantages infligés à la personne à la suite d'une maladie, d'un handicap, d'une blessure de vie ou d'un choix de vie qui affecte la qualité de vie.

**Phénomène artistique** : sous-ensemble des mécanismes de l'opération artistique observable.

**Potentiel** : capacité d'action et de production en puissance.

**Précarité** : vient du latin *precarius* qui signifie « obtenu par prière ». Caractère ou état de ce qui est incertain, instable, fragile, dont l'avenir et la durée ne sont pas assurés.

**Propriété émergente** : c'est une propriété (une structure, une forme, une fonction...) d'un système complexe (système composé d'un grand nombre de parties hétérogènes en interaction), qui ne peut être prédite à partir des propriétés des éléments constituant le système. Pour certains, la vie est une propriété émergente de la matière organique, la conscience une propriété émergente du cerveau, le beau est une propriété émergente d'une œuvre d'art. « Le tout est plus que la somme de ces parties ».

**Protocole (art-thérapeutique)** : énoncé des conditions et règles de déroulement de l'action thérapeutique qui en définissent la faisabilité auprès du patient.

**Qualité de vie** : selon l'OMS « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

**Rayonnement** : impact émotionnel que l'œuvre produit de ce qu'elle donne à capter.

**Signe** : manifestation d'un état pathologique observable par le médecin.

**Site d'action** : mécanisme humain défaillant dans l'opération artistique.

**Stratégie (art-thérapeutique)** : c'est la coordination des actions thérapeutiques qui suppose l'adaptation des moyens art-thérapeutiques, et qui a pour objectif un changement bénéfique de l'état de base de la personne

**Santé** : selon l'OMS, « état de complet bien-être physique, mental et social, et elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

**Style** : personnalité de l'auteur qui s'exprime par et dans l'œuvre artistique. Le style concerne l'expression. En Art-thérapie le style est relié à la **confiance en soi**.

**Sympathie** : vient du grec *sym* : avec et *patheia* : ce qu'on éprouve. C'est le fait d'éprouver de l'émotion pour autrui en restant soi-même, sans changement de point de vu. Elle consiste à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place.

**Symptôme** : manifestation d'un état pathologique perçue par le patient.

**Syndrome** : ensemble des signes et symptômes d'une maladie.

**Théorie des 3B** : théorie esthétique des caractéristiques de l'Art basée sur le Bon, le Beau et le Bien.

**Thérapie** : désigne un processus de soin

**Vision de soi**<sup>26</sup> : regard évaluatif et affectif que l'on porte sur soi, sur ses qualités, défauts, limites et potentialités. Composante de l'estime de soi.

**R.S.A.** : Revenu de Solidarité Active

---

<sup>25</sup> FURTOS J., *L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité*, In FURTOS J., *Les cliniques de la précarité*. Op. cit. p. 14.

---

<sup>26</sup> ANDRE C., & LELORD F., Op. cit. p. 16-17.

## INTRODUCTION

---

Un simple regard peut changer une vie...

C'était il y a un peu moins de dix ans, j'étais alors doctorant en biologie. Je menais des recherches sur la symbiose, une forme singulière de relation entre les êtres, dont toutes les formes de vie sont redevables. Attaché à l'étude de ces relations, j'étais paradoxalement insatisfait des miennes. Je me suis alors tourné vers le Samu social où je suis devenu bénévole. Nous effectuions en petite équipe des maraudes de nuit à la rencontre des nombreuses personnes à la rue. Notre modeste présence suffisait souvent à égayer leur nuit. Ils demandaient même parfois à ce qu'on les réveille pour ne pas manquer ce rendez-vous. J'ai été de très nombreuses fois bouleversé par l'intensité de la détresse, de la violence et du désespoir des personnes que nous croisions. Toute la fragilité humaine était là, à vif et à sang.

Une nuit, j'ai fait la rencontre de Patrick. Il se trouvait au pied d'un escalier dans la gare de Perrache à Lyon. Il faisait froid, le lieu était crasseux et une odeur d'urine tenace embaumait l'atmosphère. Alors que je m'approchais de Patrick pour le saluer et lui proposer un café, j'ai été littéralement émerveillé par ce que j'ai aperçu. Muni d'une grosse loupe et d'un petit morceau de crayon récupéré, Patrick était en train de dessiner des insectes dans une quiétude et une concentration prodigieuses. Ses dessins naturalistes étaient magnifiques et il s'empressait de nous les montrer, sortant de son sac à dos plusieurs exemplaires d'une finesse incroyable. A cet instant précis, dans ce lieu des plus sordides, le surgissement inattendu de la beauté avait transformé notre regard...

Ce mémoire relate une expérience d'Art-thérapie à dominante Art-plastique auprès de personnes en situation de **précarité\*** et d'**exclusion\*** dans un accueil de jour du Foyer Notre Dame des Sans Abris à Lyon. Il est le fruit d'une double réflexion thérapeutique et théorique décomposée en trois parties.

La première s'attache à mettre en évidence que les souffrances générées par la précarité et l'exclusion, sont susceptibles d'être accompagnées de façon pertinente par l'Art-thérapie. Nous faisons l'hypothèse que la pratique artistique, dans le contexte thérapeutique qui est le nôtre, est susceptible de contribuer à la revalorisation de l'**estime de soi\***, très fortement affectée, et donc à l'amélioration de la qualité existentielle.

La deuxième partie, fait état de la stratégie et des résultats thérapeutiques obtenus au cours des accompagnements d'Angèle et Maria. Aux vues de l'hypothèse initiale, nous verrons que les résultats sont congruents même s'ils sont limités, ce qui inmanquablement nous conduit à la question de l'efficacité thérapeutique dans un troisième temps.

En troisième partie, après avoir proposé un modèle pour mieux appréhender le concept de trajectoire thérapeutique, nous nous efforcerons de déterminer les critères qui permettent de juger scientifiquement de l'efficacité de l'Art-thérapie. Nous soutiendrons que le développement conjoint de la clinique et de la recherche est indispensable tant à la reconnaissance de la discipline qu'au mieux être du patient.

« Le rebutant laisse la lumière pourrir sous ses ongles. L'enfance sécher en zigzag sous ses semelles et tomber en poussière sur le bitume. Il a grandi au-delà de ses forces. Avec des silences trop grands pour lui. Il se sent vieux et aveugle. Son corps a perdu la mémoire des gestes et vacille entre les murs, cherchant des yeux l'issue. »<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> SAMPIERO D., *Le Rebutant*, L'un et l'autre, Gallimard, 2003, p.14.

## *1 Les situations de précarité et d'exclusion génèrent des souffrances extrêmes qui affectent l'estime de soi et la qualité de vie*

### *1.1 Une précarité normale favorise le lien social alors qu'une précarité pathogène le désorganise*

#### *1.1.1 Il est important de distinguer pauvreté, exclusion et précarité*

Il est possible d'être pauvre sans être précaire, et d'être précaire sans pour autant être pauvre. On peut très bien être exclu d'un groupe ou d'un lieu sans pour autant être pauvre, ni précaire. Enfin on peut très bien être pauvre, précaire ou exclu sans pour autant être affecté au point d'en souffrir. On voit clairement que ces notions en apparences étroitement liées, recouvrent des réalités qu'il est important de bien distinguer.

La **pauvreté\*** vient du latin *pauper* qui signifie « qui produit peu ». État d'une personne qui manque de ressources matérielles, d'argent ou qui a peu. La pauvreté peut être déterminée par un seuil de ressource monétaire. En France par exemple, est considérée comme pauvre une personne dont les revenus mensuels sont inférieurs à 50% du revenu médian soit environ 800 euros<sup>28</sup>. Cette définition est toutefois assez relative. Relative d'abord au pays où de grandes disparités existent sur le pourcentage et le revenu médian. Relative également à la situation des autres ressources dont disposent les personnes – ressources psychologiques, intellectuelles, culturelles, affectives, etc. La pauvreté extrême ouvre à ce que l'on nomme la misère. La pauvreté ou la misère peuvent constituer dans nos sociétés de consommations capitalistes une forme de handicap social.

L'exclusion est l'action d'exclure qui vient du latin *excludere* « fermer à l'extérieur », « faire sortir ». Action d'exclure quelqu'un en le chassant d'un endroit où il avait précédemment sa place, ou en le privant de certains droits. Pour le psychiatre Jean Maisondieu<sup>29</sup> « L'exclusion n'est pas en soi pathogène. Toutes les sociétés et tous les groupes fonctionnent à l'inclusion et à l'exclusion. Il n'y aurait pas d'ordre, rien ne serait possible, si on ne remplissait pas un certain nombre de conditions pour être inclus quelque part et si on n'était pas rejeté dans le cas où on cesserait de remplir ces mêmes conditions... Tout exclu ou inclus peut trouver une place ailleurs, sauf s'il est exclu de l'humanité ». C'est de cette dernière exclusion, « hors humanité » dont nous allons traiter au cours de ce mémoire.

La précarité vient du latin *precarius* qui signifie « obtenu par prière ». Caractère ou état de ce qui est incertain, instable, fragile, dont l'avenir et la durée ne sont pas assurés. La définition officielle adoptée par le Conseil économique et social français<sup>30</sup> est la suivante : « La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances d'assumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». La précarité est donc étroitement liée à la notion de temps, d'incertitude et de vulnérabilité. Le psychiatre Jean Furtos distingue la précarité ordinaire de la précarité exacerbée quand aux effets radicalement opposés qu'elles produisent sur le psychisme.

<sup>28</sup> Selon l'INSEE en 2010

<sup>29</sup> MAISONDIEU J., *De l'exploitation à l'exclusion, un progrès ?*, Le temps des cerises, Pantin, 2002, p. 6.

<sup>30</sup> Sous l'impulsion du fondateur d'ATD quart Monde, le Père Wrésinski, publiée au JO le 28/02/1987.

« L'exclusion est un processus centrifuge d'aller aux marges. La précarité est une situation qualifiée par l'incertitude en autrui, en soi, dans l'avenir. La pauvreté est la situation d'avoir peu. Il ne faut absolument pas mélanger. La précarité est « simplement » une incertitude, non pas seulement pour demain, mais pour d'aujourd'hui ; dans ses formes malignes, elle ouvre sur le processus d'exclusion. »<sup>31</sup>

### *1.1.2 La précarité normale ou ordinaire favorise la confiance*

L'environnement au sens large dans lequel nous évoluons n'est pas constant, il est incertain, fragile, précaire. Ce qui signifie que l'homme ne peut échapper à cette précarité dite « normale » ou ordinaire qui l'inscrit d'emblée dans une vulnérabilité constitutive, irréductible et vitale. Guillaume le Blanc parle dans cette situation d'une précarité ontologique ou vitale<sup>32</sup>. Pour s'en prémunir, l'individu va développer ses liens sociaux, de solidarité et de reconnaissance, et ce, depuis sa naissance.

« Le lien social... est ancré sur une vulnérabilité de base qui passe rythmiquement au besoin et en appelle à l'autre, ce qui fonde à la fois le lien, le plaisir du lien et son ambivalence : car cela repose tout de même, à l'origine, sur la détresse possible, l'impuissance et l'incomplétude, qui entraînent l'obligation d'une dépendance et d'une reconnaissance réciproque, c'est-à-dire celle d'être considérée comme digne d'exister parmi les humains »<sup>33</sup>

Ces liens sociaux vont donc nourrir très tôt, et tout au cours de la vie selon Furtos, une triple confiance : la confiance en l'autre – confiance en ses capacités à nous aider –, la **confiance en soi\*** et la confiance en l'avenir. Cependant, la précarité ordinaire est également associée à une souffrance, souffrance de ne plus avoir, souffrance liée à la possibilité de perdre les objets sociaux ou de disparaître. Mais c'est une souffrance qui aide à vivre et qui favorise le développement des liens sociaux, de la triple confiance et donc de l'estime de soi<sup>34</sup>.

L'enjeu de cette précarité ordinaire est de faire exister la personne comme sujet de désir et de demande, de l'inscrire dans la société. Mais lorsque celle-ci devient trop importante, lorsqu'elle affecte les objets sociaux, la précarité peut à l'inverse désinscrire le sujet de la société, l'exclure.

### *1.1.3 La précarité exacerbée est pathogène, elle dégrade la confiance*

Lorsque la précarité est exacerbée, c'est-à-dire qu'à la précarité ontologique se surajoute la précarité sociale, elle est susceptible de faire disparaître progressivement la triple confiance et donc insidieusement de favoriser le repli social – perte de la confiance en soi et en l'autre – et l'atténuation des désirs et des projets – perte de la confiance en soi et en l'avenir. Le Blanc ajoute qu'« il existe donc bien dans la précarité une dissolution potentielle de la viabilité et, par suite, des formes de **créativité\*** que cette viabilité implique ». Dans cette situation la souffrance<sup>35</sup> empêche de vivre, elle peut même dans les cas extrêmes lorsque se surajoute l'exclusion devenir une souffrance qui empêche de souffrir. La précarité sociale, va générer une précarité psychique pouvant aller vers une rupture identitaire dont le **syndrome\*** d'**auto-exclusion\*** est la manifestation la plus radicale. La clinique psychosociale nous apporte un éclairage particulièrement intéressant sur la dynamique de ces processus.

---

<sup>31</sup> FURTOS J., *Changer de regards pour changer les pratiques*, Journée interrégionale PACA CORSE DOM du 13 mars 2009, Marseille.

<sup>32</sup> LE BLANC G., *Vies ordinaires, vies précaires*, Edition du Seuil, Paris, 2007

<sup>33</sup> FURTOS J., *L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité*, Op. cit. p. 13.

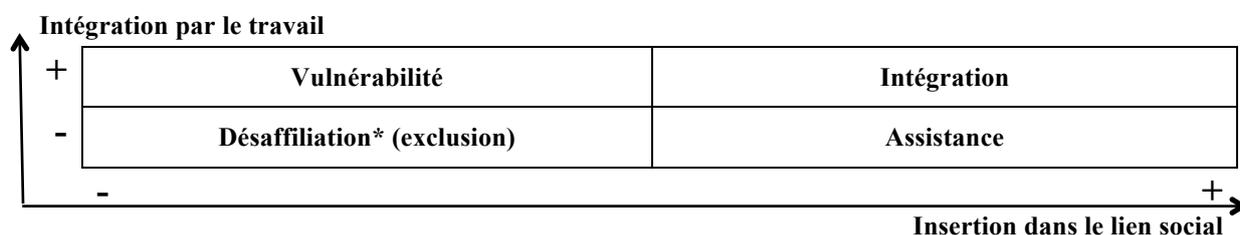
<sup>34</sup> entendu comme sécurité de base face à l'adversité (cf. L'estime de soi)

<sup>35</sup> on peut entendre souffrance psychique comme « le débordement des mécanismes d'adaptation et de défense de la personnalité ». Tiré de rapport souffrance psychique et exclusion sociale du secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion en 2003

## 1.2 La clinique psychosociale décrit comment la perte effective ou possible des objets sociaux affectent le psychisme de l'individu

### 1.2.1 Le psychiatre Furtos s'inspire du modèle du sociologue Castel pour envisager la précarité sous forme de trajectoires

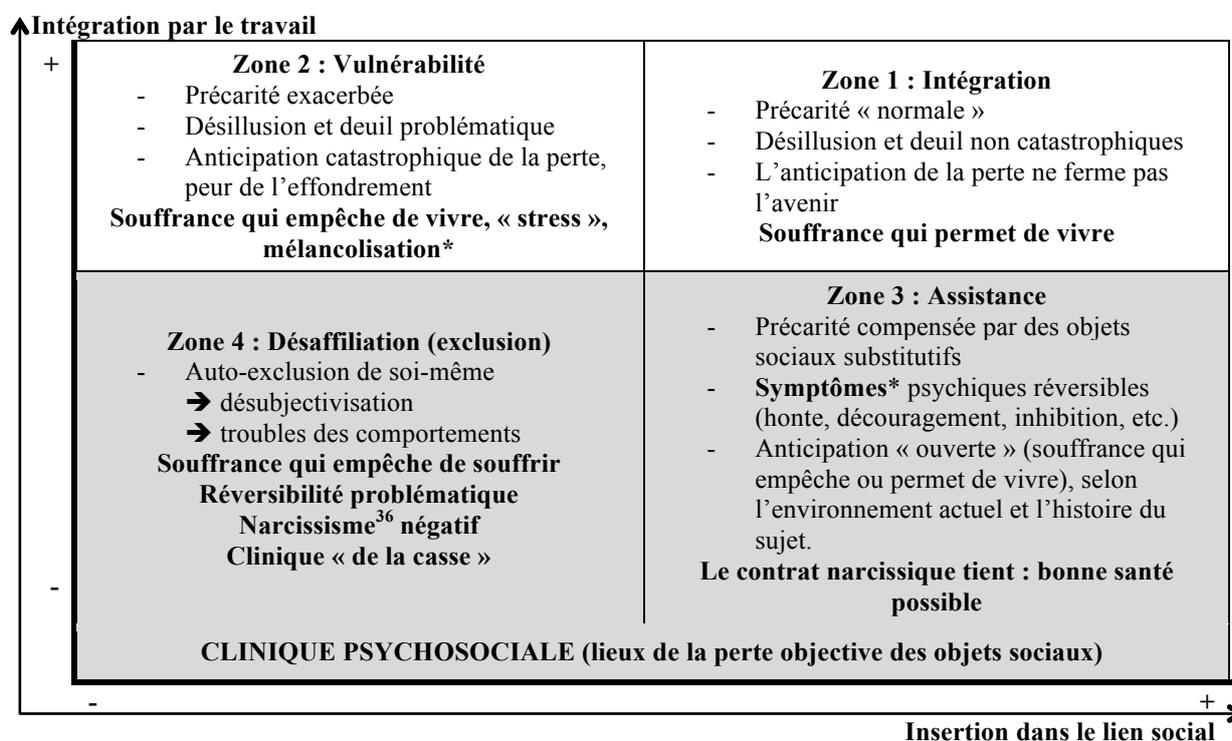
Inclus ou exclus, afin de sortir de cette dichotomie simpliste et non représentative de la complexité des situations rencontrées, le sociologue Robert Castel va modéliser le processus de précarisation selon 4 zones.



**Schéma n°1** – schéma sociologique de CASTEL révélant les trajets possibles

Les zones du schéma n°1 ne sont pas étanches, il est possible de passer d'une zone à l'autre en fonction des 2 axes qui structurent le diagramme à savoir : l'intégration par le travail et l'insertion par le lien social.

A la lumière de l'expérience clinique, Furtos va revisiter ce schéma en terme de processus psychique.



**Schéma n°2** – schéma sociologique revisité en terme de processus psychique<sup>37</sup>

Comme précédemment il faut envisager le schéma n°2 en terme de processus donc de trajectoires ascendantes ou descendantes.

En ce qui concerne les deux premières zones 1 et 2, les objets sociaux sont globalement conservés.

<sup>36</sup> Dans le sens de ce qui soutient l'estime de soi

<sup>37</sup> FURTOS J., *Epistémologie de la clinique psychosociale, la scène sociale et la place des psy*, Pratiques en santé mentale, n°1, 2000

La **zone 1** – d'intégration – correspond à la situation de précarité normale décrite précédemment où la perte des objets sociaux peut être envisagée.

La **zone 2** – de vulnérabilité – correspond à la situation de précarité exacerbée décrite précédemment. La perte des liens sociaux fait rentrer dans une zone de vulnérabilité psychique importante – perte de la triple confiance.

En zone 3 et 4 les objets sociaux sont perdus et l'on se trouve d'après Furtos dans le champ du travail social et dans ce qu'il nomme la clinique psychosociale.

La **zone 3** – d'assistance – correspond à la situation où la perte des objets sociaux est effective. Cette perte peut s'accompagner de la triade de l'exclusion : de la honte, du découragement et de l'inhibition affective – selon le psychiatre Maisondieu. Cependant la réversibilité des symptômes, l'étayage des liens sociaux et des dispositifs d'aides médico-sociales, peuvent contribuer au retour de la bonne santé. Les personnes dans cette zone conservent des désirs, des projets et l'ambition de s'en sortir. Mais, si aucune aide ni reconnaissance n'est apportée, la triade peut conduire progressivement à des pathologies de l'agir et corrélativement à des ruptures des liens qui peuvent mener en zone 4.

La **zone 4** – de désaffiliation ou d'exclusion – est la zone où tout ou presque est perdu et où la réversibilité est problématique. C'est la précarité avec l'exclusion sociale qui ouvre la porte au syndrome d'auto-exclusion, une forme d'auto-aliénation paradoxale.

### *1.2.2 La précarité et l'exclusion sociale ouvrent la porte au syndrome d'auto-exclusion*

L'étiologie est excessivement complexe. Il faut d'abord se rappeler qu'il s'agit d'un processus psychosocial qui a amené la personne dans la zone de désaffiliation. La question à se poser est donc quels sont les facteurs qui mènent dans cette zone. Il n'y a pas de réponse simple car il n'existe pas d'évènement déclenchant aussi mécanique que la perte d'un **objet social\*** ou la rupture d'un lien qui l'a conduite dans cette zone. Maladie mentales, fragilités affectives ou psychiques sont à la fois les causes et les conséquences qui s'interpénètrent dans les données épidémiologiques<sup>38</sup>. On peut tout de même rapporter que très souvent les biographies des personnes qui développent un syndrome sont carencielles et marquées par des ruptures et des abandons précoces.

Nous allons décrire brièvement ce syndrome car de nombreux **signes\*** vont avoir des conséquences majeures sur la prise en charge et le suivi des personnes en situation d'exclusion et de précarité.

Dans des situations extrêmes d'exclusion, lorsque la personne ne peut plus faire face à la souffrance et pour continuer à vivre, elle va développer un processus actif et paradoxal, une forme « d'auto-aliénation » que le psychiatre Jean Furtos<sup>39</sup> appelle auto-exclusion, qui va le couper de sa souffrance et de lui même en même temps. Le sujet va alors réagir et mettre en cascade toute une série d'évènements psychiques, somatiques et comportementaux. Dans un premier temps la triple confiance est abolie ou amoindrie ce qui conduit à un état de découragement et à l'extrême à un état de désespoir absolu, qui ne peut plus se dire en mots. Parallèlement, l'exclusion sociale et la précarité grandissent. C'est alors que débute le glissement, l'enclenchement du syndrome d'auto-exclusion dont voici les 9 signes principaux recensés dans le tableau suivant.

---

<sup>38</sup> RICHER S., MERYGLOD N., *Données épidémiologiques psychiatriques concernant les sans domicile*, In : *Les Cliniques de la précarité*, Op. cit. p. 271.

<sup>39</sup> FURTOS J., *Le syndrome d'Auto-exclusion* In : *Les Cliniques de la précarité*, Op. cit.

| 3 signes de dé-habitude de soi, agissant sur le corps, les affects et la pensée   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>anesthésie du corps</b></li> <li>- <b>émoussement affectif</b></li> <li>- <b>inhibition intellectuelle</b></li> </ul> <p>Ils vont entraîner une <b>hypoesthésie*</b>, un repli ou une inhibition affectivo-cognitive, une véritable auto-anesthésie globale de la personne qui conduit à des troubles du comportement comme des conduites addictives ou de la violence.</p>                                 |
| 3 signes paradoxaux, à l'envers de ceux auxquels l'on pourrait s'attendre   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>réaction thérapeutique négative</b> – plus le thérapeute aide, plus la personne va mal.</li> <li>- <b>diminution ou abolition de la capacité de demande</b></li> <li>- <b>inversion sémiologique</b> – présenter des signes psychologiques ou psychiatriques à des non « psy » et inversement.</li> </ul> <p>Ces signes vont freiner et rendre parfois très compliquée la prise en charge des patients.</p> |
| 3 autres signes de désocialisation, renforçant l'exclusion  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>rupture active des liens</b> – liens avec les proches, la famille, les amis, les aidants...</li> <li>- <b>errance et incurie</b></li> <li>- <b>diminution ou abolition de la honte</b></li> </ul>   |

**Tableau n°1 – Le syndrome d'Auto-exclusion d'après FURTOS**

A propos de l'inhibition affectivo-cognitive: « je ne veux penser à rien parce que si je pense à hier, c'était tellement mieux que cela me fout le cafard. Je ne veux pas penser à aujourd'hui parce que c'est horrible. Je ne veux pas penser à demain parce qu'il n'y a pas de demain" ... Même chose au niveau des affects. Se laisser aller aux sentiments, c'est accepter sa vulnérabilité. On dit quand on aime quelqu'un: "J'ai un faible pour toi" ce qui implique que je le laisse avoir un pouvoir sur moi. »<sup>40</sup>

Il est intéressant de noter que « tous les signes directs de l'auto-exclusion ressemblent étrangement à ce que l'on désigne sous le terme de « signes déficitaires de la schizophrénie ». Les troubles psychotiques sont d'ailleurs surreprésentés parmi la population SDF – cf. tableau n°5, p. 24. Le rapport *Psychiatrie et grande exclusion* du secrétariat d'Etat à l'Action humanitaire note en 1996 « L'état psychique des sans abris, SDF, exclus, peut être rapproché d'un état post-traumatique ». Le tableau n°2 fait écho à cette idée de traumatisme, il révèle le climat général de violence physique et psychique dont sont victimes les personnes en situation de grande précarité et d'exclusion.

| Evènement de vie marquants                                   | Homme et Femme (%) |
|--|--------------------|
| Victime de violence psychologiques ou morales répétées       | 40,9               |
| Victime de violence physiques marquantes, régulières         | 27,7               |
| Prison   | 18,2               |
| Victime de violences sexuelles                               | 12,8               |
| Placement temporaire (famille d'accueil, institution, foyer) | 11,6               |

**Tableau n°2 – Evénements de vie marquants chez les personnes SDF d'Ile de France<sup>41</sup>**

Le rapprochement du tableau clinique de la grande exclusion avec d'une part, la psychose, et d'autre part, l'état post-traumatique, illustre bien toute la difficulté d'appréhender ces souffrances psychosociales et la nécessité d'un accompagnement transversal.

### 1.2.3 *L'accompagnement des personnes en situation de souffrances psychosociales est difficile voir paradoxale*

En 1995, le rapport Lazarus<sup>42</sup> rappelle à ce propos :

- Les enseignements de cette clinique spécifique font apparaître le danger qu'il y aurait à

<sup>40</sup> MAISONDIEU J., Op. cit. p. 26.

<sup>41</sup> Source : SAMENTA, *rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, Observatoire du Samusocial de Paris / Inserm, 2009.

<sup>42</sup> LAZARUS A., *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », 1995.

classifier d'ores et déjà ces symptômes dans de la pathologie mentale relevant du seul recours psychiatrique ;

- Les problèmes de souffrance psychique ne sont pas séparables de l'ensemble des conditions de vie des personnes ;
- Il existe un besoin de "soin" pour des usagers qui ne sont pas des malades mentaux.

Le traitement des souffrances psychosociales, surtout lorsqu'elles sont extrêmes – syndrome d'auto-exclusion – ne requiert ni un traitement social et économique ni un traitement psychologique ou psychiatrique, mais nécessite un véritable traitement psychosocial conjoint et coordonné. Comme le fait remarquer Maisondieu « l'exclusion marche main dans la main avec la précarité. Pour ramener des exclus, si jamais c'est possible, au milieu des inclus, il faut tenir les deux bouts de la ficelle : leur rendre des moyens du côté de la réalité – moyens d'existence, logement, etc. – et surtout leur rendre confiance en eux, c'est-à-dire qu'ils se sentent reconnus comme semblables aux inclus. »<sup>43</sup> Pour Furtos, « l'antidote de l'exclusion c'est le respect de l'humanité en l'autre », c'est parvenir à « prendre soin de l'humanité en l'être souffrant »<sup>44</sup>.

Le savoir-être de l'aidant est donc indispensable, mais il n'est malheureusement pas suffisant car l'aide apportée à la personne en situation d'auto-exclusion peut avoir des conséquences paradoxales. Comme le signale Declerck « cet attachement au symptôme, aussi incapacitant soit-il pour le sujet, est malgré tout une manière, pour ce dernier, de survivre en évitant le pire, c'est-à-dire une réactivation douloureuse du conflit inconscient initial »<sup>45</sup>. Ainsi, en relâchant sa garde et ses défenses brutalement, à la faveur d'une confiance inhabituelle, investie dans un aidant par exemple, la personne fait remonter la souffrance inassurable qui l'a conduit au syndrome, réactivant celui-ci. « C'est là une expérience analogue à celle du garrot que l'on vous pose lors d'une hémorragie. Quand on l'enlève et que le sang recommence à circuler, cela fait mal. Quand les gens s'empêchent de sentir, de ressentir et de penser, si d'un seul coup leur vitalité est révélée, le sang, le sang psychique, circule trop vite : c'est trop fort pour eux, ils se réanesthésient ou font des passages à l'acte »<sup>46</sup>.

### *1.3 L'estime de soi des personnes en situation de précarité et d'exclusion est fortement affectée.*

#### *1.3.1 Les différentes théories sur l'estime de soi mettent l'accent sur l'individu ou sur les relations sociale dans le groupe.*

La mesure de l'importance de l'estime est concentrée dans les propos du philosophe Paul Ricoeur qui tient « l'estime de soi pour le seuil éthique de l'agir humain. »<sup>47</sup> D'après le dictionnaire le verbe estimer a deux significations : l'idée « d'apprécier la valeur de quelque chose, de l'évaluer », et « d'avoir une opinion sur une chose ou une personne ». D'après cette définition l'estime de soi est l'évaluation affective que l'on porte sur soi-même. Ou, comme le définit Richard Forestier, « la valeur et la considération de la personne à son propre regard. »<sup>48</sup> Il s'agit de l'approche la plus classique que certains auteurs<sup>49</sup> nomment approche intrapersonnelle où l'individu est au centre.

##### *1.3.1.1 Dans l'approche intrapersonnelle l'accomplissement personnel est central*

Dans leur ouvrage, Famose et Bertsch définissent selon cette approche l'estime de soi comme « le produit d'une comparaison entre les caractéristiques perçues du soi et un soi idéal, c'est-à-dire les représentations de ce que la personne souhaiterait être. L'échec à atteindre ses propres

<sup>43</sup> MAISONDIEU J., Op. cit. p. 21-22.

<sup>44</sup> FURTOS J., *Le syndrome d'Auto-exclusion* In : *Les Cliniques de la précarité*, Op. cit. p. 131.

<sup>45</sup> DECLERCK P., *Les naufragés – Avec les clochards de Paris*, Terre Humaine Poche, Paris, 2001, p. 305.

<sup>46</sup> FURTOS J., *De la précarité à l'auto-exclusion*, Op. cit. p. 35.

<sup>47</sup> RICOEUR P., *La souffrance n'est pas la douleur*, Psychiatrie française, numéro spécial, 1992.

<sup>48</sup> FORESTIER R., *Regard sur l'art*, Op. cit. p. 47.

<sup>49</sup> FAMOSE J-P., & BERTSCH J., Op. cit. p. 22.

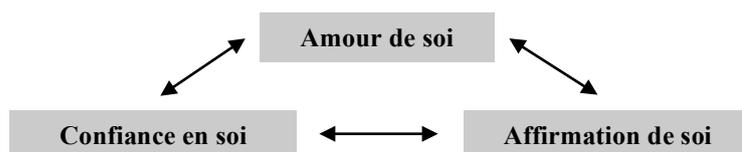
idéaux produira des résultats négatifs <sup>50</sup>» notamment en terme d'estime de soi – basse estime de soi comparée à une haute estime de soi.

Dans cette lignée, André et Lelord <sup>51</sup> proposent de concevoir l'estime de soi comme la synthèse de 3 piliers, l'**amour de soi\***, la confiance en soi et la **vision de soi\*** – cf. tableau n°3.

|                      | COMPOSANTE                         | DESCRIPTION  | ROLE DANS L'ESTIME DE SOI   |
|----------------------|------------------------------------|--|---|
| <b>ESTIME DE SOI</b> | <b>Confiance en soi</b>            | Croire en ses capacités à agir efficacement (anticipation de l'action). S'applique à nos actes.                                      | Favorise l'action au quotidien.<br><b>Rapport à l'action, compétences personnelles</b>    |
|                      | <b>Amour de soi</b>                | Aptitude à s'aimer, indépendamment de nos performances et réussites, de façon inconditionnelle.                                      | Favorise la stabilité affective.<br><b>Rapport affectif à soi</b>                         |
|                      | <b>Vision de soi</b> <sup>52</sup> | Regard évaluatif et affectif que l'on porte sur soi, sur ses qualités, défauts, limites et potentialités.                            | Favorise la résistance aux obstacles et aux contretemps<br><b>Rapport évaluatif à soi</b> |
|                      | <b>Affirmation de soi*</b>         | Elle concerne les compétences relationnelles de l'individu et vise à l'expression de ses propres émotions, idées, désirs ou besoins. | Favorise l'expression.<br><b>Rapport aux autres, compétences relationnelles</b>           |

**Tableau n°3** – L'estime de soi et ses composantes adaptées de ANDRE et LELORD <sup>53</sup>

Ses fonctions sont de 3 ordres : protéger face à l'adversité, faciliter l'action sereine et donner du recul par rapport aux pressions sociales. Ils précisent que l'estime de soi est très fortement influencée par le sentiment d'acceptation sociale. Ces composantes sont plus ou moins liées et dépendantes les unes des autres – cf. schéma n°3.



**Schéma n°3** – Dynamique de l'estime de soi<sup>54</sup>

Selon André et Lelord <sup>55</sup> l'amour de soi est la composante la plus profonde et la plus intime. « Il n'empêche ni la souffrance ni le doute en cas de difficultés, mais il protège du désespoir ». Ces racines plongent très tôt dans l'enfance et sont en grande partie les produits des « nourritures affectives<sup>56</sup> » prodiguées par les parents et les proches. « Les carences d'estime de soi qui prennent leur source à ce niveau sont sans doute les plus difficiles à rattraper. »<sup>57</sup>

### 1.3.1.2 Dans l'approche interpersonnelle l'acceptation sociale est centrale

Cette approche contraste avec l'approche précédente car l'estime de soi est envisagée « comme une construction sociale façonnée au travers des échanges avec les autres. »<sup>58</sup> Une de ces approches est particulièrement intéressante pour le sujet de l'exclusion sociale, il s'agit de l'approche évolutionniste de l'estime de soi ou « théorie du sociomètre ». Leary et *al.* estiment que « le système de l'estime de soi semble fonctionner comme un « sociomètre » conçu pour

<sup>50</sup> FAMOSE J-P., & BERTSCH J., Op. cit. p. 23.

<sup>51</sup> ANDRE C., & LELORD F., Op. cit. p.14.

<sup>52</sup> notion qui est ici très proche de l'estime de soi décrite par FORESTIER R. notamment.

<sup>53</sup> ANDRE C., & LELORD F., Op. cit.

<sup>54</sup> FORESTIER R., *Regard sur l'art*, Op. cit. p. 47.

<sup>55</sup> ANDRE C., & LELORD F., Op. cit. p. 14-15.

<sup>56</sup> Selon l'expression de CYRULNIK B., *Les Nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob, 1993.

<sup>57</sup> ANDRE C., & LELORD F., Op. cit. p. 14-15.

<sup>58</sup> FAMOSE J-P., & BERTSCH J., Op. cit. p. 59

détecter d'éventuels changements délétères dans le niveau d'intégration ou d'acceptation sociale de la personne. »<sup>59</sup> Selon cette théorie et d'après Famose et Bertsch « les personnes ne sont pas motivées pour maintenir leur estime de soi en tant que telle, mais motivées pour préserver, protéger, et occasionnellement augmenter le degré selon lequel elles sont acceptées et valorisées par les autres personnes. »<sup>60</sup> Vu sous cet angle l'estime de soi est conçue comme un système qui est destiné à éviter l'exclusion sociale.

De récentes études en neuropsychologie ont ainsi mis en évidence que même de brefs épisodes d'exclusions activent chez les individus des zones impliquées habituellement dans la détresse associée à la douleur, augmentant le stress, provoquant de la tristesse et de la colère<sup>61,62</sup>. Selon le psychologue Ethan Kross, le rejet fait littéralement mal car son expérience sensorielle active certaines des régions cérébrales qui sont activées en réponse à des expériences sensorielles douloureuses<sup>63</sup>. Ces éléments indiquent que l'exclusion sociale qui se traduit par une faible estime de soi, engendre des « douleurs sociales » qui, si elles deviennent persistantes et envahissantes, débouchent sur des souffrances sociales ou psychosociales. Tout comme la douleur physique, la « **douleur sociale\*** » jouerait un rôle d'alarme. En outre, certains récepteurs opioïde qui prédisposent à la douleur physique prédisposent également à une sensibilité accrue à la douleur sociale<sup>64</sup>.

### 1.3.2 *L'estime de soi est donc fortement affectée en contexte de précarité*

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les conséquences psychiques de la précarité sont très variables selon les individus. Les effets de la précarité dépendent d'une part de la précarité objective, que l'on peut mesurer, et d'autre part, et de façon beaucoup plus pernicieuse, du sentiment de précarité. Ce sentiment est à mettre en relation directe avec le sentiment de sécurité, ou « la croyance bien ou mal fondée qu'on est à l'abri de tous périls. »<sup>65</sup> Or « il y a une construction complexe qui assure particulièrement notre sécurité de base, c'est l'estime de soi. »<sup>66</sup> Il y a donc un rapport étroit entre la dégradation de l'estime de soi et les conséquences psychosociales de la précarité et ce, quelle que soit l'approche considérée – cf. tableau n°4, p. 22. L'estime de soi, entendue comme le résultat d'un processus dynamique cognitif et social, peut donc logiquement constituer un **objectif thérapeutique\***.

---

<sup>59</sup> LEARY M. R., TAMDOR E. S., TERDAL S. K. DOWNS D. L., *Self-Esteem as an Interpersonal Monitor: The Sociometer Hypothesis*, Journal of Personality and Social Psychology, 68, 1995, p. 518-530.

<sup>60</sup> FAMOSE J-P., & BERTSCH J., Op. cit. p. 138.

<sup>61</sup> WILLIAMS, K., *Ostracism*, Annual Review of Psychology, 58, 2007, p. 425-452.

<sup>62</sup> KROSS, E., et al., *Social rejection shares somatosensory representations with physical pain*, PNAS, n°15, vol. 108, 2011, p. 6270-6275

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> WAY B., M., TAYLOR S., E., EISENBERGER N., I., *Variation in the  $\mu$ -opioid receptor gene (OPRM1) is associated with dispositional and neural sensitivity to social rejection*, PNAS, n°35, vol. 108, 2009, p. 15079 –15084

<sup>65</sup> ROBIN D., *Sûreté et sécurité, précarité et estime de soi. Une approche psychosociale* In : *Les Cliniques de la précarité*, Op. cit. p. 131.

<sup>66</sup> Ibid.

|  |                    | Principales conséquences de la précarité exacerbée et de l'exclusion   | Conséquences sur l'estime de soi      |
|--|--------------------|--|---------------------------------------|
| Estime de soi intrapersonnelle               | Confiance en soi   | Perte ou dégradation de la triple confiance – en soi, en l'autre et en l'avenir –, conséquences : <ul style="list-style-type: none"> <li>- repli social</li> <li>- diminution des désirs et des projets</li> </ul> « Pathologie de l'agir »                        | FAIBLE ESTIME DE SOI                  |
|  | Amour de soi       | Atteinte importante de l'amour de soi qui est signé par le désespoir, et qui est à mettre ensuite en relation avec l'inhibition affectivo-cognitive ou la diminution de la capacité à ressentir donc à éprouver du plaisir à être. « Pathologie de l'affectivité » |                                       |
|  | Affirmation de soi | Affirmation de soi très problématique en raison : <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une confiance en soi et d'un amour de soi atteints</li> <li>- compétences relationnelles perturbées en contexte d'exclusion.</li> </ul> « Pathologie du lien »        |                                       |
| Estime de soi interpersonnelle ou Sociomètre |                    | « mesures désespérées, dangereuses ou extrêmes pour se trouver valorisé et accepté. » <sup>67</sup> Echec de l'acceptation sociale qui conduit à l'exclusion.  | FAIBLE ESTIME DE SOI (par définition) |

Tableau n°4 – Conséquences de la précarité exacerbée sur l'estime de soi

#### 1.4 La qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion est fortement diminuée

##### 1.4.1 La précarité affecte les besoins fondamentaux

La qualité signifie d'après le dictionnaire le Robert « un degré plus ou moins élevé d'une échelle de valeurs pratiques ». Il s'agit d'une quantification se référant à une mesure. Or, quantifier un objet aussi flou et complexe que la valeur de la vie ne peut que déboucher sur un concept de **qualité de vie\*** équivoque. Cela se traduit naturellement par une profusion de définitions différentes, mais nous n'en retiendrons que deux essentielles.

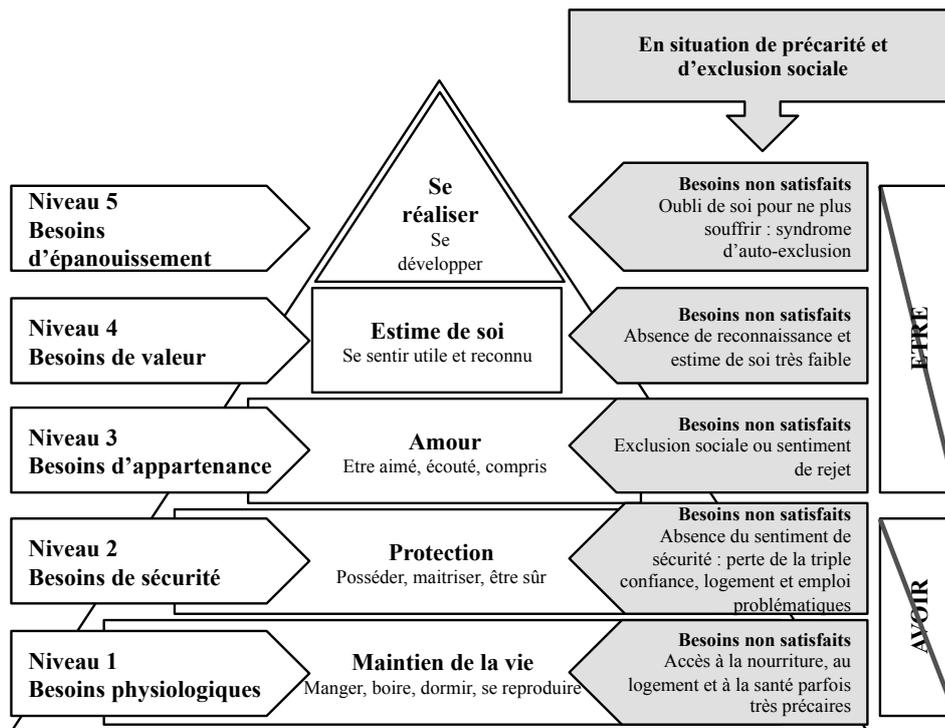
La première est celle apportée en 1994 par l'OMS qui définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Cette définition met en avant qu'il s'agit d'une perception, donc d'un traitement subjectif propre à l'individu. Elle est étroitement imbriquée avec une définition bien antérieure que donne l'OMS de la **santé\*** en 1947 qui est un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». L'homme est alors conçu comme un organisme biopsychosocial.

La seconde définition est celle développée par Hunt et Mc Kenna en 1993<sup>68</sup>, ils définissent la qualité de vie comme la capacité à satisfaire les besoins perçus. Le concept d'**autonomie\***, et avec lui le concept de choix et de liberté sont indirectement rattachés à cette définition. Celle-ci met en avant non seulement l'idée de perception comme la définition de l'OMS, mais également l'idée de capacité à satisfaire, donc à faire. A cette définition fait écho celle de la santé adoptée par la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986 : « Pour parvenir à un état de complet bien être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé

<sup>67</sup> FAMOSE J-P., & BERTSCH J., Op. cit. p. 178.

<sup>68</sup> HUNT S. M., MC KENNA S. P., *Measuring quality of life in psychiatry*. In : WALKER A, ROSSER R. M., *Quality of life assessment key issues in the 1990's*. Kluwer Academic Publishers, Amsterdam, 1993, p. 345-354 citée dans MARTIN P., AZORIN J-M., *Qualité de vie et schizophrénies*, John Libbey Eurotext, Paris, 2004, p.19.

est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ». Le concept de besoin à satisfaire est à rapprocher de la pyramide des besoins élaborée d'après les travaux de Maslow<sup>69</sup>.



**Schéma n°3 – La pyramide des besoins de MASLOW en situation de précarité et d'exclusion sociale**

C'est une théorie hiérarchique des besoins humains où un besoin supérieur dans la pyramide ne peut être satisfait que si le besoin inférieur à lui-même a été satisfait. Ce modèle est vivement critiqué sur l'aspect hiérarchique, en particulier des niveaux supérieurs, et sur la discrimination aussi nette des 5 niveaux. Cependant, il a le mérite de rendre visible que même les besoins fondamentaux de la catégorie de l'« avoir », c'est-à-dire les besoins physiologiques et de sécurité ne sont en aucun cas garantis et donc satisfaits en situation de précarité et d'exclusion.

La qualité de vie est donc un concept complexe et multifactoriel. Schématiquement, il fait appel :

- aux idées : c'est-à-dire aux représentations mentales de l'individu, à ses croyances, ses aspirations,
- aux comportements : c'est-à-dire aux actions que l'individu va mettre en place, ou non,
- à l'environnement, physique, physiologique ou social : c'est-à-dire à des paramètres qui vont à la fois générer des besoins et des incertitudes.

#### ***1.4.2 Les besoins fondamentaux non satisfaits dégradent inévitablement la santé et pénalisent très lourdement l'individu***

Lorsque les besoins fondamentaux ne sont plus satisfaits, principalement en raison de la perte du logement et des ressources financières, la personne en situation de précarité va inévitablement voir sa santé physique et psychique se dégrader. Les données épidémiologiques disponibles pour les personnes SDF sont sans équivoques à ce sujet. L'espérance de vie des personnes SDF est en moyenne amputée de 39 ans de vie, et 21 ans pour un homme, comparé à la population générale. La surmortalité à la rue est donc d'une ampleur très importante, elle peut être en partie expliquée par la surreprésentation des maladies chroniques, des troubles mentaux, en particulier les troubles psychotiques, et des dépendances aux substances psychoactives – cf. tableau n°5, p. 24.

<sup>69</sup> MASLOW, A. H., *The farther reaches of human nature*. Viking Press, New York, 1971.

|   | Population de personne SDF   | Population générale                       |
|---|--|---|
| Espérance de vie <sup>70</sup>                        | Homme : 56 ans   | Homme : 77 ans                            |
|   | Femme : 44 ans   | Femme : 83 ans                            |
| Qualité de vie <sup>71</sup><br>(questionnaire SF-36) | <b>Santé physique, Limitation liées à l'état physique, Santé perçue, Douleur physique et Limitations liées à l'état psychique</b> , significativement inférieur dans la population SDF à l'exception des items <b>Vitalité, Vie sociale – Relations avec les autres et Santé Mentale</b> . |   |
| Tentative de suicide                                  | 21,8 % (au cours de toute la vie)  | 160 000 / an pour 65 millions d'habitants |
| Maladies chroniques                                   | 37,7 %   | pas de données comparatives directes      |
| Troubles psychiatriques sévères                       | 34,1 %   | pas de données comparatives directes      |
| Troubles psychotiques                                 | 13,2 %   | ≈ 1 %                                     |
| Troubles de la personnalité et du comportement        | 21,1%  | pas de données comparatives directes      |
| Dépendance aux substances psychoactives               | 28,5%  | pas de données comparatives directes      |

**Tableau n°5 – Qualité de vie et santé chez les personnes SDF par rapport à la population générale<sup>72</sup>**

On constate qu'il y a très souvent cumul de maladies, de maladies organiques liées aux conditions de vie difficile, et de troubles psychiatriques, de handicaps – handicap social et/ou physique –, de blessures de vie – rupture affective, souvent à l'origine du glissement à la rue – et de conduites addictives – alcool en particulier comme « solvant efficace contre la honte »<sup>73</sup>... Notons tout de même que quelle que soit la nature précise des souffrances, le Haut Comité de la Santé Publique identifie la souffrance psychique comme signe premier de la précarité sociale qui peut conduire à une véritable dégradation de la santé<sup>74</sup>. « D'une façon générale, en précarité et a fortiori en exclusion, l'accès aux soins est retardé, les soins ambulatoires réguliers impossibles, la prise de traitements aléatoire, les contrôles de l'efficacité irréalisables, la continuité des soins utopique. »<sup>75</sup>

#### 1.4.3 En situation d'auto-exclusion, l'accès aux soins est rendu très difficile

Les personnes sont tout d'abord insuffisamment informées sur les droits auxquelles elles peuvent prétendre :

- « 8 personnes accueillies par Médecins du Monde sur 10 ont droit à une couverture maladie et ne le savent pas. »<sup>76</sup>
- « seules 18,2 % des personnes avec un trouble psychiatrique « diagnostiqué » par les psychiatres de notre étude déclarent être suivies au moment de l'enquête. »<sup>77</sup>

Quand bien même la personne connaît ses droits, l'accès à ceux-ci est rendu difficile et complexe nécessitant souvent l'intervention de professionnels.

- « Plusieurs **CASO\*** ont constaté en 2008, l'impact du contexte répressif à l'égard des sans papiers, qui tend à les dissuader d'entreprendre les démarches pour se faire soigner. »<sup>78</sup>

<sup>70</sup> Source : Enquête de Médecin du Monde, *Mortalité des personnes sans abri à Marseille*, février 2009.

<sup>71</sup> Source : ORHAN F., *Etude de la qualité de vie d'un échantillon de patients sans domicile fixe fréquentant le CHAPSA à Nanterre*. Thèse doctorale de Médecine, Université Paris Descartes, 2009.

<sup>72</sup> Source sauf mention particulière : SAMENTA, Op. cit.

<sup>73</sup> MAISONDIEU J., Op. cit. p. 15.

<sup>74</sup> Rapport du Haut Comité de Santé public. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. 1998.

<sup>75</sup> MERCUEL A., *Prise en charge des exclus* In : GUELFY J.D., ROUILLON F., *Manuel de psychiatrie*, Masson, Paris, 2007, p. 606.

<sup>76</sup> *L'accès aux soins des plus démunis en 2009* : Publication de Médecin du Monde

<sup>77</sup> SAMENTA Op. cit.

<sup>78</sup> *L'accès aux soins des plus démunis en 2009* Op. cit.

- « Les difficultés administratives deviennent en 2008 le premier obstacle mentionné par les patients pour accéder aux droits et aux soins. Ensuite viennent la barrière linguistique et la méconnaissance des droits et des structures – qui était auparavant le premier obstacle identifié »<sup>79</sup>.

L'exclusion sociale s'accompagne donc parfois d'une certaine forme d'exclusion des systèmes d'aide sociaux et médicaux existants. Enfin rappelons-le, à ce paradoxe social et politique, se surajoute les signes paradoxaux du syndrome lui même – cf. tableau n°1, p. 18. Tout d'abord, la personne n'est souvent plus en situation de demander de l'aide. Quand bien même celle-ci est apportée, la réaction thérapeutique négative – cf. 1.2.3 *L'accompagnement des personnes en situation de souffrances psychosociales est difficile voir paradoxale* p. 17 – et l'inversion sémiologique peuvent remettre en cause injustement l'aide et la prise en charge elle-même.

## 2 *L'Art, cette modalité particulière d'expression, est susceptible de contribuer à l'épanouissement de l'être humain*

L'impression et l'expression sont les processus d'échange à la base de la vie. Pour qu'un organisme vivant poursuive son existence, au-delà même de sa fonction de reproduction et de croissance, il faut qu'il puisse s'adapter à son environnement, par nature, changeant. Pour cela, il doit être capable de percevoir et d'intégrer les éléments de son environnement : c'est l'impression – échange de l'extérieur vers l'intérieur. Pour finalement s'y ajuster ou s'y adapter le mieux possible ; c'est l'expression – qui est un échange dirigé de l'intérieur vers l'extérieur – qui traduit une modification extérieure « adaptative » en réponse à l'impression. Pour qu'une vie se déroule correctement, qu'elle soit de qualité et qu'elle puisse s'épanouir – s'étendre d'après l'étymologie – il doit exister un certain équilibre entre ces deux types d'échanges.

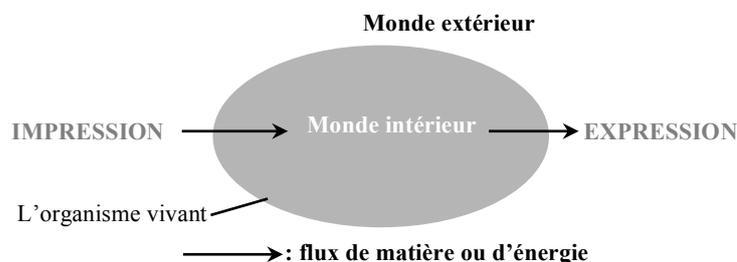


Schéma n°4 – Les processus d'échanges à la base de la vie

D'après le schéma n°4, on constate que l'expression se nourrit inévitablement de l'impression. Ainsi, « les œuvres d'Art sont des éléments de notre monde extérieur susceptible de nous impressionner. Or, c'est cette impression, qui devient connaissance, qui influence notre expression. »<sup>80</sup>

Or l'Art, qui est une modalité d'expression humaine très particulière, peut contribuer à cet équilibre vital propre à chacun et constituer pour certaine personne une véritable source d'épanouissement et de bien être. Définir l'Art, c'est définir le beau.

### 2.1 *L'Art est une activité d'expression humaine singulière orientée vers un idéal esthétique*

La singularité de l'expression artistique, au regard des nombreuses autres activités d'expressions auxquelles l'être humain peut s'adonner, tient au fait qu'elle est orientée de façon désintéressée vers un **idéal esthétique\***. Cette expression est désintéressée car elle ne vise à aucun but particulier sinon elle même, pour elle même et la gratification qu'elle procure. L'esthétique, qui d'après l'étymologie grec *aisthêtikos* signifie qui peut être perçu par les sens, indique que l'Art est le domaine d'expression privilégié de la sensibilité humaine. Si comme Hegel le pense, l'idéal

<sup>79</sup> *L'accès aux soins des plus démunis en 2009* Op. cit.

<sup>80</sup> FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art occidental*, Op. cit. p. 211.

esthétique est « l'adéquation complète entre l'idée et sa **forme\*** en tant que réalité concrète », alors l'Art est aussi un domaine où la sphère cognitive est inévitablement convoquée. Le produit de cette activité artistique, qui implique donc l'être humain dans sa globalité émotionnelle, corporelle et cognitive, est l'œuvre d'art. En voici quelques définitions rapportées par Roger Pouivet<sup>81</sup> qui éclaire notre propos et celui à venir :

- « L'œuvre d'art est la réalisation sensible de l'idée »,
- « L'œuvre d'art est l'expression de soi par l'artiste »,
- « L'œuvre produit du sens »,
- « L'œuvre est l'au-delà du sens »,
- « L'œuvre d'art est une rencontre »,
- « L'œuvre d'art est ce qui ouvre une dimension inaccessible à toute autre expérience »

## 2.2 *Le beau a un pouvoir d'attraction universelle*

Le **beau\*** d'après Kant est ce qui plaît universellement sans concept. Une autre façon de définir le beau et de dire que le beau génère une émotion esthétique. Les bases biologiques de cette émotion particulière n'ont cependant pas été clairement élucidées, même si des études récentes indiquent que le patron des aires cérébrales impliquées dans cette émotion est proche d'autres formes de plaisir intense<sup>82</sup>. Les raisons évolutives de celle-ci, cette forme de sensibilité originaire au beau, tiennent en particulier à l'idée que chez l'animal un partenaire « beau » pour la reproduction, c'est-à-dire symétrique et régulier (les caractéristiques qui sont justement jugées le plus fréquemment comme belles, même chez l'homme), est un bon indicateur de son patrimoine génétique, donc de sa réussite à engendrer. Le beau, ou son corollaire l'émotion esthétique, serait une **propriété émergente\*** d'après certains auteurs<sup>83</sup> des propriétés physiques de l'œuvre ou de l'objet esthétique contemplé et des propriétés cognitives et imaginatives de celui qui contemple.

Au delà même de l'Art et de toute référence à l'histoire – humaine et de l'Art –, notre expérience quotidienne nous amène chaque jour à nous positionner par rapport à la qualité esthétique des objets qui nous entourent. La tenue vestimentaire que nous portons, le papier peint de nos murs, les assiettes et les verres avec lesquelles nous recevons, la plante qui orne le salon, à chaque fois que nous en avons la possibilité nous aménageons le beau autour de nous comme s'il était protecteur et bienfaisant. Toute personne indépendamment de sa condition sociale s'oriente donc naturellement dans le champ des expériences esthétiques vers ce qu'elle trouve beau, vers ce qui lui plaît. Peut être parce que, comme l'écrit Stendhal, « la beauté est la promesse du bonheur. »

## 2.3 *L'Art a des pouvoirs et des effets sur l'être humain à même de contribuer à son épanouissement psychosocial*

Si l'objet principal de l'Art est le beau, alors l'Art est une affaire de **goût\***.

### 2.3.1 *L'Art est une affaire de goût et de capacité à s'affirmer*

D'après Jean Lacoste, « le goût, en effet, est un jugement esthétique. Il s'oppose donc au jugement logique, au jugement de connaissance, car il se rapporte à ce qu'il y a en nous de plus individuel, de plus irréductible à la connaissance : le sentiment vital du plaisir et de la peine. Dans le goût, le sujet ne porte pas de jugement sur l'objet il dit comment il est affecté par une représentation. »<sup>84</sup> C'est donc dans l'intimité de l'être, que l'œuvre d'art va se révéler. Dire d'une œuvre qu'elle est belle, c'est porter son goût à la critique de l'autre, en sachant qu'il ne partage peut être pas votre avis, c'est exposer à l'autre l'affection et l'émotion qu'elle nous cause. C'est en somme affirmer la légitimité de son goût, son autonomie, sa propre légitimité à exister.

<sup>81</sup> POUIVET R., *Qu'est-ce qu'une œuvre d'art ?*, Chemin Philosophique, VRIN, Paris, 2007, p. 8.

<sup>82</sup> BELZUNG C., *Biologie des émotions*, De Boeck, Bruxelles, 2007, p. 433-441

<sup>83</sup> HSU L., *Le Visible et l'expression : étude sur la relation intersubjective entre perception visuelle, sentiment esthétique et forme picturale*. Thèse doctorale. CRAL, EHESS, Paris, 2009.

<sup>84</sup> LACOSTE J., *La philosophie de l'art*, Que sais-je ? PUF, Paris 2010, p. 27.

La pratique artistique va mettre en jeu le goût de l'artiste, mais au delà, elle nécessite la mise en action de ce goût dans une réalisation concrète, l'œuvre, qui sera elle même offerte au jugement esthétique des spectateurs. Cette œuvre est une affirmation esthétique au sens où son existence est vraie, car elle ne peut être niée. L'artiste par l'intermédiaire de son œuvre laisse son empreinte, il affirme ainsi son existence par sa capacité à transformer, à agir sur le monde. Comme le dit très justement Arendt à propos des systèmes totalitaires « c'est lorsque la forme la plus élémentaire de créativité humaine, c'est-à-dire le pouvoir d'ajouter quelque chose de soi au monde commun, est détruite, que l'isolement devient absolument insupportable. C'est ce qui peut se produire dans un monde où les valeurs majeures sont dictées par le travail, autrement dit où toutes les activités humaines ont été transformées en travail. »<sup>85</sup> Même en démocratie, le parallèle avec les personnes en situation de précarité et d'exclusion est particulièrement frappant.

### *2.3.2 L'activité artistique nécessite une intention et un engagement sous-tendus par le plaisir sensoriel puis le plaisir esthétique*

L'activité artistique est par définition une action volontaire. La volonté de l'artiste, son **engagement\***, porte son action vers son idéal esthétique. L'activité artistique est donc une action volontaire dirigée ou une intentionnalité esthétique c'est-à-dire la volonté de mettre en forme une idée ou des ressentis, qui détermine le passage de l'Art I, où domine les plaisirs sensoriels, à l'Art II, où domine la technique et l'organisation. Elle s'accompagne dans sa réalisation concrète de capacités à résoudre des problèmes, c'est-à-dire, de la créativité. Pourquoi un processus si complexe que la créativité serait mis en jeu s'il n'existait aucun bénéfice supplémentaire à la gratification sensoriel dans l'Art I ? Ainsi, si l'on se place du strict point de vue de la biologie évolutive, tout comportement – activité artistique – est sélectionné – existe dans la population – s'il contribue directement ou indirectement au succès reproductif de celui qui l'exprime. Si l'on admet que l'activité artistique est désintéressée, il faut admettre qu'elle existe simplement pour les effets qu'elle produit directement. Le moteur ou le succès dont il s'agit ici, qui détermine l'intentionnalité, est donc le plaisir esthétique projeté et attendu – ce qui suppose par ailleurs d'en avoir déjà fait l'expérience.

En effet, comme le rapporte Forestier le beau est associé au **bon\*** dès l'Antiquité<sup>86</sup>. Ainsi, si nous associons par extension le bon à l'activité artistique, celle-ci devient une forme de prendre soin de soi. L'activité artistique qui se fonde sur l'intention et le désir d'une réalisation, implique de « se reconnaître une capacité à être et à éprouver du plaisir à être...idée de l'Amour de soi développé par André et Lelord. »<sup>87,88</sup>

### *2.3.3 L'activité artistique dans son rapport à l'action et aux autres mobilise la triple confiance : en soi, en l'avenir et en l'autre*

Comme « l'estime de soi a besoin d'actes pour se maintenir et se développer »<sup>89</sup>, l'activité artistique est susceptible d'y contribuer, pourvu que celle-ci soit satisfaisante pour l'artiste.

Toute action dont l'intention est satisfaite, c'est-à-dire dont les résultats attendus et souhaités sont réalisés, va nourrir la confiance en ces propres capacités à faire, la confiance en soi. La confiance est donc étroitement liée à l'action.

Comme nous l'avons vu, l'activité artistique suppose une intention, or, celle-ci suppose une projection dans l'avenir. Car l'œuvre imaginée n'est alors qu'un projet. Pour lui donner consistance, l'artiste se projette sans cesse dans l'avenir pour faire correspondre au mieux sa

<sup>85</sup> ARENDT H., *Les origines du totalitarisme : le système totalitaire*, Seuil, Paris, 1972, p. 226.

<sup>86</sup> FORESTIER R., *Les fondements de l'évaluation en art-thérapie*, In : *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Direction scientifique FORESTIER R., Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007, p.15.

<sup>87</sup> BERNHARD H., MILLOT C., *L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi*, In : *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Op. cit. p. 75.

<sup>88</sup> ANDRE C., LELORD F., Op. cit.

<sup>89</sup> ANDRE C., LELORD F., Op. cit. p. 19.

réalisation à son intention. L'activité artistique va donc, conjointement à la confiance en soi, solliciter la confiance en l'avenir.

Enfin, l'œuvre d'art exposée au public sollicite la confiance en l'autre. Car exposer l'œuvre c'est pour ainsi dire s'exposer soi au jugement des autres, c'est prendre le risque de révéler sa sensibilité, sa vulnérabilité d'une certaine façon. L'artiste prendrait-il ce risque s'il n'avait confiance en personne, si personne n'avait confiance en lui ? Cette composante sociale de l'Art, c'est-à-dire son rapport à l'autre, est connue depuis longtemps.

#### *2.3.4 L'activité artistique peut être vectrice de lien et de reconnaissance sociale*

Depuis les premières expressions artistiques jusqu'à nos jours, l'Art n'a jamais cessé d'assurer des liens. Dès les origines, l'Art a contribué à l'émergence d'une vie sociale organisée<sup>90</sup> en lien étroit avec le sacré. Art – l'art pariétal, les statuettes, amulette etc. –, monde des esprits et médecine sont alors étroitement imbriqués dans les pratiques chamaniques. L'Art rend possible, au travers du sorcier, le lien entre le monde inconnu et craint des esprits et celui des hommes<sup>91</sup>. C'est ainsi que, jusqu'à la révolution française, l'Art fut inséparable de la religion, de l'étymologie latine *religare*, de ce qui relie les hommes aux dieux, de ce qui relie les hommes entre eux<sup>92</sup>.

Aujourd'hui, l'Art reprend le sens de ce qui relie les hommes entre eux, même s'il n'a plus cette fonction religieuse. Ainsi, l'Art est inséparable de la culture qui définit l'humanité et ne renie pas son lien avec « l'inaccessible », comme en témoigne une des définitions de Pouivet précédemment citée « l'œuvre d'art est ce qui ouvre une dimension inaccessible à toute autre expérience ». Par l'intermédiaire de cette œuvre, l'artiste et l'esthète sont donc en lien symboliquement, ce qui fonde ce sentiment d'appartenance à la même communauté humaine.

S'affirmer artistiquement au moyen d'une production, c'est donc naturellement emprunter le chemin de la reconnaissance sociale, même si aujourd'hui le principal vecteur d'intégration reste le travail. Ainsi, « l'art peut s'avérer le plus pertinent des supports pour enrichir les imaginaires et améliorer la relation à l'autre. »<sup>93</sup> Or, c'est précisément dans la relation à l'autre que la reconnaissance se joue.

Comme nous venons de le voir l'activité artistique a des pouvoirs et des effets à même de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de grande précarité et d'exclusion. Ainsi, l'activité artistique peut contribuer à renforcer l'estime de soi et le sentiment de reconnaissance sociale défailants ou limités chez ces personnes. Cependant, si l'Art a incontestablement des effets connus depuis longtemps, il n'a pas de vertu thérapeutique en soi. Pour utiliser ces effets de l'Art au service du soin, il faut se tourner vers l'Art-thérapie, une discipline paramédicale originale.

### *3 L'Art-thérapie qui exploite les effets de l'Art au service du soin peut améliorer la qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion*

La maîtrise et l'orientation du processus artistique, dans la direction visant spécifiquement à l'amélioration de l'estime de soi et de la reconnaissance sociale, pourraient contribuer à une meilleure qualité de vie pour des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

---

<sup>90</sup> MALHERBE M., GAUDIN P., *Les Philosophies de l'humanité*, Bartillat, Paris, 1999, p. 107.

<sup>91</sup> GIRAUD J.-J., *Relation entre l'art et la médecine*, Op. cit. p. 23-25.

<sup>92</sup> MORFAUX L.M., *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, Op. cit. p. 314.

<sup>93</sup> J SAEZ J.P., *Interculturalité et politiques culturelles en France*, Observatoire des politiques culturelles, 2003.

### *3.1 L'Art-thérapie est une discipline paramédicale au champ d'application humanitaire et thérapeutique*

#### *3.1.1 L'Art-thérapie est l'utilisation de l'Art au service du soin*

D'après les enseignements universitaires de la discipline, l'Art-thérapie se définit comme « l'exploitation du **potentiel\*** artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique. »<sup>94</sup> L'exploitation se rapporte à la compétence de l'art-thérapeute à maîtriser et orienter les effets de l'Art. Le potentiel artistique de l'individu – ses potentialités –, sur lequel s'appuie l'exercice de l'Art-thérapie, se rapporte à la partie fonctionnelle de l'individu, à sa partie « saine ». Dans cette vision optimiste de la personne humaine, l'art-thérapeute va mobiliser l'engagement, le goût et le **style\*** de la personne, en vue d'atteindre des objectifs thérapeutiques en suivant une stratégie définie en accord avec la visée humanitaire et thérapeutique. L'Art est donc envisagé ici comme un processeur thérapeutique.

Les indications thérapeutiques à la pratique de l'Art-thérapie sont liées à l'activité artistique elle-même, à son pouvoir et à ces effets sur l'être humain. L'Art-thérapie est donc indiquée pour des personnes en souffrance physique ou psychique ayant des troubles de l'expression, de la communication et de la relation. Ce cadre définit un vaste champ d'intervention qu'il s'agisse des publics ou des pathologies concernés par l'Art-thérapie.

Aujourd'hui considérée comme une profession paramédicale, l'Art-thérapie place son praticien sous l'autorité médicale dans le secteur sanitaire, ou sous l'autorité administrative de l'institution dans le secteur social. L'art-thérapeute, comme tout professionnel paramédical, adhère à un code de déontologie<sup>95</sup>.

#### *3.1.2 Mais l'Art-thérapie est souvent confondue avec d'autres activités qui utilisent l'Art*

L'Art-thérapie n'est pas une psychothérapie à support artistique, avec laquelle on la confond très souvent. Contrairement au psychothérapeute, l'art-thérapeute ne va pas s'attacher à la signification de l'œuvre, à son contenu symbolique révélateur de la psychopathologie de l'individu. L'art-thérapeute ne se situe pas dans le champ des représentations comme le psychologue, mais plutôt dans le champ des ressentis et des émotions. Autrement dit, l'essentiel pour l'art-thérapeute est dans le faire et dans le faire-éprouver au moyen de l'Art, non dans l'interprétation de la production une fois réalisée. « Rien ne devient jamais réel tant qu'on ne l'a pas ressenti », disait le poète Keats.

En ce sens, et s'il fallait revendiquer une parenté d'esprit, l'Art-thérapie serait plus proche de la thérapie comportementale et cognitive – le comment en lien avec le présent – que des thérapies psychanalytiques – le pourquoi en lien avec le passé.

L'Art-thérapie n'est pas non plus une animation artistique, car contrairement à cette discipline, elle doit être motivée par des objectifs thérapeutiques clairement définis en rapport avec les **pénalités\*** rencontrées par la personne.

Enfin, l'Art-thérapie n'est pas un atelier d'Art, car la production d'une œuvre et l'apprentissage de techniques artistiques ne sont en aucun cas les objectifs mais les moyens pour parvenir à des objectifs de nature thérapeutique et non artistique.

---

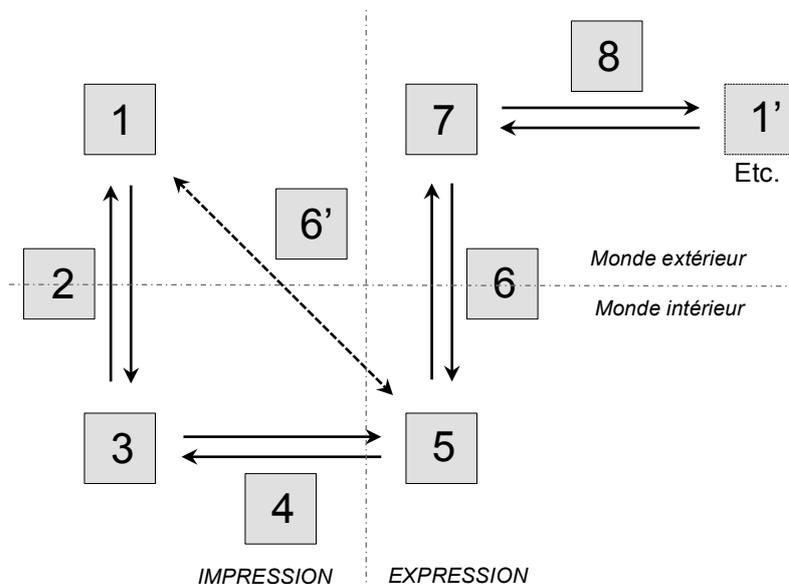
<sup>94</sup> Art-thérapie exercée avec toute forme d'art, Repère métier, Publication AFRATAPEM, Ecole d'Art-thérapie de Tours, 2010.

<sup>95</sup> Art-thérapie exercée avec toute forme d'art, Repère métier, Op. cit.

### 3.2 Les outils à la disposition de l'art-thérapeute sont spécifiques

#### 3.2.1 L'opération artistique permet d'identifier les mécanismes humains défaillants et de définir les sites d'actions

La modélisation du processus artistique, c'est-à-dire l'organisation et la mise en évidence des mécanismes humains impliqués dans l'activité détermine ce que l'on appelle l'**opération artistique\*** – OA.



**Schéma n°5 – L'opération artistique, les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique**

|   |                                      |                             |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1, 1' : L'œuvre d'Art                   | 4 : Traitement sophistiqué, cognitif | 6' : Activité contemplative |
| 2 : <b>Rayonnement*</b> et captation    | 5 : Poussée corporelle               | 7 : Production artistique   |
| 3 : Traitement archaïque, physiologique | 6 : Technique, activité artistique   | 8 : Traitement mondain      |

En présence d'une pénalité ou d'une pathologie, certains mécanismes sont défaillants en raison de l'origine, de la manifestation ou des conséquences des troubles, c'est-à-dire que l'opération artistique ne peut pas se dérouler correctement. Ces mécanismes constituent alors des sites d'action – SA – pour l'art-thérapeute. L'élément précis sur lequel l'art-thérapeute va porter son action thérapeutique s'appelle la **cible thérapeutique\*** – CT. Celle-ci peut faire partie du **site d'action\*** ou d'un mécanisme humain intact qui aura des conséquences sur ce site d'action. Une fois les sites d'actions identifiés, l'art-thérapeute peut fixer les objectifs thérapeutiques conjointement aux objectifs de la structure qui accueille la personne, et aux objectifs propres de la personne. La **stratégie thérapeutique\***, c'est-à-dire la coordination des actions et des moyens art-thérapeutiques mises en œuvre, doit conduire à la réalisation des objectifs et à l'amélioration de la qualité de vie de la personne. Pour s'en assurer, et réévaluer en continu l'impact de l'action thérapeutique, l'art-thérapeute dispose de plusieurs outils d'**évaluation\*** : la fiche d'observation où sont portés un certain nombre d'**items\*** en lien direct avec les objectifs précédemment fixés et un outil d'auto-évaluation, le cube harmonique\*. L'ensemble de tous ces éléments constitue le **protocole\*** thérapeutique – cf. tableau n°6, p. 31.

|  |   |
|--|---|
| <b>Etat de base*</b>                           | Identité, âge, sexe, <b>anamnèse*</b> , souffrances et indications. Goûts, particularités par rapport à l'Art, la <b>culture*</b> , la vie... |
| <b>La pathologie ou le trouble</b>             | Définition de la pathologie et de son étiologie à partir de la monographie  |
| <b>Les pénalités</b>                           | Quelles sont les principales pénalités de la pathologie   |
| <b>L'opération artistique</b>                  | Définir l'origine, la manifestation et la conséquence de la pathologie au regard de l'opération artistique                                    |
| <b>Sites d'Action et Cibles Thérapeutiques</b> | D'après l'origine, la manifestation et la conséquence quels sont les sites d'actions et sur quelles cibles thérapeutiques l'action va porter. |
| <b>Objectifs Thérapeutiques</b>                | Définition des objectifs thérapeutiques généraux et intermédiaires  |
| <b>Les moyens et la méthode : la stratégie</b> | Quelles techniques artistiques proposer, quelles propositions, pourquoi et comment. Atelier individuel ou collectif.                          |
| <b>Evaluation</b>                              | Quels items et faisceaux d'items pour la fiche d'observation en lien avec la pénalité et les objectifs thérapeutiques                         |
| <b>Auto-évaluation</b>                         | Le cube harmonique  |

**Tableau n°6 – Le protocole art-thérapeutique**

### *3.2.2 Le cube harmonique permet une auto-évaluation des trois aspects caractéristiques de l'Art : le Bon, le Beau, et le Bien en lien étroit avec l'estime de soi*

Après une activité artistique, l'art-thérapeute peut soumettre à la personne une auto-évaluation de sa production selon les 3 dimensions de l'esthétique que sont le Bon, le **Bien\*** et le Beau, appelée communément **théorie des 3B\***.

- Le Bon est relatif au plaisir éprouvé par la personne, donc à son engagement dans l'activité artistique. « Est-ce que j'ai éprouvé du plaisir ? » est la question soumise à la personne.
- Le Bien est relatif à la qualité technique de la production, à sa forme, donc aux savoir-faire et au style développés par la personne. « Est ce que c'est bien fait ? » est la question soumise à la personne.
- Le Beau est relatif au jugement esthétique de la production ; à son **fond\***, donc au goût de la personne. « Est ce que cela me plaît ? » est la question soumise à la personne.

L'auto-évaluation peut se représenter sous la forme d'un cube dont les 3 axes comportent un nombre égal de cotations possibles – 1 le minimum, 2, 3, 4, ou 5 le maximum par exemple – et symbolisent chacun l'un des 3 B, c'est le cube harmonique. En effet, la forme idéale est celle d'un cube dont les 3 dimensions sont égales à 5. En pratique, la personne qui s'auto-évalue peut s'écarter plus ou moins de cette forme idéale. L'incidence d'une cotation sur une autre donne au cube harmonique sa fonction de processeur. C'est-à-dire, que l'outil d'auto-évaluation, peut devenir pour la personne un élément qui va l'inciter de façon autonome à modifier ses scores donc son implication générale dans l'activité artistique.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'activité artistique mobilise l'estime de soi de la personne. Il est alors possible de relier à chacune de ces dimensions, une dimension esthétique particulière – cf. tableau n°7, p. 32.

|  |   |   |
|--|---|---|
| S'auto-évaluer par le cube harmonique                              |   |   |
| Attribuer une valeur à sa production                               |   |   |
| Auto-évaluer le <b>BON</b>   | Auto-évaluer le <b>BIEN</b>                                       | Auto-évaluer le <b>BEAU</b>                     |
| Auto-évaluer son plaisir et son intérêt dans l'activité            | Auto-évaluer son savoir-faire                                     | Auto-évaluer la qualité esthétique              |
| Se reconnaître une capacité à être et à éprouver du plaisir à être | Se reconnaître une capacité à agir et à se projeter dans l'avenir | Se reconnaître une capacité à affirmer son goût |
| <b>Amour de soi</b>  | <b>Confiance en soi</b>   | <b>Affirmation de soi</b>                       |
| <b>ESTIME SE SOI</b>   |   |   |

**Tableau n°7** – L'auto-évaluation par le cube harmonique implique directement l'estime de soi<sup>96</sup>

S'il existe un décalage entre l'auto-évaluation de la personne et ce que l'art-thérapeute a pu observer durant la séance, cela peut être la marque d'une altération de l'estime de soi qui peut être éventuellement reliée à une dimension particulière – amour, confiance ou affirmation – si le décalage est spécifique<sup>97</sup>. L'auto-évaluation par le cube harmonique confrontée à l'évaluation de l'art-thérapeute peut ainsi devenir un indicateur de l'état de l'estime de la personne au cours de la prise en charge art-thérapeutique.

### *3.3 L'Art-thérapie est indiquée dans les situations de précarité et d'exclusion*

Les situations de précarités et d'exclusions donnent lieu à des souffrances psychosociales qui peuvent déboucher sur un syndrome d'auto-exclusion dont l'issue peut être la mort. Or dans ces situations, les personnes en souffrance témoignent de troubles de la relation, de l'expression et de la communication. Donc si pour le philosophe Guillaume Le Blanc, « la vie par définition précaire oblige à penser le soin qui l'accompagne »<sup>98</sup>, alors celui-ci peut être l'Art-thérapie.

#### *3.3.1 Cinq expériences d'Art-thérapie relatent le bénéfice d'un tel accompagnement*

Le tableau n°8 est une synthèse de 5 expériences d'Art-thérapie rapportées dans les mémoires en vue d'obtenir le diplôme universitaire. Ses expériences mettent en lumière que la pratique de l'Art-thérapie peut sensiblement améliorer la qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Il est néanmoins très compliqué de comparer précisément l'impact du protocole et de la stratégie thérapeutique sur la qualité de vie, tant les propositions sont diverses. L'estime de soi comme objectif thérapeutique général est cependant relativement transverse à l'ensemble des expériences.

<sup>96</sup> BERNHARD H., MILLOT C., Op. cit. p. 76.

<sup>97</sup> Ibid

<sup>98</sup> LE BLANC G., Op. cit.

|   | Arweiler (1992) <sup>99</sup>  | Forestier (1995) <sup>100</sup>   | Andonian (2006) <sup>101</sup>   | Rentler (2008) <sup>102</sup>   | Andre Foudjing (2009) <sup>103</sup>   |
|---|--|---|--|---|--|
| <b>Objectifs thérapeutiques</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Briser le fonctionnement des personnes SDF en circuit fermé</li> <li>- Utiliser leur potentiel de déplacement</li> <li>- Habiter son corps</li> <li>- Développer la confiance en soi</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réinstaller des repères</li> <li>- Favoriser l'Autonomie</li> <li>- Favoriser l'engagement</li> <li>- Favoriser l'expression</li> <li>- Favoriser l'intégration</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser la confiance, l'affirmation et l'estime de soi</li> <li>- Favoriser une dynamique de projet et le plaisir à faire</li> <li>- Favoriser une dynamique relationnelle et une réadaptation sociale</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'Autonomie : restaurer l'estime de soi développer la confiance en soi</li> <li>- Favoriser le lien social : développer les capacités relationnelles</li> <li>- Maintenir physiquement la personne</li> <li>- Favoriser la réinsertion : favoriser l'engagement dans une dynamique de projet favoriser le lien social</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'estime de soi :</li> <li>- améliorer la confiance en soi</li> <li>- favoriser une dynamique de projet et le plaisir à faire</li> </ul>  |
| <b>Technique artistique retenue, raisons invoquées</b>                  | <p>Art gestuel et vocal afin de réactiver l'extériorisation de soi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Théâtre</b> : favorise la demande de reconnaissance et la prise de distance.</li> <li>- <b>Danse</b> : rééduquer la corporalité fragile.</li> <li>- <b>Chant</b> gestué : favorise la communication et la sortie de l'apathie</li> <li>- <b>Musique</b> : favorise la communication, la relation et l'échange.</li> </ul> | <p><b>La calligraphie</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favorise l'intériorisation donc le silence</li> <li>- favorise la communication</li> <li>- incite à la lecture</li> <li>- donne des repères spatiaux et temporels</li> <li>- apprentissage de la rigueur</li> <li>- laisse une trace, une mémoire</li> <li>- l'écriture est en lien avec l'identité et la culture</li> </ul> | <p><b>Arts-plastiques</b> (peinture, dessin, collages et modelage):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- laisse une trace, une mémoire</li> <li>- nombreuses possibilités d'expression différentes</li> <li>- favorise la capacité de faire des choix</li> <li>- favorise l'Autonomie</li> </ul> | <p><b>La mosaïque</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'association artiste/artisan : fait appel à la culture du travail (modalité première d'intégration sociale aujourd'hui) favorise la reconnaissance sociale</li> <li>- nécessite un engagement et l'apprentissage d'un savoir faire valorisant</li> <li>- favorise l'investissement physique (force musculaire et motricité fine)</li> </ul> | <p><b>Arts-plastiques</b> (peinture, dessin, collages et modelage)</p>   |
| <b>Type de suivi<br/>Durée /<br/>Fréquence<br/>Nombre de<br/>séance</b> | <p>Suivi collectif<br/>5 séances maximum</p>   | <p>Suivi collectif : 2-10 personnes<br/>3h30 / semaine<br/>12 séances maximum</p>   | <p>Suivi collectif : 8 personnes<br/>2h / semaine<br/>7 séances maximum</p>  | <p>Suivi collectif : &gt; 6 personnes<br/>12 séances</p>  | <p>Suivi individuel<br/>12 séances</p>   |
| <b>Evaluations</b>  | <p>Items non explicités</p>  | <p>Items généraux et spécifiques à la calligraphie.<br/>Items « d'ambiances » ou lié à l'environnement de la personne</p>   | <p>Items généraux<br/>Faisceaux d'items comportement, capacités relationnelles, estime et confiance en soi.</p>  | <p>Faisceaux d'items :<br/>- Autonomie (estime et confiance en soi)<br/>- lien social (capacités relationnelles, maintien physique)<br/>- réinsertion (engagement et lien social)</p>   | <p>Faisceaux d'items :<br/>- Implication relationnelle<br/>- intérêt pour l'atelier<br/>- bien être en séance<br/>- expression artistique</p>  |
| <b>Résultats</b>  | <p>L'atelier a favorisé les échanges et l'expression</p>   | <p>L'atelier a favorisé l'activité, la capacité d'initiative et de faire des choix. L'atelier a favorisé la revalorisation.</p>   | <p>L'atelier a favorisé la confiance, l'affirmation et l'estime de soi des personnes impliquées et non inhibées par le groupe.</p>   | <p>La mosaïque a favorisé l'estime, la confiance en soi et le développement de capacités de résolution de problème.<br/>La pratique dans le cadre d'un atelier de groupe a favorisé les comportements adaptés</p>   | <p>L'atelier individuel a permis l'amélioration les 4 faisceaux d'items. Amélioration de la confiance en soi et la prise de plaisir.<br/>Estime de soi toujours très fragile</p>   |
| <b>Discussion / limites</b>   | <p>Accompagnement difficile au delà de 4-5 séances.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'éléments, d'une équipe pluridisciplinaire et de temps</li> <li>- 98% de participation unique</li> <li>Proposition : l'Art-thérapie comme prévention</li> </ul>  | <p>Personnes inhibées par le groupe qui n'ont pas répondu positivement à la stratégie thérapeutique.<br/>Proposition : en complémentarité ou intégré au suivi art-thérapeutique concevoir l'entraînement aux habilités sociales défaillantes chez les personnes SDF</p>                                  | <p>Difficulté de mesurer l'impact de la prise en charge art-thérapeutique en dehors de l'atelier (manque de relais)<br/>Proposition : prendre appui sur la culture en début de prise en charge</p>  | <p>Temps de suivi insuffisant.<br/>Pertinence à ne pas accepter de prise en charge art-thérapeutique dans certaines institutions sociales ou l'encadrement paramédical ou médical est insuffisant voir inexistant. Importance du travail pluridisciplinaire.</p> |

**Tableau n°8 – Synthèse de 5 mémoires d'Art-thérapie traitant de la précarité et de l'exclusion sociale**

### 3.3.2 La précarité et l'exclusion sociale analysées au regard de l'opération artistique permettent de définir une stratégie thérapeutique centrée sur 3 phases

<sup>99</sup> ARVEILER P., *Questions de place ou Art-thérapie auprès de personnes SDF*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Tours, 1992.

<sup>100</sup> FORESTIER A.-F., *Art-thérapie à dominante calligraphie auprès de SDF*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Tours, 1995.

<sup>101</sup> ANDONIAN C., *Une expérience en art-thérapie auprès de personnes en situation de précarité et d'exclusion social*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Tours, 2006.

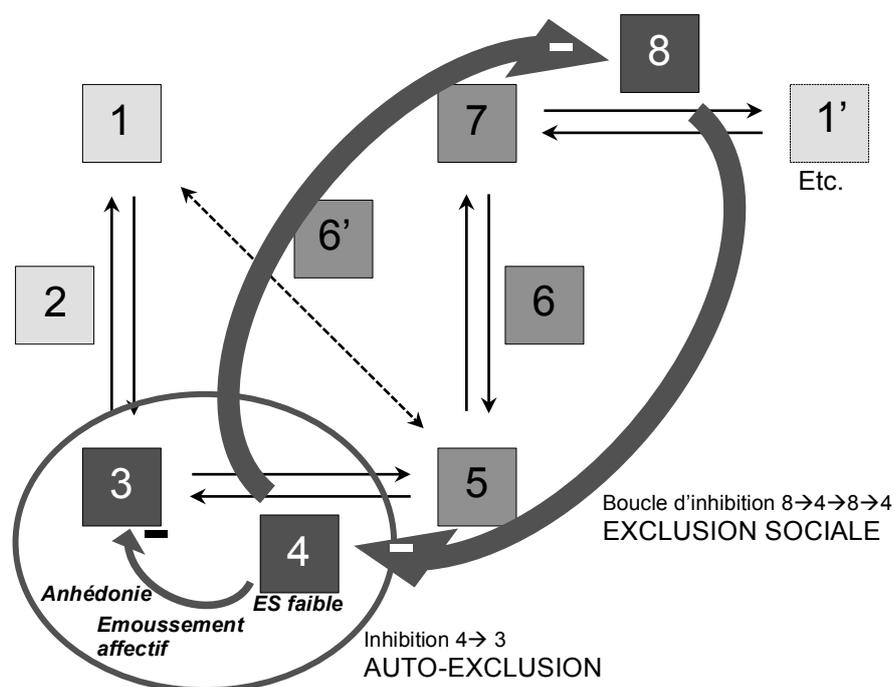
<sup>102</sup> RENTLER C., *Expérience d'Art-thérapie auprès de personnes en situation de grande précarité*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Grenoble, 2008.

<sup>103</sup> ANDRE A., *Une expérience d'art-thérapie à dominante art-plastique auprès de personnes en situation de précarité*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Tours, 2009.

En se référant au schéma n°6 de l'opération artistique, nous pouvons localiser l'origine des troubles associés à la précarité exacerbée – zone de vulnérabilité – dans la phase 8 – perte progressive des liens sociaux. Cela ce manifeste dans la phase 4 par la perte de la triple confiance, un découragement pouvant aller jusqu'au désespoir. Cette perte de l'estime de soi proche des pathologies dépressives, a pour conséquence majeure, outre la perte de l'élan, phase 5, de l'activité et de production, phase 6 et 7, la rupture des liens, phase 8, ce qui renforce l'origine même de la précarité, et peut conduire à l'exclusion sociale.

En zone d'assistance, les processus à l'œuvre sont au regard de l'opération artistique sensiblement comparables. La honte, le découragement et l'inhibition, phase 4, vont inhiber l'élan, phase 5, l'activité et la production, phase 6 et 7. La conséquence majeure est la rupture des liens, phase 8, lesquelles préservait la réversibilité des troubles. L'exclusion sociale et l'auto-exclusion sont alors possibles.

Cette boucle infernale – 8→4→8→4... –, entretenue par une estime de soi très faible peut conduire au glissement vers le syndrome d'auto-exclusion décrit par Furtos localisé en phase 3 et 4 – anhédonie, émoussement affectif –, et dans les cas extrêmes, à la mort. A ce stade, la phase 3 est également affectée en raison des pathologies associées qui peuvent se développer et des nombreux comportements addictifs mise en place par le sujet pour parfaire son anesthésie.



**Schéma n°6 – Précarité et exclusion au regard de l'opération artistique<sup>104</sup>**

■ : mécanisme intact ■ : mécanisme affecté – site d'action – ■ : mécanisme très affecté – site d'action –  
 ES : estime de soi

Les flèches courbes indiquent des mécanismes d'inhibitions. L'inhibition 8→4 puis 4→8 constitue une boucle d'inhibition caractéristique de l'exclusion sociale dont l'estime de soi faible est l'un des moteurs. L'action d'inhibition de 4→3 conduisant à l'**anhédonie\*** et à l'**émoussement affectif\*** est caractéristique de l'auto-exclusion.

Les sites d'actions sont donc potentiellement nombreux : phase 3, 4, 5, 6, 7 et 8. En s'appuyant sur le schéma n°6, une stratégie thérapeutique générale se dessine. Celle-ci devra avoir une action sur la boucle d'inhibition, par l'intermédiaire de la restauration de l'estime de soi, l'objectif thérapeutique général. Pour ce faire, l'art-thérapeute devra s'appuyer sur des activités à même de favoriser très rapidement le plaisir et les gratifications sensorielles.

<sup>104</sup> Cf. schéma n°5 p.30

« Quand il ouvre les yeux, rien, ses yeux sont blancs. Il regarde et ne voit plus rien. La rue le mange à petits feux. Au bout du chemin, il n'y a plus de ciel. Juste un beau visage sans regard. Un visage de femme qui détourne les yeux. »<sup>105</sup>

« Il aimerait d'un seul mot, d'un seul trait balayer sa stupeur et rire, rire, de cette violence inachevée, restée en suspens dans son bras qui saigne. »<sup>106</sup>

---

<sup>105</sup> SAMPIERO D., Op. cit., p. 25.

<sup>106</sup> SAMPIERO D., Op. cit., p. 71.

## ***1 L'accueil de jour Saint Vincent où l'atelier d'Art-thérapie à été proposé dépend du Foyer Notre Dame des Sans Abris***

### ***1.1 Le Foyer Notre Dame des Sans Abris a quatre missions principales auprès des plus démunis de la région lyonnaise***

Fondé en 1950 à Lyon par Gabriel Rosset, le Foyer Notre Dame des Sans Abris – FNDSA – est une association de loi 1901 reconnue d'utilité publique. Elle a pour principales missions d'accueillir, d'héberger, d'accompagner et d'insérer les personnes seules ou les familles en situation de précarité et d'exclusion. Pour mener à bien ses objectifs, l'association dispose de 36 structures organisées autour de 8 activités : l'hébergement d'urgence, l'hébergement d'insertion, les ateliers d'insertion, l'accompagnement et la santé – activités transversales, présentes dans toutes les structures – les bric à brac, la gestion de la veille sociale téléphonique départementale du Rhône – numéro d'urgence sociale le 115 – et l'accueil de jour.

### ***1.2 Les accueils de jours du FNDSA constituent l'ultime ressource des personnes en situation d'errance***

Au nombre de quatre, ils fonctionnent sur le principe de l'inconditionnalité et ont pour mission d'accueillir en journée les personnes en situation de grande précarité. Des repas y sont proposés ainsi que des services d'hygiène – douches et vestiaires –, des actions d'orientation, de soutien et d'accompagnement social y sont également menées en vue de développer et maintenir le lien social. Dans le dispositif de lutte contre l'exclusion, les accueils de jour constituent la ressource ultime quand les personnes vivent en situation d'errance. Ils jouent aussi un rôle de prévention face aux dégradations de santé des usagers en étant un lieu de relais.

Depuis cinq ans, des ateliers artistiques de peinture, d'écriture, de théâtre ou de cinéma sont fréquemment proposés aux passagers qui fréquentent ces lieux. L'activité artistique y est envisagée comme un lieu d'expression, de visibilité et de reconnaissance sociale par l'intermédiaire d'exposition notamment.

Enfin, la charte éthique du Foyer inscrit dans son premier article sa volonté de défendre et de promouvoir la dignité et l'autonomie de chaque personne.

### ***1.3 Un atelier d'Art-thérapie a été proposé aux personnes fréquentant l'accueil de jour Saint Vincent***

En fonctionnement conjoint depuis plus de 10 ans avec la communauté des sœurs de Saint Vincent de Paul, le lieu accueille les adultes de plus de 25 ans. Sa capacité maximale d'accueil est de 90 personnes par jour et il est ouvert 6 jours sur 7, de 9h à 12h. Le fonctionnement de la structure est assuré par des bénévoles – 4 à 6 par jour – ainsi que par un salarié chargé de l'accueil des passagers. De façon ponctuelle, un travailleur social du Foyer – FNDSA – ou des soignants d'Interface SDF – équipe mobile de psychiatrie de liaison qui favorise l'accès aux soins pour des sujets en situation de précarité et d'exclusion – interviennent pour des situations particulières.

Le public est majoritairement constitué de personnes isolées en errance – hommes ou femmes –, soit à la rue, soit en centre d'hébergement d'urgence ou dans des logements précaires. Chaque jour ces personnes peuvent bénéficier d'un petit déjeuner, d'une collation ainsi que d'une douche.

## *2 En vue d'améliorer la qualité de vie des passagers de l'accueil St Vincent, un protocole art-thérapeutique spécifique a été défini*

Au regard de la clinique de la précarité et de l'exclusion, et des spécificités du processus artistique, nous faisons l'hypothèse que l'Art-thérapie peut contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes fréquentant l'Accueil St Vincent. Si cette hypothèse se vérifie, cette amélioration devrait se traduire et se manifester par une revalorisation de l'estime de soi et un sentiment de reconnaissance sociale. Afin de valider cette hypothèse, en tenant compte de l'état de base des passagers, de la structure et sa configuration, un protocole art-thérapeutique spécifique a été défini.

### *2.1 Une indication thérapeutique a initialement été posée pour 3 personnes*

La responsable des accueils de jour a initialement indiqué 3 personnes qu'elle souhaitait voir accompagner dans l'atelier d'Art-thérapie. Deux de ces personnes, en situation d'extrême précarité, vivent à la rue et sans activité professionnelle depuis de très nombreuses années, quant à la troisième, sans activité également, elle se trouve en grande précarité vis à vis du logement et de ses relations aux autres. Devant la complexité de ces situations individuelles, elle précise à l'art-thérapeute qu'il est peut être préférable de concentrer son intervention sur ces 3 personnes en souffrance.

### *2.2 La présentation de l'Art-thérapie s'est faite de manière informelle*

Pour des personnes vivant à la rue, le mot thérapie peut assez rapidement renvoyer au monde de la psychiatrie et de la « folie » qui lui est inévitablement associé. Or, il se trouve qu'un certain nombre d'entre elles ont été confronté dans leur histoire de vie, de près ou de loin, à l'univers de l'hôpital psychiatrique. Cette expérience qui peut être vécu de manière stigmatisante, peut potentiellement, dans son ressenti, devenir un frein à l'engagement dans un atelier d'Art-thérapie. Aussi, au terme « atelier d'Art-thérapie », nous avons préféré utiliser le terme d'« atelier d'expression artistique » en précisant que l'objectif n'était pas de nature technique mais qu'il s'agissait avant tout d'apporter un « mieux être ».

### *2.3 La difficulté de définir un état de base conditionne des objectifs thérapeutiques intermédiaires*

Les personnes qui fréquentent le lieu n'ont pour la plupart aucun suivi social pérenne. De plus, ces personnes ne disposent dans la structure, ni d'un dossier social, ni d'un dossier médical, il est donc particulièrement difficile d'établir rapidement un état de base. Celui-ci sera donc progressivement déterminé en fonction des informations recueillies auprès des personnes elles-mêmes et de l'équipe professionnelle. Les premières séances d'Art-thérapie seront donc orientées vers cet objectif intermédiaire de recherche d'informations. Les objectifs thérapeutiques généraux, qui vont structurer l'ensemble de l'accompagnement et particulièrement le début de prise en charge en l'absence d'éléments particuliers, sont donc particulièrement importants.

### *2.4 Les objectifs thérapeutiques généraux sont centrés sur l'estime de soi et le sentiment de reconnaissance sociale*

Si l'on se réfère au schéma n°6 – précarité et exclusion au regard de l'opération artistique, p. 34 – les objectifs thérapeutiques généraux poursuivis sont de favoriser l'amélioration de l'estime de soi au travers de ces 3 composantes, à savoir :

- la confiance en soi – intègre le rapport à l'action et à la projection dans le temps –,
- l'affirmation de soi – intègre le rapport aux autres, aux compétences relationnelles –,
- et l'amour de soi – intègre le rapport affectif à soi –.

Enfin, l'atelier d'Art-thérapie devra favoriser le sentiment de reconnaissance sociale.

## *2.5 Les moyens et les méthodes mis en œuvres sont spécifiques*

### *2.5.1 Le choix des techniques s'est porté vers les arts plastiques*

Comme nous l'avons vu précédemment – cf. schéma n°6, p. 34 –, la précarité et l'exclusion au regard de l'opération artistique fait ressortir 3 grands sites d'action sur lesquels il semble important d'agir : 3 – les plaisirs sensoriels –, 4 – l'estime de soi avec ces 3 composantes –, et 8 – la relation aux autres.

La stratégie retenue concernant la technique artistique employée s'appuie sur 5 critères :

- Premièrement, pour favoriser l'engagement de la personne dans l'atelier, et donc dans le processus thérapeutique, il est très important de s'appuyer sur le goût de la personne. L'art-thérapeute fait plusieurs propositions et la personne fait ou non le souhait d'une technique particulière. S'appuyer sur le goût, et donc la possibilité de l'affirmer, est donc un élément à même de contribuer à l'affirmation de soi.
- Deuxièmement, les plaisirs sensoriels apportés par la pratique artistique sont susceptibles de contribuer également à l'engagement et à l'amélioration de l'amour de soi. La technique devra donc dans la mesure du possible, privilégier la sphère sensorielle à la sphère cognitive.
- Troisièmement, il est important de faire ressentir la multiplicité des réalisables et la possibilité de faire des choix. Cela se traduit par la proposition d'un éventail important de techniques différentes. Ceci est à même de contribuer à l'amélioration de la confiance en soi pourvu que ces techniques ne requièrent initialement que peu de technicité.
- Quatrièmement, la production ne doit pas être définitive, mais elle doit pouvoir accepter des modifications et des transformations successives afin de faciliter la prise de confiance.
- Enfin, les techniques employées doivent permettre de laisser une trace. Cette trace est l'élément sur lequel peut s'appuyer une valorisation et une reconnaissance sociale et ce de façon durable, non précaire.

Le choix des techniques s'est donc porté sur des techniques diachroniques, plus précisément vers les arts plastiques qui répondent parfaitement aux exigences des ces 5 critères.

### *2.5.2 La prise en charge est individuelle et/ou collective en fonction de la problématique personnelle*

Compte tenu des problématiques relationnelles que la précarité et l'exclusion engendrent, un atelier collectif de cinq personnes maximum est proposé. Toutefois, plusieurs motifs peuvent conduire dans un premier temps à une prise en charge individuelle :

- l'art-thérapeute estime que la personne est trop fragile pour s'exposer dans un groupe – fragilité vis à vis du groupe –
- la personne est inhibée en présence d'autres personnes – inhibée par le groupe –
- la personne ne souhaite pas travailler en groupe – refus du groupe –

Dans ces situations, la prise en charge individuelle a pour objectif intermédiaire de déboucher autant que possible sur une prise en charge collective. Cependant, même dans le cadre d'une prise en charge collective, l'art-thérapeute veille à la singularité de l'accompagnement, à une reconnaissance individuelle et non collective.

### *2.5.3 La fréquence des séances est bihebdomadaire afin de favoriser la prise de repères*

Afin de favoriser rapidement la prise de repères et donc l'engagement potentiel dans l'atelier, nous décidons d'une prise en charge bihebdomadaire.

#### *2.5.4 L'horaire de l'atelier a été repensé en début de prise en charge afin d'augmenter la disponibilité des personnes*

Compte tenu des heures d'ouverture de la structure 9h-12h, nous avons initialement fixé l'horaire de l'atelier de 10h à 12h. Très vite, nous avons été confronté à la difficulté, de ne jamais voir participer les personnes dans la plus grande précarité. En effet, celles-ci viennent principalement dans la structure pour s'alimenter et ne sont donc pas disponibles avant pour une autre activité. En accord avec la responsable, nous avons donc décidé de prolonger l'ouverture des lieux pour la réalisation des séances d'Art-thérapie après midi de 12h à 14h. Sachant que la durée effective des séances est sous le contrôle de chaque participant qui peut choisir à tout moment d'interrompre la séance.

#### *2.5.5 La séance se décompose généralement en 3 temps distincts permettant des observations dans des contextes différents*

La séance type peut être décomposée en trois temps distincts :

- 1- Le moment qui précède l'activité proprement dit. Pendant ce temps l'art-thérapeute salue les personnes présentes en salle à manger et dans la pièce de détente. C'est un temps où nous pouvons échanger, boire un café et mettre en place l'atelier. Il permet de déterminer avant de commencer l'activité artistique l'humeur générale de la personne et d'ajuster éventuellement les objectifs de séance.
- 2- Le temps de l'activité artistique.
- 3- Le temps d'après séance : c'est un temps extrêmement important où nous nous accompagnons mutuellement en dehors de la structure vers nos lieux de vie respectifs. C'est un temps extrêmement riche où les paroles se déposent sur l'atelier et les difficultés rencontrées. C'est aussi un temps singulier qui participe au sentiment de reconnaissance sociale.

#### *2.5.6 Le lieu où se déroule les séances est variable selon les situations de prise en charge*

Lorsque la prise en charge est individuelle, celle-ci se déroule dans un lieu semi-ouvert, une vaste tente en tissu qui est dédiée à un espace féminin de repos. Ce lieu se tient dans l'espace principal d'accueil et de détente. Il permet de garantir une certaine intimité même si le secret des échanges verbaux ne peut être pleinement garanti.

S'agissant des prises en charge collectives, elles ont lieu dans la pièce consacrée à l'accueil et à la détente.

#### *2.6 Des modalités évaluatives centrées sur l'estime de soi ont été conçues pour valider au mieux les objectifs thérapeutiques*

Afin de valider au mieux l'objectif thérapeutique général, 3 grands domaines contenant 10 faisceaux d'items chacun ont été déterminés en lien d'une part avec l'estime de soi et le processus artistique et d'autre part avec la problématique de la précarité et de l'exclusion :

- 10 faisceaux d'items permettant d'évaluer l'expression de la confiance en soi pendant l'atelier d'Art-thérapie – cf. tableau n°9, p. 40
- 10 faisceaux d'items permettant d'évaluer l'expression de l'affirmation de soi pendant l'atelier – cf. tableau n°10, p. 41
- 10 faisceaux d'items permettant d'évaluer l'expression de l'amour de soi pendant l'atelier – cf. tableau n°11, p. 42

Chaque faisceau d'items est construit sur le même principe. Il existe 5 niveaux caractérisés par une gradation progressive soit d'une quantité soit d'une qualité, qui permet d'attribuer à chaque item ou faisceau d'items un score compris entre 1 – score minimal – et 5 – score maximal –.

| BIEN > ACTION : CONFIANCE EN SOI <sup>107</sup> |   |
|---|---|
| <b>Autonomie</b>                                | 5- autonome, réalise ou choisit seul même sans consigne<br>4- respect des consignes<br>3- demande d'aide<br>2- attente d'aide<br>1- passivité   |
| <b>Prise d'initiatives</b>                      | 5- nombreuses (>= 4 initiatives)<br>4- quelques (3 initiatives)<br>3- rares (2 initiatives)<br>2- une<br>1- aucune  |
| <b>Résolution de problèmes</b>                  | 5- a été satisfait du résultat obtenu<br>4- n'a pas été satisfait du résultat obtenu<br>3- a mis en application la solution retenue<br>2- a imaginé au moins une solution<br>1- a rencontré une difficulté  |
| <b>Attention* sélective concentration</b>       | 5- grande<br>4- moyenne<br>3- faible<br>2- perturbée<br>1- non perçue   |
| <b>Expression de la confiance en soi</b>        | 5- « je vais y arriver, j'ai confiance »<br>4- « je vais peut être y arriver »<br>3- « c'est difficile mais je vais essayer »<br>2- « c'est trop difficile »<br>1- « je ne vais pas y arriver »   |
| <b>Projection / atelier</b>                     | 5- spontanément projection à moyen/long terme<br>4- spontanément projection à court terme<br>3- sous sollicitation, projection à moyen/long terme<br>2- sous sollicitation de l'art-thérapeute, projection à court terme<br>1- même sous sollicitation absence de projection  |
| <b>Projection personnelle</b>                   | 5- spontanément projection à moyen/long terme<br>4- spontanément projection à court terme<br>3- sous sollicitation, projection à moyen/long terme<br>2- sous sollicitation de l'art-thérapeute, projection à court terme<br>1- même sous sollicitation absence de projection  |
| <b>Utilisation des temps</b>                    | 5- utilisation très fréquente du futur<br>4- utilisation fréquente du futur<br>3- utilisation peu fréquente du futur<br>2- utilisation fréquente du présent qui est dominant<br>1- utilisation fréquente du passé qui est dominant  |
| <b>Réalisation</b>                              | 5- rapide<br>4- lente<br>3- hésitante<br>2- après stimulation<br>1- après aide  |
| <b>Projet en arrivant à la séance</b>           | 5- spontanément, amène un élément extérieur pour la séance<br>4- spontanément, expression d'un projet pour la ou les séances à venir<br>3- sous sollicitation, expression d'un projet pour les séances à venir<br>2- sous sollicitation, expression d'un projet pour la séance<br>1- même sous sollicitation, absence de projet ou envie pour la séance |

**Tableau n°9 – Faisceaux d'items permettant d'évaluer l'expression de la confiance en soi**

<sup>107</sup> Cf. Tableau n°7, p. 32.

| BEAU > PRODUCTION : AFFIRMATION DE SOI <sup>108</sup>   |   |
|---|---|
| <b>Auto-évaluation de sa production</b>   | 5- fierté (autosatisfaction tournée vers les autres)<br>4- autosatisfaction<br>3- satisfaction mitigée<br>2- indifférence<br>1- dévalorisation  |
| <b>Capacité à faire des choix</b>   | 5- choix facile, sans recherche d'approbation<br>4- choix difficile, sans recherche d'approbation<br>3- choix facile, après recherche d'approbation<br>2- choix difficile, après recherche d'approbation<br>1- choix non perçu                                    |
| <b>Capacités relationnelles autres qu'avec l'art-thérapeute</b>   | 5- relation privilégiée<br>4- relation<br>3- expression<br>2- simple écoute de l'autre<br>1- absence, fuite de la relation  |
| <b>Capacités de communication orale</b>   | 5- délai de réponse normal, en engageant un dialogue<br>4- délai de réponse normal, sans engager de dialogue<br>3- répond de façon cohérente, délai de réponse important<br>2- répond de façon incohérente, inappropriée<br>1- ne répond pas à une question posée |
| <b>Expression du goût</b>   | 5- fréquente, sans recherche d'approbation (>=2)<br>4- peu fréquente, sans recherche d'approbation<br>3- fréquente, après recherche d'approbation (>=2)<br>2- peu fréquente, après recherche d'approbation<br>1- jamais   |
| <b>Contact visuel</b>   | 5- contacts visuels nombreux et soutenus<br>4- contacts visuels<br>3- rare contact visuel<br>2- regard fuyant ou fixe<br>1- absent  |
| <b>Expression de ses besoins et envies esthétiques et techniques</b>  | 5- fréquente, sans sollicitation (>=2)<br>4- peu fréquente, sans sollicitation<br>3- fréquente, après sollicitation (>=2)<br>2- peu fréquente, après sollicitation<br>1- jamais   |
| <b>Expression des émotions</b><br>Joie <input type="checkbox"/> Surprise <input type="checkbox"/> Dégoût <input type="checkbox"/><br>Peur <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Colère <input type="checkbox"/> | 5- expression d'émotions positives et négatives<br>4- expression d'émotions positives<br>3- expression d'émotions négatives<br>2- faible niveau d'expression émotionnelle<br>1- expression émotionnelle non perçue  |
| <b>Attitude corporelle</b>  | 5- dynamique<br>4- calme<br>3- relâchée<br>2- stressée / agitée<br>1- agressivité   |
| <b>Expression des difficultés</b>   | 5- expression de l'impact de l'atelier sur les difficultés et souffrances<br>4- expression des difficultés et souffrances<br>3- Plaintes<br>2- Plaintes incessantes (>2)<br>1- Aucune   |

**Tableau n°10 – Faisceaux d'items permettant d'évaluer l'expression de l'affirmation de soi**

<sup>108</sup> Cf. Tableau n°7, p. 32.

| BON > INTENTION : AMOUR DE SOI <sup>109</sup>          |   |
|--|---|
| <b>Implication dans l'atelier</b>                      | 5- grande (vient sans sollicitation à l'atelier)<br>4- moyenne (vient après sollicitation à l'atelier)<br>3- faible, hésitante (après hésitation, vient après sollicitation à l'atelier)<br>2- perturbée, réticente<br>1- aucune, refusée   |
| <b>Implication relationnelle avec l'art-thérapeute</b> | 5- relation privilégiée<br>4- relation<br>3- expression<br>2- écoute<br>1- absence  |
| <b>Durée de l'atelier</b>                              | 5- > 1 heure<br>4- 45 – 1 heure<br>3- 30 – 45 minutes<br>2- 15 – 30 minutes<br>1- < 15 minutes  |
| <b>Expression de l'amour de soi / distanciation</b>    | 5- utilisation très fréquente du « je, moi »<br>4- utilisation fréquente du « je, moi »<br>3- utilisation peu fréquente du « je, moi »<br>2- utilisation fréquente du « on, il »<br>1- n'utilise jamais le « je, moi », « on, il » dominant   |
| <b>Expression du plaisir esthétique</b>                | 5- plaisir rayonnant<br>4- plaisir<br>3- peu de plaisir<br>2- plaisir non perçu<br>1- déplaisir   |
| <b>Expression du plaisir archaïque</b>                 | 5- plaisir rayonnant<br>4- plaisir<br>3- peu de plaisir<br>2- plaisir non perçu<br>1- déplaisir   |
| <b>Intention esthétique Art I / Art II</b>             | 5- intention forte avec équilibre entre l'Art I et l'Art II<br>4- intention forte avec prédominance de l'Art II<br>3- intention avec équilibre entre l'Art I et l'Art II<br>2- intention avec prédominance l'Art II<br>1- intention non perçue, Art I exclusif  |
| <b>Thymie</b>  | 5- excellente humeur<br>4- bonne humeur<br>3- humeur égale<br>2- mauvaise humeur<br>1- geste d'humeur   |
| <b>Hygiène de la personne</b>                          | 5- La personne a fait sa toilette quotidienne<br>4- La personne a fait sa toilette, qui n'est pas quotidienne<br>3- La personne n'a pas fait sa toilette, mais attend son tour<br>2- La personne n'a pas fait sa toilette, mais accepte de la faire<br>1- La personne n'a pas fait sa toilette, et ne veut pas la faire |
| <b>Présentation générale</b>                           | 5- soin particulier apporté à la présentation<br>4- présentation normale, enlève son manteau<br>3- présentation normale (relative propreté extérieure), conserve son manteau<br>2- présentation non favorable mais enlève son manteau<br>1- présentation non favorable (saleté, odeur), conserve son manteau            |

**Tableau n°11 – Faisceaux d'items permettant d'évaluer l'expression de l'amour de soi**

Certains faisceaux d'items peuvent être évalués sur les 3 temps de séances précédemment décrit – cf. p 39 –, dans ce cas le score attribué correspond à la moyenne des scores obtenus pour les différents temps.

A chaque fin de séance et pour chaque passager, une fiche d'observation est remplie contenant en particulier les 30 faisceaux d'items cités plus haut. Il arrive toutefois que certains faisceaux d'items ne puissent être évalués ; dans ce cas aucun score n'est attribué pour ces faisceaux. Au final, les 3 moyennes correspondantes aux 3 domaines permettent d'attribuer un score compris entre 1 et 5 pour l'expression de la confiance en soi – le bien –, pour l'expression de l'affirmation de soi – le beau –, et pour l'expression de l'amour de soi – le bon –. De cette façon, il est aisé de suivre pour chaque passager l'évolution des ces trois domaines constitutifs de l'estime de soi et de les comparer à son auto-évaluation.

<sup>109</sup> Cf. Tableau n°7, p. 32.

## *2.7 En complément de l'évaluation, l'auto-évaluation par le cube harmonique a été proposée*

Il nous a semblé intéressant, au vu des liens étroits qui existent entre l'estime de soi et les 3 dimensions relatives à l'esthétique évaluées par le cube harmonique, de proposer l'auto-évaluation à chaque fin de séance. Le Bien, le Beau et le Bon sont ainsi évalués par la personne qui leur attribue un score entre 1 et 5. La comparaison avec la confiance en soi, l'affirmation de soi et l'amour de soi, évalués par l'art-thérapeute, est donc très simple puisqu'il suffit de comparer 2 à 2 des scores compris entre 1 et 5. Plus que des différences qui pourraient exister – parfois difficilement interprétables –, ce qui nous importe le plus, c'est l'évolution de ces différences au cours de la prise en charge.

## *2.8 Plusieurs limites sont cependant à prendre en considération*

Cette expérience art-thérapeutique est à critiquer au regard des limites auxquelles elle s'est vue confrontée :

- limites liées à la structure elle-même et à son fonctionnement :  
absence d'une équipe pluridisciplinaire, pauvreté de l'information au sujet des passagers participants, manque de relais
- limites liées au public et à la difficulté du suivi :  
faible nombre de participations régulières, 4 essentiellement, participation incertaine d'une séance à l'autre, hétérogénéité des situations
- limites liées à l'évaluation elle-même des séances d'Art-thérapie :  
difficulté de discerner l'impact de l'atelier de celui de l'environnement très prégnant pour ce public.

## *3 L'étude descriptive de 2 cas cliniques hétérogènes permet de valider en partie l'hypothèse selon laquelle l'Art-thérapie peut participer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion*

### *3.1 Angèle est en situation d'extrême précarité et d'exclusion depuis plus de 20 ans*

#### *3.1.1 L'anamnèse et l'état de base d'Angèle révèlent une souffrance existentielle profonde*

Née de père inconnu, Angèle connaît une enfance très difficile, marquée par des violences physiques et morales répétées infligées par sa mère, qui la délaisse et la maltraite. « Enfant martyr, maltraitée, battue » a-t-elle l'habitude de répéter pour expliquer sa situation d'exclusion. Très tôt elle arrête l'école et travaille dans des familles fortunées comme aide ménagère. Vers l'âge de 20 ans, à la suite d'une rencontre, elle arrête toute activité professionnelle et emménage avec son compagnon de 20 ans son aîné. Ils ont un enfant dont la garde leur sera rapidement enlevée. A la mort du compagnon, Angèle se retrouve rapidement à la rue. Angèle a aujourd'hui 60 ans et dort dans les rues de Lyon depuis plus de 20 ans.

Angèle verbalise fréquemment sa souffrance. Sa vie a un jour « basculé dans l'horreur » dit-elle. Cette horreur, cette torture infligée quotidiennement dont elle parle, est faite d'exposition – « on est exposé à la rue sans arrêt, exposé comme un animal, sans intimité, on nous regarde comme des merdes » –, d'exclusion et de solitude. « On ne peut pas être heureux à la rue » dit elle pudiquement, « on souffre devant tout le monde ».

Aujourd'hui, elle fréquente assez régulièrement l'Accueil St Vincent. Elle n'apprécie guère la compagnie des hommes qui dit-elle « ne pensent qu'au sexe et à la violence ». D'une très grande sensibilité à la détresse humaine, Angèle n'en a pas moins un caractère très impulsif et parfois agressif. Très souvent seule sur le coin de table qui lui est réservé par habitude, son apparence physique lui vaut d'être fréquemment appelée par certains passagers « la plus vieille clocharde de Lyon ».

### 3.1.2 L'indication et les objectifs thérapeutiques individuels d'Angèle sont centrés sur l'estime de soi et plus spécifiquement autour de la composante amour de soi

L'accompagnement d'Angèle a été initialement demandé à l'art-thérapeute par la responsable des accueils de jours. Celle-ci précise qu'Angèle depuis plus de 5 ans refuse de prendre une douche, ce qui génère saleté et odeurs et cause, même au sein de la structure, une certaine mise à l'écart de la part de certains passagers.

Les objectifs thérapeutiques sont centrés sur l'estime de soi et plus spécifiquement autour de la composante amour de soi – cf. schéma n°7.

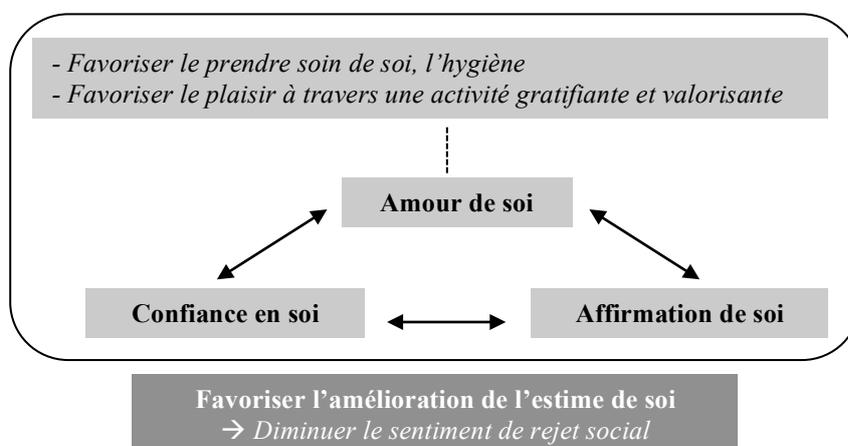


Schéma n°7 – Objectifs thérapeutiques d'Angèle

### 3.1.3 Descriptif et évaluation de l'accompagnement d'Angèle

Angèle a bénéficié de 18 séances d'Art-thérapie s'étalant sur 16 semaines. Un premier cycle de 10 séances a été proposé, au terme duquel un bilan évaluatif a été réalisé.

#### 3.1.3.1 Un premier cycle de 10 séances a été mis en place

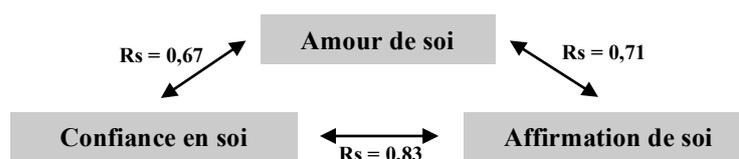
| Accompagnement art-thérapeutique collectif d'Angèle  |  | Cycle 1 : séances 1 à 10   |
|--|--|--|
| Six semaines de présence, d'explications, de tissage d'une relation de confiance ont été nécessaires avant que l'accompagnement puisse débuter. Angèle était très perplexe sur son utilité et sa pertinence, « je ne comprend pas ce que vous faites ici... ». Nous lui proposons de venir à l'issue d'une séance voir l'atelier. Elle accepte mais reste très retissant en comprenant toutefois que ce qui se joue au sein de l'atelier est de l'ordre du mieux être. Lors d'une longue discussion, en dehors de la structure, alors que nous nous raccompagnons sur nos lieux de vie respectif, Angèle confie que ce qui lui plaît c'est la pâte à modeler et les gommettes qu'utilisent les enfants, « je suis restée un peu enfant... » dit-elle. L'art-thérapeute propose donc de débuter l'accompagnement avec de la pâte à modeler. |  |  |
| séances n° 1 à 3   | <b>Stratégie thérapeutique</b>   |  |
|  | <b>Objectifs thérapeutiques</b>  | → évaluer ses goûts et capacités artistiques<br>→ affiner l'état de base<br>→ favoriser l'engagement de la personne dans l'atelier |
|  | <b>Technique et moyen artistique</b>   | En s'appuyant sur ses goûts pour les activités « enfantines », la pâte à modeler est utilisée afin de susciter son intérêt.        |
|  | <b>Observations cliniques et évaluations</b>   |  |
|  | Dès la première séance « improvisée » dans la rue, Angèle montre un très grand intérêt pour l'activité de modelage. Alors que l'art-thérapeute lui confie quelques morceaux de pâte à modeler, spontanément elle modèle un petit personnage dans la plus grande concentration. Aux séances suivantes, sous sollicitation de l'art-thérapeute Angèle accepte de venir dans l'atelier et modèle spontanément différents personnages. Après la 3 <sup>ème</sup> séances, Angèle donne rendez-vous à l'art-thérapeute à la prochaine séance. De façon systématique, elle demande à l'art-thérapeute en fin de séance de photographier ses productions. |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- « On n'a plus l'habitude de faire ça, c'est assez, je vais arrêter. »</li> <li>- « Oui j'ai eu du plaisir sinon je ne serais pas restée. »</li> </ul>   |  |  |

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
|                      | L'évaluation révèle une progression constante de l'expression de l'estime de soi.   |   |
| séances<br>n° 4 et 5 | <b>Stratégie thérapeutique</b>  |   |
|                      | <b>Objectifs thérapeutiques</b>   | → favoriser le prendre soin de soi, l'hygiène<br>→ favoriser l'engagement de la personne dans l'atelier   |
|                      | <b>Technique et moyen artistique</b>  | La technique du modelage est conservée, mais passage de la pâte à modeler à l'argile afin d'induire une réaction par rapport à l'hygiène des mains. |
|                      | <b>Observations cliniques et évaluations</b>  |   |
|                      | Sans aucune sollicitation de l'art-thérapeute, Angèle vient dorénavant d'elle même s'asseoir autour de la table pour participer aux séances. Après quelques hésitations en rapport avec la salissure des mains liée au nouveau matériau proposé, Angèle accepte de modeler l'argile. En fin de séance, elle va spontanément se nettoyer les mains et les manches de son manteau salies par l'argile. Elle confie à l'art-thérapeute le plaisir que l'activité et le cadre de l'atelier lui procurent. Elle exprime clairement que le plaisir à faire lui procure des envies et notamment celle de travailler. |   |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Ça fait du bien de modeler, on ne pense plus à ces choses du dehors »</li> <li>- « On n'est plus exposé aux regards des autres »</li> <li>- « Ça fait du bien, et ça donne envie de travailler »</li> </ul>  |   |
| séance<br>n° 6       | <b>Stratégie thérapeutique</b>  |   |
|                      | <b>Objectifs thérapeutiques</b>   | → maintenir son engagement dans l'atelier<br>→ favoriser un engagement dans l'activité artistique   |
|                      | <b>Technique et moyen artistique</b>  | Le modelage avec la pâte à modeler est utilisé moins engageante que l'argile qu'elle ne souhaite pas utiliser à cette séance.                       |
|                      | <b>Observations cliniques et évaluations</b>  |   |
|                      | Angèle est venue à la séance mais elle ne va pas bien et ne veut rien faire. Elle exprime tout de même ses goûts et des choix à travers la production d'une autre participante à l'atelier, à laquelle elle donne également des conseils techniques. En fin de séance, elle commente spontanément les peintures accrochées aux murs de l'atelier. Durant le temps de l'après séance, l'humeur d'Angèle s'est nettement améliorée. Elle convie une personne rencontrée dans la rue qu'elle connaît depuis longtemps à rejoindre l'atelier d'Art-thérapie à la prochaine séance.                                |   |
|                      | L'expression de l'estime de soi dans ces 3 composantes chute brutalement pour atteindre son minimum durant l'accompagnement.  |   |
| séances<br>n° 7 à 9  | <b>Stratégie thérapeutique</b>  |   |
|                      | <b>Objectifs thérapeutiques</b>   | → favoriser la projection dans le temps<br>→ favoriser l'implication relationnelle  |
|                      | <b>Technique et moyen artistique</b>  | Modelage avec de l'argile. Proposition d'un projet sur plus d'une séance et d'un modelage collectif.  |
|                      | <b>Observations cliniques et évaluations</b>  |   |
|                      | Pour la première fois, Angèle exprime un projet artistique à la fin d'une séance, qu'elle réalise spontanément à la séance suivante. Elle s'oppose cependant à une réalisation collective de crainte que l'on « abîme » ses réalisations. Elle commente le plaisir que la matière « molle et lisse » lui procure et exprime que ses sensations provoquées et l' <b>imagination*</b> stimulée lui imposent de s'arrêter à un moment donné, car dit-elle « on n'a plus l'habitude, c'est pas facile ». Au cours d'une après séance, Angèle évoque des envies par rapport à son hygiène corporelle.              |   |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Quand je suis avec toi tu m'apportes du bonheur »</li> <li>- « Ça fait du bien »</li> <li>- « Je ne veux pas qu'on abîme mes personnages »</li> </ul>  |   |
|                      | Remontée importante de l'expression de l'estime de soi.   |   |
| séance<br>n° 10      | <b>Stratégie thérapeutique</b>  |   |
|                      | <b>Objectifs thérapeutiques</b>   | → favoriser le plaisir  |
|                      | <b>Technique et moyen artistique</b>  | Modelage avec de l'argile en situation libre.   |
|                      | <b>Observations cliniques et évaluations</b>  |   |
|                      | Après la séance, pour la première fois Angèle pleure en évoquant sa fille qui ne veut plus la voir. Elle exprime très clairement les effets de l'atelier d'Art-thérapie sur l'éveil de désirs et d'envies. Angèle porte 2 barrettes dans les cheveux.   |   |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Le travail manuel, c'est la meilleure thérapie, ça donne envie de se couper les cheveux, de prendre une douche, d'avoir un appartement, ça donne envie de faire des choses... »</li> </ul>   |   |
|                      | La progression des 3 composantes de l'estime de soi se poursuit.  |   |

| Eléments cliniques extérieurs à l'atelier |  |
|---|--|
|   | L'art-thérapeute est informé par une anthropologue du Foyer Notre Dame des Sans Abris que des démarches administratives importantes auxquelles Angèle s'opposait depuis près de 10 ans viennent d'aboutir. Angèle touche désormais le RSA et signe de son vrai nom 2 fois par semaine pour toucher de l'argent de poche. Cette personne pense que sa participation à l'atelier y a certainement contribué. |

A l'issue du premier cycle de 10 séances, un bilan évaluatif et prédictif a été mené. Il vise d'une part à faire le point quant aux objectifs thérapeutiques fixés, et d'autre part, à révéler le fonctionnement des 3 domaines de l'estime de soi afin d'ajuster dans les séances à venir la stratégie thérapeutique. Pour ce faire, une analyse statistique des données recueillies a été effectuée<sup>110</sup>. Cette analyse vise à déterminer si pour les 10 séances écoulées il existe des corrélations entre les 3 domaines pris deux à deux, au sein de la même séance, à 1 séance d'intervalle, puis à 2.

Notons que le passage entre corrélation et relation de cause à effet<sup>111</sup> ne peut être effectué qu'en raison de l'hypothèse de départ à savoir que les 3 domaines sont vraisemblablement interdépendants – cf. schéma n°3, p. 20.



**Graphique n°1 – Corrélations entre les 3 domaines de l'estime de soi après 10 séances pour Angèle**

**Rs =** Coefficient des rangs de Spearman significatif au risque 5%, au sein d'une séance

Les 3 coefficients sont positifs et significatifs, ce qui indique une corrélation positive entre les 3 domaines pris 2 à 2. Cela signifie, qu'au cours d'une séance, l'augmentation d'un domaine est corrélée à l'augmentation des 2 autres domaines. Cependant, il n'existe aucune corrélation significative entre un domaine et un autre à 1 ou 2 séances d'intervalle. L'hypothèse de l'interdépendance de ces 3 domaines semble être vérifiée pour les 10 séances écoulées au sein de chaque séance uniquement. Si nous utilisons ce résultat de façon prédictive, nous pouvons faire l'hypothèse que quelque soit le domaine sur lequel l'action thérapeutique sera principalement portée, les conséquences positives auront des répercussions sur les deux autres domaines également et donc globalement sur l'estime de soi.

### 3.1.3.2 Un second cycle de 8 séances a été mis en place

En s'appuyant sur les résultats de l'analyse de données, nous avons poursuivi le travail thérapeutique en privilégiant le domaine amour de soi au travers principalement du plaisir à faire, étant entendu que l'activité artistique sollicitera naturellement les deux autres domaines.

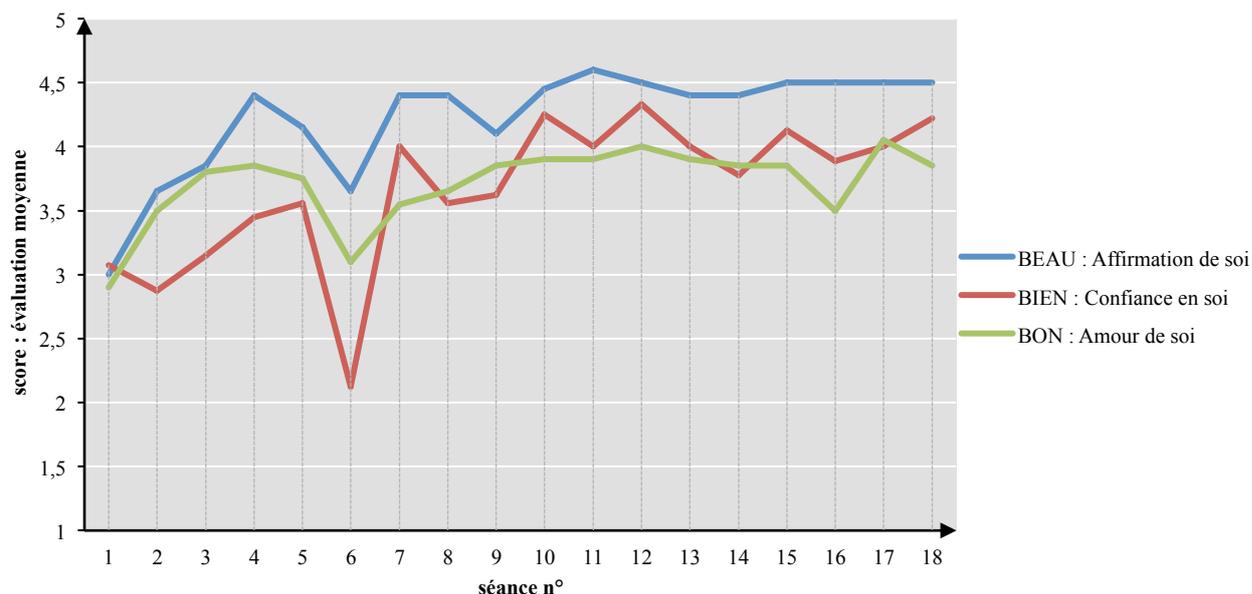
| Accompagnement art-thérapeutique collectif d'Angèle   |                                       | Cycle 2 : séances 11 à 18                                 |
|---|---------------------------------------|---|
| séance n° 11  | Stratégie thérapeutique               |   |
|   | Objectifs thérapeutiques              | → favoriser le plaisir et les gratifications sensorielles |
|   | Technique et moyen artistique         | Modelage avec de l'argile en situation libre.             |
|   | Observations cliniques et évaluations |   |
| Pour la première fois, Angèle salue et sourit à l'art-thérapeute avant la séance. Pour la première fois également, elle émet l'envie de peindre ou de vernir ses productions. Elle exprime dans le temps de l'après séance les conséquences positives de l'atelier sur son envie de faire et de se mettre en mouvement. |                                       |   |

<sup>110</sup> La mesure de la corrélation entre les données a été effectuée à l'aide d'un test statistique non paramétrique, le test de corrélation des rangs de Spearman en raison du faible nombre des données et de la puissance du test capable de détecter des relations monotones non linéaires. La matrice de corrélation entre les données d'une même séance, entre les données distantes d'une séance et deux séances a été calculée.

<sup>111</sup> La corrélation statistique entre deux jeux de données indique simplement que la distribution conjointe des données n'est pas le simple fruit du hasard, mais en aucun cas qu'elle est due à une relation de causalité.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | - « J'ai envie de prendre le train et d'aller voir ailleurs ... »  |  |
| séance<br>n° 12  | <b>Stratégie thérapeutique</b>   |  |
|  | <b>Objectifs thérapeutiques</b>  | → favoriser le plaisir et les gratifications sensorielles  |
|  | <b>Technique et moyen artistique</b>   | Modelage avec de l'argile en situation libre   |
|  | <b>Observations cliniques et évaluations</b>   |  |
|  | Pour la première fois, Angèle ôte son manteau avant la séance. Elle a un nouveau gilet et un nouveau chemisier blanc, une nouvelle robe et porte autour de ses cheveux un foulard. Le salarié de la structure confirme à l'art-thérapeute qu'Angèle s'est rapidement lavée. Une participante à l'atelier qui connaît bien Angèle à l'extérieur confie à l'art-thérapeute qu'elle à l'air épanouie pendant la séance. Durant l'après séance, Angèle est très calme et semble apaisée, elle dit à l'art-thérapeute qu'elle aimerait retrouver sa beauté perdue avec ses longs cheveux noirs.   |  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Ça me fait du bien de faire ça... »</li> <li>- « Mais on n'est pas heureux... »</li> </ul>  |  |
| L'évaluation indique que l'expression de l'estime de soi est à son maximum pendant cette séance.   |  |  |
| séance<br>n° 13  | <b>Stratégie thérapeutique</b>   |  |
|  | <b>Objectifs thérapeutiques</b>  | → favoriser le plaisir et les gratifications sensorielles<br>→ favoriser le sentiment de normalité |
|  | <b>Technique et moyen artistique</b>   | Modelage avec de l'argile puis séance de cinéma.   |
|  | <b>Observations cliniques et évaluations</b>   |  |
|  | Angèle a réalisé comme à son habitude 3 modelages pendant la séance. Cependant pendant l'après séance qui doit nous conduire au cinéma, Angèle est très pensive et distraite. Arrivée dans le hall du cinéma elle explique à l'art-thérapeute qu'elle ne se sent pas bien et qu'elle doit sortir. Angèle s'excuse et après une longue discussion sort du hall du cinéma en ayant acheté une glace et un café.  |  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- « C'est trop difficile, c'est trop brutal...il faut laisser le temps »</li> <li>- « La prochaine fois je prendrais la glace au caramel »</li> </ul>   |  |
| séances<br>n° 14 à<br>18   | <b>Stratégie thérapeutique</b>   |  |
|  | <b>Objectifs thérapeutiques</b>  | → favoriser le plaisir et les gratifications sensorielles  |
|  | <b>Technique et moyen artistique</b>   | Modelage avec de l'argile en situation libre.  |
|  | <b>Observations cliniques et évaluations</b>   |  |
|  | Même si l'humeur d'Angèle est variable d'une séance à l'autre avant l'activité, celle-ci s'améliore systématiquement au cours de l'activité de modelage et après la séance pour atteindre son maximum à la séance 17. Angèle est de plus en plus sensible aux œuvres présentes dans le lieu et commente fréquemment celles qui l'entourent. Elle se projette de plus en plus dans l'activité artistique au delà d'une séance et exprime également des projections personnelles plus fréquentes. La fin de l'accompagnement initialement mal vécu par Angèle en séance 14 « Pourquoi tu nous abandonnes ? » a finalement été bien accepté et intégré dès la séance suivante. Angèle demande à l'art-thérapeute de laisser dans l'atelier une fleur trouvée afin qu'elle se « sente mieux ». |  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Ce que j'aime c'est rajouter, avec des bosses et des creux...c'est féérique...ça me fait du bien.»</li> <li>- « C'est comme un magicien qui transforme la physionomie »</li> </ul>  |  |
| <b>Éléments cliniques extérieurs à l'atelier</b>   |  |  |
| L'art-thérapeute est informé par des bénévoles et la responsable des accueils de jour de la structure, que le comportement d'Angèle est moins agressif depuis sa participation aux séances d'Art-thérapie. On lui confirme également que la fille d'Angèle est venue a plusieurs reprises lui rendre visite à l'accueil de jour. |  |  |

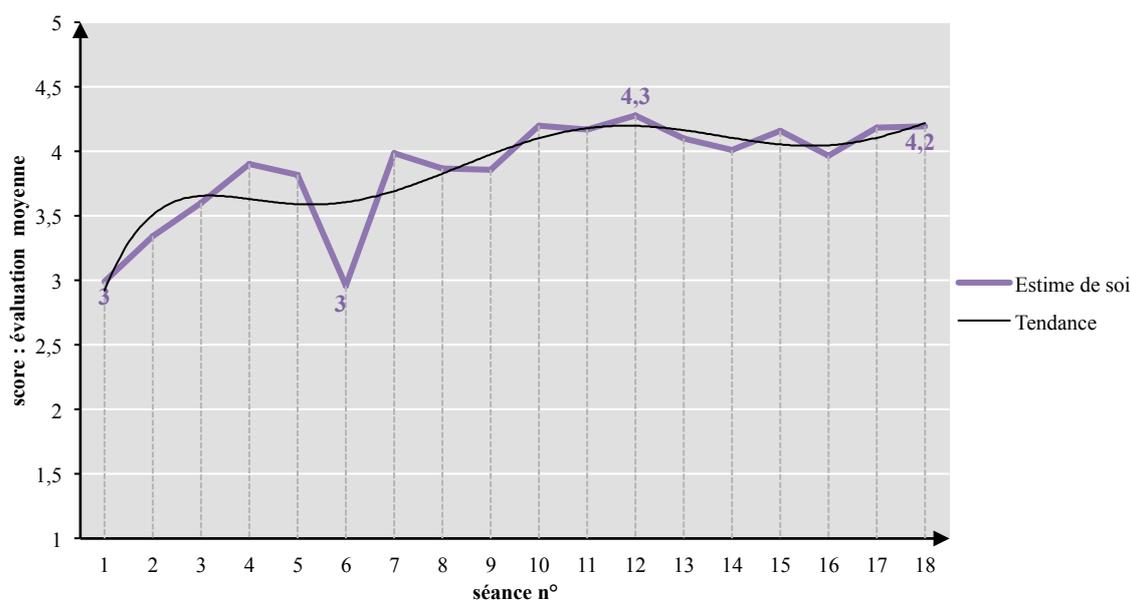
### 3.1.3.3 L'évaluation révèle chez Angèle une progression de l'estime de soi et de ces 3 composantes



**Graphique n°2** – Evolution des 3 composantes de l'estime de soi pendant l'accompagnement d'Angèle

**Evaluation moyenne** : moyenne des 10 faisceaux d'items et items dont la cotation est comprise entre 1 et 5 pour chacun des 3 domaines : affirmation, confiance, et amour de soi - cf. p. 40-42.

L'expression des 3 composantes de l'estime de soi, l'affirmation, la confiance et l'amour de soi, a progressé pendant l'accompagnement d'Angèle – cf. graphique n°2. Des variations sensibles d'une séance à l'autre peuvent être observées, en particulier en ce qui concerne la confiance en soi, notamment les faisceaux relatifs aux projections – cf. tableau n°9, p. 40. La séance n°6 représente une séance particulière avec une chute importante des 3 composantes alors que Angèle refuse toute activité artistique.

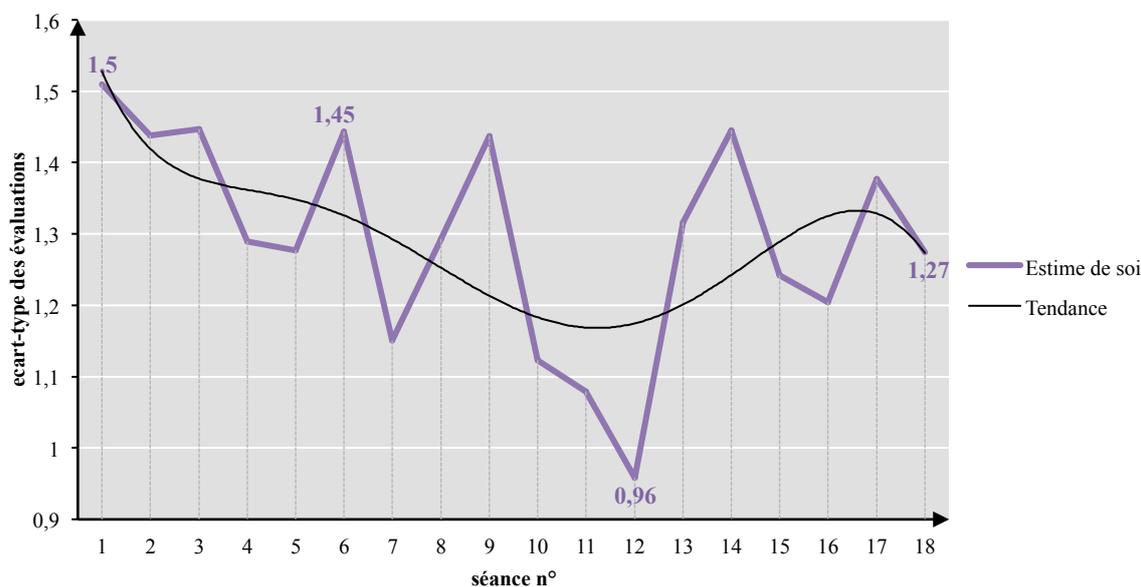


**Graphique n°3** – Evolution de l'estime de soi pendant l'accompagnement d'Angèle

**Evaluation moyenne** : moyenne des 30 faisceaux d'items et items dont la cotation est comprise entre 1 et 5 pour les 3 domaines affirmation, confiance, et amour de soi - cf. p. 40-42.

**Tendance** : tendance globale de l'estime de soi calculée par régression polynomiale.

Le graphique n°3 indique la tendance générale à la fluctuation de l'estime mais également à sa progression au cours des séances.



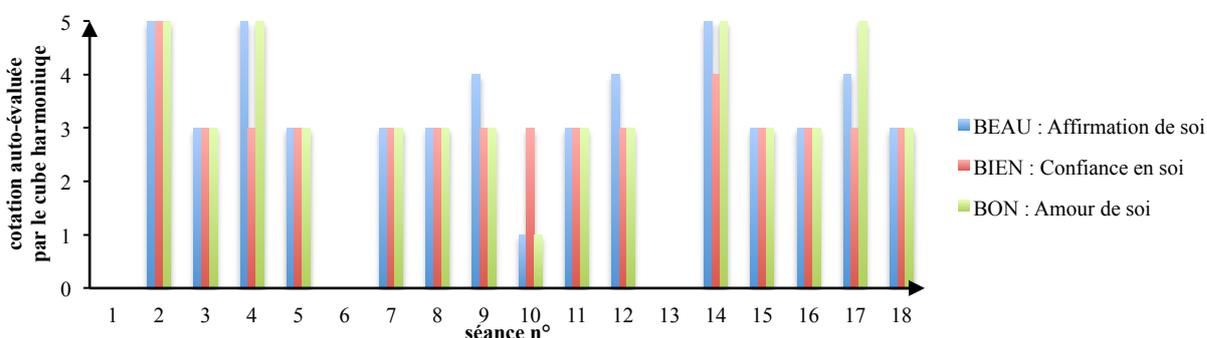
**Graphique n°4** – Evolution de la dispersion des évaluations au cours d'une séance pour les 30 faisceaux d'items et items relatifs à l'estime de soi d'Angèle

**Écart-type** : mesure la dispersion des 30 scores obtenus aux 30 faisceaux d'items et items autour de la moyenne – score moyen-. Plus l'écart-type est faible, plus l'ensemble des scores est proche de la moyenne, plus il est important, plus les scores s'écartent de la moyenne.

**Tendance** : tendance globale des dispersions de scores calculée par régression polynomiale

Nous pouvons constater que la dispersion des scores des faisceaux d'items et des items permettant d'apprécier l'estime de soi d'Angèle pendant les séances a tendance à diminuer légèrement en dépit de grandes variations d'une séance à l'autre – graphique n°4. Il est particulièrement frappant de constater que la séance n°6 où l'estime de soi est la plus faible – 3 –, montre une dispersion importante – écart-type de 1,45. A l'inverse, la séance n°12 où l'estime de soi est la plus forte montre la plus faible dispersion – écart-type de 0,96.

### 3.1.3.4 *Le cube harmonique n'a pas été un processeur thérapeutique pour Angèle mais un outil d'affirmation et de reconnaissance*



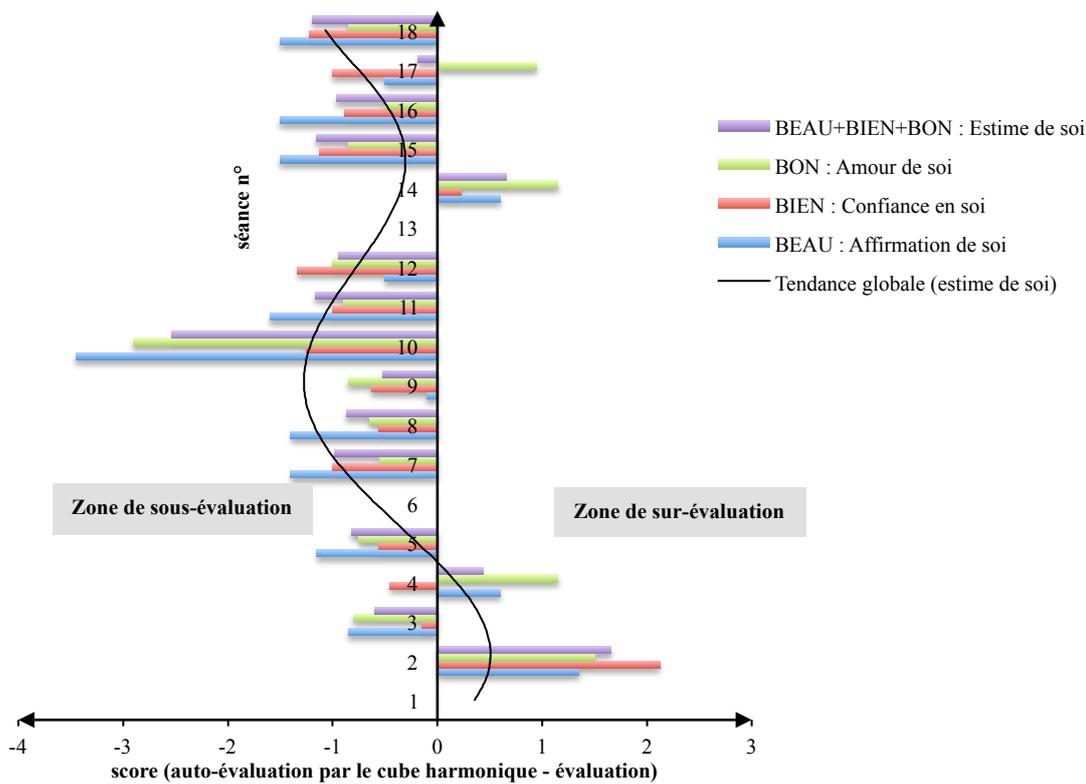
**Graphique n°5** – Evolution de l'auto-évaluation au cours des séances d'Angèle

Séances n°1, n°6 et n°13 : absence d'auto-évaluation

Angèle n'a jamais souhaité remplir elle-même son auto-évaluation. C'est donc l'art-thérapeute qui sous ses indications remplit à chaque fin de séance la fiche d'auto-évaluation.

60% des séances – 9/15 – ont été cotés de la même façon pour les 3 domaines par Angèle et ce, indépendamment des évaluations différentes de l'art-thérapeute – graphique n°2, p. 48, et n°5. Or, Angèle redemandait fréquemment à l'art-thérapeute de lui redéfinir les cotations ainsi que les différences entre les 3 domaines. Cela laisse supposer une difficulté d'appréhender l'outil, et en particulier une difficulté à dissocier les 3 domaines. Cependant, 6 séances montrent des cotations

inégales et en particulier la séance n°17 où les 3 cotations différentes indiquent une distinction des 3 domaines. Néanmoins, la cotation de la séance n°10, avec en particulier le Beau et le Bon à 1 alors même que les évaluations sont élevées – des scores respectivement de 4,45 et 3,9 – et que Angèle exprime son plaisir et les effets bénéfiques de l’atelier, renforce l’idée que le cube harmonique est vraisemblablement insuffisamment compris.



**Graphique n°6 – Evolution de la différence entre l’auto-évaluation et l’évaluation d’Angèle**

**Séances n°1, n°6 et n° 13 :** absence d’auto-évaluation

**Estime de soi :** moyenne des cotations par le cube harmonique – moyenne des évaluations

**Tendance globale :** tendance calculée par régression polynomiale qui décrit l’évolution globale de la différence entre l’autoévaluation et l’évaluation

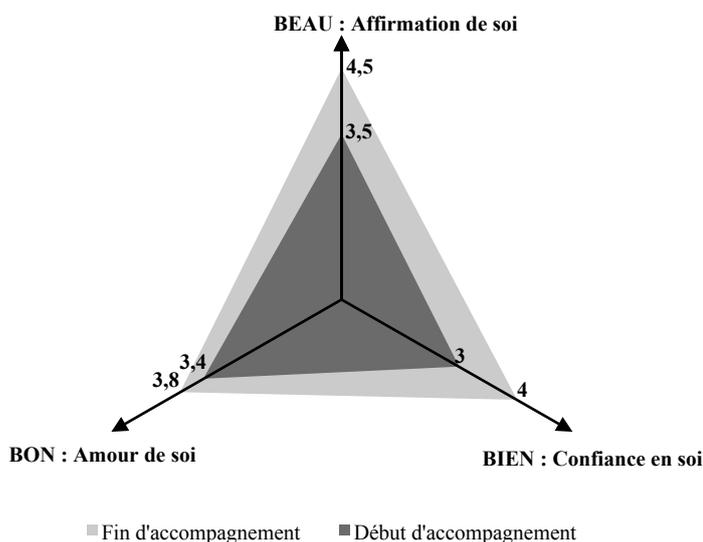
Le graphique n°6 indique sans ambiguïté la tendance globale à la sous-évaluation d’Angèle, ce qui signe probablement l’altération de son estime et de sa faculté critique<sup>112</sup>. S’agissant de l’évolution de la différence entre l’auto-évaluation d’Angèle et l’évaluation de l’art-thérapeute – tendance globale, graphique n°6 – aucune tendance notable, si ce n’est l’oscillation, ne semble se dégager qui soit interprétable d’un point de vue thérapeutique. L’ensemble de ces données semble indiquer que l’utilisation du cube harmonique par Angèle n’a pas eu de répercussion directe sur le processus artistique et n’a donc pas joué le rôle de processeur thérapeutique. Cependant, l’outil a permis à Angèle d’affirmer ses ressentis et a contribué à ce que son point de vue soit attendu et reconnu à chaque fin de séance favorisant ou facilitant le sentiment de reconnaissance sociale. Enfin, la fréquence des cotations intermédiaires 3, laisse supposer, à l’exception de la 2<sup>ème</sup> séance, une relative autonomie vis-à-vis de l’art-thérapeute et ce d’autant plus que les cotations passaient toujours par son intermédiaire.

<sup>112</sup> BERNHARD H., MILLOT C., Op. cit.

### 3.1.4 L'accompagnement art-thérapeutique a sensiblement amélioré l'estime de soi d'Angèle et a contribué à l'émergence de désirs et d'envie

|   |   | Etat de base  | Fin d'accompagnement   |
|---|---|---|--|
| <b>Objectif général</b><br>Favoriser l'amélioration de l'estime de soi<br>→ Diminuer le sentiment de rejet social | <b>Affirmation de soi</b>   | → Comportements agressifs avec les usagers, les bénévoles et salariés<br>→ Tendance au repli sur soi<br>→ Expression fréquente sur le mode de la plainte et de la victimisation | → Comportements moins agressifs, plus apaisés<br>→ Recherche activement la compagnie des participants à l'atelier et de l'art-thérapeute<br>→ Enrichissement des moyens d'expressions valorisants  |
|   | <b>Confiance en soi</b>   | → Projection dans le temps limitée à la subsistance<br>→ Relative passivité / action  | → Projection dans le temps qui reste limitée mais affecte des désirs personnels<br>→ Sollicite l'activité, exprime son plaisir d'être active   |
|   | <b>Amour de soi</b><br><b>Objectifs intermédiaires</b><br>- Favoriser le prendre soin de soi, l'hygiène<br>- Favoriser le plaisir à travers une activité gratifiante et valorisante | → Plaisir peu présent, principalement en rapport avec la satisfaction des besoins fondamentaux comme la nourriture<br>→ Absence d'hygiène corporelle – saleté et odeur –        | → Plaisir dans une activité gratifiante et valorisante, fréquemment exprimé et verbalisé<br>→ Engagement et participation active dans l'atelier d'Art-thérapie<br>→ Hygiène corporelle toujours très problématique même si elle se lave systématiquement les mains et les vêtements souillés par l'argile<br>→ Evocation très fréquente de son besoin d'hygiène intime : prendre une douche, se couper les cheveux, sentir bon |

**Tableau n°12 – Bilan de l'accompagnement art-thérapeutique d'Angèle**



**Graphique n°7 – Epanouissement de l'estime de soi d'Angèle**

Les données reportées pour le début et la fin de l'accompagnement correspondent respectivement à la moyenne des 3 premières et des 3 dernières séances pour les 3 domaines concernés.

Le graphique n°7 synthétise la façon dont l'épanouissement de l'estime de soi d'Angèle s'est manifesté et a pu être évalué durant l'accompagnement.

L'objectif thérapeutique général, favoriser l'amélioration de l'estime de soi, a été atteint – cf. graphique n°7. Concernant les objectifs thérapeutiques intermédiaires, en particulier favoriser le prendre soin de soi et l'hygiène, les résultats obtenus sont plus mitigés – cf. tableau n°12.

Les plaisirs sensoriels et esthétiques ressentis de façon importante dans l'activité de modelage ont contribué à l'émergence et à l'expression de désirs et d'envies qui ont nourri le sentiment

d'exister chez Angèle. En cela l'Art-thérapie a vraisemblablement contribué à l'amélioration de sa qualité existentielle. Cependant, Angèle est toujours dans une situation d'extrême précarité qui génère des souffrances continues. Un accompagnement sur le long terme serait donc une indication souhaitable.

### 3.2 *Maria est en situation de grande précarité depuis de nombreuses années*

#### 3.2.1 *L'anamnèse et l'état de base de Maria révèlent d'importantes difficultés relationnelles accompagnées d'une très faible tolérance à la frustration*

Agée d'une cinquantaine d'années, Maria est originaire du Chili. Elle vient en Europe et en Russie pour des études d'agronomie. Elle s'installe il y a plus de 20 ans à Lyon où elle donne naissance à une fille. Elle quitte très tôt le père de cette enfant et perd sa garde. Sa fille est placée en famille d'accueil à l'âge de 3 ans et demi, ce souvenir la fait toujours souffrir se sentant coupable de l'avoir abandonnée malgré elle. Elle fait plusieurs séjours dans la rue et connaît encore aujourd'hui une grande précarité vis à vis du logement et du travail.

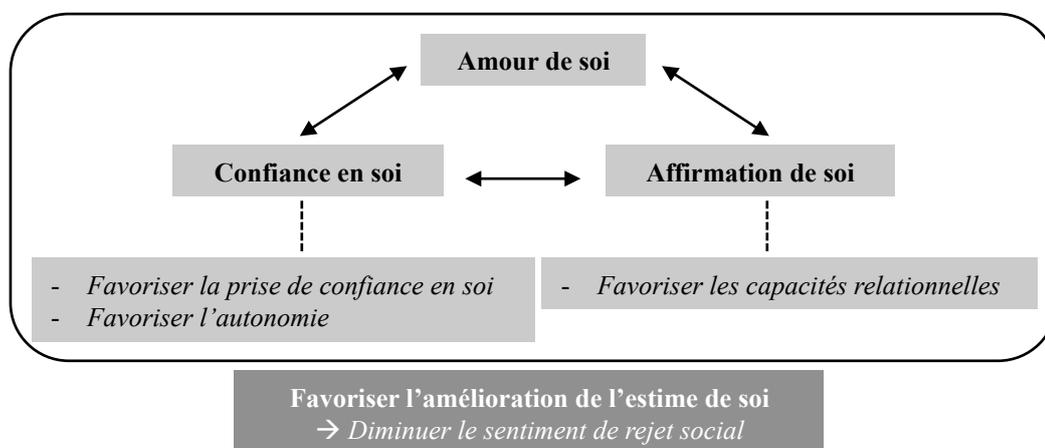
Aujourd'hui, Maria est sans emploi, en difficulté financière avec des dettes. Elle se sent exclue et connaît de réelles difficultés relationnelles avec les membres de sa famille avec lesquels elle évince tous ses problèmes, se sentant être pour eux « le vilain petit canard ». Elle connaît également des difficultés relationnelles avec quelques personnes de l'Accueil Saint Vincent dont le salarié. Maria peut se montrer dans la relation rapidement possessive, capricieuse, méfiante et très susceptible.

Maria est une personne attachante et curieuse, qui est très sensible à l'Art même si elle dit ne rien savoir faire et n'avoir aucun talent. Dès que l'art-thérapeute lui propose un accompagnement, Maria est immédiatement volontaire.

#### 3.2.1 *L'indication et les objectifs thérapeutiques individuels de Maria sont centrés sur l'estime de soi et plus spécifiquement autour de la composante affirmation et confiance en soi*

L'accompagnement de Maria a été initialement demandé à l'art-thérapeute par la responsable des accueils de jours inquiète par ses difficultés relationnelles rencontrées fréquemment dans la structure.

Les objectifs thérapeutiques sont centrés sur l'estime de soi et plus spécifiquement autour de la composante confiance en soi et affirmation de soi – cf. schéma n°8.



**Schéma n°8 – Objectifs thérapeutiques de Maria**

#### 3.2.2 *Descriptif et évaluation de l'accompagnement de Maria*

Maria a bénéficié de 13 séances d'Art-thérapie s'étalant sur 19 semaines. Un premier cycle de 10 séances a été proposé, au terme duquel un bilan évaluatif a été réalisé.

### 3.2.2.1 Un premier cycle de 10 séances a été mis en place

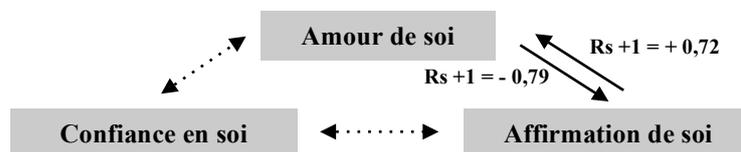
| Accompagnement art-thérapeutique de Maria collectif puis individuel à partir de la séance n°5  |  | Cycle 1 : séances 1 à 10   |
|--|--|--|
| Dès la première rencontre avec l'art-thérapeute Maria est volontaire et très enthousiaste à l'idée de participer. Méfiante et souhaitant un cadre qui puisse garantir son intimité, elle préférerait être seule. Aux vues de sa culture <sup>113</sup> , de sa phobie des substances artificielles et de ses goûts, l'accompagnement débute avec la technique du modelage sur argile.  |  |  |
| séances n° 1 à 4   | <b>Stratégie thérapeutique</b>               |  |
|  | <b>Objectifs thérapeutiques</b>              | → évaluer ses goûts et capacités artistiques<br>→ affiner l'état de base<br>→ favoriser l'engagement de la personne dans l'atelier   |
|  | <b>Technique et moyen artistique</b>         | Modelage avec argile à partir de modèles afin d'éviter la mise en échec en utilisant des techniques rudimentaires de décalquage  |
|  |  | Accompagnement individuel en accord avec ses souhaits, facilitant la mise en place de la relation thérapeutique. Les séances se déroulent en matinée de 10h30 à 12h environ. |
|  | <b>Observations cliniques et évaluations</b> |  |
| Assez vite, Maria parvient en s'appuyant sur un modèle à produire un résultat dont elle est satisfaite. Elle éprouve spontanément l'envie de montrer sa production à d'autres personnes « Et c'est la première fois que je fait du modelage ! » Même si elle prend rapidement confiance en ces nouvelles capacités, celles-ci s'appuient toujours sur un besoin constant d'approbation de la part de l'art-thérapeute, ce qui freine l'expression de ses goûts et de sa personnalité. En séance n°3, elle évoque pour la première fois des envies artistiques personnelles en rapport avec sa culture d'origine. Maria se montre vite possessive et jalouse lorsque l'art-thérapeute est avec d'autres personnes.<br>La confiance en soi progresse mais l'estime de soi reste stable |  |  |
| <b>1<sup>er</sup> exclusion temporaire de la structure pour des raisons de comportement</b>  |  |  |
| séance n° 5  | <b>Stratégie thérapeutique</b>               |  |
|  | <b>Objectifs thérapeutiques</b>              | → favoriser son engagement dans un atelier collectif<br>→ accepter des contraintes et des difficultés  |
|  | <b>Technique et moyen artistique</b>         | Calligraphie   |
|  |  | Accompagnement collectif afin de réduire sa dépendance affective à l'art-thérapeute et lui permettre de développer ses capacités relationnelles                              |
|  | <b>Observations cliniques et évaluations</b> |  |
| Arrivée dans une séance collective où 3 autres personnes, dont une avec laquelle elle était assez proche, pratiquaient la calligraphie latine, Maria a souhaité essayer cette technique. L'art-thérapeute l'incite sans succès à terminer sa précédente production. Ces premières tentatives de calligraphie ne parviennent pas à satisfaire son intention d'autant qu'elle compare sa production à celle de personnes dont la maîtrise technique est plus grande. Elle décide finalement d'écrire un petit mot dédié à sa fille.<br>- « je ferais mieux la prochaine fois »<br>- « l'atelier est important pour faire quelque chose qui donne du plaisir »  |  |  |

<sup>113</sup> BOMER, A., & LETESSIER-DEBRUNE C., *La culture comme élément déclencheur d'une prise en charge en Art-thérapie*, In : *Profession art-thérapeute*, Direction scientifique FORESTIER R., Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2010, p.33-39.

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| séances<br>n° 6 et 7     | <b>A la séance n°6, Maria se fait initialement refuser l'entrée de la structure, puis après discussions avec elle et le salarié, elle est finalement admise</b>  |   |
|                          | <b>Stratégie thérapeutique</b>   |   |
|                          | <b>Objectifs thérapeutiques</b>  | → favoriser son engagement dans un atelier collectif<br>→ terminer sa production  |
|                          | <b>Technique et moyen artistique</b>   | Modelage avec argile<br>Accompagnement collectif. Les séances se déroulent l'après-midi.  |
|                          | <b>Observations cliniques et évaluations</b>   |   |
|                          | Avant les séances, Maria est angoissée et demande la protection de l'art-thérapeute pour participer. Elle termine sa première production puis achève une production personnelle sans modèle. L'effet des séances se confirme, il se manifeste particulièrement sur sa thymie qui s'améliore très nettement au cours de la séance n°6 et 7 alors que les séances se déroulent désormais l'après-midi. Maria a toutefois des difficultés à terminer les séances, l'art-thérapeute doit à plusieurs reprises indiquer la fin.<br>Pendant les séances la thymie s'améliore sensiblement même si l'estime de soi chute  |   |
| séance<br>n° 8           | <b>Stratégie thérapeutique</b>   |   |
|                          | <b>Objectifs thérapeutiques</b>  | → favoriser la projection dans le temps<br>→ favoriser l'émergence de projets personnels<br>→ favoriser l'implication relationnelle |
|                          | <b>Technique et moyen artistique</b>   | Modelage avec de l'argile. Proposition d'un projet sur plus d'une séance et d'un modelage collectif.                                |
|                          | <b>Observations cliniques et évaluations</b>   |   |
|                          | Maria a pris beaucoup de plaisir au cours de cette séance. Le modelage collectif lui a initialement plu mais très vite, alors que sa production correspondait à ses intentions esthétiques, elle a souhaité continuer seule pour achever des productions en rapport avec sa culture d'Amérique latine. Sa maîtrise technique s'améliore.<br>- « C'est merveilleux... on arrive à faire ce que l'on veut »<br>- « je deviens une professionnelle »<br>Les 3 domaines de l'estime de soi progressent   |   |
| séances<br>n° 9 et<br>10 | <b>Stratégie thérapeutique</b>   |   |
|                          | <b>Objectifs thérapeutiques</b>  | → favoriser la confiance en soi   |
|                          | <b>Technique et moyen artistique</b>   | Modelage avec de l'argile en situation libre.   |
|                          | <b>Observations cliniques et évaluations</b>   |   |
|                          | Juste avant la séance n°10, Maria apporte à l'art-thérapeute 6 croquis réalisés chez elle le week-end, « c'est sans exemple et ça sort directement de mon cœur » dit-elle. Elle est très surprise car elle ne s'en savait pas capable. Elle demande à l'art-thérapeute de lui scanner les dessins pour les envoyer à son père au Chili. Elle raconte également à l'art-thérapeute qu'elle a été très contente d'engager la conversation dans le métro avec une personne qui mettait en place une exposition de photographies. Pour la première fois, Maria n'exprime aucune plainte à la séance n°10.<br>- « C'est dommage d'avoir attendu si longtemps pour faire ce que l'on fait aujourd'hui »<br>- « Je ne savais pas que j'étais capable de faire cela »<br>Progression de l'estime de soi, l'amour de soi est à son maximum en séance n°10 |   |

Au terme du premier cycle de 10 séances, un bilan évaluatif et prédictif a été mené. L'analyse statistique des corrélations entre les 3 domaines<sup>114</sup> révèle que la composante confiance en soi n'est corrélée ni à la composante amour de soi ni à la composante affirmation de soi et ce, même à une ou deux séances d'intervalle – cf. graphique n°8, p. 55. En outre, la composante amour de soi et affirmation de soi sont liées par une corrélation négative et une corrélation positive à une séance d'intervalle. Cela signifie qu'au cours d'une séance, la progression de l'expression de l'amour de soi a pour conséquence à la séance suivante une diminution de l'expression de l'affirmation de soi. Cette diminution de l'expression de l'affirmation de soi a elle-même pour conséquence à la séance suivante une diminution de l'expression de l'amour de soi, etc... Ce système – amour de soi / affirmation de soi – dans le cadre de l'atelier d'Art-thérapie, semble répondre à un système de régulation ou à une boucle de rétrocontrôle négatif très répandu dans les systèmes biologiques et qui a pour fonction l'homéostasie.

<sup>114</sup> Pour rappel : cette analyse vise à déterminer si pour les 10 séances écoulées il existe des corrélations entre les 3 domaines pris deux à deux – au sein de la même séance, à 1 séance d'intervalle, puis à 2.



**Graphique n°8 – Corrélations entre les 3 domaines de l'estime de soi après 10 séances pour Maria**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| $R_s +1 \Rightarrow$           | Coefficient des rangs de Spearman significatif au risque 5%, <b>à une séance d'intervalle</b> .<br>La corrélation entre des données temporellement distantes d'une séance laisse supposer, que s'il existe un lien de type causalité, ce lien s'établit naturellement des données les plus anciennes vers les données les plus récentes. Cela permet d'orienter les flèches. |
| $\leftarrow \dots \rightarrow$ | Aucune corrélation significative n'existe.   |

### 3.2.2.2 Un second cycle de 3 séances a pu être mis en place

En s'appuyant sur les résultats de l'analyse de données, si nous souhaitons voir progresser l'estime de soi et ses 3 composantes, le travail thérapeutique devrait porter sur :

- la composante confiance en soi, qui ne semble pas liée aux deux autres
- et sur la composante affirmation de soi afin d'alimenter la boucle et donc indirectement la composante amour de soi

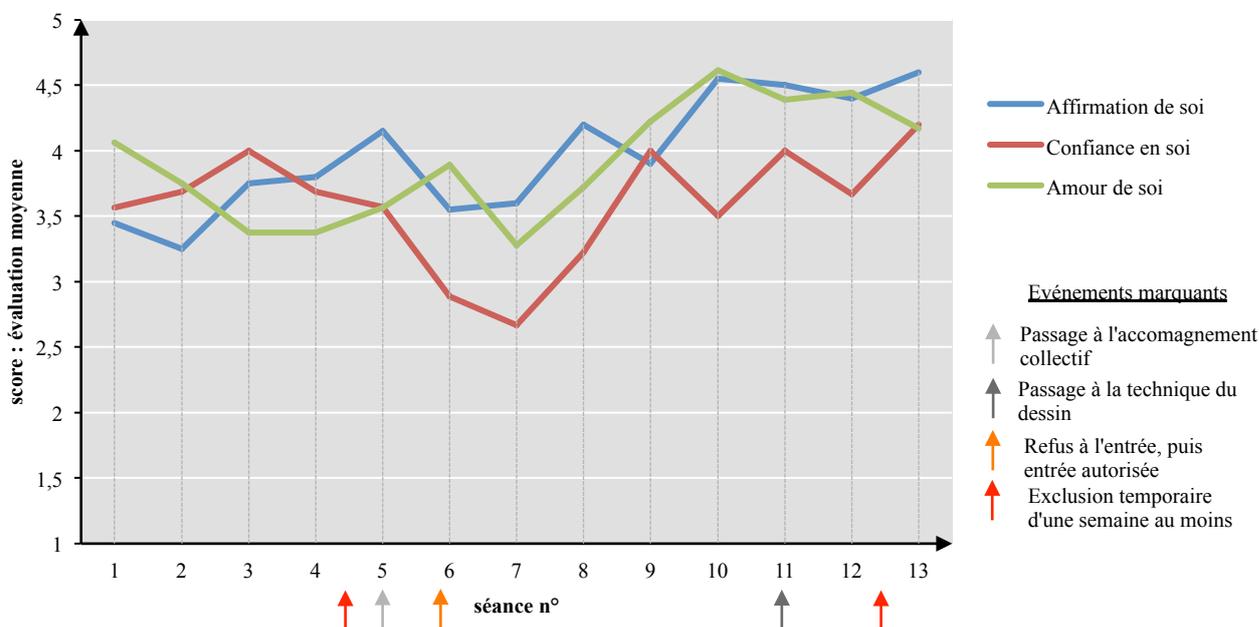
Ces considérations semblent assez théoriques, il est évident qu'une séance d'Art-thérapie va de toutes les façons stimuler les 3 domaines. Cependant, l'art-thérapeute privilégiera le travail sur la confiance en soi – qui est d'ailleurs l'un des objectifs thérapeutiques intermédiaire fixé initialement – et facilitera l'expression de l'affirmation de soi – qui est également l'un des objectifs thérapeutiques intermédiaires fixé initialement sous la forme des capacités relationnelles.

Lors du bilan mené à la suite des 10 séances, Maria souhaite poursuivre ses projets de dessins afin de pouvoir les offrir à ses proches. Elle a du mal à envisager des objectifs thérapeutiques la concernant et reporte systématiquement les objectifs sur les autres. Elle fait toutefois un bilan positif des 10 séances en indiquant qu'elle s'est révélée des disposition pour le dessin et que cela a été pour elle l'occasion d'un échange très positif avec son père qui est peintre.

| Accompagnement art-thérapeutique de Maria  |  | Cycle 2 : séances 11 à 13   |
|--|--|---|
| séances n° 11 et 12  | <b>Stratégie thérapeutique</b>   |   |
|  | <b>Objectifs thérapeutiques</b>  | → favoriser la confiance en soi<br>→ favoriser ses capacités relationnelles<br>→ terminer ce qu'elle entreprend |
|  | <b>Technique et moyen artistique</b>   | Dessin aux crayons de couleurs et pastels secs  |
|  | <b>Observations cliniques et évaluations</b>   |   |
|  | Maria choisit un des croquis réalisés chez elle pour en faire un dessin coloré de plus grande dimension. Un peu gênée par un participant, elle décide de se mettre à l'écart pour mieux se concentrer et achever son dessin.<br><br>- « je ne serai plus le vilain petit canard aux yeux de mon père et de mon frère »   |   |
| <b>2<sup>ème</sup> exclusion temporaire de la structure pour des raisons de comportement</b> |  |   |
| séance n° 13   | <b>Stratégie thérapeutique</b>   |   |
|  | <b>Objectifs thérapeutiques</b>  | → favoriser la confiance en soi<br>→ favoriser ses capacités relationnelles<br>→ terminer ce qu'elle entreprend |
|  | <b>Technique et moyen artistique</b>   | Dessin aux crayons de couleurs et pastels secs  |
|  | <b>Observations cliniques et évaluations</b>   |   |
|  | Maria arrive le visage fermé très fatiguée « je suis trop fatiguée...je vais voir si je participe ». Finalement elle décide de participer ce qui va littéralement transformer son humeur et sa fatigue. Elle a oublié les croquis qu'elle avait souhaité reprendre à la séance précédente, elle décide donc de choisir parmi 52 œuvres proposées, un dessin d'Henri Matisse « La Blouse roumaine ». Elle conserve la structure générale du dessin pour ensuite s'en écarter en donnant au visage de femme la chevelure blonde d'une slave qui lui évoque des souvenirs de la Russie. Fière de sa réussite, elle insiste pour |   |

|   |   |
|---|---|
|   | montrer son dessin à la responsable des accueils de jour présente ce jour là.   |
|   | - « c'est fou, j'étais fatiguée et mal, et maintenant j'ai oublié...ça fait du bien »<br>- « c'est dommage, j'aurais bien continué à dessiner » dit-elle en fin de séance |
|   | L'estime de soi est à son maximum durant cette dernière séance  |
| <b>3 séances étaient encore programmées auxquelles Maria n'est pas venue...</b> |   |

### 3.2.2.1 L'évaluation révèle chez Maria une progression de l'estime de soi asservie d'une instabilité de ses 3 composantes

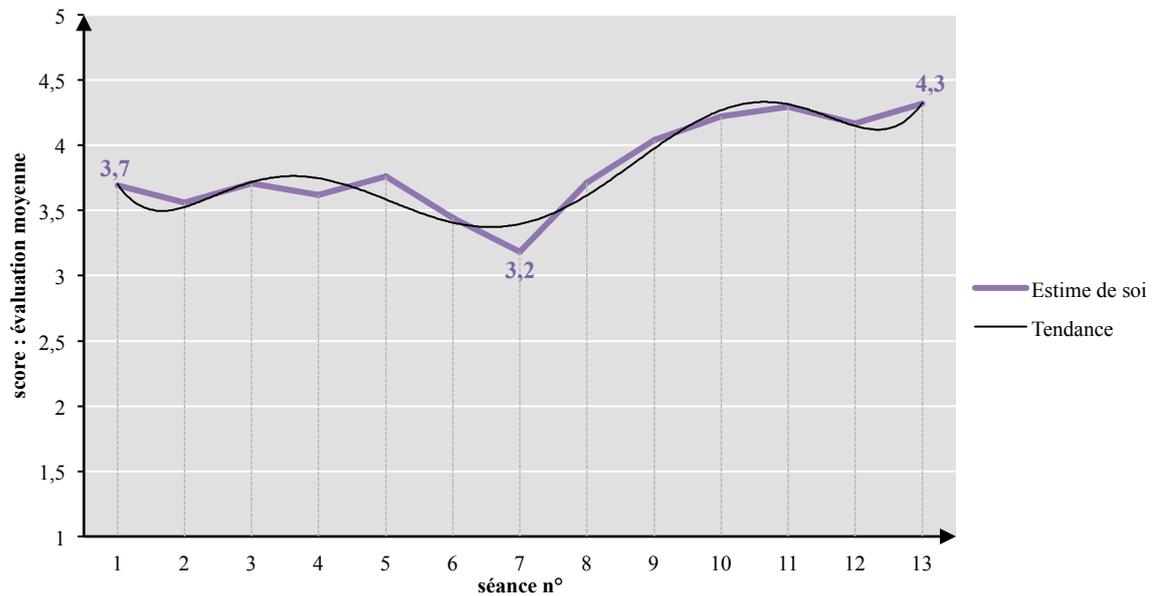


**Graphique n°9** – Evolution des 3 composantes de l'estime de soi pendant l'accompagnement de Maria

**Evaluation moyenne** : moyenne des 10 faisceaux d'items et items dont la cotation est comprise entre 1 et 5 pour chacun des 3 domaines : affirmation, confiance, et amour de soi - cf. p. 40-42.

Le graphique n°9 nous indique que les 3 composantes de l'estime de soi – l'affirmation, la confiance et l'amour de soi – sont très fluctuantes d'une séance à l'autre. On note juste en fin d'accompagnement, à partir de la séance n°10, une stabilisation relative concernant les domaines affirmation et amour de soi. On peut également noter que ces variations dans les évaluations s'accompagnent d'une participation très précaire aux séances – 13 participations sur 19 semaines à raison de 2 séances / semaine – en raison notamment des évènements d'exclusion.

L'expression de l'estime de soi évaluée au cours des séances – cf. graphique n°10, p. 57 – montre globalement une tendance à l'oscillation et à la progression. La séance n°7 qui révèle la plus faible estime de l'accompagnement – score : 3,2 – est probablement à mettre en relation avec les nombreux évènements « excluant » précédents la séance – exclusion, passage d'un accompagnement individuel à un accompagnement collectif, refus à l'entrée, cf. graphique n°9.

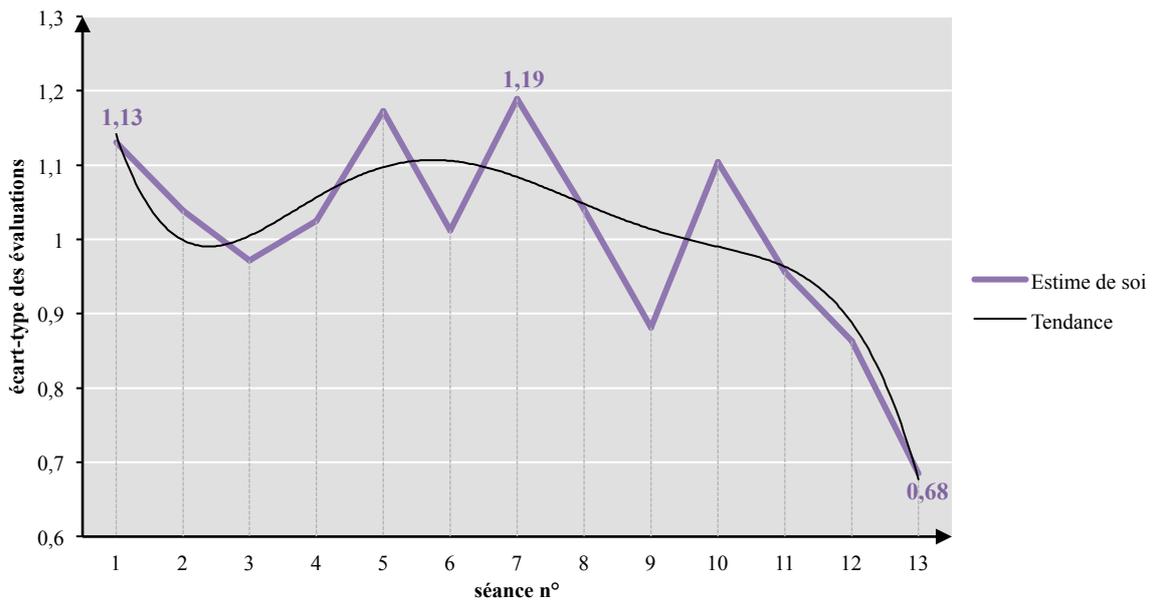


**Graphique n°10** – Evolution de l’estime de soi pendant l’accompagnement de Maria

**Evaluation moyenne** : moyenne des 30 faisceaux d’items et items dont la cotation est comprise entre 1 et 5 pour les 3 domaines affirmation, confiance, et amour de soi - cf. p. 40-42.

**Tendance** : tendance globale de l’estime de soi calculée par régression polynomiale.

Comme précédemment, la dispersion des scores des faisceaux d’items et des items permettant d’apprécier l’estime de soi a tendance à diminuer légèrement en dépit de grandes variations d’une séance à l’autre – graphique n°11 –. Le fait marquant est que la plus faible estime – séance n°7, score : 3,2 ; graphique n°10 – est associée à la dispersion la plus forte – écart-type : 1,19 ; graphique n°12 – et que la plus forte estime – séance n°13, score : 4,3 ; graphique n°10 – est associée avec la dispersion la plus faible – écart-type : 0,68 ; graphique n°11.

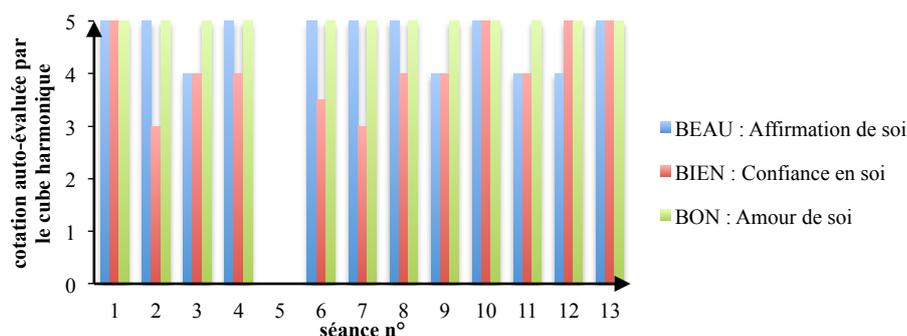


**Graphique n°11** – Evolution de la dispersion des évaluations au cours d’une séance pour les 30 faisceaux d’items et items relatifs à l’estime de soi de Maria

**Ecart-type** : mesure la dispersion des 30 scores obtenus aux 30 faisceaux d’items et items autour de la moyenne, score moyen. Plus l’écart-type est faible, plus l’ensemble des scores est proche de la moyenne, plus il est important, plus les scores s’écartent de la moyenne.

**Tendance** : tendance globale des dispersions de scores calculée par régression polynomiale.

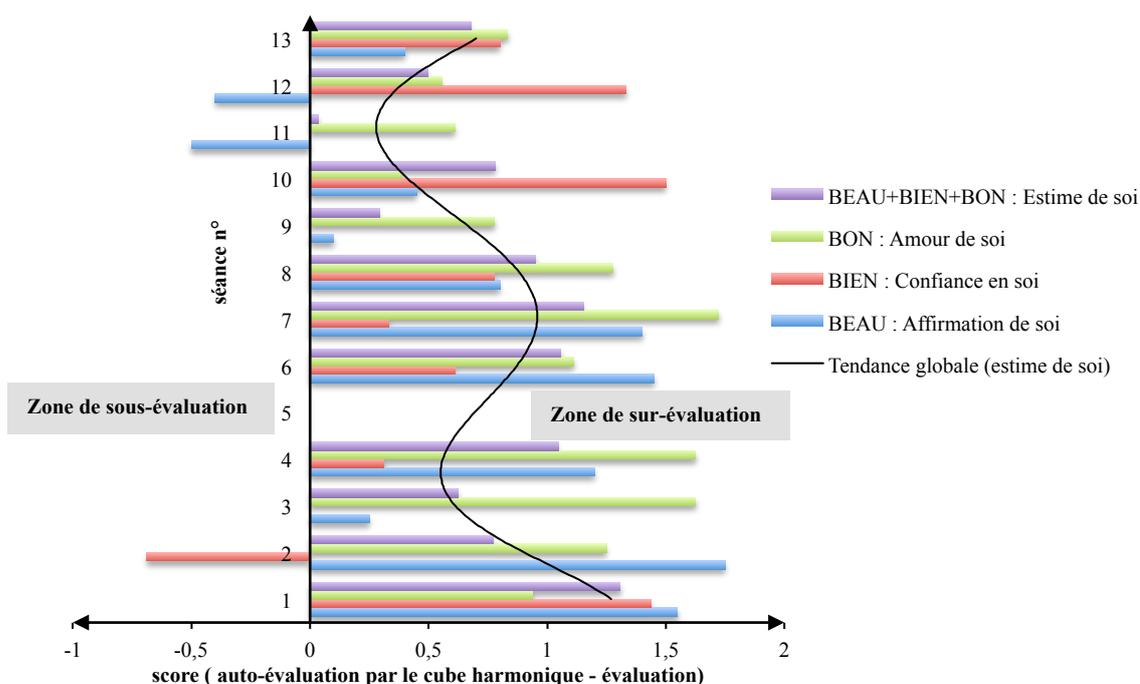
### 3.2.2.1 Le cube harmonique n'a pas été un processeur thérapeutique pour Maria mais un outil d'affirmation et d'autocritique



**Graphique n°12** – Evolution de l'auto-évaluation au cours des séances de Maria

**Séance n°5** : absence d'auto-évaluation. **Séance n°6** : cotation par Maria du Bien à 3 et 4 d'ou 3,5

Le graphique n°12 nous indique que le Bon a été systématiquement coté à son maximum 5, alors que la participation de Maria a été fluctuante. Cela est peut être à mettre en relation avec les attentes très importantes de Maria vis à vis de sa participation à l'atelier d'Art-thérapie et vis à vis de l'art-thérapeute. Entendu de cette façon, la cotation du Bon serait un message envoyé à l'art-thérapeute et non une véritable auto-évaluation. Dans près de 70% des séances – 8 /12 – le Beau est également coté à son maximum. Cependant, il est intéressant de constater que 3 des 4 séances où le Beau n'est pas à son maximum – cotation de 4 – se concentrent en fin d'accompagnement alors même que la confiance en soi – cf. graphique n°9, p. 56 – et la technique s'améliorent. Cela semble indiquer, que les capacités esthétiques se sont affinées et que la faculté critique s'est développée. Enfin, cette faculté critique a probablement été la plus opérante pour le Bien, ce qui est illustré d'une part par des cotations plus variables – 8 /12 en dessous du maximum – et d'autre part par le séance n°6 – Bien coté à 3 et 4.



**Graphique n°13** – Evolution de la différence entre l'auto-évaluation et l'évaluation de Maria

**Séance n°5** : absence d'auto-évaluation

**Estime de soi** : moyenne des cotations par le cube harmonique – moyenne des évaluations

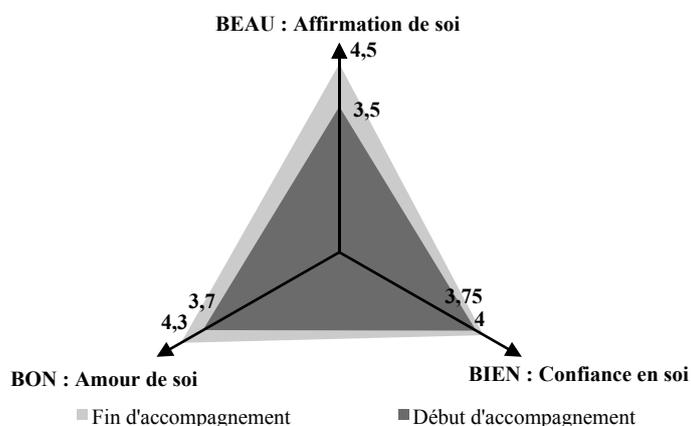
**Tendance globale** : tendance calculée par régression polynomiale qui décrit l'évolution globale de la différence entre l'autoévaluation et l'évaluation

Le graphique n°13, p. 58, témoigne de la surévaluation quasi invariable de Maria durant l'accompagnement, ce qui signe probablement l'altération de son estime et de sa faculté critique<sup>115</sup>, particulièrement sensible pour le Bon. La tendance globale révèle des oscillations importantes accompagnées d'une légère diminution du décalage entre l'autoévaluation et l'évaluation causée principalement par la progression de l'estime de soi et par l'autoévaluation critique du Bien et du Beau. Avec les données d'évaluation dont nous disposons, il est bien difficile de dire que le cube harmonique ait joué le rôle de processeur thérapeutique. Néanmoins, il semble qu'il ait permis à Maria de développer ses facultés critiques. Il révèle également que la sensibilité esthétique de Maria s'est aiguisée.

### 3.2.3 L'accompagnement art-thérapeutique a amélioré l'estime de soi de Maria et a contribué à l'émergence de projet

|   |  | Etat de base  | Fin d'accompagnement   |
|---|--|---|--|
| <b>Objectif général</b><br>Favoriser l'amélioration de l'estime de soi<br>→ Diminuer le sentiment de rejet social | <b>Affirmation de soi</b><br><u>Objectif intermédiaire</u><br>- Favoriser les capacités relationnelles                     | → Comportements parfois rigides et inadaptés avec les usagers, les bénévoles et salariés<br>→ Expression fréquente sur le mode de la plainte et de la victimisation | → Diminution des plaintes au profit de l'expression des difficultés<br>→ Le dessin favorise la relation avec son père<br>→ Enrichissement des moyens d'expression valorisants<br>→ Cependant problèmes de comportement toujours présents |
|   | <b>Confiance en soi</b><br><u>Objectifs intermédiaires</u><br>- Favoriser la prise de confiance<br>- Favoriser l'autonomie | → Peu de projets et de projection positive sur l'avenir<br>→ Relative passivité / action  | → Se découvre de nouvelles capacités artistiques<br>→ Dessine de façon autonome chez elle<br>→ Nombreux projets artistiques envisagés<br>→ Cependant peu de projets personnels exprimés<br>→ Difficulté à terminer ce qu'elle entreprend |
|   | <b>Amour de soi</b>  | → Rares plaisirs au cours d'une activité  | → Plaisir dans une activité gratifiante et valorisante, fréquemment exprimé et verbalisé<br>→ Engagement et participation active dans l'atelier d'Art-thérapie mais de façon très fluctuante   |

Tableau n°13 – Bilan de l'accompagnement art-thérapeutique de Maria



Graphique n°14 – Epanouissement de l'estime de soi de Maria

Les données reportées pour le début et la fin de l'accompagnement correspondent respectivement à la moyenne des 3 premières et des 3 dernières séances pour les 3 domaines concernés.

<sup>115</sup> BERNHARD H., MILLOT C., Op. cit.

Le graphique n°14, p. 59, synthétise la façon dont l'épanouissement de l'estime de soi de Maria s'est manifesté et a pu être évalué durant l'accompagnement.

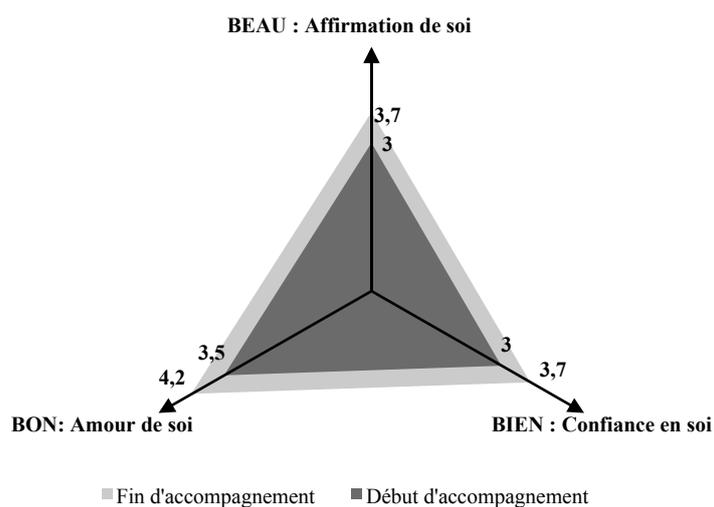
L'objectif thérapeutique général, favoriser l'amélioration de l'estime de soi, a été atteint – graphique n°14, p. 59. Concernant les objectifs thérapeutiques intermédiaires, en particulier favoriser les capacités relationnelles, les résultats obtenus sont beaucoup plus mitigés – tableau n°13, p. 59 –, en dépit d'une progression de l'affirmation de soi en séance – graphique n°14, p. 59. Ces difficultés relationnelles se sont surtout exprimées dans l'atelier par la résistance au cadre et au refus des contraintes. Maria s'affirme, certes, mais sans tenir compte des autres.

L'expérimentation de nouveaux moyens d'expression plastique a permis à Maria de développer ses capacités artistiques qui ont contribué à l'amélioration de sa confiance en soi. Cette dernière permet, au delà des difficultés et de la précarité qui persiste, d'envisager positivement un avenir, de lui donner une réalité valorisante et gratifiante au travers de productions artistiques. L'émergence de projet en dehors de l'atelier est sans doute le signe d'une amélioration de sa qualité de vie.

### 3.3 *Le bilan des 2 études cliniques indique que l'accompagnement art-thérapeutique peut participer à l'épanouissement de l'estime de soi des personnes en situation de précarité et d'exclusion*

Les 2 études cliniques détaillées sont congruentes et permettent d'accepter l'hypothèse que l'Art-thérapie peut contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Une troisième étude, qui ne peut être détaillée ici, concourt à renforcer cette hypothèse.

#### 3.3.1 *L'accompagnement de Christophe révèle également que l'estime de soi évaluée en séance s'est sensiblement améliorée*



**Graphique n°15 – Epanouissement de l'estime de soi de Christophe**

Les données reportées pour le début et la fin de l'accompagnement correspondent respectivement à la moyenne des 3 premières et des 3 dernières séances pour les 3 domaines concernés.

Le graphique n°15 indique qu'en séance d'Art-thérapie, les 3 domaines de l'estime de soi ont progressé pour Christophe.

### 3.3.2 *L'accompagnement art-thérapeutique n'a pas été possible pour Patrick ce qui nous oblige à repenser le cadre et les moyens de prise en charge*

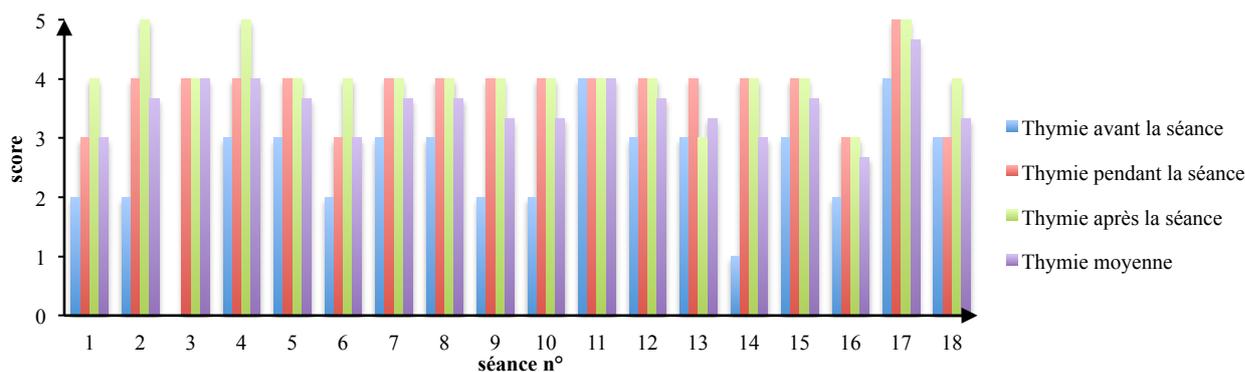
Patrick est dans une situation d'extrême précarité depuis près de 15 ans. Ancien graphiste, il est très sensible à l'Art, et a déjà réalisé avec l'art-thérapeute un travail photographique quelques années auparavant. Depuis quelques temps, les crises délirantes de Patrick sont assez fréquentes, et il exprime verbalement sa souffrance intolérable à l'art-thérapeute.

Devant cette souffrance et l'indication de la responsable de la structure, l'art-thérapeute propose donc, en dehors de ses périodes délirantes, un accompagnement utilisant la photographie. Très intéressé par ce médium, il accepte et réalise à l'extérieur de la structure une série de photographies. Il est très satisfait du résultat et n'hésite pas à montrer ces photographies aux bénévoles et aux passagers.

Nous avons tous les éléments pour qu'une prise en charge art-thérapeutique soit bénéfique pour Patrick. Cependant, il a refusé de participer à une séance, même individuelle, au sein de la structure. L'art-thérapeute lui a alors proposé de venir sur ses lieux de vie. Mais l'accompagnement dans ces conditions, après plusieurs tentatives, n'a pas pu être réalisé en raison d'un environnement très défavorable.

Le cas de Patrick, oblige à repenser le cadre et les moyens que l'art-thérapeute doit mettre en œuvre pour les personnes en très grande désocialisation. L'idée d'accompagner les personnes sur leurs lieux de vie, dans la rue, semble intéressante voir nécessaire, même si les modalités d'intervention sont compliquées par un environnement non sécurisé et non contrôlable. Cela implique donc un temps d'accompagnement relativement important dont nous n'avons pu bénéficier.

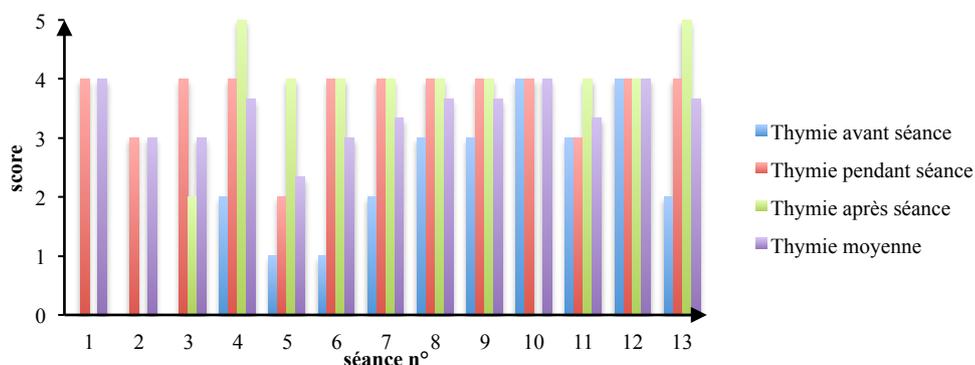
### 3.3.3 *La thymie s'améliore au cours de chaque séance alors que la thymie moyenne reste relativement stable, ce qui permet de se poser la question de l'effet de l'Art-thérapie en dehors des séances.*



**Graphique n°16 – Evolution de la thymie au cours des séances d'Art-thérapie chez Angèle**

**Cotations** 1 : geste d'humeur, 2 : mauvaise humeur, 3 : humeur égale, 4 : bonne humeur, 5 : excellente humeur

Qu'il s'agisse d'Angèle – graphique n°16 – ou de Maria – graphique n°17, p. 62 – à quelques exceptions près, la thymie s'améliore au cours des trois temps de la séance d'Art-thérapie. Ainsi la thymie après la séance est quasiment toujours supérieure à la thymie avant la séance. Cependant la thymie moyenne ou la thymie avant la séance ne révèlent pas de tendance significative à l'augmentation au cours de l'accompagnement. La régulation thymique que l'on peut attribuer à l'effet de la séance n'est donc que transitoire ce qui questionne les effets de l'Art-thérapie entre les séances et donc sur ces effets à long terme. Nous pouvons en outre mettre en relation cette absence de régulation thymique à long terme avec l'absence, ou la quasi absence de corrélation entre les domaines de l'estime de soi à 1 et à 2 séance d'intervalle – cf. graphique n°1, p. 46 et graphique n°8, p. 55.



**Graphique n°17 – Evolution de la thymie au cours des séances d’Art-thérapie chez Maria**

**Cotations** 1 : geste d’humeur, 2 : mauvaise humeur, 3 : humeur égale, 4 : bonne humeur, 5 : excellente humeur  
**Séance 1, 2, 3 et 10** : la thymie n’a pas pu être évaluée sur les 3 temps de séance

### 3.3.3.1 *La durée de l’accompagnement est peut-être insuffisante pour avoir des répercussions durables et stables sur la thymie*

La première hypothèse pour expliquer l’absence de régulation thymique, est de que le temps de prise en charge n’a pas été suffisant pour produire des effets entre les séances d’Art-thérapie. Cette hypothèse ne peut être en l’état de nos connaissances infirmée, car le temps de prise en charge a été approximativement le même pour nos cas cliniques avec des résultats comparables sur la thymie. Le temps de prise en charge, qui va être nécessaire à certaines transformations durables chez le sujet, reste cependant une hypothèse solide qu’il conviendrait d’étayer avec des accompagnements beaucoup plus longs.

### 3.3.3.2 *La durée qui s’écoule entre chaque séance est ici difficilement maitrisable, mais elle ne semble pas être en cause*

Les personnes qui participent aux séances d’Art-thérapie, à l’image de leur présence sur les lieux de la structure, s’inscrivent dans une totale liberté de venir ou de ne pas venir. Cela signifie que l’art-thérapeute ne peut agir que sur la fréquence des séances – 2 fois par semaine – et sur l’engagement des personnes dans l’atelier pour maitriser la durée entre les séances. Comme l’une des problématiques est souvent l’engagement, on comprend dès lors que le temps qui s’écoule entre deux séances d’Art-thérapie est difficilement contrôlable. Cependant, les cas d’Angèle et de Maria nous apportent des éléments qui réfutent en partie l’hypothèse selon laquelle la durée entre séance serait trop importante. En effet, Angèle a une participation très régulière – 2 fois par semaine – surtout en fin d’accompagnement, alors que Maria a une participation très irrégulière, parfois plusieurs semaines séparent deux séances. Or, qu’il s’agisse d’Angèle ou de Maria, les résultats relatifs à la thymie sont sensiblement identiques.

### 3.3.3.3 *Dans les situations de précarité et d’exclusion l’influence très délétère de l’environnement sur la qualité de vie pourrait en partie expliquer nos résultats*

Ne pas dormir la nuit, ou avoir son sommeil constamment entrecoupé par les intempéries, des passants bruyants ou la peur de se faire agresser, manger de façon insuffisante et irrégulière, être fréquemment pris à partie et agressé...c’est l’environnement quotidien d’une personne à la rue. On comprend naturellement qu’une telle situation de stress affecte inévitablement la thymie des personnes entre les séances. En l’absence d’un environnement stable et sécurisant, la prise en charge art-thérapeutique doit prendre en compte cette précarité et cette labilité qui aura inévitablement des répercussions sur les évaluations de séances.

« Le rebutant est là. Son esprit n'est pas là. C'est comme dormir debout. Il imagine que cet engourdissement, cette absence dans les actes, il imagine que ce coma invisible et provisoire ne dure que pour permettre un nouvel élan. »<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> SAMPIERO D., Op. cit., p. 48.

A l'issue d'une prise en charge tout thérapeute se pose naturellement trois questions essentielles qui vont orienter sa pratique :

- premièrement, le patient a-t-il évolué positivement ?
- si oui, deuxièmement, dans quelle mesure le traitement administré est responsable ?
- enfin, troisièmement, ce résultat est-il généralisable à la pratique clinique auprès d'autres patients ?

La première 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. Nous proposerons à ce sujet un modèle permettant de mieux visualiser le concept de trajectoire thérapeutique.

Avant de s'intéresser aux deux autres questionnements, il est nécessaire de se préoccuper des fondements scientifiques de la discipline Art-thérapie, fondements qui transparaissent d'ailleurs dans les questionnements même du thérapeute. Nous verrons à ce propos que la démarche scientifique est inévitablement affaiblie par ce qui fait certaines des caractéristiques de la discipline.

La seconde question intéresse davantage la recherche scientifique. Elle permet de se renseigner sur la relation causale entre l'intervention et les résultats obtenus. C'est en recherche clinique ce que l'on nomme la validité interne d'une étude.

La troisième 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. Cela concerne la validité externe de l'étude. Nous constaterons que cette double exigence de validité pose des problèmes éthiques et méthodologiques à l'image de ce qui se passe pour l'évaluations des psychothérapies.

Ces trois questions légitimes que se pose le thérapeute clinicien, font naturellement écho à une exigence grandissante de la part de nos sociétés, l'efficacité. Autrement dit, la reconnaissance de la discipline Art-thérapie, comme toutes autres disciplines médicales et paramédicales, doit satisfaire à l'exigence de la preuve scientifique. Dans ce cadre, la clinique et la recherche sont indissociables et indispensables au développement et à la reconnaissance de la discipline.

### *1 Nous proposons, en se basant sur la qualité de vie, un modèle pour se représenter l'idée de trajectoire thérapeutique et de pathologie*

Nous avons pu constater que les évaluations – l'estime de soi par exemple – n'étaient pas linéaires voir même qu'elles n'allaient pas toujours vers l'amélioration à certains moments de la prise en charge. Ce constat que nous faisons a posteriori peut être vécu par le thérapeute, sur le moment, comme un échec. Or, intuitivement on comprend bien qu'une amélioration constante et linéaire de la qualité de vie est une pure idéalisation. Nous allons voir que d'un point de vue théorique, des éléments empruntés à la biologie évolutive permettent de comprendre que la trajectoire thérapeutique est fondamentalement sinueuse.

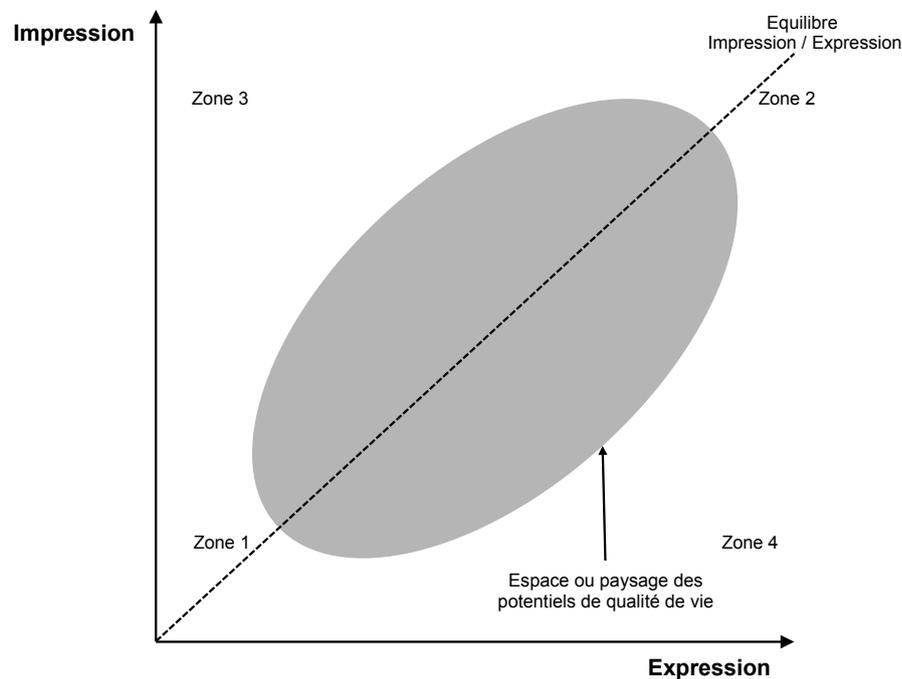
#### *1.1 En s'inspirant de la biologie évolutive, nous pouvons modéliser la qualité de vie à l'image d'un paysage complexe*

La seule personne à même de pouvoir estimer sa qualité de vie est l'individu lui-même. Cela rend donc difficile le travail d'appréciation de la qualité de vie dans une démarche de soin lorsque le patient est dans l'incapacité de s'exprimer. Cependant, l'idée d'accomplissement de

besoins contenu dans la définition précédemment citée de Hunt et Mc Kenna<sup>117</sup>, en particulier les besoins fondamentaux commun à tous – besoins physiologiques et de sécurité en particulier, selon Maslow – sous-tend l'idée qu'il existe des bases indispensables au développement de la qualité de vie.

### 1.1.1 Le modèle de la qualité de vie est basé sur le phénomène d'impression et d'expression

L'espace de base dans lequel la qualité de vie peut se construire peut être défini autour d'un équilibre de base entre l'impression et l'expression<sup>118</sup> selon une forme elliptique – cf. espace gris du graphique n°18.



**Graphique n°18 – Paysage des potentiels de qualité de vie en fonction de l'impression et de l'expression**

**Quatre zones excluent toute qualité de vie minimale**

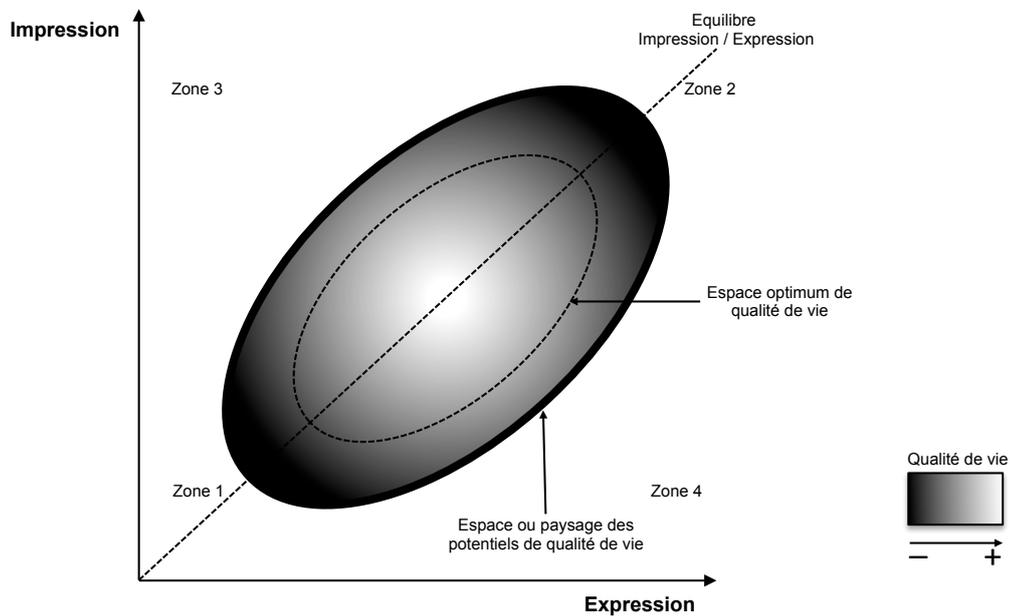
- zone 1** : l'impression et l'expression sont quantitativement trop faibles
- zone 2** : l'impression et l'expression sont quantitativement trop fortes
- zone 3** : l'expression est quantitativement trop faible par rapport à l'impression
- zone 4** : l'impression est quantitativement trop faible par rapport à l'expression

La forme elliptique traduit géométriquement d'une part, qu'il doit exister 4 zones d'exclusions de la qualité de vie – cf. légende graphique n°18 –, et d'autre part qu'à mesure que l'on se déplace le long de la zone d'équilibre d'impression/expression dans des sens extrêmes – vers la zone 1 ou la zone 2 – le potentiel – la surface ou l'étendue des possibles – de qualité de vie se restreint progressivement jusqu'à devenir nul.

A l'intérieur de cet espace des potentiels de qualité de vie il existe une variété importante de qualités de vie en fonction de l'individu, du temps et de l'équilibre impression/expression – cf. graphique n°19, p. 66.

<sup>117</sup> Ils définissent la qualité de vie comme la capacité à satisfaire les besoins perçus par l'individu, HUNT S. M. & MC KENNA S. P., Op. cit.

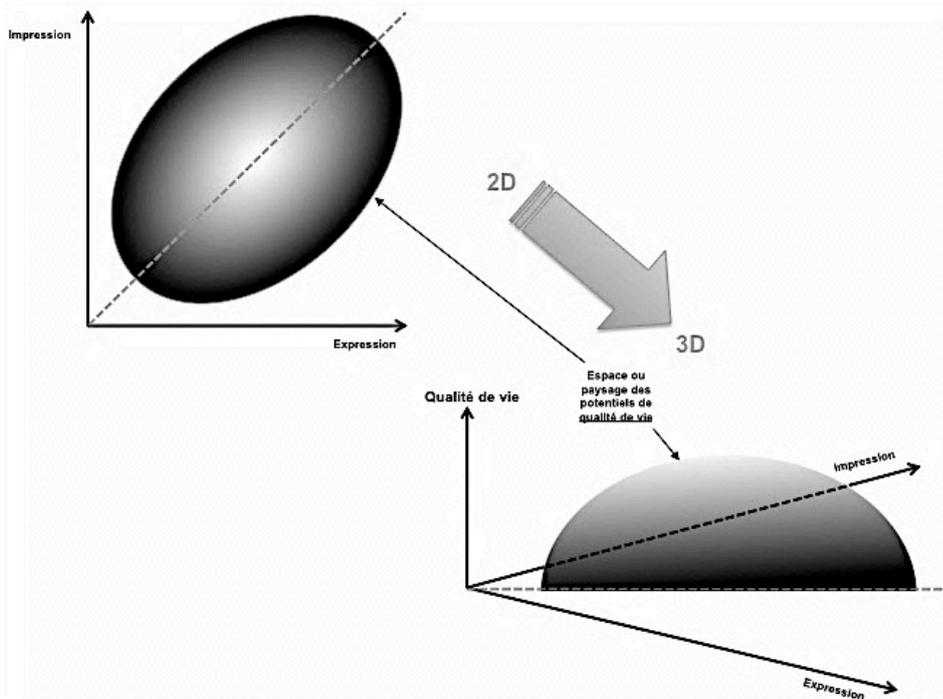
<sup>118</sup> cf. définition du phénomène d'impression / expression p. 25.



**Graphique n°19** – Variation de la qualité de vie en fonction de l'équilibre général entre l'impression et l'expression

Plus on est proche de l'équilibre impression/expression plus la qualité de vie est importante – ton blanc sur le graphique n°19. Chaque personne possède son espace propre au sein duquel la qualité de vie varie en fonction de l'impression et de l'expression. Comme nous le verrons un peu plus loin, la variation des potentiels de qualité de vie pour un individu donné, va se transformer et évoluer au cours du temps – cf. graphique n°23, p. 68.

Pour faciliter la représentation de cet espace de qualité de vie, on peut ajouter à l'espace à 2 dimensions défini – 2D : impression/expression – une troisième dimension qui n'est autre que la qualité de vie – cf. graphique n°20. La différence de lumière est simplement traduite en hauteur de qualité de vie perçue.



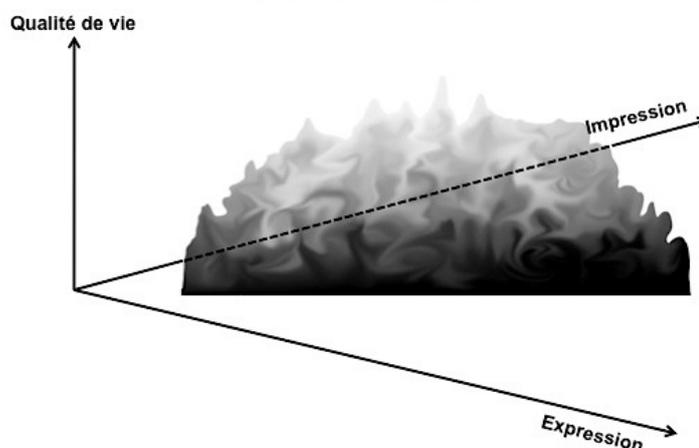
**Graphique n°20** – Modèle des potentiels de qualité de vie en 3 dimensions

### 1.1.2 La complexité de la qualité de vie génère un paysage composé de bosse et de creux

L'environnement est gouverné par une multitude de paramètres qui évoluent sans cesse. Il est donc en grande partie imprévisible et se peut traduire sur le modèle par une surface non lisse

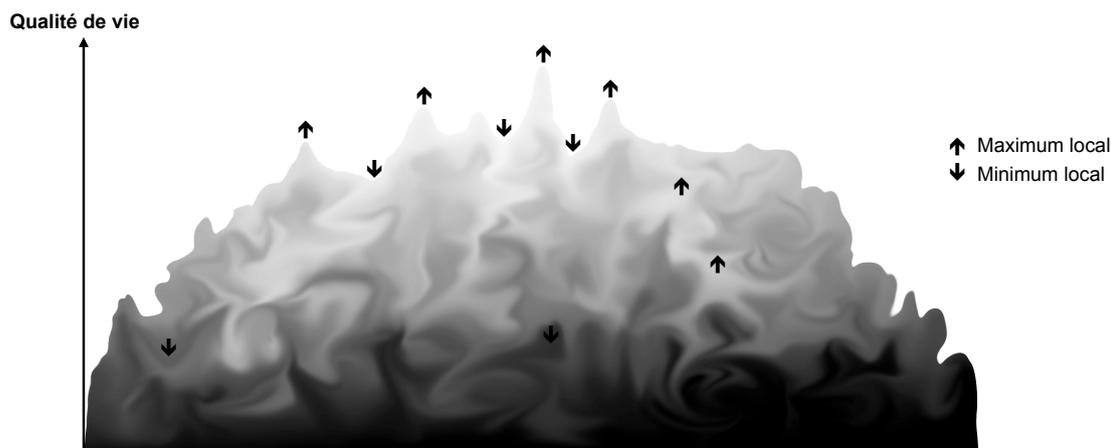
composée de trous ou dépressions. Un trou peut être considéré comme un accident qui entraîne une chute de la qualité de vie en dépit d'un rapport impression/expression « correct ».

L'interaction et la liaison de certains paramètres entre eux – association préférentielle de comportements, d'idées, de comportements et d'idées, ou encore d'environnements et d'idée etc. – a pour effet que l'optimum de chaque paramètre structurant la qualité de vie ne peut être réalisé. Cela signifie qu'il n'existe pas une combinaison unique de paramètres qui conduirait à une qualité de vie optimale pour un individu. Ainsi, compte tenu de la **complexité\*** des paramètres, de leurs interactions et de leurs combinaisons possibles, l'espace de qualité de vie défini n'est pas simplement troué par des accidents mais il possède des pics, des collines, des vallées et des dépressions à l'instar d'un paysage – cf. graphique n°21.



**Graphique n°21** – Modèle des potentiels de qualité de vie en 3 dimensions intégrant la complexité

Cette image du paysage de qualité de vie est une transposition du paysage adaptatif imaginé par le généticien S. Wright dans les années 30<sup>119</sup> comme métaphore à l'adaptation et à l'évolution des organismes. Notre modèle comporte les mêmes particularités topologiques à savoir l'existence de maximum locaux ou pic et de minimum locaux ou dépression – cf. graphique n°22.



**Graphique n°22** – Paysage de qualité de vie révélant des maximums et des minimums locaux

**Maximum local** ↑ : à partir de ce point tout déplacement dans l'espace des potentiels entraîne une chute provisoire de la qualité de vie.

**Minimum local** ↓ : à partir de ce point tout déplacement dans l'espace des potentiel entraîne une augmentation provisoire de la qualité de vie.

Le paysage est ainsi composé d'un certain nombre de maximum et minimum locaux.

Le terme paysage est aussi pertinent que dans le cas de la biologie évolutive. En effet, le mot paysage renvoie à l'idée que la qualité de vie est avant tout une perception propre à un individu

<sup>119</sup> WRIGHT., S., *The roles of mutation, inbreeding, crossbreeding, and selection in evolution*. In Proceedings of the Sixth International Congress of Genetics 1,1932, p. 356-366.

et que cette perception – d'un paysage – évolue nécessairement au cours du temps – au gré des saisons par exemple. La qualité de vie peut donc s'envisager comme une perception dynamique.

### 1.1.3 *Le paysage est dynamique et toute personne s'y déplace en suivant des principes simples, décrivant une trajectoire*

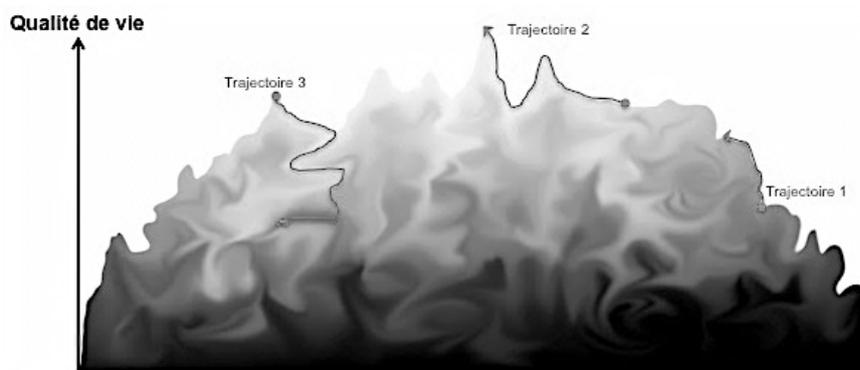
Il est aisé de comprendre, que la qualité de vie n'est pas fixée définitivement pour un individu, celle-ci fluctue au grès de l'évolution de la personne et de son environnement. On peut alors parler de dynamique ou de trajectoire de qualité de vie.

Dans une situation dite normale, lorsque l'individu n'est pas confronté à des difficultés, il va faire en sorte de faire croître sa qualité de vie selon un principe de plaisir naturel en évitant toute chute : c'est le **principe de l'alpiniste**. Or si l'on suit ce principe, l'individu dans son ascension naturelle va inévitablement se retrouver au sommet d'un maximum local. En l'absence de toute perturbation, l'individu peut rester un temps dans cette situation, c'est le **principe de sécurité** – cf. graphique n°23, trajectoire 1. Arrivé à un maximum local l'individu peut également transitoirement redescendre à la suite d'un accident ou d'une maladie par exemple. Mais la descente peut être également parfaitement volontaire. L'individu consent une baisse transitoire de sa qualité de vie, car il perçoit dans le paysage un point plus attractif et/ou plus élevé en terme de qualité de vie – cf. graphique n°23, trajectoire 2 –, c'est le **principe de confiance**. On peut imaginer que consentir à une baisse transitoire de sa qualité de vie va dépendre de plusieurs facteurs comme le différentiel de qualité de vie ou encore la confiance en soi ou en l'avenir.

Pour résumer, on peut dire que dans une situation non pathologique, 3 principes prévalent et coexistent :

- le principe de plaisir ou **principe de l'alpiniste** – rechercher l'ascension, l'augmentation de sa qualité de vie
- le **principe de sécurité** – rechercher les situations stables, les maximums locaux
- le **principe de confiance** – reporter une ascension en acceptant provisoirement une descente.

Enfin, l'individu peut connaître une chute prolongée de sa qualité de vie – cf. graphique n°23, trajectoire 3 –, le principe de l'alpiniste n'est plus vérifié et l'on tombe dans une situation que l'on peut qualifier de pathologique.



Graphique n°23 – Trajectoires de qualité de vie

**Trajectoire 1** : augmentation progressive de la qualité de vie jusqu'à un maximum local.

**Trajectoire 2** : augmentation de la qualité de vie suivie d'un « accident » – volontaire ou involontaire lié à l'environnement – puis d'une nouvelle augmentation progressive de la qualité de vie jusqu'à un maximum local.

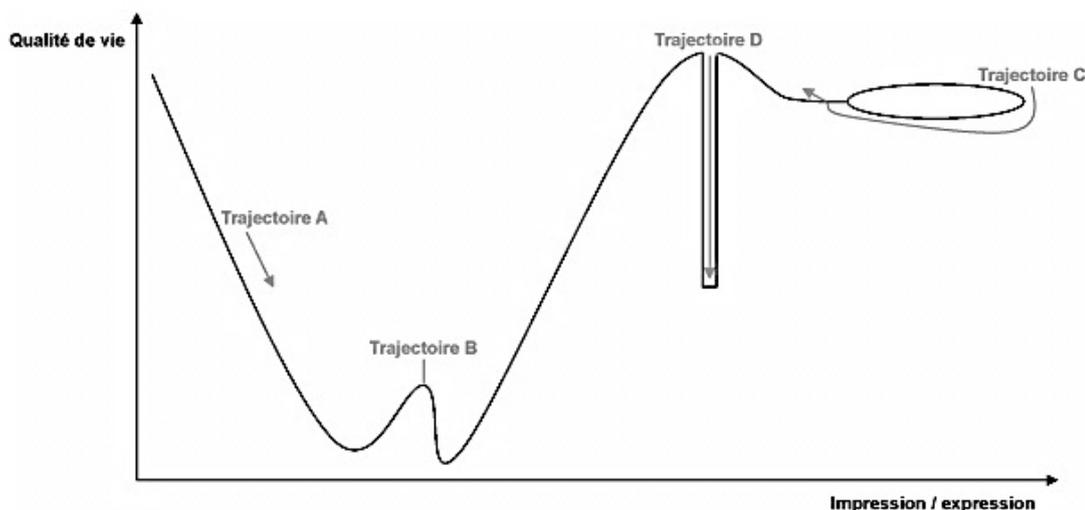
**Trajectoire 3** : chute continue de la qualité de vie – entraînant une dynamique pathologique –.

### 1.2 *La pathologie ou l'état pathologique se caractérise par une incapacité ou une difficulté à se déplacer de façon autonome dans ce paysage*

L'altération d'un des 3 principes précédemment cités – principe de l'alpiniste, principe de stabilité et principe de confiance – peut conduire, si la situation est durable, à un état pathologique qui peut nécessiter une prise en charge thérapeutique.

Il existe 4 grands types de situations potentiellement pathologiques qui peuvent se combiner entre elles :

- la première est une atteinte du principe de l'alpiniste et du principe de sécurité qui cause une chute continue de la qualité de vie – cf. graphique n°24, trajectoire A
- la seconde est une atteinte du principe de confiance dans une situation de qualité de vie très faible – cf. graphique n°24, trajectoire B
- la troisième est la situation de handicap qui se caractérise par un trou dans le paysage, certains rapport impression / expression n'existent plus, ce qui oblige à contourner la zone – cf. graphique n°24, trajectoire C
- Et enfin, la quatrième situation qui est celle de l'accident, qui entraîne une chute brutale et imprévisible de la qualité de vie – cf. graphique n°24, trajectoire D.



**Graphique n°24 – Trajectoires de qualité de vie en situation potentiellement pathologiques**

- Trajectoire A** : chute continue de la qualité de vie – situation pathologique qui s’installe.  
**Trajectoire B** : stagnation sur un maximum local très faible – situation pathologique installée.  
**Trajectoire C** : contournement d’un trou – situation de handicap.  
**Trajectoire D** : chute brutale – situation accidentelle.

### *1.2.1 La trajectoire thérapeutique doit permettre l'autonomie et l'augmentation de la qualité de vie du patient*

Face à un patient qui souffre de sa situation dans le paysage des qualités de vie, l'objectif principal poursuivi par le thérapeute devra être le retour de l'autonomie – les 3 principes de déplacements dans le paysage – et d'une qualité de vie suffisante.

Pour y parvenir le thérapeute doit considérer 3 éléments pour envisager la trajectoire thérapeutique :

- Connaître le lieu de départ, c'est l'état de base du patient ;
- Envisager le lieu d'arrivée, c'est l'objectif thérapeutique général ;
- Savoir quel chemin emprunter, c'est la stratégie thérapeutique qui inclut l'évaluation permanente de la position pour ne pas se perdre – ne pas perdre de vue l'objectif thérapeutique.

Seulement, un paysage n'est jamais qu'une perception, par définition subjective. Le patient et le thérapeute peuvent donc diverger sur l'appréciation du paysage, et ne pas percevoir le même relief. Dans ces conditions il est difficile de s'accorder sur la trajectoire. Aussi, pour favoriser l'adhésion du patient au chemin qu'il s'apprête à parcourir, il est important que les deux perceptions s'accordent – que l'alliance thérapeutique s'installe.

### *1.2.2 La précarité et l'exclusion au regard du modèle révèlent les difficultés de prise en charge*

Nous l'avons vu, le soin apporté à une personne en syndrome d'auto-exclusion peut avoir des conséquences paradoxales sur son état de santé. En effet, la levée brutale de l'anesthésie, de l'émoussement affectif et de l'inhibition cognitive, lorsque par exemple une confiance en autrui dont il n'a pas l'habitude s'instaure, peut entraîner le retour d'une souffrance intolérable. Le modèle permet de visualiser de façon très synthétique ce qui se passe. L'individu en situation d'auto-exclusion peut se trouver dans une position d'équilibre très précaire sur un maximum local ou la qualité de vie est très faible ce qui affecte son principe de confiance – cf. graphique n°24, trajectoire B, p. 69. Il est paradoxalement prisonnier de cette situation, car s'il cherche à se déplacer dans son paysage de qualité de vie, celle-ci déjà très faible va chuter. Alors que la personne résiste aux changements, le but du thérapeute sera justement de l'amener à se déplacer.

Dans cette situation, une prise en charge art-thérapeutique peut agir sur la réactivation du principe de plaisir au travers de l'expérience des plaisirs sensoriels et esthétiques. Elle est également sollicitée pour sa capacité à agir sur l'estime de soi et donc sur la confiance en soi de la personne, comme nous avons pu le montrer au travers de notre étude pratique.

## *2 Si notre conduite clinique en Art-thérapie suit des fondements scientifiques, ceux-ci sont inévitablement affaiblis par les notions de reproductibilité et la subjectivité des mesures*

Sans rentrer dans des discussions épistémologiques interminables, nous considérerons que la démarche scientifique s'appuie sur une méthode hypothético-déductive dont, d'après Karl Popper, les hypothèses de travail sont falsifiables ou réfutables. 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 reproductibles<sup>120</sup> ». Sous ces conditions, dans quelle mesure l'Art-thérapie peut prétendre à l'exigence et à la rigueur de la démarche scientifique ?

### *2.1 Des études scientifiques publiées dans des revues internationales portant spécifiquement sur l'Art-thérapie existent même si elles sont encore peu nombreuses*

Dans une réponse publiée au journal officiel en 2011, à la question d'un député à propos de la reconnaissance de l'Art-thérapie, la Ministre de la santé opposait le fait que « cette technique – l'Art-thérapie – constitue un outil dont le caractère scientifique n'est pas avéré<sup>121</sup> ». Le caractère scientifique de l'Art-thérapie est-il réellement non avéré ? Avant d'aborder quelques éléments de la démarche scientifique dans le détail, la première tentative de réponse nous conduit naturellement vers la revue de la littérature. En effet, la publication dans des revues scientifiques internationales à comité de lecture est, 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. Or, il apparaît effectivement qu'un certain nombre d'études portant sur l'Art-thérapie ont été publiées. La requête « art therapy » dans le titre de la communication renvoie sur Pubmed<sup>122</sup> à 255 articles scientifiques. Pour donner une échelle d'appréciation, la même requête effectuée avec le mot « psychotherapy » renvoie environ à 53 fois plus d'articles.

Si les publications scientifiques au sujet de l'Art-thérapie ne sont pas encore très abondantes, probablement en partie en raison de la jeunesse de la discipline, elles affaiblissent néanmoins les propos du politique. Cependant, l'absence de revue scientifique en France et à l'internationale spécifiquement dédiée à l'Art-thérapie accrédite l'idée que la discipline ne met pas toute en

<sup>120</sup> INSERM, *Psychothérapie. Trois approches évaluées. Expertise collective*. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2004, p. 3.

<sup>121</sup> Document en annexe I.

<sup>122</sup> 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>

œuvre pour sa valorisation propre. Cela donne en partie raison à la conclusion de la ministre de la Santé « cette approche spécifique (...) ne fait pas l'objet actuellement d'une valorisation spécifique ». Il semble donc important qu'à l'avenir, pour des raisons scientifiques mais également en vue d'améliorer la reconnaissance de la discipline, l'Art-thérapie se dote d'outils de communication scientifiques d'envergure internationale, ou à défaut nationale.

## *2.2 La prise en charge art-thérapeutique s'appuie sur un traitement spécifique fondé sur la singularité du patient, la reproductibilité totale est donc impossible*

L'une des spécificités de l'Art-thérapie est de prendre en compte la personne dans sa globalité et dans sa singularité. Cela signifie qu'à chaque moment de la prise en charge, l'art-thérapeute va s'appuyer spécifiquement sur des particularités du patient, sur ses goûts, ses envies, ses attentes. Cette reconnaissance individuelle du patient par le thérapeute est un des fondements thérapeutiques en Art-thérapie qui va en partie conditionner l'engagement de la personne dans le processus artistique. Cela va même jusqu'au choix des outils thérapeutiques qui vont être spécialement adaptés, qu'il s'agisse des outils d'évaluation, de la technique artistique ou des matériaux et médiums employés. On voit bien qu'envisager la reproductibilité totale d'un protocole art-thérapeutique est tout simplement illusoire, et qui plus est contre-thérapeutique.

Cependant comme le fait remarquer le rapport de l'INSERM, cela n'est pas un frein à une démarche scientifique reconnue puisque la reproductibilité est affaiblie dans toutes les recherches cliniques. Ainsi, « les résultats des thérapeutiques n'étant que rarement superposables d'un patient à l'autre, la reproductibilité des études cliniques ne peut être que statistique<sup>123</sup> ». Nous verrons au paragraphe 3 comment la reproductibilité statistique est envisagée pour tester l'efficacité thérapeutique, et quelles en sont les nombreuses difficultés méthodologiques et éthiques.

Faire l'essai de la thérapie en vue de tester l'hypothèse que la prise en charge est bénéfique au patient, peut constituer pour l'Art-thérapie une forme d'« expérience ». La réfutabilité de l'hypothèse est en partie sous la dépendance de la qualité de l'évaluation.

## *2.3 La validité de l'évaluation repose en partie sur le choix d'items objectifs et d'un système de mesure constant et sensible, ce qui est particulièrement délicat en Art-thérapie*

L'hypothèse testée – par exemple l'Art-thérapie peut contribuer à l'amélioration de l'estime de soi – induit le choix d'un certain nombre d'items susceptibles de rendre compte d'une évolution et à même de valider ou d'invalider l'hypothèse. 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. Le conseil supérieur d'hygiène belge note bien cette difficulté à propos des psychothérapies « ce type d'évaluation ne permet pas de rendre compte des effets d'une pratique centrée sur les difficultés liées au « métier de vivre », c'est-à-dire sur les questions relatives à l'amour, à la sexualité et plus généralement au sens de la vie, que rencontre inmanquablement tout sujet au cours de son existence.<sup>124</sup> »

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 – exemple tableau n°9, n°10 et n°11, p. 40-42. 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

<sup>123</sup> INSERM, *Psychothérapie. Trois approches évaluées*, Op. cit. p. 7.

<sup>124</sup> Avis du conseil supérieur d'hygiène, *Psychothérapies : définitions, pratiques, conditions d'agrément*, 2005, p. 46.

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.

Dans l'expérience rapportée, au cours d'une séance d'Art-thérapie, l'expression du plaisir esthétique cotée à 3 – peu de plaisir – par un art-thérapeute pourrait être cotée à 4 – plaisir – par un autre art-thérapeute. On comprend alors que ce n'est pas tant la valeur dans cette situation qui est importante, 3 ou 4, mais bien l'évolution de cette valeur au cours des séances et donc la constance dans l'évaluation. Ainsi, ce qui est important pour la recherche, c'est que différents cliniciens aient la même aptitude à révéler l'évolution du patient, même si le niveau de leur cotation, pour des items subjectifs, n'est pas identique – dans la mesure ou l'évaluation de toute la prise en charge est réalisée par la même personne.

Si l'hypothèse testée initialement est réfutable – l'Art-thérapie peut contribuer à l'amélioration de l'estime de soi / dégradation dans l'hypothèse alternative – 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. Le critère de réfutabilité a donc des répercussions dans l'élaboration de l'échelle des cotations. 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.

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.

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

Un biais est un facteur, une méthodologie, une réalisation qui va conduire à un résultat non conforme à la réalité, c'est-à-dire à un résultat biaisé. 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.

Or il se trouve qu'une prise en charge art-thérapeutique est très complexe. Elle fait intervenir un grand nombre de facteurs, qui sont autant de biais de confusion potentiels. Le facteur déterminant dans la complexité, comme en psychothérapie, est le facteur humain et donc par conséquence le facteur relationnel. Essayons de passer en revue les principaux facteurs clés d'une 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. Avec des personnes en situation de grande précarité et d'exclusion, nous avons vu que ce contexte est généralement très défavorable, et peut avoir une influence non négligeable sur l'efficacité thérapeutique.
- 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 patient<sup>125</sup>.
- 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 thérapeutique. Sur la base d'un grand nombre de recherches, certains estiment qu'en psychothérapie, « le

---

<sup>125</sup> 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.

thérapeute contribue jusqu'à huit fois plus à l'obtention de résultats positifs que l'utilisation de techniques spécifiques<sup>126</sup>».

- 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 thérapeutique<sup>127</sup>. Elle est un des éléments les plus important dans la réussite thérapeutique, du moins en ce qui concerne les psychothérapies<sup>128</sup>.
- La problématique ou la pathologie du patient : elle génère des souffrances chez la personne, que l'Art-thérapie visent à diminuer. La chronicité ou non de la pathologie ou de la problématique vont probablement influencer sur l'efficacité art-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.
- Les autres prises en charge thérapeutiques : la ou les autres prises en charges thérapeutiques dont bénéficient le patient peuvent être la cause première de l'efficacité thérapeutique apparente observée en Art-thérapie. Ainsi, il est important de connaître avec le plus de précision possible l'environnement thérapeutique du patient, lorsque cela est possible – notons que dans notre expérience, cela n'a pas été possible.
- 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. S'il s'agit donc bien d'éléments actifs dans la thérapie, ceux-ci peuvent poser des problèmes méthodologiques et conduire à des biais. 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. Afin de limiter ces biais d'évaluations, il serait judicieux que les art-thérapeutes puissent disposer, conjointement à leur propre évaluation de travail, d'une grille d'évaluation standardisée qui permettrait en outre des comparaisons aisées entre les différentes études. L'évaluation est bien la composante centrale de l'efficacité thérapeutique, il est donc fondamental d'avoir sur elle un contrôle rigoureux, scientifique et objectif.

Non seulement, comme nous venons de le voir, les facteurs susceptibles d'expliquer l'efficacité art-thérapeutique sont nombreux, mais ils sont potentiellement liés les uns aux autres.

Après cette revue rapide des facteurs susceptibles d'expliquer l'efficacité thérapeutique de l'Art-thérapie dans son ensemble, il est tentant de penser que s'il y a efficacité, elle est probablement la résultante de l'efficacité cumulée des différents facteurs. – cf. schéma n°9, p.74.

---

<sup>126</sup> LECOMTE C., & LECOMPE T., Op. cit

<sup>127</sup> *ibid.*

<sup>128</sup> DESPLAND J.N., ZIMMERMANN G., & DE ROTEN Y., *L'évaluation empirique des psychothérapies*, Psychothérapies, vol. 26, 2006, p. 91-95.



- (3) la technique art-thérapeutique est la cause indirecte de l'amélioration de l'état de base. Le patient et sa problématique déterminent l'utilisation d'une technique qui est alors la cause indirecte du changement.
- (4) la technique art-thérapeutique est une cause conditionnelle – c'est-à-dire conditionnée à l'existence du facteur art-thérapeute et patient – directe avec un effet synergique de la relation thérapeutique.
- (5) la technique art-thérapeutique est une cause conditionnelle – c'est-à-dire conditionnée à l'existence de la relation thérapeutique – indirecte de l'amélioration de l'état de base. L'art-thérapeute et le patient sont à l'origine de la relation thérapeutique et de la technique, qui sont alors causes conditionnelles et indirectes de l'amélioration de l'état de base du patient.
- (6) la technique art-thérapeutique n'est plus une cause de l'amélioration de l'état de base du patient mais un facteur synergique de la relation thérapeutique qui est alors la cause indirecte de l'efficacité.
- (7) la technique art-thérapeutique est une des causes indépendantes des autres responsables de l'amélioration de l'état de base. L'existence même de la technique art-thérapeutique n'est pas nécessaire à l'amélioration de l'état de base du patient.

Même si ces modèles sont assez simplistes et théoriques, la discipline Art-thérapie répond-elle plutôt à un seul d'entre eux ? Est-il possible que plusieurs modèles soient équi-vraisemblables ? Ou bien encore, que différents modèles se succèdent au cours d'une prise en charge ? Pour notre part, même si aucune donnée issue de notre expérience ne nous permette de l'affirmer, les modèles 5 et 6 nous semblent assez pertinents, mettant en avant l'importance de la technique comme de la relation thérapeutique.

Le clinicien qui légitimement s'interroge sur la pertinence de sa pratique et la façon de la rendre plus efficiente va inévitablement générer des questions théoriques. La recherche va s'emparer de ces questionnements théoriques pour tenter d'apporter des nouvelles connaissances au moyen d'études cliniques qui pourront bénéficier à la pratique du clinicien et à la reconnaissance scientifique de la discipline. La pratique nourrit la recherche, qui en retour nourrit la pratique. Ce cycle est bien celui d'une science expérimentale appliquée.

### *3 L'évolution positive du patient ne préjuge pas de l'efficacité objective de la prise en charge art-thérapeutique ni de sa généralisation*

Même si les notions de reproductibilité et de mesure objective peuvent être sensiblement affaiblies par rapport aux sciences expérimentales classiques, elles ne remettent pas fondamentalement en cause le caractère scientifique de la démarche, contrairement aux propos tenus par la Ministre de la santé<sup>130</sup>.

L'Art-thérapie est-elle pour autant reconnue comme une science par la communauté ? En d'autres termes, en tant que discipline clinique, l'Art-thérapie a-t-elle fait la preuve de son efficacité à traiter les souffrances dont elle s'occupe ? Cela nous amène aux deux dernières questions :

- dans quelle mesure le traitement art-thérapeutique est responsable de l'évolution positive du patient ?
- et ce résultat est-il généralisable à la pratique clinique auprès d'autres patients ?

Comme nous venons de le voir, la prise en charge art-thérapeutique est complexe car elle est multifactorielle. Dans ce contexte, apporter les preuves les plus fiables, consiste à réduire au maximum les sources de biais. Cela est rendu possible par une méthodologie spécifique destinée à prévenir les biais, en s'appuyant sur des tests statistiques afin d'éliminer l'effet du hasard dans les résultats.

---

<sup>130</sup> Cf. annexe I p. 85.

### *3.1 Le protocole contrôlé et randomisé en Art-thérapie censé donner la preuve scientifique de l'efficacité pose des problèmes méthodologiques, éthiques et clinique*

Mesurer scientifiquement l'efficacité d'un médicament ou d'une prise en charge complexe comme l'Art-thérapie n'est pas tout à fait la même chose, quand bien même les raisons qui motivent l'évaluation sont partagées et revendiquées. Le médicament doit essentiellement favoriser l'amélioration symptomatique, quant à l'Art-thérapie, si l'amélioration des symptômes peut être recherchée, elle est particulièrement orientée vers le mieux être et la qualité de vie. Pour autant, les exigences scientifiques et celles des autorités de santé nous conduisent, non sans problème, à utiliser la même méthodologie de recherche clinique.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'un des biais qui menace l'évaluation de l'Art-thérapie est le biais de confusion. Pour s'en prémunir, il faut s'astreindre à utiliser au cours de l'étude un groupe témoin dit de contrôle qui ne recevra pas le traitement art-thérapeutique mais en théorie quelque chose qui en a tout les aspects et la vraisemblance, un placebo – afin de mesurer l'effet non spécifique de l'Art-thérapie. On voit toute de suite la difficulté à laquelle on se retrouve confronté : qu'est ce qu'un placebo de l'Art-thérapie ? Une animation artistique, une simple activité de divertissement ?

Afin que le groupe contrôle et le groupe qui reçoit effectivement le traitement soient comparables d'un point de vue statistique, l'assignation dans un groupe ou l'autre est déterminée de façon aléatoire. On parle alors de protocole randomisé. Cela n'est bien sûr pas sans soulever des problèmes éthiques pour les personnes en souffrance qui sont incluses dans le groupe non traité.

Enfin, pour se prémunir des biais d'évaluation qui pourrait 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. Ici encore, cette méthodologie est tout à fait inadaptée, inapplicable et anti-éthique. Pour pallier aux biais d'évaluation il est néanmoins possible de recourir à une évaluation indépendante en dehors des séances par un médecin par exemple. Cependant, cela ne change rien à la problématique du placebo et au fait que l'Art-thérapeute est obligé délibérément de mentir à son patient sur ce qu'il reçoit.

Sur ces points de difficultés ou d'impossibilité méthodologiques, 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 pharmacologiques<sup>131</sup> ». 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<sup>132</sup> 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 255 à 13 articles pour ceux qui se rapportent à l'Art-thérapie, soit près de 44 fois moins que pour les psychothérapies.

Il se trouve que « l'étalon or » repose aujourd'hui sur la pratique d'essais contrôlés randomisés – ou **ECR\*** – sur laquelle repose l'appréciation de « preuve scientifique établie » selon la haute autorité de santé<sup>133</sup> (HAS). Si l'on souhaite se soumettre à cette référence actuelle, il est impératif de développer des protocoles d'études qui soient réellement compatibles avec la spécificité de la clinique art-thérapeutique.

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

---

<sup>131</sup> INSERM, Op. cit. p. 17.

<sup>132</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<sup>133</sup> ANAES, Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, 2000, p. 48-50.

homogènes, c'est-à-dire le plus souvent mono-symptomatiques. Or, la pratique clinique quotidienne n'est que rarement confrontée à ces situations « simplifiées »<sup>134</sup>.

### 3.2 Des études de cas soigneusement menées avec des évaluations pendant et entre les séances peuvent comme en psychothérapies initier des recherches cliniques

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° 14.

| Type de protocoles                                       | Principes et mise en œuvre   | Intérêts et limites   |
|--|--|---|
| <b>Protocoles de cas individuels</b>                     | <b>Plus qu'une simple étude de cas, le protocole vise à établir une corrélation entre la thérapie et le changement.</b>  | <b>Simple à mettre en œuvre en clinique quotidienne. La validité externe, la possibilité de généraliser les résultats, est très limitée.</b>  |
| Protocole AB   | Très proche de ce qui est classiquement pratiqué en Art-thérapie. <b>A</b> , correspond à l'évaluation de l'état de base et <b>B</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, <b>A</b> , une phase d'intervention, <b>B</b> , suivi d'un retrait de l'intervention, <b>A</b> , puis d'une nouvelle intervention, <b>B</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>B</b> , puis l'on stoppe l'intervention, <b>A</b> . Si le problème persiste ou réapparaît on réintroduit une intervention, <b>B</b> .                                    | Ne nécessite pas d'évaluation rigoureuse avant l'intervention, ce qui est souvent fidèle à la pratique clinique quotidienne en Art-thérapie.  |
| <b>Protocoles de groupes à partir de cas individuels</b> | <b>Il s'agit de réaliser des études de cas individuels sur un groupe afin d'additionner les résultats.</b>   | <b>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.</b> |
| Protocole à lignes de base multiples                     | Phase de non intervention, <b>A</b> , puis introduction à des temps différents de l'intervention art-thérapeutique chez les différents patients, <b>B</b> .  | Protocole souvent utilisé pour tester de nouvelles techniques thérapeutiques.   |
| Protocole AB sur un groupe                               | Phase de non intervention, <b>A</b> , puis interventions identiques chez tous les patients, <b>B</b> .   | Nécessite une certaine standardisation de l'intervention. Nécessite la maîtrise de l'outil statistique – analyse de variance sur mesures répétées.  |

**Tableau n°14** – Protocoles de cas individuels issus des psychothérapies applicables en Art-thérapie<sup>135</sup>

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

<sup>134</sup> DESPLAND J.N., ZIMMERMANN G., & DE ROTEN Y., Op. cit. p.93.

<sup>135</sup> 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<sup>ème</sup> édition, 2010, p. 17-23.

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 traitement<sup>136</sup>». 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, la thymie en est un bon exemple. Ainsi, comme nous avons pu le constater, l'évolution de la thymie peut revenir à chaque séance à son état initial. Le protocole d'évaluation de la thymie, avant, pendant et après la séance, mis en place dans notre étude est proche d'un protocole de cas individuel avec mesures répétées. Dans cette situation, la phase A de non intervention est évaluée par la thymie avant la séance et la phase d'intervention par la thymie pendant et juste après la séance.

Si la thymie est un bon exemple de variable réversible, l'estime de soi est au contraire une variable irréversible, au moins dans nos 2 cas exposés, avec un temps court entre les interventions. 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.

### *3.3 La recherche en Art-thérapie, qu'il s'agisse d'études contrôlées et randomisées ou de protocoles de cas individuels, doit nécessairement conduire à des changements importants dans la pratique clinique de l'évaluation*

En Art-thérapie, comme dans toutes disciplines de sciences humaines et médicales, il n'existe pas d'étude idéale qui permette d'apporter la preuve scientifique de son efficacité. Quel que soit le protocole de l'étude retenu ou rendu possible par les circonstances de la clinique art-thérapeutique, plusieurs conséquences pratiques de leurs utilisations semblent s'imposer à l'évaluation :

- Tout d'abord pour des raisons méthodologiques, en particulier dans les protocoles de cas individuels, l'évaluation des variables mesurées ou items doit être répétée un grand nombre de fois au cours de l'étude. L'outil d'évaluation doit donc être adapté à une utilisation fréquente. C'est-à-dire 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.
- Il est nécessaire de disposer d'évaluation en dehors même de l'intervention art-thérapeutique, avant l'accompagnement ou entre les séances. Cela doit contribuer à renforcer le travail avec l'équipe pluridisciplinaire qui pourrait être amenée à réaliser ces évaluations. Il faut donc disposer d'une évaluation qui soit en partie déconnectée de tout rapport à l'opération artistique pour être efficace en dehors des séances et potentiellement par d'autres professionnels. L'auto-évaluation est ici également tout à fait pertinente.
- De plus, la standardisation de l'évaluation – celle déconnectée de l'opération artistique envisagée au point précédent – pourrait permettre de faciliter les comparaisons entre études, voir même la réalisation de méta-analyses. 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.

---

<sup>136</sup> INSERM, Op. cit. p. 15-16.

- Enfin, pour que des comparaisons entre études ou que des méta-analyses se réalisent, il est nécessaire de connaître ces études. Comme nous l'avons déjà suggéré, cela souligne la nécessité de l'accessibilité de ces études dans une revue spécialisée et la volonté des art-thérapeutes d'y publier leurs résultats. L'accessibilité du savoir est en outre un fabuleux moteur indispensable au développement d'une discipline.

Même si elle n'est pas suffisante, la qualité de l'évaluation en Art-thérapie est bien au cœur de sa démarche scientifique en construction.

### 3.4 Réduire l'intérêt et la reconnaissance d'une discipline à sa seule efficacité est problématique

D'après le dictionnaire Le Robert l'efficacité signifie « capacité de produire le maximum de résultats avec le minimum d'effort, de dépense. Efficience, productivité, rendement ». 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 sûr 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*<sup>137</sup> ». Or, qui aujourd'hui oserait affirmer que la médecine est inefficace ?

<sup>137</sup> 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.

## CONCLUSION

---

Au cours de ce travail nous nous sommes intéressés à ce que la poésie de Sampiéro<sup>138</sup> nomme les rebutants, ceux qui repoussent. Dans notre société, centrée sur le profit et la rentabilité maximum, les précarités, financières, de logement ou relationnelles, s'accroissent et affectent de plus en plus de personnes. Face à ces nombreuses insécurités, l'individu fragilisé peut rentrer dans un processus d'exclusion qui va générer d'importantes souffrances psychiques et douleurs sociales. Pour ne plus les ressentir, l'individu peut aller jusqu'à s'auto-anesthésier, c'est-à-dire provoquer une inhibition touchant à la fois le corps, les affects et la pensée – syndrome d'auto-exclusion. Ces inhibitions conduisent naturellement vers la perte du goût de vivre. Incapable de l'éprouver, de la choisir ou de la diriger, la vie n'a plus qu'un sens unique et tragique.

D'une certaine façon, la clinique de la précarité amène progressivement la personne vers l'évanouissement des sens, de tout les sens pour reprendre la polysémie du mot : **sensation**, **signification** et **direction**. Or il nous semble que l'Art-thérapie est essentiellement et pleinement une affaire de sens :

- L'Art-thérapie est une affaire de sens ou **sensations**. L'art-thérapeute va précisément travailler sur la sensibilité et les émotions, sur l'esthésie qui composent précisément les mécanismes physiologiques sur lesquelles reposent l'activité artistique. Le champ privilégié de l'Art est le ressenti, l'éprouvé, à même de stimuler la saveur existentielle.
- L'Art-thérapie est une affaire de sens ou **signification**. Pour le patient, le sens apporté à la prise en charge est éminemment personnel. Il est nécessaire, car il va en partie conditionner l'engagement dans le projet artistique et donc dans le soin. Du sens émerge de l'accord intime qui s'établit entre l'activité artistique proposée et la personne dans toute sa complexité. C'est in fine pour la personne se sentir en résonance avec le monde qui l'entoure, c'est se sentir exister.
- L'Art-thérapie est une affaire de sens ou de **direction**. C'est ce qui constitue la dimension thérapeutique de l'accompagnement. La direction est donnée par l'objectif thérapeutique à atteindre, compte tenu de l'état de base du patient. Ce sens se manifeste donc par une trajectoire thérapeutique singulière que l'art-thérapeute tente d'orienter vers une qualité de vie meilleure.

De cette façon, et comme nos résultats le suggèrent, l'Art-thérapie peut sensiblement améliorer la qualité existentielle des personnes en situation de précarité et d'exclusion en agissant favorablement sur l'estime de soi – confiance en soi, affirmation de soi et amour de soi. Pour reprendre les termes d'Angèle, « le travail manuel – en parlant de l'Art-thérapie – c'est la meilleure thérapie, ça donne envie de se couper les cheveux, de prendre une douche, d'avoir un appartement, ça donne envie de faire des choses... ». Cependant comme elle l'ajoutait très justement « on ne peut pas être heureux à la rue ». Cela doit donc impérativement motiver un travail thérapeutique en étroite collaboration avec une équipe pluridisciplinaire.

Si nous sommes intimement convaincus, soutenus par l'évaluation mise en place, que l'accompagnement art-thérapeutique a eu un impact bénéfique sur les personnes, aucune preuve scientifique ne permet d'affirmer pour autant l'efficacité de l'Art-thérapie. Au delà de l'évaluation qui peut être sujette à caution, bien d'autres éléments peuvent être la cause des changements observés. Il est donc important d'envisager des recherches expérimentales s'appuyant sur des protocoles de groupes de cas individuels dans un premier temps, et si les conditions méthodologiques et matérielles le permettent, sur des études contrôlées et randomisées. La clinique et la recherche sont complémentaires et indispensables à la progression des connaissances et à la reconnaissance scientifique de la discipline Art-thérapie. Mais cela ne doit avoir d'autre but que d'apporter en fin de compte une meilleure prise en charge du patient, de l'humain.

---

<sup>138</sup> SAMPIERO D., Op. cit..

## LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET SCHEMAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Schéma n°1</b> – schéma sociologique de CASTEL révélant les trajets possibles .....   | 16 |
| <b>Schéma n°2</b> – schéma sociologique revisité en terme de processus psychique.....  | 16 |
| <b>Tableau n°1</b> – Le syndrome d’Auto-exclusion d’après FURTOS.....  | 18 |
| <b>Tableau n°2</b> – Evénements de vie marquants chez les personnes SDF d’Ile de France.....   | 18 |
| <b>Tableau n°3</b> – L’estime de soi et ses composantes adaptées de ANDRE et LELORD .....  | 20 |
| <b>Schéma n°3</b> – Dynamique de l’estime de soi.....  | 20 |
| <b>Tableau n°4</b> – Conséquences de la précarité exacerbée sur l’estime de soi.....   | 22 |
| <b>Schéma n°3</b> – La pyramide des besoins de MASLOW en situation de précarité et d’exclusion sociale .....   | 23 |
| <b>Tableau n°5</b> – Qualité de vie et santé chez les personnes SDF par rapport à la population générale.....  | 24 |
| <b>Schéma n°4</b> – Les processus d’échanges à la base de la vie.....  | 25 |
| <b>Schéma n°5</b> – L’opération artistique, les mécanismes humains impliqués dans l’activité artistique.....   | 30 |
| <b>Tableau n°6</b> – Le protocole art-thérapeutique .....  | 31 |
| <b>Tableau n°7</b> – L’auto-évaluation par le cube harmonique implique directement l’estime de soi.....  | 32 |
| <b>Tableau n°8</b> – Synthèse de 5 mémoires d’Art-thérapie traitant de la précarité et de l’exclusion sociale .....  | 33 |
| <b>Schéma n°6</b> – Précarité et exclusion au regard de l’opération artistique.....  | 34 |
| <b>Tableau n°9</b> – Faisceaux d’items permettant d’évaluer l’expression de la confiance en soi .....  | 40 |
| <b>Tableau n°10</b> – Faisceaux d’items permettant d’évaluer l’expression de l’affirmation de soi .....  | 41 |
| <b>Tableau n°11</b> – Faisceaux d’items permettant d’évaluer l’expression de l’amour de soi.....   | 42 |
| <b>Schéma n°7</b> – Objectifs thérapeutiques d’Angèle .....  | 44 |
| <b>Graphique n°1</b> – Corrélations entre les 3 domaines de l’estime de soi après 10 séances pour Angèle.....  | 46 |
| <b>Graphique n°2</b> – Evolution des 3 composantes de l’estime de soi pendant l’accompagnement d’Angèle .....  | 48 |
| <b>Graphique n°3</b> – Evolution de l’estime de soi pendant l’accompagnement d’Angèle .....  | 48 |
| <b>Graphique n°4</b> – Evolution de la dispersion des évaluations au cours d’une séance pour les 30 faisceaux d’items et items relatifs à l’estime de soi d’Angèle ..... | 49 |
| <b>Graphique n°5</b> – Evolution de l’auto-évaluation au cours des séances d’Angèle .....  | 49 |
| <b>Graphique n°6</b> – Evolution de la différence entre l’auto-évaluation et l’évaluation d’Angèle .....   | 50 |
| <b>Tableau n°12</b> – Bilan de l’accompagnement art-thérapeutique d’Angèle.....  | 51 |
| <b>Graphique n°7</b> – Epanouissement de l’estime de soi d’Angèle.....   | 51 |
| <b>Schéma n°9</b> – Objectifs thérapeutiques de Maria .....  | 52 |
| <b>Graphique n°8</b> – Corrélations entre les 3 domaines de l’estime de soi après 10 séances pour Maria.....   | 55 |
| <b>Graphique n°9</b> – Evolution des 3 composantes de l’estime de soi pendant l’accompagnement de Maria.....   | 56 |
| <b>Graphique n°10</b> – Evolution de l’estime de soi pendant l’accompagnement de Maria.....  | 57 |
| <b>Graphique n°11</b> – Evolution de la dispersion des évaluations au cours d’une séance pour les 30 faisceaux d’items et items relatifs à l’estime de soi de Maria..... | 57 |
| <b>Graphique n°12</b> – Evolution de l’auto-évaluation au cours des séances de Maria .....   | 58 |
| <b>Graphique n°13</b> – Evolution de la différence entre l’auto-évaluation et l’évaluation de Maria.....   | 58 |
| <b>Tableau n°13</b> – Bilan de l’accompagnement art-thérapeutique de Maria.....  | 59 |
| <b>Graphique n°14</b> – Epanouissement de l’estime de soi de Maria .....   | 59 |
| <b>Graphique n°15</b> – Epanouissement de l’estime de soi de Christophe .....  | 60 |
| <b>Graphique n°16</b> – Evolution de la thymie au cours des séances d’Art-thérapie chez Angèle.....  | 61 |
| <b>Graphique n°17</b> – Evolution de la thymie au cours des séances d’Art-thérapie chez Maria.....   | 62 |
| <b>Graphique n°18</b> – Paysage des potentiels de qualité de vie en fonction de l’impression et de l’expression.....   | 65 |
| <b>Graphique n°19</b> – Variation de la qualité de vie en fonction de l’équilibre général entre l’impression et l’expression .....                                       | 66 |
| <b>Graphique n°20</b> – Modèle des potentiels de qualité de vie en 3 dimensions.....   | 66 |
| <b>Graphique n°21</b> – Modèle des potentiels de qualité de vie en 3 dimensions intégrant la complexité.....   | 67 |
| <b>Graphique n°22</b> – Paysage de qualité de vie révélant des maximums et des minimums locaux.....  | 67 |
| <b>Graphique n°23</b> – Trajectoires de qualité de vie.....  | 68 |
| <b>Graphique n°24</b> – Trajectoires de qualité de vie en situation potentiellement pathologiques.....   | 69 |
| <b>Schéma n°9</b> – Contributions à l’efficacité art-thérapeutique .....   | 74 |
| <b>Schéma n°10</b> – Contributions de la technique art-thérapeutique à l’efficacité thérapeutique globale .....  | 74 |
| <b>Tableau n°14</b> – Protocoles de cas individuels issus des psychothérapies applicables en Art-thérapie.....   | 77 |

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- AFRATAPEM, Art-thérapie exercée avec toute forme d'art, Repère métier, AFRATAPEM, Ecole d'Art-thérapie de Tours, 2011.
- ANAES, *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*, 2000.
- ANDONIAN C., *Une expérience en art-thérapie auprès de personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Tours, 2006.
- ANDRE A., *Une expérience d'art-thérapie à dominante art-plastique auprès de personnes en situation de précarité*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Tours, 2009.
- ANDRE C., & LELORD F., *L'estime de soi*, Odile Jacob, Paris 2002.
- ARENDT H., *Les origines du totalitarisme : le système totalitaire*, Seuil, Paris, 1972.
- ARVEILER P., *Questions de place ou Art-thérapie auprès de personnes SDF*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Tours, 1992.
- BANDURA A., *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck, Paris, 2003.
- BELZUNG C., *Biologie des émotions*, De Boeck, Bruxelles, 2007.
- BERNHARD H., MILLOT C., *L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi* In : *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Direction scientifique FORESTIER R., Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007.
- BERTHOZ A., & JORLAND G., *L'empathie*, Odile Jacob, Paris, 2004.
- BERTHOZ A., *La manipulation mentale des points de vue, un des fondements de la tolérance*, Les conférences du Collège de France [En ligne], La pluralité interprétative, Pluralité et tolérance : le changement de point de vue, mis en ligne le 24 juin 2010. URL : <http://conferences-cdf.revues.org/228>
- BIOY A., & MAQUET A., *Se former à la relation d'aide, concepts, méthodes, applications*, Dunod, Paris, 2003.
- BOMER, A., & LETESSIER-DEBRUNE C., *La culture comme élément déclencheur d'une prise en charge en Art-thérapie* In : *Profession art-thérapeute*, Direction scientifique FORESTIER R., Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2010.
- BOUVARD M. & COTTRAUX J., *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*. Collection « Pratiques en psychothérapie », Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 5<sup>ème</sup> édition, 2010.
- BOYER-LABROUCHE A., *Manuel d'art-thérapie*, 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris, 2000.
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE BELGE, *Psychothérapies : définitions, pratiques, conditions d'agrément*, 2005.
- COTTRAUX J., *A chacun sa Créativité*, Odile Jacob, Paris, 2010.
- CYRULNIK B., *Les Nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob, 1993.
- DECLERCK P., *Les naufragés – Avec les clochards de Paris*, Terre Humaine Poche, Paris, 2001.
- DESPLAND J.N., ZIMMERMANN G., & DE ROTEN Y., *L'évaluation empirique des psychothérapies*, Psychothérapies, vol. 26, 2006, p. 91-95.
- DOUTRELUGNE Y., & COTTENCIN O., *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*, 2<sup>ème</sup> édition, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2008.
- DURUZ N., *Evaluer les psychothérapies*, Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences, vol. 3, n°12, 2005, p.5-9.
- EKMAN P., *Are there basic emotions ?* Psychol. Rev. 99 : 550-553, 1992.
- FAMOSE J-P., & BERTSCH J., *L'estime de soi : une controverse éducative*, Quadrige/PUF, Paris, 2009.
- FANGET F., & ROUCHOUSE B., *L'affirmation de soi, une méthode de thérapie*, Odile Jacob, Paris, 2007.

- FORESTIER A.-F., *Art-thérapie à dominante calligraphie auprès de SDF*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Tours, 1995.
- FORESTIER R., *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Direction scientifique FORESTIER R., Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007.
- FORESTIER R., *Les fondements de l'évaluation en art-thérapie*, In : *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Direction scientifique FORESTIER R., Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007.
- FORESTIER R., *Regard sur l'Art – approche épistémologique de l'activité artistique*, SeeYouSoon, 2006.
- FORESTIER R., *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, Favre, 6<sup>ème</sup> édition, Lausanne, 2009.
- FURTOS J., *Changer de regards pour changer les pratiques*, Marseille, Journée interrégionale PACA CORSE DOM du 13 mars 2009.
- FURTOS J., *De la précarité à l'Auto-exclusion*, Edition Rue Ulm, Paris 2009.
- FURTOS J., *Epistémologie de la clinique psychosociale, la scène sociale et la place des psy*, Pratiques en santé mentale, n°1, 2000.
- FURTOS J., *L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité*, In FURTOS J., *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Elsevier Masson, Paris, 2008.
- FURTOS J., *Le syndrome d'Auto-exclusion*, Bulletin national santé mentale et précarité, Rhizome N°9, 2002.
- FURTOS J., *Le syndrome d'Auto-exclusion*, In FURTOS J., *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Elsevier Masson, Paris, 2008.
- FURTOS J., *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Elsevier Masson, Paris, 2008.
- GIRAUD J.-J., *Relation entre l'art et la médecine*, In : *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Direction scientifique FORESTIER R., Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007.
- HCSP, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rapport du Haut Comité de Santé Public, 1998.
- HSU L., *Le Visible et l'expression : étude sur la relation intersubjective entre perception visuelle, sentiment esthétique et forme picturale*. Thèse doctorale. CRAL, EHESS, Paris, 2009.
- HUNT S. M. & MC KENNA S. P., *Measuring quality of life in psychiatry*. In : WALKER A, ROSSER R. M., *Quality of life assessment key issues in the 1990's*. Kluwer Academic Publishers, Amsterdam, 1993, p. 345-354.
- INSERM, *Psychothérapie. Trois approches évaluées. Expertise collective*. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2004.
- J SAEZ J.P., *Interculturalité et politiques culturelles en France*, Observatoire des politiques culturelles, 2003.
- KLEIN J-P., *L'art-thérapie*, 4<sup>ème</sup> édition, Que sais-je ? PUF, Paris, 2004.
- KOLB B. & WHISHAW I. Q., *Cerveau et comportement*, De Boeck, Bruxelles, 2008.
- KROSS, E., & al., *Social rejection shares somatosensory representations with physical pain*, PNAS, n°15, vol. 108, 2011, p. 6270-6275
- LACOSTE J., *La philosophie de l'art*, Que sais-je ? PUF, Paris, 2010.
- LAZARUS A., *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », 1995.
- LE BLANC G., *Vies ordinaires, vies précaires*, Edition du Seuil, Paris, 2007.
- LEARY M. R., TAMDOR E. S., TERDAL S. K. DOWNS D. L., *Self-Esteem as an Interpersonal Monitor: The Sociometer Hypothesis*, Journal of Personality and Social Psychology, 68, 1995, p. 518-530.

- 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.
- LIBERMAN R. P., DERISI W. J., & MUESER K. T., *Entraînement aux habilités sociales pour les patients psychiatriques*, Retz, Paris, 1989.
- MAISONDIEU J., *De l'exploitation à l'exclusion, un progrès ?*, Le temps des cerises, Pantin, 2002.
- MALHERBE M., GAUDIN P., *Les Philosophies de l'humanité*, Bartillat, Paris, 1999.
- MARTIN P., AZORIN J-M., *Qualité de vie et schizophrénies*, John Libbey Eurotext, Paris, 2004.
- MASLOW, A. H., *The farther reaches of human nature*. Viking Press, New York, 1971.
- MÉDECIN DU MONDE, Enquête, *Mortalité des personnes sans abri à Marseille*, février 2009.
- MÉDECIN DU MONDE, Publication, *L'accès aux soins des plus démunis en 2009*.
- MERCUEL A., *Prise en charge des exclus* In : GUELFY J.D., ROUILLON F., *Manuel de psychiatrie*, Masson, Paris, 2007.
- MORFAUX L.M., *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, Paris, Armand Colin, 2004.
- NEURODI, Rapport d'activité scientifique de la Fondation NEURODI, 2009.
- OMS, *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé. Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*. OMS, 2<sup>ème</sup> édition, 2003.
- ORHAN F., *Etude de la qualité de vie d'un échantillon de patients sans domicile fixe fréquentant le CHAPSA à Nanterre*. Thèse doctorale de Médecine, Université Paris Descartes, 2009.
- POUIVET R., *Qu'est-ce qu'une œuvre d'art ?*, Chemin Philosophique, VRIN, Paris, 2007.
- RENTLER C., *Expérience d'Art-thérapie auprès de personnes en situation de grande précarité*, mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, U.F.R. de Médecine de Grenoble, 2008.
- REY A., sous la direction de, *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 2010.
- RICHER S., MERYGLOD N., *Données épidémiologiques psychiatriques concernant les sans domicile*, In FURTOS J., *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Elsevier Masson, Paris, 2008.
- RICOEUR P., *La souffrance n'est pas la douleur*, Psychiatrie française, numéro spécial, 1992.
- ROBIN D., *Sûreté et sécurité, précarité et estime de soi. Une approche psychosociale* In FURTOS J., *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Elsevier Masson, Paris, 2008.
- SAMENTA : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, Observatoire du Samu social de Paris / Inserm, 2009.
- SAMPIERO D., *Le Rebutant, L'un et l'autre*, Gallimard, 2003.
- WAY B., M., TAYLOR S., E., EISENBERGER N., I., *Variation in the  $\mu$ -opioid receptor gene (OPRM1) is associated with dispositional and neural sensitivity to social rejection*, PNAS, n°35, vol. 108, 2009, p. 15079 – 15084
- WILLIAMS, K., *Ostracism*, Annual Review of Psychology, 58, 2007, p. 425-452.
- WRIGHT., S., *The roles of mutation, inbreeding, crossbreeding, and selection in evolution*. In Proceedings of the Sixth International Congress of Genetics 1,1932, p. 356-366.

## ANNEXE I

|  |  |   |
|--|--|---|
|    |  |   |
| <b>13<sup>ème</sup> législature</b>  |  |   |
| <b>Question N° :</b><br>87886  | <b>de M. Grand Jean-Pierre ( Union pour un Mouvement Populaire -<br/>Hérault )</b> | <b>Question<br/>écrite</b>  |
| <b>Ministère interrogé &gt; Santé et sports</b>  |  | <b>Ministère attributaire &gt; Travail, emploi et santé</b>             |
| <b>Rubrique &gt; établissements de santé</b>   | <b>Tête d'analyse &gt; personnel</b>   | <b>Analyse &gt; thérapies par l'art.<br/>formations. reconnaissance</b> |
| Question publiée au JO le : <b>14/09/2010</b> page : <b>9905</b><br>Réponse publiée au JO le : <b>15/02/2011</b> page : <b>1577</b><br>Date de changement d'attribution : <b>14/11/2010</b><br>Date de signalisation : <b>08/02/2011</b>   |  |   |
| <b>Texte de la question</b>  |  |   |
| <p>M. Jean-Pierre Grand attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur l'art-thérapie. Cette discipline paramédicale permet d'exploiter les capacités créatives du patient en le stimulant. Elle s'adresse notamment à des personnes atteintes de troubles de l'expression, de la communication et de la relation. Elle permet d'avoir une approche non médicamenteuse tout en contribuant à la conservation de l'autonomie tant physique que psychique. Elle permet, de plus, la réinstauration de l'estime de soi qui est une condition essentielle à la socialisation des personnes. En EHPAD, le projet de soins doit bien évidemment tenir compte des possibilités des résidents mais également ou surtout des acteurs intervenant dans l'établissement. Or l'art-thérapie n'est pas reconnue par les agences régionales de santé. Il s'agit pourtant d'une formation universitaire de type DU délivrée par les facultés de médecine (ex. : fac de médecine de Tours). Il paraît peu concevable de ne pas pouvoir faire bénéficier les résidents de cette discipline dont la pratique est de plus en plus reconnue par les professionnels de santé. Aussi, il lui demande de bien vouloir lui indiquer sa position sur ce sujet.</p> |  |   |
| <b>Texte de la réponse</b>   |  |   |
| <p>L'art thérapie consiste à utiliser l'activité artistique comme support de médiation dans le cadre d'une prise en charge coordonnée auprès de personnes ou de patients. Pour autant, cette technique constitue un outil dont le caractère scientifique n'est pas avéré. Cette activité spécifique intervient le plus souvent en support de l'activité des professionnels de santé qui ont suivi une formation complémentaire, mais est également utilisée par des professionnels d'autres secteurs (à titre d'exemple les éducateurs de jeunes enfants, les professeurs de sport). En établissement de santé ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), cette approche spécifique intervient en support et accompagnement dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle après validation médicale si nécessaire mais ne fait pas l'objet actuellement d'une valorisation spécifique.</p>   |  |   |

**UNIVERSITE JOSEPH FOURNIER**  
**Faculté de Médecine de Grenoble**  
**&**  
**AFRATAPEM**

Association Française de Recherche & Applications des  
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

**Cédric LEFEVRE**  
**2011**

**Évaluation de l'impact de l'Art-thérapie à dominante arts plastiques sur l'estime de soi auprès de personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale**

Les situations de précarités exacerbées dégradent la confiance en soi et peuvent entraîner une exclusion sociale. Lorsque celles-ci perdurent, que l'individu ne peut plus faire face à ses souffrances, il peut aller jusqu'à s'auto-exclure, c'est-à-dire inhiber son corps, ces affects et sa pensée. Dans ces situations extrêmes, la qualité de vie et l'estime de soi de la personne sont très profondément diminuées.

Afin d'améliorer la qualité existentielle de personnes SDF fréquentant un accueil de jour, des ateliers d'Art-thérapie à dominante arts plastiques ont été proposés. Les objectifs thérapeutiques et l'évaluation mis en place ont été centrés sur l'estime de soi et ses trois composantes : la confiance en soi, l'affirmation de soi et l'amour de soi. Les résultats sont congruents et indiquent une amélioration sensible des trois composantes de l'estime de soi.

Nous proposons un modèle de qualité de vie permettant de se représenter le concept de trajectoire thérapeutique. Puis nous discutons de l'évaluation scientifique de l'efficacité de l'Art-thérapie. La clinique et la recherche sont complémentaires et indispensables à la progression des connaissances et à la reconnaissance scientifique de la discipline, au profit d'une meilleure prise en charge des patients.

**Mots clés :** Art-thérapie, Exclusion sociale, Précarité, Qualité de vie, Modèle, Efficacité thérapeutique, Évaluation, Estime de soi.

**Evaluation of the impact of Art therapy mainly the plastic arts on the self-esteem among people in precarious situations and social exclusion**

Situations of high precariousness deteriorate self-confidence and can lead to social exclusion. When those situations persist, and the person can no longer cope with its suffering, they are up to self-exclude, that means that, they inhibit their body, their emotions and their thought. In these extreme situations, the quality of life and self-esteem of the person are profoundly reduced.

In order to improve the quality of life of homeless people attending a home day, workshops for Art therapy mainly the plastic arts have been proposed. Therapeutic objectives and evaluation put in place have focused on self-esteem and these three components : self-confidence, assertiveness and self-love. The results are congruent and indicate a significant improvement of the three components of self-esteem.

We propose a model of quality of life which allows to imagine the concept of therapeutic pathway. Then we discuss the scientific evaluation of the effectiveness of Art therapy. The clinical and research are complementary and essential to the progress of knowledge and to recognition of the scientific discipline in favour of better care for patients.

**Keywords :** Art therapy, Social Exclusion, Precarious, Quality of life, Model, Therapeutic efficacy, Evaluation, Self-esteem.