

Actes du congrès international d'art-thérapie organisé pour
le 30^e anniversaire de l'École d'art-thérapie de Tours – Afratapem
Sous le haut patronage du ministère de la Culture et de la Communication

L'évaluation en art-thérapie

Pratiques internationales

Direction scientifique
Richard Forestier

Art-thérapie à dominante
visuelle, sonore, corporelle,
en oncologie, psychiatrie,
gériatrie, rééducation
fonctionnelle



L'évaluation en art-thérapie

Pratiques internationales

This One



CW09-2L8-2847

Copyrighted material

L'évaluation en art-thérapie Pratiques internationales

**Actes du congrès international d'art-thérapie
30^e anniversaire de l'École d'art-thérapie
de Tours - Afratapem**

Sous la direction scientifique de
Richard Forestier

Sous le haut patronage du ministère de la Culture
et de la Communication

Président d'honneur
Pr Joseph Thouvenot

Art-thérapie à dominante visuelle, sonore, corporelle,
en oncologie, psychiatrie, gériatrie et
rééducation fonctionnelle



**ELSEVIER
MASSON**

Copyrighted material

Dr Joseph Thouvenot, professeur honoraire à la faculté de médecine de Tours, premier président du premier Diplôme Universitaire d'art-thérapie français à l'université de Tours, musicien, France

Richard Forestier, professeur à l'Université européenne du travail (Bruxelles), directeur de recherches à l'Afratapem (Tours-Saint-Cyr/Loire), directeur scientifique et pédagogique des Diplômes Universitaires d'Art-thérapie (Tours et Poitiers), musicien, France

École d'art-thérapie de Tours – Afratapem – 3, rue Calmette 37540 Saint-Cyr-sur-Loire, France
www.art-therapie-tours.net

L'évaluation en art-thérapie. Pratiques internationales

Responsable éditorial : Marie-José Rouquette

Éditeur : Peggy Lemaire

Chef de projet : Françoise Méthiviez

Conception graphique et maquette de couverture : Véronique Lentaigue

Photographies des intervenants pages XI, 1, 15, 23, 33, 49, 61, 73, 81, 89, 99, 105, 111, 119, 127, 131, 137, 143, 147 et du cahier hors-texte pages 151 à 157 : © Denis Bomer

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

<http://france.elsevier.com>

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées décrits dans la publication. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any other electronic means, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Photocomposition : MCP, 45774 Saran, France

Imprimé aux Pays-Bas par Krips, 7940 KC Meppel

Dépôt légal : mai 2007

ISBN : 978-2-84299-831-8

Copyrighted material

Liste des intervenants

Tania Maria José Aiello Vaisberg,
professeur de la Pontificia Universidade
Catolica de Campinas e da Universidade
de Sao Paulo, art-thérapeute et psychanalyste
winnicottienne, Sao Paulo, Brésil.

Liliane Bar,
intervenante en art-thérapie à l'Université
européenne du travail, plasticienne,
Bruxelles, Belgique.

Suzanna Bardsley,
art-thérapeute diplômée d'Université
(*dominante théâtre*), centre hospitalier
de Saint-Malo, comédienne, Saint-Malo,
France.

Hélène Bernhard,
art-thérapeute diplômée d'Université
(*dominante danse*), membre du Centre
d'étude et de recherche en arts plastiques
(CERAP-Univ. Paris I), danseuse, Paris,
France.

Nathalie Berthomier,
attachée de direction à l'Afratapem,
responsable de formations en gestion
culturelle, Saint-Cyr-sur-Loire, France.

Anne Bomer,
art-thérapeute diplômée d'université
(*dominante musique, art plastique*),
Service d'hématologie et thérapie cellulaire,
CHU de Tours, musicienne, France.

Fabrice Chardon,
art-thérapeute diplômé d'université
(*dominante musique*), doctorant en
psychologie clinique, coordonnateur musique
danse et santé ADMS, musicien, Chambéry,
France.

Dr Ruy de Carvalho,
Médecin, art-psychothérapie
didactique-modèle polymorphique, fondateur
de la Société Portugaise d'Art-Thérapie,
Lisbonne, Portugal.

Dr Philippe Colombat,
professeur à l'université de Tours, UFR
médecine, service d'hématologie et thérapie
cellulaire, CHU de Tours, France.

Deolinda Fabietti,
maître en gérontologie sociale, spécialisée en
art-thérapie, coordinatrice de l'Alquimy Art,
Institut d'Éducation et Recherche, du cours
de post-graduate *lato sensu* en art-thérapie
en plusieurs états du Brésil, Sao Paulo, Brésil.

Richard Forestier,
professeur à l'Université européenne du
travail (Bruxelles), directeur de recherches
à l'Afratapem (Tours-St Cyr/Loire),
directeur scientifique et pédagogique
des Diplômes Universitaires d'Art-thérapie
(Tours et Poitiers), musicien, France.

Dr Agnès Giannotti,
médecin généraliste, association URACA,
Paris, France.

Jean-Jacques Giraud,
professeur à l'université de Poitiers,
UFR médecine - pharmacie, Professeur à
l'université européenne du travail (Bruxelles),
responsable du Diplôme Universitaire
d'art-thérapie de Poitiers, plasticien,
musicien, Poitiers, France.

Élodie Larsonneur,
art-thérapeute diplômée d'université
(*dominante art plastique*), Service
d'hématologie et thérapie cellulaire, CHU de
Tours, plasticienne, Tours, France.

Dr Moussa Maman, ethnopsychiatre,
tradipraticien, chef du village de
Bello-Tounga, Nord Bénin.

Corinne Millot,
art-thérapeute diplômée d'université
(*dominante musique*), Dijon, France.

Claire Plaisant,
art-thérapeute diplômée d'université
(*dominante musique*), service de médecine
physique et de réadaptation – CHU de Blois,
atelier d'art-thérapie, musicienne, Vineuil,
France.

Claire Poupet,
art-thérapeute diplômée d'université
(*dominante théâtre*), comédienne, Orléans,
France.

Dr Jacques Sporcq,
Professeur Honoraire à la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de l'Université
Libre de Bruxelles, Président de la Fondation
Université Européenne du Travail, musicien,
Bruxelles, Belgique.

Jean-Luc Sudres,
maître de conférences en psychologie, habilité
à diriger les recherches (HDR), docteur en
psychopathologie, psychologue clinicien et
psychomotricien, université de
Toulouse-Le-Mirail, UFR psychologie,
CERPP, Toulouse, France.

Jean-Patrick Vaillant,
art-thérapeute diplômé d'université
(*dominante musique*), spécialisé en gériatrie,
formateur auprès du personnel soignant
(institutions pour personnes âgées
dépendantes, instituts médico-éducatifs),
musicien, Alberville, France.

Marie Vaillant-Perriere,
art-thérapeute diplômée d'université
(*dominante art corporel*), en libéral et hôpital
psychiatrique, responsable de la Formation
Continue des art-thérapeutes à l'école
d'art-thérapie de Tours - Afratapem,
enseignante, mime, Alberville, France.

Sommaire

Ouverture officielle <i>Nathalie Berthomier</i>	XI
--	----

Leçons inaugurales

Nouvelle vision de la santé en art-thérapie. Continuité et changement <i>Jacques Sporcq</i>	1
Les fondements de l'évaluation en art-thérapie <i>Richard Forestier</i>	15
Relation entre l'art et la médecine <i>Jean-Jacques Giraud</i>	23

Partie I. L'évaluation en art-thérapie : en France

L'évaluation en art-thérapie, confrontée à celle des autres paramédicaux dans un service de médecine physique et de réadaptation auprès de personnes traumatisées crâniennes graves <i>Claire Plaisant</i>	33
L'évaluation en art-thérapie à dominante musicale auprès d'une personne âgée démente <i>Fabrice Chardon</i>	49
L'intérêt de l'art-thérapie en oncologie et hématologie et son évaluation <i>Philippe Colombat, Élodie Larssonneur, Anne Bomer</i>	61
Apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi <i>Hélène Bernhard, Corinne Millot</i>	73
L'évaluation des effets du merveilleux en art-thérapie <i>Marie Vaillant-Perriere</i>	81

Partie II. L'évaluation en art-thérapie : à l'étranger

Nuances techniques de l'évaluation en art-psychothérapie <i>Ruy Carvalho</i>	89
L'évaluation des effets de l'art-thérapie winicotienne <i>Tania Maria José Aiello Vaisberg</i>	99
L'évaluation en art-thérapie ? De constats en prospectives... <i>Jean-Luc Sudres</i>	105
L'œuvre fait son annonce <i>Deolinda Fabietti</i>	111
L'évaluation du mouvement en art-thérapie à dominante corporelle dans le monde anglo-saxon <i>Susanna Bardsley</i>	119
Élargissement de l'enseignement de l'art-thérapie grâce à la création d'un département spécifique à l'UET <i>Liliane Bar</i>	127
Deux études de cas pour illustrer quinze années de pratique <i>Jean-Patrick Vaillant</i>	131
L'évaluation des art-thérapeutes dans leur demande d'emploi <i>Claire Poupet</i>	137
Hommes, esprits et rythme : thérapie traditionnelle au nord du Bénin <i>Agnès Giannotti, Moussa Maman</i>	143
Conclusion scientifique <i>Richard Forestier</i>	147
Cahier hors-texte. Images du 30^e anniversaire de l'École d'art-thérapie de Tours <i>Photos réalisées par Denis Bomer</i>	151



Ouverture officielle

N. Berthomier

Monsieur le représentant du Ministre
Mesdames, Messieurs les académiciens,
Mesdames, Messieurs, les doyens et professeurs,
Mesdames, Messieurs, les élus,
Monsieur le représentant du maire de Tours,
Mesdames, Messieurs.

C'est en tant que membre de la direction de l'Afratapem¹ qu'il me revient la lourde tâche d'inaugurer cette soirée en vous souhaitant tout d'abord la bienvenue et en vous remerciant de votre présence ce soir.

En guise d'introduction, j'aimerais vous présenter brièvement l'Afratapem. Lorsque vers les années 1973-1974 se rassemblaient, à Château-Renault, Christine Perroux, Jean-Pierre Chevrollier, Richard Forestier et Jean Delaneau (respectivement : l'âme, l'esprit scientifique, la sensibilité artistique et l'intérêt citoyen de cette association), un bouillon de culture germait et allait donner naissance en 1976 à l'Association régionale de recherche et applica-

1. Association française de recherches et applications des techniques artistiques en pédagogie et médecine (Afratapem).

tions des techniques artistiques en pédagogie et médecine, qui devient très vite l'association française connue aujourd'hui sous le nom d'Afratapem.

Des travaux de recherche concernant l'art et la médecine et un enseignement d'art-thérapie ont orienté les occupations de l'Afratapem sous l'égide des trois règles de base édictées par le docteur Jean-Pierre Chevrollier :

- premièrement : l'art-thérapie s'adresse aux parties saines des patients ;
- deuxièmement : l'art-thérapie ne peut se concevoir que dans le cadre d'une équipe médicale et paramédicale ;
- troisièmement : on affirmera que ce que l'on a prouvé.

C'est ainsi que, dès 1980, venait s'adjoindre, à l'équipe initiale, la poésie en la personne du professeur Joseph Thouvenot pour qui la pratique musicale et la médecine n'ont d'égal que sa grande humanité et son savoir.

Président de l'Afratapem depuis 1994, nous remercions le professeur Joseph Thouvenot d'avoir accepté la présidence de ce congrès et de nous faire l'honneur de sa présence ce soir.

Ce creuset scientifique que représente l'Afratapem ne serait rien sans les soutiens qui ont été donnés par monsieur le professeur Émile Aron, premier doyen de la Faculté de médecine de Tours, membre de l'Académie de médecine et monsieur le professeur Michel Lecureuil, président de l'université tourangelle François Rabelais.

Ce dernier a suggéré, en 1985, la création du premier diplôme universitaire français à l'université de Tours fondé sur les travaux de l'Afratapem.

Enfin, citons le modèle scientifique et humaniste donné par monsieur le professeur P. Boulard de l'Académie de médecine qui, très régulièrement, assistait aux travaux de l'Afratapem et insufflait l'envie de recherche et d'ouverture scientifique.

C'est lors de son congrès à Limoges, en 1986, que l'Afratapem s'est vue nommée École d'art-thérapie de Tours. En effet, dès sa création, l'Afratapem s'est démarquée des travaux antérieurs comme ceux réalisés à l'hôpital Sainte-Anne, en insistant sur l'aspect artistique aux dépens de l'analyse psychologique.

En donnant, comme définition de l'art-thérapie, « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique », l'Afratapem insufflait, en France d'abord, en Europe ensuite, des orientations d'enseignement et de recherches originales et spécifiques de la profession.

C'est ainsi que l'Afratapem a vu passer dans ses murs Jean-Pierre Klein, Alain Gleize, Geoffrey Troll qui ont créé à leur tour des formations d'art-thérapie.

De la même façon, l'Afratapem est également à l'origine de la création de la Fédération française des art-thérapeutes dont le premier président Jean-Paul Capdeville, est aujourd'hui le premier retraité art-thérapeute.

Je n'oublierai pas la « formation continue des art-thérapeutes » créée en 1999 et menée de main de maître par Mme Marie Vaillant-Perriere. Ces ateliers de travail regroupent aujourd'hui 120 art-thérapeutes dûment diplômés de l'université.

Il s'agit là des personnes qui ont bénéficié de l'École d'art-thérapie de Tours – Afratapem – et qui viennent rejoindre plus d'un millier d'étudiants qui ont fréquenté notre organisme.

En cela, notre école est fidèle à ses objectifs et trouve dans ces étudiants le dernier élément qui manquait : l'avenir en marche.

Aujourd'hui, l'École d'art-thérapie de Tours – Afratapem peut être fière d'avoir donné les modèles d'enseignement à plusieurs universités françaises, ainsi qu'à la première université à vocation européenne : l'université européenne du travail située à Bruxelles dont le professeur Jacques Sporcq, président-chancelier, nous fait l'honneur de sa présence ce soir, ainsi que les étudiants de la première promotion belge d'Intervenant spécialisé en art-thérapie.

Enfin, et pour conclure cette présentation, revenons sur l'année du 30^e anniversaire de l'association Afratapem et rappelons que la journée d'ouverture qui s'est tenue à l'amphithéâtre Richelieu de la Sorbonne a réuni près de 500 participants fin 2005.

Ce soir, si nous avions pu pousser les murs, nous aurions pu répondre aux 1400 demandes de participation, représentant 16 nationalités différentes.

Tout cela pour dire que le chemin parcouru par l'Afratapem a permis à un nombre important de personnes de trouver du travail comme art-thérapeute, de faire connaître la profession comme un métier à part entière, et d'insuffler des lignes de recherche que les étudiants en doctorat savent exploiter.

Signalons enfin que le thème de ce congrès, « L'évaluation en art-thérapie », est une première européenne, et que les réflexions de ces journées permettront, de toute évidence, l'envol des trente prochaines années.

Leçons inaugurales

Dr Jacques Sporcq, Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université Libre de Bruxelles, Président de la Fondation Université Européenne du Travail,
Nouvelle vision de la santé en art-thérapie. Continuité et changement

Richard Forestier, Professeur à l'Université européenne du travail (Bruxelles), directeur de recherches à l'Afratapem (Tours-St Cyr/Loire), directeur scientifique et pédagogique des Diplômes Universitaires d'Art-thérapie (Tours et Poitiers),
Les fondements de l'évaluation en art-thérapie

Jean-Jacques Giraud, Professeur à l'université de Poitiers, UFR médecine - pharmacie, Professeur à l'université européenne du travail (Bruxelles), responsable du Diplôme Universitaire d'art-thérapie de Poitiers, plasticien,
Relation entre l'art et la médecine



Nouvelle vision de la santé et art-thérapie. Continuité et changement

J. Sporcq

Il eut été hasardeux et présomptueux de ma part de m'aventurer à discourir sur l'art-thérapie, sujet fascinant s'il en est, raison de cette rencontre après un succès de trente années, mais vis-à-vis duquel je ne suis qu'un néophyte. Que pourrais-je en dire, moi qui n'ai qu'une formation artistique d'amateur et ne suis, aujourd'hui encore, qu'un des fervents admirateurs de cette discipline ?

Rien de percutant ni de bien original, si l'on sait que, dès que je céderai la parole, deux ténors en la matière vont se relayer pour entonner le sacre de l'art-thérapie. L'un d'eux l'a portée sur les fonds baptismaux, en a été et en est toujours la cheville ouvrière, j'ai nommé Richard Forestier, et l'autre en est devenu Prince charmant, Jean-Jacques Giraud.

Voilà donc comment je définis les limites de mes compétences relatives aux subtilités théoriques, dialectiques et pratiques de la discipline elle-même. Cela dit, je vais tenter de vous faire part de quelques réflexions sur l'épistémologie des relations entre le concept de « santé » et celui de « thérapie » et donc celui d'« art-thérapie ».

Le but de cet exposé n'est évidemment pas de faire une exégèse de l'évolution des concepts cités depuis leur origine, mais bien de montrer les modifications qui sont survenues depuis un demi-siècle. Elles montreront dans quel contexte l'art-thérapie est née et a commencé à se développer.

En effet, à l'instar des autres sciences, l'art-thérapie évolue dans un monde dont elle suit et subit les changements, mais ces derniers laissent chacun une

trace qui finissent par réaliser une tradition. Et ce sont ces adaptations successives qui se perpétuent. Il y a donc changement dans la continuité, ou, si l'on préfère, continuité dans le changement.

Rappelons quelques dates essentielles de la jeune histoire de l'art-thérapie, afin de situer le contexte dans lequel ces divers concepts et pratiques thérapeutiques se sont développés :

- c'est en 1872 qu'un certain André Tardieu s'intéresse à la peinture des « fous » et ouvre ainsi un nouvel intérêt pour l'expression de maladies (mentales) au travers d'un art ;
- en 1922, Hans Prinzhorn publie en Allemagne un ouvrage important sur « l'expression de la folie ». Son influence sur le monde artistique et sur la pathologie de l'expression sera énorme ;
- dès 1944, l'ergothérapie intègre la pratique des arts visuels ;
- en 1946, l'art-thérapie est officiellement créée aux États-Unis par Margaret Naumburg, avec Édith Kramer et Marie Pétrie ;
- A. Breton, puis Dubuffet, créateur de la Compagnie de l'art brut, exposent des œuvres de personnes aliénées ;
- 1950 accueille à Paris le premier congrès mondial de psychiatrie, avec la première exposition internationale d'art psychopathologique. Cette même année voit s'établir aux États-Unis les premiers programmes de formation en art-thérapie ;
- la fondation de l'American art Therapy Association (AATA) voit le jour en 1969 ;
- des formations débutent en Angleterre dès 1970 ;
- D.W. Winnicott publie ses œuvres sur le sujet en 1975 ;
- et, en 1976, naît l'Afratapem.

Depuis, l'art-thérapie n'a cessé de se développer dans le monde entier. D'autres pourront bien mieux que moi décrire les étapes de ce développement.

Je me bornerai à citer seulement quelques points de repères.

De nombreuses écoles et universités ont été dotées de cette spécialisation. Dans les années 1970, sont apparus dans quelques pays européens des centres universitaires réputés dans cette discipline, mais c'est à l'Afratapem, de l'université de Tours, que fut créée la première école d'art-thérapie officielle sur le continent européen.

Parmi les diverses thérapies, l'art-thérapie s'est positionnée en se référant à la définition humaniste de la santé, telle que la définit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé est le meilleur état de bien-être physique, mental et social ». Acceptée et appliquée dans le monde entier, cette définition a pourtant été abandonnée par quelques États, entre autres par les États-Unis d'Amérique, fin 1995.

En matière de santé publique, l'Union européenne (UE) a émis des directives, qui maintenant gouvernent les thérapies dans tous les domaines qui la constituent. Ces directives réglementent les pratiques reconnues officiellement en Europe, toutefois sans condamner toutes celles qui ne sont pas, ou tout du moins pas encore, admises par les législations nationales ou internationales. Par exemple, l'homéopathie est une pratique de l'art de guérir non officielle, mais qui est tolérée dans la plupart des pays. Cette absence de reconnaissance publique est relative à des situations parfois très éloignées des processus scientifiques. Il y a donc une évolution dans le degré de reconnaissance légale de certaines pratiques thérapeutiques. Il en a été ainsi de la kinésithérapie, et maintenant encore de l'ostéopathie et de la chiropraxie dans certains pays européens.

Bien souvent, il est nécessaire de pouvoir démontrer les valeurs thérapeutiques d'une discipline, soit par des analyses scientifiques, soit par des statistiques probantes, avant de voir s'installer sans réserve la confiance dans ses potentiels.

Il en est ainsi de l'art-thérapie, et je crois que c'est heureux.

Une tradition d'art-thérapie est née grâce à vous, mais elle évolue et s'adapte aux conditions nouvelles qui la régissent, et au monde de ses patients, qui, lui aussi, subit des changements importants.

Si, à l'instar de la médecine, elle a cherché à se conformer essentiellement aux explications scientifiques de l'étiologie, de la pathogénie, du diagnostic et du traitement des maladies, et donc restait une discipline purement curative, elle a également développé des qualités préventives.

Dès lors, elle va utiliser diverses méthodes jusqu'alors réservées surtout à la recherche (méthodes statistiques, entre autres). Qui plus est, comme la médecine, elle sera amenée à s'intéresser davantage aux progrès des techniques et sciences liées au monde contemporain, industriel, agricole, commercial, ou même bureaucratique, bref aux applications pratiques des découvertes scientifiques et techniques.

Les succès dans le domaine de la prévention, qu'elle obtiendra certainement, rendront alors plus rares les confrontations entre le thérapeute et des états pathologiques francs, nets. La prévention pourrait même devenir un des objectifs essentiels de l'art-thérapie. Celle-ci s'attache à investiguer constamment les frontières entre ce que l'on appelle la santé et la pathologie et à déceler les signes les plus précoces d'altération de l'équilibre physiologique, psychologique et social.

Ces tendances seront de nature à accroître davantage la contribution de l'art-thérapie aux autres thérapies, elles aussi soumises à ces mêmes processus évolutifs.

Parallèlement, les tendances évolutives des disciplines artistiques, elles aussi, se modifient, évoluent.

Revenons à la vision nouvelle de la santé pendant la seconde moitié du XX^e siècle.

De fait, jusqu'à cette époque, la conception de la santé comme un état d'absence de maladie ou de handicap limitait les activités thérapeutiques à une activité curative. Il n'était tenu compte que des faits objectifs, réalistes certes, mais il était fait abstraction de la partie subjective de l'état de santé précisément ce sentiment de bien-être, lui-même susceptible d'amélioration. Les portes de nouvelles médecines se sont ouvertes, à commencer par la médecine du travail, qui, née en Italie avec les constatations de Ramazzini, fin du XVII^e siècle, a été légiférée et a vu ses premières applications obligatoires officielles mises en place, en France d'abord, dès 1946.

Actuellement, une vision plus particulière encore se dessine en Europe, je veux parler de médecine prédictive et même de médecine prospective. Ces formes nouvelles dépasseront les limites de la médecine préventive actuelle. Nous ne ferons simplement ici que les citer.

De nouvelles techniques thérapeutiques, par exemple la microchirurgie ou la pharmacologie, suivent plusieurs étapes avant d'être reconnues puis admises et enfin officialisées. Il en va de même pour la reconnaissance d'un enseignement, par exemple celui de l'art-thérapie.

Des degrés de reconnaissance se succèdent avant d'aboutir à une législation nationale d'abord, internationale ensuite, et enfin à une standardisation au niveau européen, ou même mondial. Parmi les étapes successives figurent la démonstration des valeurs scientifiques des éléments thérapeutiques, la description des contre-indications, les risques d'effets secondaires, d'effets indésirables ou nocifs dans certaines circonstances, etc.

Non seulement ces éléments particuliers propres à chacune des disciplines se modifient, mais également les habitudes sociales créent de nouvelles indications (ou contre-indications) thérapeutiques, dont il convient de tenir compte, par exemple la gestion du stress.

Ce ne sera qu'après avoir satisfait à ces diverses obligations que la structure pourra s'établir et qu'un statut s'officialisera, qui régentera désormais la position légale de ladite discipline.

Une analyse pourra évaluer l'évolution de l'individu (les intravariations individuelles) d'une part, et le situer par rapport aux modifications culturelles (intervariations) des populations de référence d'autre part. Ces études s'assortissent de l'analyse des relations, des liaisons, des interdépendances entre les variables étudiées.

Les concepts de bon, de beau, de vrai, ne seraient-ils pas eux-mêmes sujets à une évolution, à des modifications ? En admettant qu'une notion de base

immuable sous-tende ces concepts, ce qui mériterait d'ailleurs une confrontation philosophique, on peut imaginer qu'au moins une part de ceux-ci pourrait évoluer.

Quelle que soit la thérapie, (et cela est vrai bien entendu pour l'art-thérapie), et quel que soit son degré d'évolution actuel, le dénominateur commun est cet état de bien-être physique, mental et social, partiellement objectif, mais aussi subjectif.

Son rôle essentiel est de rétablir et de maintenir un état de santé acceptable, sinon le meilleur possible. La mesure en reste encore à faire, et ce, faute de base scientifique pure, sur des bases conventionnelles liées aux systèmes politiques, économiques et culturels. Ces bases n'ont jusqu'à présent été qu'évoquées. Elles mériteraient d'être clairement définies.

L'homme a toujours voulu imprégner de sa créativité artistique ses réalisations matériellement utilitaires ou non, individuelles ou collectives.

Dès la plus haute antiquité, l'homme a progressivement introduit, dans son génie créatif appliqué, des colorations artistiques additionnelles. Il a assorti des décorations d'objets purement utilitaires, récipients, vases, objets ménagers, de parures artistiques, de recherches esthétiques. De grands travaux d'ensemble ont commencé. Je pense notamment aux constructions destinées à des fins religieuses telles que les pyramides égyptiennes, ou encore aux grands temples égyptiens, grecs, ou encore aux nécropoles chinoises, aux fortifications militaires, etc. Ces bâtiments, dévolus à assurer une sorte de pérennité aux êtres défunts, ou à permettre un contact entre les divinités et les hommes, ou encore tout simplement à protéger ou à défendre des populations, ont fait l'objet de recherches esthétiques poussées.

Lorsque les hommes s'associent dans de grands ensembles, la promiscuité, les échanges avec le monde extérieur, les déplacements, provoquent, au point de vue sanitaire, des conditions propices au développement d'accidents et de maladies, épidémiques ou non.

Même dans le cadre des révolutions industrielles dont le but essentiel visait à améliorer la productivité, la recherche du beau, du bon et du vrai reste présente. Cette recherche, quand elle concerne simultanément de nombreuses personnes, s'inscrit cependant dans le cadre du maintien de la conformité de ces concepts à leurs valeurs actualisées.

La gigantesque augmentation des produits fabriqués, non plus seulement artisanalement, mais industriellement, et qui en était le corollaire, a provoqué le développement des marchés mondiaux. Une organisation rationnelle du travail devenait alors nécessaire. Toutefois, c'est surtout à la seconde révolution industrielle, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, par la découverte de l'électricité et de ses applications, que les mêmes problèmes se sont reposés, mais avec une acuité plus grande encore. Les organisateurs du

marché mondial cherchent alors de nouveaux débouchés aux produits nouveaux, et suscitent la consommation.

De nouveaux centres industriels se créent, et le monde industrialisé se trouve embarqué dans les spirales consécutives que représentent les problèmes technologiques, économiques, sociaux. L'avènement récent de la technologie des robots, que ce soit dans les industries, ou autres, médecine, microchirurgie, informatique, nous place déjà dans une nouvelle spirale.

Cependant, aujourd'hui, on pourrait même parler de révolution permanente, rythmée par des phases aiguës alternant avec des phases plus ou moins statiques.

L'épidémiologie des maladies s'ajuste aux progrès thérapeutiques. Les maladies infectieuses traditionnelles ont été rendues banales et éphémères par les nouvelles thérapeutiques antibiotiques et autres. De nouvelles maladies infectieuses telles que le syndrome de l'immunodéficience humaine (sida), la grippe aviaire, etc. surgissent.

Ainsi en est-il pour les arts.

Ils font partie des activités humaines, et forcément, ils en ont suivi les changements. Leur identité, leurs spécificités, leurs caractéristiques particulières ont été à leur tour sollicitées par les bouleversements mondiaux mais aussi locaux. Les Arts ont eux aussi subi des changements parfois importants, mais parfois, au contraire, ils ont développé un ostracisme, sorte de blocage, qui les a figés.

Pour ne citer qu'un exemple, la musique a, depuis la fin du XIX^e siècle connu de nombreux échanges, par des intégrations culturelles, par des nouvelles méthodes, pédagogiques, ou instrumentales. On a vu les musiciens d'Extrême-Orient (Chine, Japon) suivre des formations typiquement européennes, par exemple en piano, et arriver à des performances extrêmement compétitives. Les grands concours, comme le Concours international de musique Reine Elisabeth, ou encore le Concours international Chopin, ont confronté des artistes qui s'ignoraient quelques décennies auparavant.

En revanche, les artistes musiciens de l'Inde se sont tenus à l'écart des courants européens et ont affirmé davantage leurs divergences par rapport aux systèmes musicaux de ceux-ci.

Ils ont créé, de ce fait, une sorte de rigidité avec comme conséquence une réduction très marquée de la créativité et un appauvrissement des échanges créatifs novateurs.

Les époques se sont succédé, avec des périodes soit de stérilité ou plutôt d'inhibition artistique induite, notamment lors de guerres, d'épidémies (choléra, peste, etc.) soit d'essors parfois explosifs, par exemple lors de la Renaissance italienne. De tout temps, des personnages polyvalents ont consigné ces changements et ces continuités. De grands noms ont surgi, le

génie créatif, l'inventivité s'étaient imposés, tels des Vésale, Copernic, Léonard de Vinci, et bien d'autres évidemment...

Des philosophes, des penseurs, ont été fascinés par l'épistémologie, par l'analyse des processus intellectuels, culturels, scientifiques, et bien entendu artistiques, par la naissance et le développement de traditions, par les innovations et les changements, les adaptations, les interactions qui apparaissaient, et celles qui disparaissaient. Aristote, Platon, Socrate, puis Virgile, Cicéron, ou encore Erasme, Thomas More, Montaigne, Descartes, Diderot, et plus proches de nous, Jung, Einstein, et bien d'autres se sont penchés sur ces phénomènes qui intéressaient les Arts, les Lettres, mais aussi la Science et la Médecine, en plein développement.

Il s'est donc constitué une sorte de discipline qui s'est donné pour tâche de consigner les changements et les continuités dans tous les domaines des activités humaines. Cette discipline suit désormais l'évolution humaine comme une mémoire active et un système analytique et critique permanent.

Maintenant que j'ai décrit ce qui, selon moi, est un processus inéluctable et perpétuel qui lie inexorablement les activités artistiques aux autres activités de l'humanité, il nous faut parler de l'évolution de la vision nouvelle des méthodes thérapeutiques auxquelles l'art-thérapie contribue. Elles évoluent également et suivent d'une manière analogue, et je dirais naturelle, des modifications semblables.

La médecine fait appel à la physiologie et à l'épidémiologie pour étudier les caractéristiques du milieu dans lequel l'homme vit, c'est-à-dire exerce ses activités, professionnelles ou non.

Le médecin, qui pratique un examen médical d'un individu, établit un diagnostic, en se fondant sur la sémiologie clinique, et en ayant de plus en plus recours à d'autres méthodes d'investigation, d'analyse (laboratoire biochimique, tests psychiques, étude du mode de vie, des facteurs de stress, de contraintes, etc.). Il doit même pouvoir chiffrer les valeurs à donner aux variables du milieu afin de pouvoir assurer avec une probabilité donnée l'optimisation des recommandations prodiguées au patient et son entourage.

Cette adaptation des contraintes liées au travail, aux outils, aux conditions du milieu, est devenue la démarche ergonomique par excellence. Elle sera la base de l'ergothérapie, collaboratrice de choix de l'art-thérapeute.

Cependant, le pronostic que le médecin cherche à établir, pour parfaire son action thérapeutique à terme, n'est plus fondé sur les seules données anatomiques ou physiologiques, mais fait aussi appel à des connaissances nouvelles, par exemple de psychologie appliquée, de sociologie comparative.

Il est en outre indispensable de prendre en considération l'évolution des fonctions de l'organisme humain au cours de sa vie, depuis sa naissance en passant par son enfance, son adolescence, l'état adulte, sa carrière professionnelle, et enfin la vieillesse et sa fin. Ce processus est continu.

Et actuellement, l'individu-homme devrait apprendre à gérer lui-même son capital-santé et ne plus se soumettre aveuglément aux appréciations et aux programmes cure-prévention que des thérapeutes de plus en plus spécialisés lui imposent en définitive, sans plus lui demander son avis sur ce qui lui est, de ce fait, imposé plutôt que proposé.

Il y a là matière à réflexion de la part des art-thérapeutes, en ce qui concerne les choix de thérapie.

Certains paramètres physiologiques varient au cours de ce temps, de même que les conditions socioéconomiques du patient mais aussi de son entourage. La médecine doit donc constamment se remettre en question, revoir ses normes, réactualiser ses connaissances et ses critères.

Pendant les quelque 50 ans de vie professionnelle, le vieillissement se poursuit, pendant toute la durée de la vie pour certains organes (neurones, ovules, etc.), ou pour d'autres pendant une partie seulement de la vie active, partie qui suit la croissance par exemple.

Les modifications dues au vieillissement des capacités d'audition, de la vue, des forces musculaires, du squelette, modifient parfois sensiblement les performances humaines. Le milieu est lui-même adapté, dans une mesure compatible avec les progrès technologiques.

L'involution du système cardiovasculaire et du système respiratoire, par exemple, verra la diminution progressive de l'élasticité périphérique des vaisseaux sanguins et des tissus pulmonaires.

L'épuisement des défenses immunologiques, l'augmentation de la probabilité des cancérisations d'origine chimique ou physique modifient sensiblement les réactions aux agressions du milieu, naturel ou artificiel. Le médecin doit tenir compte de tous ces dynamismes, et veiller à une bonne adaptation de l'homme à ces conditions diversement changeantes.

Les carences alimentaires, ou, au contraire, les excès et les distorsions alimentaires auxquelles sont involontairement soumis les étudiants et les travailleurs (dans les cantines où la distribution de snacks et boissons sucrées est abondante...) sont autant de facteurs qui contrarient l'équilibre recherché.

Un autre phénomène contemporain, qui instaure de profondes modifications du milieu pendant la vie même d'un individu, réside dans l'espérance de vie. Celle-ci a augmenté de près de 8 années depuis 1960, dans nos régions occidentales européennes.

L'homme assiste donc, dans le courant de sa vie, à une évolution des conditions du milieu qui autrefois s'étalait sur plusieurs générations.

L'espérance de vie à la naissance est différente selon les catégories socioprofessionnelles mais, dans l'ensemble, en Europe occidentale, si elle était de 74 ans en 1960, elle est maintenant en 2005 de 82 ans, légèrement supérieure chez les femmes.

Ajoutons encore que la consommation de médicaments psychotropes, tranquillisants, anxiolytiques, antidépresseurs, stimulants, somnifères, etc. augmente avec la complexité croissante de la vie contemporaine. En Belgique, à une population de 10 millions d'habitants, les médecins prescrivent, à raison de 10 tonnes par an, ces remèdes pharmacodynamiques, dont les effets se manifestent à la prise de quelques milligrammes ! Et la France bat le record avec près de quatre fois plus de prescriptions d'antidépresseurs que la moyenne de l'Union européenne.

Quant aux accidents de travail et de la circulation routière, ils provoquent des arrêts de travail et donc des baisses de productivité. La médecine doit veiller également à la revalidation puis à la réhabilitation dans un premier temps, ensuite la réinsertion au travail, avec éventuellement une réorientation professionnelle. Son rôle social ne cesse donc de s'amplifier dans la santé publique.

En 50 ans de vie active, on enregistre, entre 15 et 65 ans, pour 1000 travailleurs, 5000 accidents avec arrêt de travail, et 500 accidents graves totalisant 5000 jours d'incapacité permanente totale ou partielle. Il convient d'ajouter, à ces chiffres, ceux relatifs aux maladies.

Dans l'ensemble, on dénombre un absentéisme variant de 8 à 20 jours d'absence par personne et par an.

Les entreprises les plus touchées sont celles de la construction, les carrières, les mines et la métallurgie.

Sur les routes françaises, on dénombre chaque année 300 000 blessés.

La circulation automobile a tué près de 20 millions de personnes en 25 ans, soit à peu près le chiffre de morts dus au fait de la guerre 1940-1945.

En outre, les travaux qui exigent des horaires postés provoquent des troubles physiologiques (digestifs, du sommeil, etc.), sociaux (perte du contact familial, social) avec des dégradations consécutives (dislocation des couples, dégradation de l'éducation des enfants, etc.).

Des névroses se développent, induites par le dilemme travail/gagne-pain, conflit sans solution dans la recherche du bien-être social et familial.

Ces quelques exemples des interventions de la médecine, de sa nécessité, de ses capacités de prédiction et donc des possibilités de prévention qui en découlent, étaient destinés à nous sensibiliser à son rôle de plus en plus

important et social dans le monde contemporain. Toutefois, la conscience de ce que nous avons fait, de ce que nous faisons, nous permet de percevoir les problèmes qui vont se poser.

Combien d'effets méconnus ou inattendus des quelques centaines de produits résiduels issus des 3000 nouveaux produits chimiques mis chaque année sur le marché vont-ils surgir ? Dans le monde de demain, qui se dévoile déjà, les travailleurs d'aujourd'hui seront ceux des lasers, les ouvriers de l'espace, ceux de l'agriculture cosmique ou sous-marine, de la motorisation et robotisation intégrale, sans compter les arsenaux militaires de plus en plus sophistiqués.

Ces quelques témoins de ce que nous appelons le « génie de l'homme » devraient inciter tous ceux qui veillent à la santé et à la sérénité de l'homme au travail à être constamment attentifs, vigilants, pour saisir, dans la continuité de la vie, les changements, afin d'adapter au mieux leurs actions aux nouvelles conditions, aux nouveaux critères du bien-être.

La politique pourrait ainsi s'impliquer plus dans la prévention que dans la compensation.

Ainsi pourrions-nous veiller au bien-être réel des travailleurs et ne pas nous contenter de quelques succès pour justifier les actions insidieuses des pollutions qui nous submergent dès que nous relâchons notre vigilance.

La physiologie, noyau de la médecine, est donc la mesure de l'adaptation de l'homme aux conditions qui entourent ses activités. Elle est à la fois une conséquence et une prédiction.

Elle est une conséquence en ce sens qu'elle est le résultat de l'expression d'un patrimoine génétique au travers de toute la vie (période fœtale, enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse) soumis aux aléas des contingences mésologiques, dont l'homme lui-même est de plus en plus responsable. Cette physiologie, que nous modelons au cours de notre existence, réalise l'aptitude de l'adulte à affronter le monde professionnel et non professionnel.

Elle est une prédiction en ce sens qu'elle permet de préparer la phase ultime de la vie. Mais les décisions que suscitent directement ou indirectement la physiologie et la médecine présentent des dangers qu'il faut reconnaître. Ceux-ci sont conditionnés par la validité des batteries de tests, l'étalonnage répété périodiquement des normes, l'abus des sélections, l'apparition insidieuse de stratégies informelles.

La médecine cherche à mettre en évidence les capacités et les compétences, à les optimiser par l'aménagement et la maîtrise des ambiances physiques, le bon équilibre des cadences et horaires de travail, la sécurité et l'hygiène du milieu.

Son action se situe en outre au niveau du logement, des transports, des loisirs, de l'alimentation, de l'instruction, de l'éducation, de la santé.

L'apologie du travail physique, musculaire, a fait place à la valeur de l'intelligence, de l'ingéniosité, à la promotion de la créativité. La lutte contre les situations abusives des capacités physiques et psychiques de l'homme a conduit le monde industrialisé à réduire au minimum l'effort physique. Au point que les médecins recommandent maintenant aux travailleurs de consacrer une partie de leurs loisirs à effectuer des exercices physiques, pour minimiser les effets néfastes d'une sédentarité outrancière. Et la fatigue a fait place à la lassitude.

La société contemporaine devient panarchique, c'est-à-dire qu'elle est faite d'ordres sans cesse renégociés, précaires, soumis à la distribution d'événements aléatoires. Désormais, seul l'imprévisible est certain et la société, entraînée dans le tourbillon de sa vitesse évolutive, sans cesse accélérée, devient turbulente.

Les préoccupations de l'hygiène et de la médecine sont apparues tardivement dans l'organisation industrielle et ce, non pas sous la pression d'une logique économique, mais bien sous la contrainte d'une morale.

Elles se sont consacrées essentiellement à la réduction des nuisances physiques et chimiques. Aujourd'hui, une place de plus en plus large est faite aux problèmes psychosociaux, notamment ceux de la fatigue nerveuse et mentale.

Le salaire au rendement, la prime de productivité traduisent la pauvreté du travail qui ne parvient pas à trouver en lui-même sa gratification. Et l'organisation scientifique du travail devient l'analogie d'un système d'intoxication. Le travailleur y est vu comme une sorte d'athlète industriel dont l'effort doit produire son maximum d'intensité pendant le travail. Il suffit de trouver le principe mobilisateur dont l'effet sera le plus performant (motivations salariales, idéologies, ...) pour entraîner l'homme dans ce cercle à la fois prometteur et destructeur.

Le propre de la fatigue musculaire est en effet qu'elle se purge par la seule cessation de l'effort. Ainsi, on ne paie pas la peine de l'homme, mais l'effort marginal qui lui est nécessaire pour continuer, sans toutefois tenir compte des risques d'épuisement. Le résultat, non escompté, est la lassitude mentale, qui ne se résout pas dans les mêmes termes que la fatigue physique. Cette somme de « surmenage monotonie » génératrice de la fatigue mentale, de cette lassitude, ne se résout donc pas par le sommeil paradoxal. Réductrice de l'activité, expression d'une plainte, d'un refus, d'une révolte non exprimable en clair, elle est le témoin de l'inadaptation de l'homme. Et ce processus de décompensation amène celui qui, voici quelques années, ne connaissait que la croissance, à se convertir au développement. Il est appelé à gérer les qualités productrices plutôt que les quantités produites.

L'art-thérapie, qui entre aujourd'hui dans sa trentième année, se trouve de facto plongée dans ce fleuve éternellement mouvant, au cours parfois paisible, parfois torrentueux (les changements), mais toujours dans son lit dont les modifications sont étalées dans un temps beaucoup plus lointain (la continuité).

Les patients des art-thérapeutes, comme des bouchons dérivant sur le flot, subissent les aléas des caprices de ce fleuve. Les pathologies dont ils souffrent en sont les conséquences.

Il est donc impératif que les art-thérapeutes prennent conscience des mouvements de ce fleuve, puissent éventuellement en mesurer les effets sur l'homme, mais aussi que, par une formation continue appropriée, ils puissent apprécier l'état des berges du fleuve et leurs modifications essentielles.

Cela leur permettra de se maintenir en équilibre par rapport aux autres thérapeutes, d'être constamment à jour dans ces changements.

Ainsi, les patients, victimes des aléas du parcours, pourront être judicieusement soignés et bénéficier du choix le plus adapté de la thérapie qu'aura sélectionnée leur art-thérapeute, en fonction de leur état de santé.

Cependant, nous constatons une certaine incompatibilité entre le langage des biologistes, des écologistes, des ergonomes, des psychologues, des physiologistes, et le discours de la science économiste. Et ce, surtout depuis que l'organisation industrielle a pris une dimension planétaire évidente. Pratiquement plus rien ne peut se faire sans tenir compte avec acuité des valeurs mondiales.

Le renversement des perspectives est en fait la crise épistémologique actuelle.

En réalité, les médecins, les physiologistes, les sociologues, les anthropologues, les psychologues et les art-thérapeutes, entre autres thérapeutes, ont rencontré, sans l'avoir cherchée, une économie politique différente de celle des économistes. Et, à l'inverse, l'économie a fonctionné et débouché sur une sociologie, une psychologie, une physiologie, une méthodologie thérapeutique qui n'est ni celle des sociologues, ni celle des psychologues, ni celle des physiologistes ni celle des médecins ou des art-thérapeutes.

Le dialogue doit se rétablir.

Comment faire ?

L'homme se doit de redéfinir le bonheur qu'il cherche, les conditions matérielles et spirituelles dans lesquelles il entend le trouver.

C'est seulement alors que les différents thérapeutes, médecins, art-thérapeutes et autres trouveront et définiront un cadre commun toujours dynamique, dans un continuum qu'ils contribuent à gérer en permanence, en

créant de nouvelles interactions, en promouvant la créativité, et en mobilisant de nouvelles énergies issues de son génie imaginatif.

La mémoire est la mère de la tradition, de la base sur laquelle s'articule le dynamisme, créateur de l'avenir.

Utilisez-les à bon escient.

Bon vent à l'art-thérapie.

✦



Les fondements de l'évaluation en art-thérapie

R. Forestier

La connaissance du pouvoir de l'art sur l'être humain n'est pas nouvelle. Ainsi, le *beau* est-il associé au *bon* dès l'Antiquité¹. Cependant, au regard de l'histoire des sciences, ce n'est que récemment que l'association de l'art et de la médecine quitte la croyance au profit de la connaissance. Le mot art-thérapie dérange encore aujourd'hui. Par exemple, ce mot n'a rejoint qu'en 1997 la très estimable Société internationale de psychopathologie de l'expression. Or, ce mot et cette discipline tendent aujourd'hui à s'imposer tant dans le vocabulaire paramédical que dans l'arsenal thérapeutique comme les embauches ou demandes d'interventions l'attestent.

Ce n'est certainement pas par hasard si, dès le XIX^e siècle, l'activité artistique taraude les médecins intéressés par cette association de l'art et de la thérapie². Le regard sur l'art-thérapie de ce début du XXI^e siècle sera certainement celui des art-thérapeutes dûment reconnus et diplômés, qui, espérons-le, sauront donner leurs lettres de noblesse à cette profession. L'art-thérapie pourra dès lors s'affirmer comme profession à part entière avec une action originale et des moyens spécifiques.

Se posent, avec l'évaluation, des interrogations majeures propres à une discipline thérapeutique naissante : si l'on évalue en art-thérapie, on évalue

1. Pigeaud J. Folies et cures de la Folie : la manie. Paris : Éditions Les Belles Lettres ; 1987. N'oublions pas que le beau était évaluable dans l'Antiquité grecque. Lire à ce sujet, *La République* ou *Les Lois de Platon*.
2. On lira avec intérêt et curiosité les exemplaires de la revue Art et Médecine publiée dans les années 1920.

quoi et comment ? (Le pourquoi étant commun à l'ensemble de l'équipe de soins.) Pour éviter les redondances, il nous faut distinguer l'art-thérapie des autres activités thérapeutiques, et bien comprendre que, par exemple, comme l'histoire de l'art qui n'est pas de l'art, la psychothérapie à support artistique n'est pas de l'art-thérapie.

Mon propos n'est pas ici de faire une présentation de l'évaluation en art-thérapie tant dans ses principes qu'avec l'inventaire des modèles existants (certains orateurs évoqueront certainement ces éléments), mais d'essayer de dégager l'originalité évaluative de l'art-thérapie au regard du soin en général et des autres membres de l'équipe soignante. En cela, l'idée est périlleuse ; en effet, un jeu subtil entre objectivité et subjectivité va s'imposer dans un cadre déontologique où la personne doit s'imposer à l'individu.

Avant toute chose, nous distinguerons les soins de confort et la thérapie. On comprend facilement que faire son *jogging*, fréquenter un atelier d'art ou suivre une psychanalyse (hors psychothérapie), permettent à des personnes autonomes d'aller rechercher une qualité de vie en accord avec leur attente ; nous retiendrons cela comme soins de confort. Cependant, une confusion subsiste. Les encarts publicitaires posés actuellement dans le métro parisien vantant les mérites de la « vélo-thérapie » ou l'exposition de baignoires dans une grande surface tourangelle avec lumière colorée incorporée dans l'eau et affiches jointes expliquant l'intérêt de la « chromothérapie » viennent conforter cette affirmation d'une ambiguïté comme celle, pour le moins curieuse entendue lors de la dernière manifestation parisienne des prostituées en colère : « les prostituées sont les thérapeutes du sexe ». Si cela peut en réjouir certains, en ce qui nous concerne, nous distinguerons ces cas entendus ici comme soins de confort et non comme de la thérapeutique.

Si l'art-thérapie revendique le champ de la thérapeutique et l'insertion dans l'équipe paramédicale, elle doit alors répondre aux critères de celle-ci tels que la mise en place de protocoles thérapeutiques ou l'application de modalités évaluatives spécifiques complémentaires aux modalités évaluatives des autres membres de l'équipe.

Afin d'introduire l'évaluation en art-thérapie, revenons brièvement sur l'origine de l'évaluation en nous référant au bon sens populaire et à l'étymologie du mot. Rappelons que dès le Moyen-Âge, un homme en bonne santé était un homme vaillant. Il s'agissait là d'une appréciation de l'état général d'une personne au regard de ses activités quotidiennes. C'est ainsi que le verbe valoir et la valeur vont s'accorder à cette idée de vaillance et que le bon sens populaire va faire d'un « homme de valeur » une personne qui vaut « quelque chose » tant à ses propres yeux qu'aux yeux des autres. Reste à savoir ce qu'est le fondement de ce « quelque chose » qui va déterminer le repère de la valeur. Or, apprécier la valeur, c'est évaluer.

Évaluer, c'est mesurer, peser, en un mot comparer deux choses. En ce qui concerne l'être humain, deux instances principales s'imposent pour évaluer sa santé : l'une sensible comme la taille ou le poids d'une personne, l'autre non sensible comme les idées ou les images mentales. Dès lors, deux types de repères peuvent apparaître. Des repères emprunts d'objectivité (relatifs au monde sensible) et des repères emprunts de subjectivité (relatifs au monde non sensible). L'idée générale étant ici de rechercher un repère stable objectif référant de l'évaluation et spécifique à l'art-thérapie.

Évaluer la santé implique des critères objectifs et subjectifs, ce qui amène à déterminer une cohérence entre l'objectif et le subjectif, cohérence qui est source elle-même d'une évaluation. Évaluer devient conjointement la comparaison entre un état de base (le début de la prise en charge d'un patient) et un état final, et la comparaison entre un état idéal et l'état réel du patient. Chacun des membres de l'équipe soignante ayant « un regard » professionnel différent et complémentaire sur la santé du patient, cela nous amène à distinguer les cadres et domaines de l'activité paramédicale (le mouvement, l'émotion, l'esprit, etc.) comme éléments d'un tout thérapeutique qui est la recherche de la bonne santé (domaine sous la seule autorité du médical) et les disciplines dites paramédicales (sous le contrôle médical), comme l'ergothérapie, la psychologie ou l'art-thérapie. On pourra dès lors comprendre l'intérêt d'un art-thérapeute spécialisé en motricité ou en psychologie que l'on distinguera du psychothérapeute ou kinésithérapeute spécialisé en art.

Chaque membre de l'équipe a pour objectif la bonne santé du patient ; la bonne santé (fonctionnement juste et harmonieux des organes, ce qui permet l'autonomie physique, mentale, sociale et relationnelle du patient¹) implique le bien-être. C'est ainsi que nous nous dégageons de paramètres emprunts d'objectivité vers des appréciations de nature subjective. En effet, le bien-être est un ressenti d'abord, il est personnalisé ensuite.

Le soin permet aux personnes malades d'aller mieux. Il se fonde en grande partie dans l'échange qui s'instaure entre le soigné et son autoévaluation (fondée sur le ressenti, exemple : je ne me sens pas bien) et l'évaluation du thérapeute (fondée sur les connaissances). Cet échange permet d'envisager la cohérence entre la bonne santé (à dominante connaissance) et le bien-être (à dominante ressenti).

1. Santé : État de complet bien-être physique, mental et social... Dictionnaire de médecine. Paris : Flammarion ; 1982.

Nous sommes donc tenus d'évoquer l'autoévaluation comme élément de l'évaluation en art-thérapie¹. Comme nous l'avons dit plus haut, les soins de confort permettent d'entretenir et de consolider l'autonomie des personnes, autonomie fondée uniquement sur une autoévaluation, alors que la défaillance ou la perte de l'autonomie génèrent le besoin d'aide qui, dans le cas de la maladie, devient une aide médicale. Le praticien de l'activité médicale et paramédicale est le thérapeute.

Le thérapeute recouvre plusieurs fonctions. C'est d'abord un « chaman » qui fonde son action sur la croyance (je crois que je vais aider cette personne, sinon je ne m'occupe pas d'elle), ensuite un scientifique qui fonde son activité sur les connaissances abstraites validées par l'expérience. Enfin, c'est un praticien de l'art (au sens premier du terme) dont l'activité est fondée sur des savoir-faire (exemple : l'art médical). Ainsi, le thérapeute est un acteur du soin.

Fort de cette première partie qui peut apparaître hors propos, nous allons voir qu'elle est le cœur même de notre sujet. En effet, l'une des originalités de l'art-thérapie est d'avoir le mot *art* dans son libellé. Or, l'art n'a aucune vertu thérapeutique. Alors, qu'en est-il de l'art-thérapie ? Quelle incidence thérapeutique l'art peut-il avoir sur la santé des humains ? Enfin, l'objectif de l'art-thérapie est-il la bonne santé ou le bien-être ?

Si beaucoup de propositions existent en matière d'évaluation en art-thérapie, force est de constater que très peu définissent l'art. En effet, des ambiguïtés amènent à assimiler par exemple, art et art plastique (comme si la musique n'était pas de l'art), art et production (comme si l'art n'était que la production) et, aujourd'hui, art et créativité ou art et signification. Dans ces cas, il serait certainement plus facile de définir l'art par ce qu'il n'est pas, plutôt que de l'identifier à tout ce qui relève de l'expression humaine. En ce qui nous concerne, nous affirmons à nouveau que si tout art est expression, toute expression n'est pas art.

La définition de l'art revêt un caractère essentiel dans notre profession considérant, au regard de l'expérience professionnelle, que l'une des premières questions que pose l'employeur à l'art-thérapeute stagiaire ou qui demande du travail est : « qu'apportez-vous de nouveau dans l'équipe ? ». En nous référant aux dictionnaires, nous rappelons qu'en matière d'art de la beauté, l'art est le vecteur privilégié de l'orientation esthétique dans les activités humaines.

1. L'implication du malade ou de la partie malade dans l'activité soignante n'est pas nouvelle. Lire Ambroise Paré. Textes choisis. Paris : Éditions Les Belles Lettres ; 1953, extrait VI, note 5, p. 84.

Précisons que nous distinguons l'activité mentale ou physique d'une personne, de l'expression qui n'est que la mise à jour, l'expression sensible du monde intérieur (qui est non sensible) des personnes. De même, nous rappelons que l'acte volontaire tel que l'activité artistique est différent de l'acte involontaire comme le réflexe. Or, la volonté ne peut être que la volonté de quelque chose. C'est dans ce quelque chose que l'art trouve son originalité et quitte le seul champ des savoir-faire. Nous devons dès lors distinguer les techniques (art plastique, musique, théâtre) au service de l'art, et les différentes natures d'art (d'agrément, appliqués ou pratiques et de la beauté). Autant de domaines concernés par l'art-thérapie qui auront tous comme point commun d'être le véhicule de l'esthétique que celle-ci soit considérée pour elle-même comme dans les beaux-arts, ou concernée mais considérée en dehors d'elle-même comme dans les arts appliqués.

L'art est le vecteur privilégié de l'orientation esthétique des personnes (ce qui le distingue de l'artisanat ou de la philosophie de l'art). De la distinction et de la complémentarité entre expression, art et esthétique, s'impose, au regard de l'activité humaine, une organisation d'éléments que nous retenons sous le nom d'opération artistique¹.

En ce qui concerne l'esthétique² et l'art-thérapie, précisons (pour faire simple) deux faits : le premier est que nous appellerons beau ce qui plaît simplement (comme le patient qui apprécie un bouquet de fleurs, ou le poème qu'il a réalisé) et le second est que la laideur fait partie de l'esthétique. La recherche esthétique qui privilégie l'agréable donc le beau³ crée une tension et un effort singuliers de nature à revigorer la qualité existentielle des personnes, ne serait-ce que par l'implication de la confiance, de l'estime et de l'affirmation de soi et, de fait, des autres. En cela, l'expression est confortée par la communication, ce qui, dès lors, donne les indications médicales majeures de l'art-thérapie soit les troubles de l'expression, de la communication et de la relation.

Si l'orientation esthétique est une volonté de la personne (donc implique une tension vers un idéal et un effort de sélection de l'objectif), rappelons qu'elle implique aussi le ressenti et l'activité réfléchie, c'est-à-dire que l'esthétique, forte aujourd'hui de l'expérience artistique auprès de personnes malades ou handicapées, se détermine avec une implication existentielle des personnes

1. L'opération artistique. Forestier R. Tout savoir sur l'art occidental, partie II. Lausanne : Favre ; 2004.
2. L'esthétique est abordée ici dans son aspect le plus pragmatique. Pour une information plus philosophique, le lecteur se reportera à Platon, Kant, Hegel ou Heidegger, par exemple.
3. Aesthetica, Baumgarten, T. 1, 1750 et Regard sur l'art, R. Forestier, éd. See you soon ; 2005.

(je passe un bon moment), une modalité technique d'adaptation de l'intention à la production (j'ai bien fait) ainsi qu'une gratification par le résultat obtenu (cela me plaît). En un mot, l'esthétique se dégage de la seule contemplation.

Nous avons présenté les trois instances fondamentales de l'esthétique que l'art saura mettre en œuvre. Nous les synthétisons par le Bon, le Bien et le Beau (qui déterminent la théorie des trois B). Il s'agit d'autant d'éléments qui peuvent favoriser le bien-être des personnes et influencer sur leur recherche de la bonne santé. Un processus original d'expression et d'analyse se dégage, de nature à rendre spécifique l'activité de l'art-thérapeute au sein de l'équipe de soins.

L'art devient le processeur de la dynamique existentielle des personnes et confirme cette idée développée dès 1975 par le docteur J.-P. Chevrollier, « l'art-thérapie s'adresse aux parties saines des patients ». En cela, l'évaluation trouve un nouveau jour en art-thérapie : plutôt que d'évaluer ce qui ne va pas, essayons d'évaluer ce qui va chez un patient.

Pour ce faire, l'analyse de l'opération artistique, que nous ne développerons pas ici, faute de temps (le lecteur se reportera à l'ouvrage *Tout savoir sur l'art occidental* chez Favre Éditeur), déterminera des sites d'action thérapeutiques sur lesquels l'art-thérapeute saura travailler et, forte du phénomène artistique (qui n'est que la partie sensible de l'opération artistique), la modalité thérapeutique sera pertinente par l'action ciblée qu'elle réalisera. L'évaluation sera alors un bilan de l'action entreprise, et une amorce et un guide dans la conduite thérapeutique à venir. Au demeurant, il faut veiller à ce que l'objectivité de la méthode évaluative ne pénalise en rien la subjectivité des ressentis.

Pour clore cette partie sur le fondement de l'évaluation en art-thérapie, nous insistons sur le fait que l'art, qui va donner son originalité à l'art-thérapie, est, par nature, fondé sur une évaluation : trouver une chose belle, bien faite est une évaluation.

La distinction entre le pouvoir éducatif naturel de l'art¹ et l'art-thérapie est essentielle pour ne pas confondre l'art qui me fait du bien (soins de confort) et l'art comme processeur de la bonne santé (art-thérapie)². L'art-thérapie, pour revendiquer son originalité, exploite le pouvoir expressif naturel de l'art (c'est pourquoi la psychothérapie médiatisée, même à support artistique, n'est pas de l'art-thérapie). Elle a pour objectif non pas l'art, mais la personne qui est confiée à l'art-thérapeute. En cela, l'évaluation en art-thérapie doit recouvrir l'ensemble de l'opération artistique. Elle doit

1. Phèdre, Platon. Paris : Garnier-Flammarion ; 1989.

2. Forestier R. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Lausanne : Favre ; 2000.

préserver l'autoévaluation du patient relative à son bien-être, confrontée à l'évaluation de l'art-thérapeute relative au bon fonctionnement des mécanismes artistiques sanitaires des patients. L'art est, ici, l'agent thérapeutique. Le pouvoir de l'art qui implique le ressenti, donc l'abstraction, échappe en grande partie aux champs des représentations et se place généralement en deçà du verbal (rappelons cependant que, dans certains cas, l'art-thérapeute peut aider à l'émergence, voire à l'accompagnement d'éléments symboliques, signifiants, mais n'aura pas autorité ni compétence à les interpréter). L'art-thérapie concerne le sens aux dépens de la signification.

Il s'agit d'autant d'éléments qui recouvrent la spécificité de l'art comme activité humaine que nous résumons par les quatre éléments sanitaires relatifs à l'activité artistique qui sont le goût, le style, l'implication, et leur cohérence. Ce seront les premiers objectifs thérapeutiques de l'art-thérapie¹. Enfin, et pour ne pas rester dans la théorie, je présente brièvement (hors contexte de pathologies lourdes et complexes pour la clarté du propos), le cube harmonique, outil évaluatif en art-thérapie enseigné dans les universités tourangelle, poitevine, parisienne et bruxelloise.

Si cet outil se veut caractéristique de l'originalité de l'art-thérapie telle que nous l'avons définie en matière d'évaluation, signalons qu'il fait encore l'objet d'étude de faisabilité, qu'il ne remplace en rien les importants travaux précédents² et qu'il ne doit s'entendre que comme un complément des tests, bilans et autres procédés évaluatifs des autres membres de l'équipe soignante³.

Mis en place dans les années 2000 à l'Afratapem, le cube harmonique veut synthétiser les trois grandes implications artistiques humaines soit le goût, le style et l'implication de la personne au regard de la qualité existentielle recherchée (le Bon), l'empreinte humaine dans la qualité technique de la réalisation (le Bien) et le ressenti esthétique recherché (le Beau).

Ainsi, trois paramètres apparaissent dans une recherche de cohérence que la forme cubique peut synthétiser. C'est un outil de nature autoévaluative (le patient peut demander à passer cette évaluation, voire s'en servir comme modalité thérapeutique) et évaluative (le thérapeute peut apprécier la faisabilité dans la réalisation, la recherche de la forme cubique par le patient,

1. Regard sur l'art. Forestier R, éd. See you Soon ; 2005.

2. Nous ne ferons pas la liste des travaux anciens ou modernes relatifs à l'évaluation tant ils sont nombreux. Cependant, j'ai plaisir à citer un ouvrage qui me semble synthétiser le sérieux et la grande qualité humaniste des travaux précédents : Études de peintures d'adolescents délinquants. Vauresson : Cujas ; 1967.

3. Granier P, Gentil V, Escande M. L'évaluation dans les psychothérapies médiatisées. Art et Médecine : la recherche, XV^e anniversaire de l'Afratapem. Tours : Université de Tours ; 1992, p. 36-43.

comparer les résultats). Vous noterez que je ne parle pas de test, mais d'une modalité évaluative. Le patient est, ici, impliqué dans l'appréciation des résultats thérapeutiques.

Le cube harmonique permet de donner une appréciation de la personnalité artistique à un moment donné. L'implication du patient permet à l'art-thérapeute de déterminer des cibles thérapeutiques au regard de l'opération artistique. L'évaluation proposée ici est autant la photo d'un instant, qu'un moyen thérapeutique d'épanouissement de la qualité existentielle des personnes. Elle est exploitable autant par le patient que par l'art-thérapeute. Le cube harmonique se veut complémentaire dans l'arsenal des outils thérapeutiques évaluatifs. Sa complémentarité tient à l'originalité de l'outil, originalité qui réside dans son adéquation et sa justesse avec le fondement de l'art-thérapie, c'est-à-dire l'art dans un cadre thérapeutique.

En conclusion de cet exposé, exprimons à nouveau la distinction et la complémentarité qui existent entre la bonne santé et le bien-être des personnes. L'art-thérapie intervient plus sur le bien-être que sur la bonne santé, bien que cette dernière soit généralement associée au premier. C'est l'incidence de l'un sur l'autre qui est l'originalité thérapeutique en art-thérapie. Ensuite rappelons que le patient est une personne, malade ou handicapée « de surcroît » (repris au docteur J.-P. Chevrollier). L'activité thérapeutique peut donc être adressée à cette partie « saine » qui existe de fait (le protocole thérapeutique distingue l'art-thérapie des activités d'animateur ou d'éducateur par exemple). Enfin, insistons sur le fait que c'est le champ sanitaire qui retient l'attention de l'art-thérapeute. En cela, nous précisons le fondement de ce « quelque chose » évoqué au début de notre exposé. Il s'agit de la « saveur existentielle » de nature à inciter et à déterminer la qualité de vie des patients, ne serait-ce que dans l'affirmation de leur statut de sujet vivant et non d'objet malade. L'être humain vaillant aura plaisir à vivre et l'art peut l'y aider.

L'art qui vient puiser au plus profond des êtres humains met en jeu des mécanismes objectifs et des ressentis subjectifs que l'art-thérapeute saura exploiter grâce, entre autres, à l'évaluation de son travail et de ses résultats. Si l'évaluation est, ici, professionnellement importante, n'oublions pas que l'essentiel est la personne ; or la personne échappe à l'idée même de valeur.



Relation entre l'art et la médecine

J.-J. Giraud

La liste de professions suivante : prêtre, peintre, médecin, rebouteux, magicien, prophète, sculpteur, dentiste, guérisseur, cartomancien, exorciste, architecte, chirurgien, radiesthésiste, voyant, musicien, pharmacien, sorcier, danseur, infirmier, poète, écrivain, comédien, tatoueur, art-thérapeute est extrêmement diversifiée et provient en fait d'une seule et même origine. Toutes dérivent du sorcier encore appelé chamane de la tribu préhistorique.

La définition du chamanisme est la suivante : ensemble des pratiques magiques de certains peuples ouralo-altaïques de l'Asie Centrale et Septentrionale. Cette définition, très restrictive sur le plan géographique, est en réalité universelle, et l'on va retrouver, dans toutes les sociétés primitives, la présence de cet étrange individu.

Le sorcier remplit toutes les fonctions énumérées ci-dessus. Il est l'intermédiaire entre le monde des esprits et le monde réel. On va le trouver lorsque la tribu connaît des difficultés : chasse infructueuse, manque de nourriture, maladies, femmes mortes en couches ou nouveau-nés morts à la naissance... Ces ennuis prouvent que les esprits sont courroucés, et qu'il faut les apaiser. Le sorcier va procéder à des incantations, et il va avoir besoin de visualiser les esprits, soit par des statuettes, soit par des peintures, sur lesquelles il va agir par prières, envoûtement, offrandes ou sacrifices.

Ce chamane possède donc des dons particuliers inconnus des autres membres de la tribu. Il remplit plusieurs fonctions : divination, guérison, accomplissement des rites mortuaires, contact avec les esprits des morts qui reviennent tourmenter les vivants afin de les apaiser. S'y ajoutent des activités de rebouteux, une connaissance des vertus thérapeutiques des plantes.

Le chamanisme est une technique archaïque de l'extase au cours de laquelle l'âme est censée quitter le corps pour voyager dans le monde des esprits.

Lors d'une séance, le chamane va entrer en transe. Ces trances peuvent durer plusieurs jours pour un grand malade, accompagnées de danses et tambours. Elles peuvent être déclenchées par la prise de substances hallucinogènes.

L'art est souvent présent : le chamanisme est un art oral et théâtral. Il y a aussi utilisation d'accessoires : masques, hochets, bâtons, statuettes, tambours, vêtements... Des chamanes dessinent sur le sol des figures symboliques sur lesquelles ils font allonger les malades.

Ne devient pas chamane qui veut. Il faut avoir des dispositions particulières : rêves, visions, maladies répétées preuve d'une relation privilégiée avec les esprits, hallucinations, évanouissements, intolérance à certaines nourritures.

Les chamanes font preuve de dons inexplicables comme marcher sur des braises, avaler des charbons ardents, se transpercer d'un poignard.

Il faut bien sûr distinguer les personnes possédant ces dons authentiques des charlatans qui ne cherchent qu'à abuser leur auditoire. Du reste, ces pouvoirs spéciaux sont difficilement explicables d'un point de vue scientifique, mais cela prouve, à l'origine, un lien étroit entre religion, art et médecine.

Un excellent exemple de ces phénomènes est donné par les tribus de l'Alaska.

Alaska

Si les hommes rentrent bredouilles de la chasse plusieurs jours de suite, et que la famine menace, c'est que la tribu a mécontenté les esprits et bouleversé l'ordre de l'univers. La communauté va alors trouver le chamane pour qu'il fasse savoir au maître des animaux que les hommes sont dans le besoin. On sculpte alors un masque représentant l'âme du loup, de l'ours, du phoque ou de la loutre. Le chamane les rend magiques, appelle l'esprit au son des tambours et entre en transe. S'il apprend qu'un tabou n'a pas été respecté, il s'engage à ce que les siens fassent réparation. En échange, il obtient la certitude que les animaux donneront leur chair pour nourrir les hommes. À la fin du rituel, les masques, devenus inutiles, sont brûlés (ces masques sont donc fort rares et possèdent une grande valeur pour les collectionneurs).

Art du paléolithique : représentations humaines rares et grossières

Nous avons une bonne connaissance de la peinture du paléolithique grâce à l'ornementation des grottes.

On constate que les fresques ont été peintes dans ces conditions très difficiles. Il fallait aller très profond dans les cavernes, avec un éclairage de faible intensité ne pouvant durer que pendant un temps assez court, et dans des endroits très éloignés de l'entrée où il fallait peindre parfois couché. Or, la qualité esthétique est d'un très haut niveau. La maîtrise du trait est remarquable. Pas d'hésitations, de repentirs ou de maladresses. Les attitudes des animaux sont parfaitement décrites. Cela prouve que les peintres se sont entraînés à l'extérieur, et ont très bien observé les mammouths, rennes, bisons... Cela prouve aussi qu'on n'a pas laissé peindre dans les cavernes des artistes inexpérimentés.

Il n'en est pas de même pour les représentations humaines. Elles sont rares et paraissent maladroitement à côté de la perfection de représentations animales.

Les premières représentations humaines datent de – 30 000 ans et montrent des vulves. Apparaissent ensuite des statuettes de femmes enceintes.

Les figurations d'hommes sont beaucoup plus tardives. Il faudra attendre le Magdalénien.

Un très bon exemple est donné par la scène du puits à Lascaux. On y voit un bison éventré par des flèches. En face de lui se trouve un homme renversé à tête d'oiseau représenté schématiquement et qui ressemble à un dessin d'enfant. À côté se trouvent des sortes de piquets sur lesquels est perché un oiseau.

On a beaucoup écrit sur l'interprétation de cette scène : envoûtement, accident de chasse. En réalité, l'homme renversé est ithyphallique, ce qui prouve qu'il n'a pas été tué par le bison. Le fait qu'il ait une tête d'oiseau montre que c'est un sorcier portant un masque. L'oiseau sur les piquets est probablement un totem. Nous nous trouvons en présence d'une scène de chamanisme.

Une autre représentation dans la grotte des Trois Frères montre un homme avec un masque de cervidé. Il s'agit, là encore, d'un sorcier.

Afrique Noire

Chez les Bushmen d'Afrique du Sud, les *medicine men* sont souvent possédés par l'esprit du lion, se parent de sa peau, et prennent sa personnalité lorsqu'ils entrent en transe dans une danse.

Dans la population Kôngo, on sculptait des fétiches avec une corne dans laquelle on plaçait des plantes médicinales.

Il existe aussi des fétiches à clous. Si une femme est morte en couches, ou si un nouveau-né est mort, cela est dû à la faute de quelqu'un de la tribu. Le sorcier prend alors un fétiche qu'il va couvrir de clous, jusqu'à ce que le coupable soit atteint et dépérisse. C'est de l'envoûtement. Il s'ensuit que le sorcier est très redouté.

Une autre pratique est ce qu'on appelle le poison d'épreuve. Lorsqu'un coupable est suspecté, on fait prendre à la tribu un poison : la fève de Calabar, dont la substance active est l'ésérine. Le principe est le suivant : ceux qui ont la conscience tranquille ne sont pas atteints et vomissent le toxique. Le coupable, qui est très tendu, ne vomit pas et meurt.

Chez les Dogons, le forgeron devient le médecin du village. Comme il redresse les instruments tordus, il répare aussi les membres fracturés.

Ces chamanes, à la fois prêtres, médecins et artistes, illustrent bien les rapports existant entre l'art et la médecine, et nous allons rencontrer régulièrement jusqu'à nos jours des individus qui en sont l'illustration.

Saint Luc : écrivain, peintre et médecin

Saint Luc, l'évangéliste, était médecin, mais la tradition dit qu'il était aussi peintre et qu'il aurait peint le portrait de la Vierge. Sous la Renaissance, en Italie, les peintres et les médecins étaient regroupés dans la Guilde de Saint Luc.

Sainte Hildegarde de Bingen : visionnaire, écrivain, compositeur, médecine, phytothérapie

Sainte Hildegarde de Bingen (1098-1179), était le 10^e enfant d'une grande famille. En vertu d'une règle de l'Ancien Testament : tu donneras à l'éternel un dixième de tout ce qui t'appartient, ses parents la consacrèrent au Seigneur et Hildegarde entra au couvent des bénédictines à l'âge de 8 ans. À 38 ans, elle devint mère supérieure. À 43 ans commencèrent des visions prophétiques qu'elle décrivit dans un grand livre. Elle soutenait que l'esprit de la femme est en tout point comparable à celui de l'homme. Elle composa plus de 77 cantiques, pratiqua une médecine psychosomatique et rédigea un traité sur l'art de guérir par les plantes. Elle entendait soigner à la fois le corps et les âmes et faisait pratiquer par ses nonnes l'écriture, la gravure, la reliure, le chant et les sciences.

Fra Angelico : moine et peintre

Fra Angelico a orné de fresques le couvent Saint-Marc à Florence. Il y a eu de nombreux témoignages de moines peintres. Dans la religion orthodoxe, ils peignaient les icônes.

Mais on a aussi eu des témoignages des religieux qui s'occupent de soigner les malades : les moines et les clercs s'intéressaient à la médecine au point que le concile de Clermont, en 1130, trouvant que cette occupation les détournait de la prière, leur interdit toute pratique médicale, ce qui malgré tout, resta lettre morte pendant longtemps.

Léonard de Vinci : peintre et anatomiste

À l'époque de Léonard de Vinci, l'étude de l'anatomie était pratiquée par les médecins dans les écoles, et par les artistes uniquement préoccupés par l'étude des proportions idéales, canons de la beauté traditionnelle.

Léonard alla plus loin. Il ne se limita pas à une étude anatomique de surface, comme les écorchés, mettant en évidence seulement les reliefs musculaires. Il s'attaqua à l'anatomie des organes profonds en s'intéressant à tous les viscères, en cherchant une explication des fonctions c'est-à-dire la physiologie, ce qui n'était pas nécessaire sur le plan purement plastique. Malheureusement, ces études ne furent pas publiées, et son œuvre demeura inconnue jusqu'au début du XX^e siècle.

Innovation considérable, il pratiquait des coupes dans des axes différents, fixant les rapports des organes entre eux. Il ne se contenta pas de décrire les muscles, les viscères et les os, mais il mit en évidence le rôle des vaisseaux et des nerfs.

Il réalisa la première description correcte des ventricules cérébraux, car il les étudiait en y injectant de la cire.

Il voyait un rapport étroit entre la morphologie et les caractères psychiques.

Il vérifiait ses interprétations en faisant des expériences in vitro avec des maquettes pour essayer de restituer la vision, la phonation, la respiration et la circulation.

Enfin, il essayait d'utiliser les enseignements de l'anatomie et de la physiologie pour ses inventions, par exemple la flûte à bec à partir du larynx, le clavier des clarinettes à partir des tendons de la main, et l'aile de la chauve-souris pour sa machine à voler qui fut malheureusement un échec. L'essai de Léonard de Vinci de faire voler un homme avec des ailes se termina par la mort du malheureux, ce qui l'affecta beaucoup.

Mathis Grünewald

Mathis Grünewald naît entre 1455 et 1480 en Allemagne. Il travaillait à Mayence, Francfort, en Alsace à Issenheim, au couvent des Antonins, où il peignit un célèbre retable. Il avait d'autres talents que la peinture. On lui confia l'élévation d'une machine hydraulique. Il fut appelé par la confrérie des Antonins à Issenheim pour peindre un fameux triptyque, dont un panneau : « la Résurrection » est absolument fulgurant. Il séjourna donc un temps chez les Antonins, congrégation se réclamant de Saint Antoine.

Né en Égypte vers 250, Antoine se retira au désert. Il y subit de terrifiantes visions inspirées par le démon. Les tentations de Saint Antoine furent un grand sujet d'inspiration pour les peintres, jusqu'à Salvador Dali. Sa vie s'enrichit d'éléments légendaires. Au XI^e siècle, un seigneur dauphinois ramena ses reliques, et un ordre hospitalier prit naissance à point pour soigner le mal des ardents dû à l'ergot de seigle, champignon toxique, parasite de l'épi, et caractérisé par des pustules et des hallucinations semblables à celles de Saint Antoine. Les Antonins se donnaient vocation de soigner toute maladie à manifestation cutanée. La peste, et toute maladie contagieuse attaquant l'épiderme, la lèpre, et la syphilis qui faisait ses débuts, furent soignées dans les commanderies. Le cochon, animal associé à Saint Antoine, fournissait, par sa graisse, la matière première pour la composition d'un onguent. On le promenait dans les villes avec une petite clochette.

De retour en Allemagne, Mathis Grünewald mit au point un onguent semblable à celui des Antonins dont il avait appris la formule à Issenheim, mais tout cela ne lui apporta pas la fortune.

Rabelais : écrivain et médecin et Nostradamus : prophète, écrivain, poète, médecin et pharmacien

Nous allons rencontrer, avec Michel de Nostredame, un descendant typique du chamane de la tribu préhistorique avec une activité polymorphe de médecin, pharmacien, écrivain, poète et prophète. Il obtint le titre de bachelier en médecine après 3 ans d'étude à la faculté de Montpellier à l'âge de 21 ans. Il suivit l'évolution d'une épidémie de peste qui ravage la contrée d'Aix-en-Provence en 1546, et mit au point un remède à base de plantes. Les mesures d'hygiène : vêtements brûlés, cadavres inhumés dans la chaux, maisons passées à l'essence de hêtre, ainsi que l'arrivée des premiers froids enrayèrent l'épidémie beaucoup plus que son remède, mais cette coïncidence lui donna une grande réputation. Il s'installa en Arles en tant que médecin et « astrophile » où il rédigea ses *Centuries*, mais continua à se passionner pour les remèdes à base de plantes. En 1552, il rédigea un *Traité des confitures et des fardements*, avec des recettes de confiture végétales ayant une action thérapeutique.

Ses *Centuries* étaient des prophéties principalement sous forme de quatrains sans aucune suite chronologique et qu'il attribuait à une inspiration divine : « Splendeur divine, le divin près s'assied ».

Son quatrain débutant par : « Le lion jeune le vieux surmontera » fut compris comme l'annonce de la mort du roi Henri II lors d'un tournoi où la lance de Montgomery lui transperça l'œil. Le fameux chirurgien Ambroise Paré, qui avait fait son expérience sur les champs de bataille, fut appelé au chevet du roi, mais n'osa rien tenter. Henri II agonisa pendant plusieurs jours.

La réputation de Nostradamus fut telle que le roi Charles IX vint lui rendre visite.

Pasteur

Avant de devenir l'illustre savant et découvrir les vaccins, il avait commencé par la peinture. On connaît un remarquable portrait de sa mère.

Un certain nombre de peintres ont commencé des études de médecine : par exemple Frédéric Bazille qui regrettera toujours un peu de ne pas avoir continué. Il soigna et peignit Monet atteint d'une fracture à la jambe.

Un désir de carrière artistique étant très souvent mal accueilli dans la bourgeoisie du XIX^e siècle, on orientait parfois les enfants vers des études médicales.

Borodine

Compositeur, auteur notamment des « Steppes de l'Asie centrale » il était aussi professeur de chimie à la Faculté de Médecine.

Raspoutine

Raspoutine était moine et guérisseur.

Hans Prinzhorn

Hans Prinzhorn est né en 1886 à Hemer en Westphalie. Après avoir soutenu une thèse de philosophie en 1908, il suivit des études d'histoire de l'art, puis il apprit le chant. Il commença ensuite des études de médecine et obtint son diplôme en 1917. Nommé assistant dans une clinique psychiatrique de Heidelberg à partir de 1919, il constitua en 2 ans une collection de 5000 peintures réalisées par 450 aliénés dont 75 % de schizophrènes.

En 1922, il publia : « Bildnerei des Geisteskranken » qui obtint un grand succès. En 1925, à l'université de Francfort, il donna une série de cours sur les fondements de la psychothérapie. Il publia un ouvrage sur ce sujet en 1928. Il souffrait lui-même de troubles dépressifs. En 1933, il attrapa une typhoïde et mourut d'une embolie pulmonaire consécutive à une phlébite.

L'apport principal de Prinzhorn est qu'il fut amené à considérer que les peintures réalisées par les schizophrènes étaient de véritables œuvres d'art et non pas des gribouillages enfantins. C'est un art « primitif » présentant des similitudes avec l'art des Cyclades ou l'art africain et en tout point comparable à des mouvements comme « l'Art brut, l'Art naïf, l'Arte povera... Cette découverte exercera une influence notable sur un grand nombre d'artistes du XX^e siècle. Mais ce n'est pas pour autant qu'il faut en conclure que certains créateurs contemporains sont des malades mentaux.

Par la suite, on ne tardera pas à se rendre compte des bienfaits rendus par la pratique de la peinture chez les schizophrènes et de l'aide apportée à la compréhension de la maladie.

Certains malades peignent spontanément, pratiquant ainsi une auto-art-thérapie.

Partie I

L'évaluation en art-thérapie : *en France*

Claire Plaisant, Art-thérapeute diplômée d'université,
*L'évaluation en art-thérapie, confrontée à celle des autres paramédicaux
dans un service de médecine physique et de réadaptation auprès de
personnes traumatisées crâniennes graves*

Fabrice Chardon, Art-thérapeute diplômé d'université,
*L'évaluation en art-thérapie à dominante musicale auprès d'une personne
âgée démente*

Philippe Colombat, Professeur à l'université de Tours, **Élodie Larssonneur**,
Anne Bomer, Art-thérapeutes diplômées d'université,
L'intérêt de l'art-thérapie en oncologie et hématologie et son évaluation

Hélène Bernhard et **Corinne Millot**, Art-thérapeutes diplômées d'Univer-
sité,
*Apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la
restauration de l'estime de soi*

Marie Vaillant-Perriere, Art-thérapeute diplômée d'université,
L'évaluation des effets du merveilleux en art-thérapie



L'évaluation en art-thérapie, confrontée à celle des autres paramédicaux dans un service de médecine physique et de réadaptation auprès de personnes traumatisées crâniennes graves

C. Plaisant

Introduction

Dans le secteur hospitalier, l'évaluation est aujourd'hui un outil indispensable pour une conduite soignante efficiente. Afin de renforcer la qualité de l'action pluridisciplinaire, nous avons examiné les corrélats existants entre l'évaluation en art-thérapie et celle des autres paramédicaux auprès de personnes traumatisées crâniennes graves. Nous allons observer ce qui fait l'autonomie et la spécificité de la grille art-thérapeutique et en quoi l'autoévaluation du patient cérébrolésé apparaît comme un item important de l'évaluation. Cet outil privilégié d'échange transdisciplinaire permet une plus grande lisibilité de l'action thérapeutique et c'est ce qui donne accès à une pratique intelligible et transparente.

Des difficultés dans la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes graves

Nous avons rencontré des obstacles dans le recueil des informations auprès des personnels paramédicaux. En effet, les patients traumatisés crâniens graves posent de telles difficultés du fait des troubles neuropsychologiques, qu'un sentiment de découragement ou d'épuisement pèse sur l'ensemble du

personnel hospitalier. Et cet état de fait est souvent à l'origine de ruptures dans le déroulement des prises en charge. Les informations qui vont suivre ont été entre autres recueillies au cours des entretiens réalisés auprès du personnel paramédical du service de médecine physique et réadaptation du centre hospitalier de Blois, dans le Loir-et-Cher.

Étude comparative

Nous avons établi des tableaux comparatifs que les paramédicaux ont remplis. Voici deux tableaux parmi les six proposés à l'analyse (annexe 4.1).

Ce premier tableau a eu l'intérêt de montrer très concrètement quels sont les moyens techniques d'action utilisés dans chaque discipline, à savoir :

- si les objectifs étaient définis avec le patient ;
- si une observation était écrite à chaque séance ;
- si des tests ou échelles d'évaluation étaient utilisés ;
- si une évaluation chiffrée était effectuée ;
- si l'évaluation effectuée était reportée dans le dossier du patient ;
- si des bilans et des synthèses étaient rédigés ;
- et si les items d'évaluation dépendaient du patient et de la pathologie.

Dans cet autre type de tableau (annexe 4.2), nous avons interrogé les paramédicaux sur les troubles ou déficits pris en charge et évalués. Ce questionnaire nous a permis d'affiner les rôles de chacun.

Les autres tableaux interrogeaient les paramédicaux très précisément sur les outils, les moyens et les méthodes utilisés par chacun d'entre eux dans l'évaluation du patient.

Très rapidement nous avons mis en exergue ce que les art-thérapeutes étaient seuls à prendre en charge et à évaluer. Il en ressort que ces derniers établissent plus volontiers des analyses écrites de leur travail, sous forme d'observations, d'évaluations graphiques et de bilans des séances passées.

Les réponses des paramédicaux étaient floues dès qu'il s'agissait des valeurs relationnelles ou existentielles. Bien que prises en considération par chacun d'entre eux, ces valeurs ne font l'objet d'aucune évaluation.

Spécificités de la méthodologie art-thérapeutique

Ainsi, nous avons pu dégager les spécificités de la pratique art-thérapeutique. Les particularités sur le plan de la méthodologie concernent :

- le *choix* et l'*utilisation* des items d'observation ;
- la mise en œuvre d'objectifs *prédéfinis avec* le patient ;
- l'établissement *systématique* d'une *observation écrite* à chaque séance ;

- la constitution automatique d'une *évaluation mesurée* dans le temps ;
- et l'utilisation de *l'autoévaluation*.

L'évaluation a montré des similitudes concernant les prises en charge cognitive, motrice et psychologique et de nombreux phénomènes associés étaient semblables à ceux des autres disciplines. Pourtant, tout un pan de l'évaluation est très nettement propre à l'art-thérapie.

Items et faisceaux spécifiques

Les items spécifiques les plus fréquemment rencontrés sont les suivants.

Concernant le phénomène artistique tout d'abord :

- la *contemplation*, *l'impression* ou la *captation* sont considérées d'un point de vue esthétique au lieu que physiologique ;
- *l'intention*, *l'intérêt* ou la *motivation* sont observées à travers l'expression des goûts esthétiques ;
- pendant *l'action*, l'art-thérapeute observe particulièrement l'imagination, la créativité et l'utilisation d'un savoir-faire dans une visée esthétique ;
- lors de la *réalisation*, c'est la *nature* et les *effets* de la *production* qui sont observés, d'un point de vue esthétique et afin d'analyser leur impact sur les phénomènes qui en résultent.

Ensuite, concernant les capacités relationnelles, l'art-thérapeute examine les liens qui existent entre :

- les *degrés* et la *nature* de *l'expression* du patient et le phénomène artistique ;
- ainsi que les *facultés critiques* ou capacités *d'autoévaluation* du patient.

Enfin, se rapportant aux capacités esthétiques, l'art-thérapeute s'intéresse à :

- *l'expression* du *goût esthétique* ;
- à *l'expression* des *émotions* liées au plaisir esthétique ;
- et enfin à la *nature* de la *recherche esthétique*.

Processus artistique

Nous allons voir, sur ce schéma (figure 4.1), le déroulement du processus artistique. L'art-thérapeute va, de par sa compétence artistique, conduire le patient à saisir les stimuli sensoriels et les émotions qui en résultent. Il va s'initier un phénomène d'appétence permettant au patient d'accéder à une intention de créer, ce qui sera le moteur pour la production d'une œuvre. De l'acte contemplatif de départ résulte un plaisir qui ne demande qu'à être « rejoué ». Évalué par le patient, ce principe de « plaisir à renouveler » est un agent thérapeutique actif et efficace.



Figure 4.1. Déroulement du processus artistique.

Autoévaluation

Nous n'avons observé aucune mesure d'autoévaluation pratiquée avec les patients, ou, du moins, s'il en existe, elles sont informelles. Voici pourquoi il nous semble que cette autoévaluation est pertinente, et plus particulièrement pour ce type de pathologie, malgré les difficultés qu'elle représente. Nous nous sommes intéressés à l'autoévaluation parce que c'est aussi un des outils indispensables de l'activité artistique. L'autoévaluation nous apparaît propice à engendrer l'action réadaptative parce qu'elle fait intervenir la subjectivité tout au long de la progression du patient. Cette approche admet en effet, dès le départ, que l'apprentissage, la rééducation et la réadaptation ne sont pas programmables uniquement de l'extérieur¹. Le patient ne doit pas se noter, mais examiner ses propres représentations, estimer le chemin qui le sépare du modèle esthétique à atteindre et enfin modifier ses actions afin d'avancer dans la direction voulue. Nous devons permettre au patient de prendre conscience de ce qui le sépare d'un but devenu intelligible pour lui et faire qu'il puisse se déterminer, dans la gamme des tâches proposées,

1. « L'autoévaluation est en effet le meilleur moyen de prendre conscience de sa distance à l'objectif et de ressentir un conflit cognitif mobilisateur. C'est le moyen essentiel dont on dispose pour faire passer la connaissance d'un simple savoir-faire non réfléchi, purement opératoire, à un savoir réfléchi, permettant d'intervenir consciemment sur ce savoir-faire lui-même. Seul cet apprentissage de l'autoévaluation peut donner accès à l'autonomie ... » Conclusions des expériences genevoises Jean Cardinet Plaidoyer pour l'autoévaluation. Chercheur à l'Institut Romand de documentation pédagogique, Jean Cardinet a participé à l'expérimentation conduite à Genève sur les propositions américaines de la pédagogie de maîtrise. Il fait ici une démonstration magistrale de l'importance de l'interactivité et de celle de l'autoévaluation.

pour l'activité qu'il se considère capable d'aborder et qu'il puisse décider du moment où il va la produire. Nous sommes bien dans ce que l'art-thérapie est spécifiquement en mesure de proposer, en regard des autres disciplines paramédicales qui n'offrent ni choix, ni implication du patient dans le choix des prises en charge thérapeutiques. Pour que cette autoévaluation puisse s'effectuer et qu'elle serve l'action thérapeutique, il faut que le patient ait atteint un certain niveau de conscience. Les troubles de la conscience étant justement une des atteintes majeures chez les patients cérébrolésés, nous allons maintenant voir quelles sont les possibilités pour le patient d'accéder à la réalisation d'une autoévaluation.

Conscience

Nous avons cherché quelle approche de la conscience convenait le mieux pour une application en art-thérapie. Voici une des définitions possibles des différents niveaux de conscience. Tout d'abord, la conscience-attention : il s'agit du passage de l'état de sommeil à celui de veille ; nous exécutons là machinalement des opérations finalisées (comme arrêter le réveil qui sonne le matin). Dans ce niveau de conscience, nous sommes présents au monde, c'est-à-dire :

- en état de veille ;
- pas endormis ;
- pas dans le coma ;
- pas hallucinés.

Vient ensuite la conscience-pensée. Ce niveau de conscience mobilise :

- des représentations symboliques ;
- des images mentales, des idées.

Et enfin la conscience de soi ; il s'agit là de la capacité à :

- se reconnaître ;
- se ressentir comme ayant une identité, un nom, une histoire, des projets, des raisons de vivre.

Nous comprenons, au regard de la définition du troisième niveau de conscience, ce qui intéresse directement l'évaluation de patients dont le traumatisme représente une rupture définitive, pour ce qui est du domaine de l'identité, de la projection dans l'avenir et du sens donné à la vie, c'est-à-dire le point de vue existentiel.

Troubles de la conscience

Lorsque nous parlons des troubles de la conscience chez les personnes traumatisées crâniennes graves, nous examinons les processus d'attention

ainsi que la « conscience-pilote ». Parmi les troubles de la conscience-attention, l'anosognosie¹ est un état pathologique fréquent chez ces patients. Pour qu'une personne ait conscience de son propre corps, elle doit avoir la capacité à le ressentir, le percevoir et le diriger. Or, c'est bien ce qui semble être altéré chez ces personnes qui ignorent souvent ce dont elles souffrent. La conscience-pilote est également très dégradée chez ces personnes. À la suite d'un traumatisme crânien grave, les lésions sont souvent telles que la plupart des activités cognitives élaborées sont considérablement détériorées comme :

- la perception ;
- le décodage ;
- la mémorisation ;
- le calcul ;
- ou le traitement linguistique.

Nous constatons parfois également une atteinte sévère au niveau de l'inconscient cognitif² et certains patients ont perdu les automatismes mentaux acquis par l'apprentissage. Ils sont alors confrontés à la nécessité de développer de nouveau une grande attention et réflexion dans l'acquisition de processus précédemment assimilés et intégrés.

Évaluation du niveau de conscience du traumatisme crânien

L'évaluation du niveau de conscience du traumatisé crânien se fera au regard des bilans effectués en amont par les neurologues, neuropsychologues et orthophonistes. Chaque observation sera ensuite vérifiée lors de la pratique en atelier d'art-thérapie, permettant la détermination d'items appropriés.

1. Anosognosie : il s'agit pour le patient d'une difficulté ou d'une incapacité de reconnaître sa pathologie et ses propres difficultés. « L'anosognosie est d'une très grande fréquence chez les personnes traumatisées crâniennes graves, même si elle s'atténue au cours de l'évolution. Il s'agit de la méconnaissance de ses propres difficultés. Cela conduit à une accentuation des troubles du comportement chez un patient présentant des éléments d'un syndrome frontal dont une désinhibition, qui n'a pas conscience de ses difficultés et ne fait rien pour se corriger » Catherine Meimon Nisenbaum, avocat au barreau de Paris DIU Traumatismes Crânio-Cérébraux DIU Personnes Handicapées : éthique et déontologie, Lexique médico-juridique.
2. Il ne s'agit pas là de l'inconscient freudien, ni des automatismes mentaux, mais de la perception subliminale ou de la mémoire implicite par exemple, c'est-à-dire des processus de réflexion et d'apprentissage élaborés qui opèrent à notre insu.

Approche jacksonienne des troubles de la conscience

Pour un travail art-thérapeutique, c'est sur l'approche jacksonienne de la conscience (annexe 4.3) que nous nous sommes appuyés. Ce système organodynamique d'interprétation nous intéresse particulièrement car il fonctionne sur le principe des niveaux d'organisation déjà utilisés en art-thérapie, allant ici du normal au pathologique, mais toujours d'un point de vue neurologique. John Hughlings Jackson nous a fourni ce modèle d'interprétation permettant de constituer en science l'étude du système nerveux. Les pathologies que l'on observe peuvent être ainsi rangées en catégories dans un but clinique et Jackson met en rapport la hiérarchie du système nerveux avec une hiérarchie comportementale. Ce neurologue a présenté le terme conscience comme étant la qualification d'un certain style de conduite et non pas comme une fonction psychologique, ce qui était une idée assez nouvelle¹.

L'autoévaluation de la personne traumatisée crânienne grave est-elle possible ?

Que l'on se fonde sur une approche classique de la perception dont l'accès au monde se ferait par l'entremise du jugement, ou que l'on considère que notre perception se concentre spontanément sur l'objet, en ce que nous verrions directement le monde extérieur, le patient se heurte toujours à un défaut d'appréciation de la réalité commune dû à une lésion interne. La perception du monde est totalement modifiée, altérée, majorée par une incapacité d'adaptation cognitive. Cela explique la très grande difficulté pour accéder à une réalité vulgaire, source du lien, et c'est pourquoi le soignant s'épuise dans l'explication inutile d'une représentation illisible et obscure. Il ne peut être alors question pour le patient d'accéder au processus d'autoévaluation au sens où l'usage l'entend, mais il se sentira intrinsèquement capable d'agir, il reconnaîtra inconsciemment ses limites et utilisera spontanément les outils qui l'engagent dans l'action. L'autoévaluation ne s'appuie pas directement sur la prise de conscience des progrès effectués, mais sur la reconnaissance d'un chemin déjà emprunté, comme anéantissant le sentiment d'échec, source de confiance en soi. Un des moyens les plus sûrs

-
1. Le modèle Jacksonien, extrait du cours de 1967-1968 : « Des conduites à la Personnalité » du professeur Georges Noizet. Au début du ^{xx}^e siècle, afin que la psychologie puisse prétendre avoir la rigueur scientifique, la psychologie du comportement a mis la conscience entre parenthèses. Aujourd'hui, on a réintégré la conscience dans le champ de l'analyse psychologique en la considérant comme une certaine qualité de la conduite. *Il n'y a pas une fonction dotée d'un privilège mais des conduites plus ou moins conscientes.*

d'engager le patient dans le processus autoévaluatif a été de le filmer¹ afin de lui montrer ses progrès, d'activer la reconstitution de l'image corporelle et de dépasser les problématiques spatiotemporelle et mnésique. La plus grande difficulté résulte alors dans l'évocation écrite de l'autoévaluation du patient. L'art-thérapeute doit chercher de nouveaux outils pour que l'observation du patient dans notre monde soit connexe avec ce qu'il laisse à voir de sa propre réalité. En d'autres termes, ce que nous ressentons comme évident dans le jeu relationnel artistique doit être soutenu par une évaluation exacte de l'observation des champs psychologiques et comportementaux. Une fois le fil tendu lors de la pratique artistique, l'art-thérapeute mettra son savoir-faire au service de la justesse relationnelle, d'une harmonisation efficiente, permettant au malade de se reconnaître, non plus en notre monde, mais en l'acte esthétique qui nous lie à lui.

Conclusion

L'évaluation permanente de ces actions engage l'art-thérapie dans une approche pluridisciplinaire aujourd'hui incontournable en milieu de soin, d'autant plus en milieu hospitalier où les réponses aux attentes se trouvent mêlées aux exigences formelles de l'administration hospitalière. Toutefois, l'étendue de la réflexion que la recherche engage sur le sujet n'a d'égal que le nombre croissant d'art-thérapeutes dont nous font don les universités. Ainsi, l'avenir nous assure heureusement de nombreux témoignages didactiques et captivants qui ne manqueront pas de nous guider.

Bibliographie

- Boisacq-Schepens N, Crommelinck M. Neuro-psycho-physiologie ; Vol 1 : Fonction sensorimotrice ; Vol 2 : Comportements. Paris : Masson, 1999.
- Changeux JP. L'Homme de vérité. Paris : Odile Jacob, 2002.
- Clair A. Sens de l'existence. Lassay-les-Châteaux : Armand Colin, 2002.
- Cohadon F, Castel JP, Richer E, Mazaux JM, Loiseau H. Les traumatisés crâniens, de l'accident à la réinsertion. Paris : Arnette 2^e édition Courtry, 2002.
- Damasio R.A. Le sentiment même de soi ; corps, émotions, conscience. Paris : Odile Jacob, 2002.
- Forestier R. Regard sur l'art, Éditions SeeYouSoon, Paris janvier 2006, texte de la conférence tenue le 26 novembre 2005 à la Sorbonne Paris sur le thème « l'Art et la Médecine ».
- Forestier R. Tout savoir sur l'art occidental. Dijon : Éditions Favre, janvier 2004.

1. Nous avons à cet effet construit un matériel qui permet au patient filmé de contrôler en direct l'image de ce qu'il est en train de produire par l'intermédiaire d'un écran de télévision.

- Forestier R. Tout savoir sur l'art-thérapie. Châtenois-les-Forges : Éditions Favre, juin 2000.
- Husserl E. Recherches Logiques. Paris : Éditions PUF, 1900-1901, 1993, 1994.
- Koch C. À la recherche de la conscience. Paris : Odile Jacob, février 2006.
- Merleau-Ponty M. La structure du comportement. Paris : Éditions Quadrige / PUF, 2001.
- Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris : Gallimard, 1945.
- Michaud Y (dir.). Qu'est-ce que la vie psychique ? Université de tous les savoirs. Paris : Odile Jacob France, 2000.
- Zittoun Robert, Dupont BM (coord.). Penser la médecine ; essais philosophiques, Paris : Ellipses, – 2002.

Annexes

Annexe 4.1. Tableau comparatif. Grille n° 2 : Outils d'évaluation utilisés dans les différentes spécialités paramédicales.

Tableau des outils d'évaluation utilisés dans les différentes spécialités paramédicales	Art-thérapie	Ergo-thérapie	Ortho-phonic	Kinési-thérapie
Objectifs thérapeutiques prédéfinis avec le patient et écrits				
Observation écrite à chaque séance				
Utilisation de tests, questionnaires et/ou échelles d'évaluation avec le patient				
Évaluation mesurée de l'évolution des séances (chiffres, graphiques, histogrammes...)				
Transcription de l'évaluation mesurée dans le dossier patient				
Rédaction de bilans ou de synthèses (hebdomadaires ou autres)				
Modification des items d'évaluation en fonction des objectifs à atteindre				

Annexe 4.2. Prise en charge des troubles et des déficits chez les personnes traumatisées crâniennes sévères selon la spécialité paramédicale.

		Art- thérapie	Ergo- thérapie	Ortho- phonie	Kinési- thérapie
Atteintes motrices	Troubles de la motricité (parésie, paralysie)				
	Troubles du tonus musculaire (hypertonie, hypotonie)				
	Troubles de la coordination et de l'équilibre (ataxie, dysmétrie)				
	Troubles d'exécution des mouvements volontaires (apraxie)				
	Troubles de la voix (dysphonie, dysarthrie)				
Déficits sensitifs	Troubles de la sensibilité déformant le rapport au monde (agnosie, anesthésie, hypo-/hyperesthésie)				
	Troubles sensoriels limitant la perception de la réalité (troubles de l'odorat, auditifs, oculaires)				
Autres déficits	Céphalées				
	Vertiges				
	Épilepsie				
	Troubles respiratoires				
Séquelles cognitives	Communication verbale (troubles de la parole et du langage) : aphasie de compréhension et d'expression				
	Troubles de l'état d'éveil (baisse de la vigilance, fatigabilité, lenteur de la pensée, attention, concentration, baisse de l'initiative et de la motivation)				
	Troubles du raisonnement (troubles de la logique, de l'autocritique, de la persévération, de l'élaboration de stratégies, du maniement de l'abstraction)				
	Troubles de la mémoire (court et/ou long terme)				
	Troubles de l'apprentissage				

	Troubles de l'orientation temporospatiale				
Séquelles psycho-affectives et comportementales	Hypoactivation émotionnelle (inhibition, humeur dépressive, repli sur soi)				
	Hyperactivation émotionnelle (anxiété, hyperactivité, désinhibition, labilité de l'humeur, pensée inhabituelle, hostilité, agressivité, méfiance envers autrui...)				
	Troubles de l'identité subjective troubles de la conscience de soi, de la sensation d'existence, anosognosie)				
Valeurs relationnelles	Qualité de présence				
	Quantité de présence				
Questions existentielles	Sentiment de réalité vécue				
	Sens donné à l'existence				
Personnalité antérieure	Structure psychique <i>borderline</i>				
	Passages à l'acte				

Annexe 4.3.

Classification jacksonienne des séquelles psychopathologiques des traumatisés crâniens graves.

1. Hiérarchie des fonctions psychiques. 2. Dissolution des fonctions acquises. 3. Impact de l'élément pathologique. 4. Aspect dynamique.
Classification qui prend en compte les valeurs individuelles (historiques et événementielles) et les valeurs sociales (familiales et professionnelles en particulier), de la cassure existentielle que représente l'accident.
1. Hiérarchie des fonctions psychiques. Les niveaux inférieurs sont intégrés et asservis, au fur et à mesure de l'évolution de l'individu, aux niveaux supérieurs qui les recouvrent selon un modèle ontogénétique² de plus en plus complexe. 2. Dissolution des fonctions acquises par les états pathologiques. Il implique une véritable rétrogradation de l'organisation psychique. Mais il concerne, en même temps que la libération des strates inférieures de la personnalité, l'élaboration « réactionnelle », et l'activité positive par conséquent qui se manifeste à partir du niveau plancher auquel est retombé le sujet. 3. Impact, localisé ou au contraire plus uniformément réparti, de l'élément pathologique. Il permet de souligner, dans certains tableaux cliniques, la composante plus « neurologique » (par exemple les démences) ou plus « psychiatriques » (par exemple les états confuso-oniriques) de l'ensemble des symptômes. 4. Aspect dynamique du niveau résiduel auquel est redescendue l'organisation mentale du sujet. L'intérêt de ce point est de réduire la part « directe » du traumatisme causal, et donc d'ouvrir le champ historique des caractéristiques antérieures de la personnalité du malade.
Il convient de respecter la double <i>polarité de la vie psychique</i> : d'une part autour de ce qui est vécu dans la <i>conscience de l'actualité</i> (par exemple « je vois cette table devant moi » tout comme tous ceux qui sont autour de moi voient une table), d'autre part autour de l'<i>architecture logique et historique</i>, constitutive de la personne (par exemple « la représentation que j'ai du mot table, c'est une table de couleur rouge, en formica, de telle taille, forme... », sorte de modèle construit à partir de l'assemblage de toutes les « tables » que mon cerveau s'est représenté symboliquement depuis ma naissance). Cette double polarité amène à proposer une double sériation de la psychopathologie post-traumatique, reprenant un double étagement des syndromes : a. la pathologie affectant les niveaux de conscience du malade. b. la pathologie qui modifie la structure même de la personnalité. (par exemple le caractère « aigu » de la première, d'évolution courte, pourra s'opposer au caractère « chronique » de la deuxième, d'évolution lente).

Annexe 4.3. Suite. Pathologie de la conscience

Une bonne partie des syndromes individualisables n'est que transitoire.

1. Tableaux confuso-oniriques : organisation du réel : cauchemars chaotiques :
 - désarroi le plus perplexe ;
 - totalement désorienté ;
 - mimique désaccordée à ses propos vagues et enténébrés (plongés dans les ténèbres, obscurs) ;
 - état d'obnubilation qui peut confiner jusqu'à la stupeur ou libérer des fragments hallucinatoires chaotiques, fugaces et violents avec agitation incohérente ;
 - contact avec la réalité pas différencié de la production onirique.

Ce syndrome, souvent mouvant à l'intérieur des symptômes qui le constituent, est rarement stable. Il peut, dans le cas d'une évolution favorable, s'alléger peu à peu pour laisser jour à une conscience crépusculaire, qui est celui qui suit.

2. États oniroïdes, d'influence et de dépersonnalisation : discrimination subjective et objective : préoccupations illogiques et insistantes, sentiment d'étrangeté :
 - perception objective et perception imaginaire fantastique plus entrelacées que séparées. Le sujet se vit tantôt comme sujet et objet, tantôt il est proche du syndrome précédent confuso-onirique ; il ressent une expérience étrange de dédoublement, de cohabitation ou d'influence à laquelle il n'a pas la force de se soustraire, car il est spectateur et acteur en même temps. Si le foyer de cette expérience se recentre et se ramasse sur le corps lui-même, il vit un sentiment de dépersonnalisation ;
 - conséquence : tonalité bizarre du comportement, étrangeté des préoccupations, insistance illogique des symptômes.

Degré plus élevé : états dépressifs et états maniaques (à distinguer des troubles de l'humeur qui ont une « direction ») : intégration instinctivo-affective du temps vécu : troubles de l'humeur déprimée ou expansive :

- altération de saisir le présent vécu ;
- volatilité (instabilité, versatilité) bondissante de la vie psychique du maniaque (comme l'agitation du point de vue moteur) (comme l'exaltation du point de vue de l'humeur) ;
- inhibition de la vie du déprimé (comme l'adynamie du point de vue moteur) (comme l'effondrement du point de vue de l'humeur) ;
- incapacité d'accepter la dimension temporelle de l'existence, de s'inclure dans « l'ordre des choses », de s'accorder à leur rythme.

Récupération presque totale des capacités d'intégration au monde : capacité d'adaptation aux normes : comportements provocateurs, antisociaux et médicolégaux (en rapport avec la loi) :

- lacunes dans l'harmonie des fonctions d'intégration des normes et des conventions ;
- troubles du comportement : incapacités d'adaptation à la loi, aux conduites morales, sociales... Comportements d'opposition, de provocation ou de destruction, voire des manifestations à incidence médicolégale (passages à l'acte).

Annexe 4.3. Suite. Pathologie de la personnalité

1. Les états démentiels : organisation, intelligence, affectivité, comportements : troubles graves du jugement, de l'affectivité, de la mémoire, rabâchage, etc. résultent de la désorganisation profonde des fonctions intellectuelles dans leur ensemble : – enchaînement des idées, langage, raisonnement, jugement, attention, mémoire ; – désagrégation de l'affectivité, du sens moral et des comportements ; – déchéance psychique ; – sujet totalement dépendant de son entourage ; – éléments délirants possibles (mais sans réelle construction mentale comme dans les délires).
2. Les états délirants : sens de la réalité, du moi et des perceptions : délire permanent, non critiqué : – altération grave et permanente du sens de la réalité, de la conception de soi et des perceptions : possible production d'un délire plus ou moins cohérent ; – peu ou pas conscience de ses troubles ; – incapable d'une adaptation sociale correcte.
3. Les états névrotiques : équilibre des désirs inconscients : souffrance morale, angoisse reconnue comme inacceptable : – états de souffrance morale dans lesquels le malade garde conscience du caractère morbide (maladie) de ses troubles ; – organisation pathologique de la personnalité souvent liée à des conflits inconscients entre désirs et interdits ; – perte de l'harmonie interne ; – greffe de symptômes névrotiques durables : asthénie, angoisses, phobies, obsessions, hystérie, hypochondrie.
4. Les troubles du caractère : <i>très fréquents</i> en pathologie post-traumatique : résistance aux frustrations : sujets « difficiles à vivre » : – malade ne parvenant pas à faire face aux frustrations de la vie quotidienne ; – sujets régressifs ; – recherche de plaisir immédiat (donc perpétuellement insatisfaits, exigeants, rigides) ; – agressivité coléreuse qui les rend difficiles à vivre ; – <i>personnalités tourmentées et « tourmenteuses ».</i>

Cet examen ne peut prendre toute sa valeur qu'en regard de la structure antérieure et de la dynamique personnelle du malade. C'est le rôle du clinicien d'enrichir l'approche du sujet malade avec une meilleure prise en compte de son histoire personnelle : élément essentiel de la prise en charge (auprès du patient et de la famille) tenant compte de l'environnement (approche plus humaine de la souffrance du sujet, personnalisation du travail rééducatif). Cela évite de « pathologiser » tout ce que nous venons à observer. Cela montre également les limites probables de la rééducation.



L'évaluation en art-thérapie à dominante musicale auprès d'une personne âgée démente

F. Chardon

Le trouble mnésique au cœur du processus d'affaiblissement démentiel

Le vieillissement est un processus normal du développement de la vie : c'est l'action du temps sur l'être vivant

Le vieillissement est le processus normal d'évolution des organismes vivants. En effet, tous les êtres vieillissent et ce, dès le début de leur existence. Rien de ce qui est vivant n'échappe à ce processus qui répond à une loi biologique fondamentale inscrite dans les gènes de chaque espèce. Le vieillissement, ou sénescence, concerne l'ensemble des structures de l'organisme : molécules, cellules, tissus et organes spécialisés. Le vieillissement est donc un affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques.

Le vieillissement physiologique révèle des pathologies spécifiques

Le vieillissement physiologique est, selon les dernières recherches, déterminé par des facteurs génétiques et également influencé par des facteurs extérieurs.

Nous allons nous centrer plus spécifiquement sur le trouble mnésique car il est très présent chez les personnes âgées : le sujet âgé, ainsi que son entourage, constatent souvent des modifications des capacités mnésiques, se traduisant par une *plainte mnésique*.

Elle peut se définir comme « un sentiment, exprimé par le sujet, d'une diminution des capacités mnésiques dans les situations de la vie quotidienne¹. »

Elle concerne 50 % des sujets âgés de plus de 50 ans. Les troubles mnésiques, brefs ou prolongés, peuvent être d'origines différentes telles que la fatigue, une dépression latente, la prise prolongée de médicaments (somnifères, tranquillisants) ou un traumatisme crânien.

L'importance accordée à ce symptôme vient essentiellement de la crainte actuelle que les troubles de la mémoire ne constituent la première manifestation d'une affection cérébrale dégénérative, une maladie d'Alzheimer par exemple. Les plaintes mnésiques sont alors très mal vécues par le sujet et son entourage qui redoutent la démence.

Les sujets âgés peuvent se plaindre d'un déficit mnésique et présenter des troubles de la mémoire alors que les autres fonctions supérieures, et notamment les fonctions intellectuelles, sont préservées, tout comme leur autonomie.

Le sujet se plaint par exemple de ne pas retrouver rapidement un nom, un lieu ou une date, alors que le mot oublié sera souvent retrouvé quelques minutes plus tard. Une des difficultés majeures que rencontre l'étude de la plainte mnésique chez le sujet âgé normal réside donc dans la difficulté de distinguer les troubles liés au vieillissement normal de ceux qui sont en rapport avec une affection dégénérative débutante. Pour cela, l'utilisation d'échelles et de tests mnésiques ainsi qu'un examen à l'aide d'un scanner ou d'une image par résonance magnétique (IRM) aident au diagnostic différentiel. La plainte mnésique chez le sujet âgé normal peut souvent traduire une perturbation psychologique franche (anxiété, dépression), ou être le seul témoin d'un mal de vivre, fréquent lorsqu'on avance en âge du fait que se superposent l'augmentation des causes d'angoisse, les modifications sociales (retraite, décès) et les modifications des capacités cognitives liées au vieillissement normal. « À tout âge, la mémoire est un phénomène complexe soumis à des facteurs non cognitifs comme la personnalité et la motivation. Mais chez le sujet âgé, particulièrement, la fonction mnésique est plus le reflet d'un déficit cognitif basé sur les modifications structurales du cerveau : elle est liée à l'interaction de nombreuses variables dont la condition physio-

1. Hauw JJ, Dubois B, Verny M, Duyckaerts C. La Maladie d'Alzheimer. Pathologie Science Formation. Paris : John Libbey Eurotext ; 1997. p. 16.

logique n'est qu'un des éléments. Ainsi le déficit mnésique est moins inévitable et plus modifiable qu'il n'est habituellement supposé »¹.

Les modifications physiologiques ont un retentissement sur la psychologie de la personne. En effet, les troubles physiques peuvent entraîner un état de dépendance chez la personne, ce qui accentue le sentiment d'inutilité sociale qu'imposent certains critères de la société.

Toute nouvelle difficulté (décès du conjoint, maladie, problèmes financiers) survenant dans ce contexte peut entraîner une perte d'estime de soi insupportable. Ces phénomènes sont accentués par divers troubles qui obligent les familles à placer leur proche en institution, situation délicate qui se traduit chez la personne par une rupture, un rétrécissement temporospatial et un changement de statut qui la rend souvent inactive et dépendante.

Au plan psychologique, la vieillesse s'accompagne principalement d'une problématique de la dégradation et de l'angoisse de la mort. Lorsqu'on vieillit, on ne se sent plus utile et apparaît alors la perte du sens de soi-même, se traduisant par le retrait social, l'apathie, une humeur dépressive, la culpabilité d'être à la charge des enfants et une forte anxiété.

Certaines personnes âgées vivront alors leur vieillesse comme une grande blessure narcissique, traduite par une perte ou une diminution de l'estime de soi, définie comme la capacité personnelle à s'attribuer une valeur.

Les modifications du corps et de l'environnement familial, l'atteinte de l'identité sociale qu'impose la retraite fragilisent le sujet âgé, qui doit faire le deuil de sa vie professionnelle et également trouver la force de s'investir sur de nouveaux centres d'intérêt.

Avec l'âge de la retraite, des critères sociaux apparaissent ainsi inversés par rapport à certaines professions où il est admis que seuls les sujets jeunes sont dynamiques et créatifs.

Le vieillissement de la pensée

« La pensée est une activité psychique consciente qui traite les éléments fournis par la connaissance, la mémoire, la perception et l'imagination en combinant des idées et en formant des raisonnements et des jugements. »²

L'évaluation des troubles de la pensée doit donc prendre en compte l'état de la mémoire, de l'orientation, de la conscience, de l'intelligence et de l'affectivité.

1. Derouesne C. Fondation nationale de gérontologie. Mémoire et vieillissement. Actes du 6^e congrès. Paris : Maloine ; 1991. p. 65.

2. Guelfi JD. Psychiatrie. Paris : PUF ; 1999. p. 39.

Le vieillissement entraîne un dysfonctionnement de la pensée qui se traduit sur le plan sémiologique par des troubles de différentes natures :

Les troubles du cours de la pensée

Le cours de la pensée peut être perturbé, d'une part dans son rythme qui peut être accéléré ou ralenti, et d'autre part dans sa continuité et son déroulement. Lors du vieillissement, ces troubles sont visibles par des difficultés de déduction, de rapidité d'analyse ou de synthèse.

Les troubles du contenu de la pensée

Le vieillissement peut entraîner des troubles quantitatifs du contenu de la pensée, caractérisés par une insuffisance intellectuelle, due à une détérioration mentale dans les déficits acquis.

Les distorsions de la pensée

Les distorsions de la pensée sont caractérisées par des troubles à la fois du contenu et des modalités du fonctionnement de la pensée.

Les troubles du jugement

Qualité générale de l'activité intellectuelle, le jugement conditionne l'adaptation aux réalités et les orientations de la vie de la personne, tout en restant relativement dépendant de la vie affective de la personne. Les troubles du jugement dus au vieillissement se traduisent essentiellement par des erreurs logiques, une perte de l'autocritique et des comportements incohérents ou incongrus.

La baisse des performances chez les personnes âgées, très souvent, n'est pas tant l'effet du vieillissement normal que celui des maladies qui l'accompagnent. Le vieillissement peut donc être considéré dans certains cas comme un vieillissement pathologique, il devient alors « sénilité » caractérisée par la détérioration pathologique des facultés physiques et psychiques d'une personne âgée. Celle-ci est la résultante de pathologies chroniques invalidantes dont l'incidence croît avec le vieillissement ou peut être spécifique à l'âge. Parmi celles-ci, les maladies vasculaires et dégénératives du cerveau sont les premières affections responsables de la perte d'autonomie. Ces pathologies affectant les fonctions cérébrales peuvent se traduire par des démences ou un syndrome démentiel.

Elles se définissent par un affaiblissement acquis des fonctions cognitives suffisamment sévère pour retentir sur le comportement, la vie affective et sociale du sujet. Une personne sur 20 de plus de 60 ans et une sur cinq de plus de 85 ans souffre actuellement de graves altérations de ses facultés mentales.

Une des pathologies graves de la vieillesse : la démence

« Le terme de démence est approprié lorsque les troubles sont suffisamment intenses pour retentir sur la vie sociale ou professionnelle. Dans le cas contraire, le terme de détérioration mentale intellectuelle – qui peut être qualifiée de légère ou de modérée – peut être préféré »¹.

Le vieillissement pathologique ne doit pas être confondu avec un déficit cérébral acquis antérieurement, un trouble psychiatrique aigu ou chronique et surtout avec un syndrome confusionnel, un état dépressif ou une débilité mentale (à ce propos, Esquirol marque bien la différence entre l'idiotie et la démence en tant que déficit : « l'homme en démence est privé des biens qu'il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère »²).

« Une démence se révèle par une dégradation progressive des capacités mnésiques et d'autres fonctions cognitives et, de plus, est authentifiée par l'anamnèse qui décrit une histoire d'altération globale et progressive des fonctions intellectuelles. »³

Les facultés cognitives sont les capacités que possède un être vivant pour acquérir des informations sur son environnement.

Après avoir défini précédemment le vieillissement comme un affaiblissement naturel concernant l'ensemble des structures de l'organisme, nous pouvons dire que le syndrome démentiel provoque des pertes des fonctions cognitives car le cerveau, comme tous les organes, est soumis au processus de vieillissement.

Le retentissement social du déficit cognitif est inclus dans la définition du syndrome démentiel. Pour les patients en période d'activité professionnelle, le retentissement des troubles intellectuels et du comportement est souvent simple à observer. En revanche, les problèmes sont plus compliqués chez les personnes plus âgées qui souvent ne participent plus à leurs courses, ni aux tâches ménagères et ne tiennent plus de budget, surtout si des handicaps sensoriels ou moteurs sont la cause de cette situation.

L'entourage affirme, en toute bonne foi, qu'il n'y a aucune perte de l'autonomie, alors que le malade n'a plus aucune activité.

1. Hauw JJ, Dubois B, Verny M, Duyckaerts C, Op. Cit., p. 69.

2. Hanus M, Louis A. Psychiatrie de l'étudiant, 9^e édition. Paris : Maloine ; 1998, p. 129.

3. Leys D, Petit H, Delacourte A. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Rapport de neurologie. Tome II. La maladie d'Alzheimer et ses limites. Paris : Masson ; 1988. p. 34.

En plus des pertes cognitives, le vieillissement pathologique présente, dans le cas de troubles dégénératifs et vasculaires des fonctions cérébrales, des altérations de la mémoire comme principal symptôme.

Le quotidien des personnes âgées souffrant d'un syndrome démentiel est altéré par les troubles mnésiques

Le syndrome démentiel entraîne des troubles mnésiques

La mémoire est la faculté qu'a le cerveau de conserver une trace de l'expérience passée et de la faire revenir à la conscience. « C'est donc l'ensemble des processus par lesquels des informations ou des habiletés acquises peuvent être retenues à plus ou moins long terme et être restituées en temps utile en vue d'une bonne adaptation à l'environnement. »¹

C'est un processus complexe qui, actuellement, reste difficile à expliquer car il existe autant de modèles que de courant de pensée différents. On parle ainsi de mémoire explicite, implicite, épisodique, sémantique, antérograde, rétrograde, de mémoire de travail ou encore de mémoire à court, moyen ou long terme.

Ainsi, il n'est pas possible d'isoler un seul système dont la fonction soit la mémoire. Un grand nombre d'activités cérébrales peut être considéré comme comportant une partie « mnésique ».

En revanche, l'ensemble des auteurs sont d'accord sur le fait que la personne âgée démente présente des troubles de la mémoire. Ces troubles mnésiques peuvent rester longtemps isolés et être différenciés difficilement de la plainte mnésique. Ils sont constants et sont, en général, une des premières manifestations cliniques d'un syndrome démentiel. Ainsi, les principales affections à l'origine de troubles mnésiques prolongés sont les maladies dégénératives comme les démences d'Alzheimer ou de Pick, les démences vasculaires, les infections ou les carences comme le syndrome de Korsakoff.

Comme nous l'avons déjà signalé, les patients, ou leur entourage, se plaignent d'oublis concernant des faits de la vie quotidienne : oubli des noms propres, des consignes, de rendez-vous, de la place d'objets usuels (clefs, portefeuille...). Ces oublis concernent les faits récents et se révèlent dans les tâches qui nécessitent l'intégration d'informations nouvelles.

Les conséquences des troubles mnésiques dus à la démence

Les personnes âgées atteintes de troubles mnésiques dus à la démence souffrent de troubles spatiaux et ne reconnaissent pas, par exemple, le lieu

1. Boisacq-Schepens N, Crommelinck M. Neuro-psycho-physiologie, Tome 2 : Comportement. Paris : Masson ; 1996. p. 174.

dans lequel elles déambulent ou bien croient vivre dans un lieu qui n'est pas l'endroit actuel. Ces affections mnésiques peuvent être alors à l'origine d'accidents, parfois mortels, chez des sujets déments qui croient ouvrir leur porte alors qu'il s'agit de la fenêtre. Les déments peuvent ainsi passer de longues périodes à rechercher un endroit précis dans une pièce, comme la sortie par exemple, ou une personne précise sans jamais les trouver. Ces troubles entraînent ainsi des angoisses du fait de la non-reconnaissance de l'environnement ou inversement lors de la reconnaissance de la véritable nature du lieu dans lequel elles vivent.

Les troubles de la mémoire chez le sujet dément entraînent également des troubles temporels qui peuvent se traduire de différentes manières. Ainsi, le sujet dément ne sait plus quel est son âge, ni l'année en cours, ni l'heure qu'il est, ce qui a pour conséquence, en plus des troubles cognitifs, de faciliter l'inversion du rythme nyctéméral, qui se traduit par le fait que le patient dort le jour et déambule la nuit. Les heures de repas sont ainsi décalées et le patient ne sachant plus s'il a mangé peut passer des journées entières sans rien avaler ou au contraire verser dans la boulimie. Tous ses repères sont caducs.

Des troubles de l'humeur peuvent être la conséquence de troubles mnésiques chez le sujet âgé dément. En effet, les pertes de repère peuvent entraîner une grande anxiété, comme nous venons de le montrer, chez des sujets cherchant en vain des personnes ou des lieux précis. Cette angoisse est à l'origine, bien souvent, de comportements agressifs et de violences parfois dangereuses. Elle est souvent accentuée en fin de journée et par l'arrivée de la nuit. Prenons, comme exemple, des sujets âgés déments, placés en institution ; un ou une des patient(e)s, vu les troubles cognitifs et les troubles mnésiques spatiotemporels qu'il ou elle présente, peut s'approprier ce lieu de vie comme son domicile et ne tolérer aucune intrusion dans cet espace qui pourtant est un lieu de vie communautaire. Les conséquences peuvent être graves : colère, violence, fugue, grande agitation, inhibition ou mutisme. Ces troubles de l'humeur ont ensuite des conséquences sur le comportement telles que la déambulation ou l'incontinence. L'adaptation des émotions est donc compromise et nous pouvons remarquer deux comportements totalement différents à quelques secondes d'intervalle en réponse à une même situation. Il est important de préciser que les patients déments âgés deviennent rapidement anosognosiques, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas conscience de leurs divers troubles et de leurs conséquences.

Les ateliers d'art-thérapie à dominante musicale

Le protocole de prise en charge

La méthode que nous utilisons lors des prises en charges est la suivante : elle s'effectue en deux temps principaux.

Un temps de déplacement dans le service, une forme de déambulation de l'art-thérapeute

Pendant ce temps, l'art-thérapeute ne communique avec les résidents et l'ensemble de l'équipe (agents de service, aides-soignantes, infirmières, psychologue, kinésithérapeute et médecins) que sous forme musicale. Cet « homme orchestre » improvise donc, en fonction de son humeur et de celle des résidents ou de l'activité d'un membre de l'équipe par exemple, en jouant de la musique, déambulant avec les résidents, planté au milieu de l'office infirmier ou simplement assis au fond du couloir. Les objectifs de ce temps de prise en charge sont au départ de susciter une réaction chez les résidents et le personnel afin de mobiliser les émotions. Cet « homme orchestre » essaye également de provoquer une envie de savoir et de faire. Ainsi, rapidement, des résidents demandent à pratiquer, et se met alors en place une organisation différente du fait que le cadre devient défini par :

- un horaire et un lieu fixes ;
- la mise en place d'objectifs comme le rappel de notions importantes telles le respect d'autrui et la tolérance, essentiels en institution ;
- le fait de favoriser un nouvel échange entre les patients ;
- la mise en place d'une forme de reconnaissance à travers la pratique musicale.

Ce temps de la prise en charge devient en fait un tremplin pour l'atelier d'art-thérapie. En effet, l'art-thérapeute peut observer quels sont les résidents susceptibles de répondre à une indication en art-thérapie proposée par l'ensemble de l'équipe, et peut commencer ainsi à mettre en place les futurs objectifs thérapeutiques de la prise en charge en atelier d'art-thérapie. Ce moment de la prise en charge constitue également un temps d'observation important pour l'art-thérapeute. Il peut ainsi évaluer ultérieurement les réactions des patients au sein même du service, alors que la prise en charge a déjà commencé, afin de voir si les objectifs mis en place en atelier se répercutent dans la vie quotidienne du résident.

Afin de renforcer les repères des résidents et d'éviter des quiproquos, « l'homme orchestre » déambulant et l'art-thérapeute en atelier ont mis en place avec les résidents des règles spécifiques à chacun pour chaque intervention.

La prise en charge en atelier d'art-thérapie à dominante musicale ou la prise en charge en art-thérapie directement dans les chambres des résidents ne pouvant plus se déplacer

En atelier, les prises en charge dont le cadre est défini par horaire et lieu fixes sont soit individuelles, soit en groupe. Les résidents viennent en atelier sur l'indication du médecin ou à leur demande, accordée par l'équipe. Lors des prises en charge en groupe, nous sommes assistés d'un cothérapeute, membre de l'équipe soignante, formé et volontaire, afin de rendre les observations et les évaluations plus précises.

Le travail réalisé en atelier consiste à utiliser un protocole de prise en charge en art-thérapie (indication, objectifs, moyens, méthode, évaluation) en suivant l'esprit et le projet thérapeutique d'établissement mis en place par l'ensemble de l'équipe pour chaque patient.

L'évaluation des effets de l'art lors de la prise en charge se fait au moyen de fiches d'observations composées de trois temps principaux. Chaque moment possède sa fiche spécifique :

- la rencontre patient/art-thérapeute, au cours du trajet vers l'atelier ;
- le déroulement de l'atelier ;
- le retour de l'atelier, l'arrivée dans le service et la séparation.

Plusieurs faisceaux d'items sont ainsi analysés et permettent d'évaluer l'évolution des comportements de chaque patient à la fois en atelier d'art-thérapie, mais également lors de la vie institutionnelle quotidienne.

Cette évaluation se décompose en quatre parties majeures :

- évolution de la durée des séances en prenant en compte les trois temps principaux décrits plus haut ;
- évaluation des écoutes, des productions et leurs liens par rapport à l'évolution des capacités cognitives de la personne. Ce type d'évaluation permet de mettre à jour l'impact et la qualité des auditions de la personne sur ses productions en quantifiant la durée de latence existante entre ces deux items ;
- évolution thymique de la personne (amélioration, plaisir esthétique, angoisse) et de son autoévaluation à la sortie de l'atelier en fonction de la production musicale ;
- évolution de l'implication de la personne en fonction de l'évolution de ces capacités cognitives.

Analyse des résultats relatifs à la méthode

Dans notre travail en art-thérapie, la pratique musicale est composée de l'écoute musicale et/ou de l'utilisation d'instruments dans le dessein de faire de la musique et/ou du chant.

Par notre méthode, nous essayons de dériver les effets de l'état pathologique spécifiques à la démence afin de permettre à la personne âgée atteinte de retrouver des capacités d'intégration à une dynamique relationnelle. La stimulation musicale des personnes prises en charge, fondée d'abord sur l'écoute d'œuvres connues, permet d'observer des réactions et des changements de comportement. Cette écoute, choisie le plus souvent arbitrairement, entraîne des effets sur la pratique lorsqu'elle a lieu.

Les effets des stimulations de la mémoire par la pratique musicale peuvent être présentés ainsi.

L'écoute musicale d'œuvres connues permet d'observer un changement de comportement qui se traduit par des variations thymiques.

L'écoute musicale permet souvent de voir apparaître une réaction physique se traduisant chez la personne par la mise en œuvre d'une action (danse, tempo, rythme, sifflement, etc.) lorsque la durée de stimulation est importante et continue.

Cette action doit être alors entretenue par l'art-thérapeute qui permet ainsi à la personne de prolonger son action.

Cette action autoentretenu par la personne âgée démente permet de voir apparaître une production qui entraîne un plaisir esthétique.

Ce changement thymique se traduit par une diminution de l'anxiété, ce qui permet de transformer transitoirement la nature de l'état pathologique.

Nous pouvons alors observer, tout en continuant à stimuler par notre pratique celle du patient, une émergence de relation dans laquelle il peut s'impliquer.

Par la continuité de la stimulation musicale (jeu, écoute, ...) nous permettons au patient de s'impliquer dans cette relation en pérennisant son action.

La personne quitte donc souvent l'atelier calme, de bonne humeur, et surtout disponible relationnellement, ce qu'elle prolonge avec les soignants et les autres résidents.

Cependant, ces stimulations ne provoquent pas systématiquement une amélioration.

Analyse des résultats dans le comportement des personnes

La prise en charge en art-thérapie n'empêche évidemment pas la diminution nette et progressive des facultés cognitives. Malgré les stimulations dues à la pratique musicale, le chant ou la danse, les facultés cognitives évaluées (langage, mémoire, gnosie, praxie) ont toutes diminué au cours du suivi. Un

des accompagnants de l'apparition progressive et très invalidante de ces troubles est l'émergence d'une angoisse très importante pour l'ensemble des personnes.

Ces variations émotionnelles plus ou moins contenues en fonction des personnes, de l'avancée de leur maladie et de l'environnement constituent un élément déterminant de l'évolution du contact. Lorsque la pratique artistique permet de diminuer cette angoisse, le temps de prise en charge augmente et peut alors mettre en œuvre une dynamique créatrice chez la personne âgée démente.

Ainsi, notre travail se réoriente vers la diminution, par la pratique musicale, des effets produits par l'angoisse ainsi que par la dégradation proprement dite des fonctions cognitives. Il s'agit alors de trouver, dans l'activité artistique, les conditions facilitant la baisse de l'angoisse. Il en résulte ainsi une augmentation des temps de prise en charge propre à l'activité musicale (à l'atelier ou dans le service) qui permet de mettre en place plusieurs types de stimulations et rend possibles nos objectifs de soutien et de réassurance par l'intermédiaire de l'activité artistique. Ces stimulations renouvelées permettent de voir apparaître le plaisir, parfois verbalisé, l'amélioration thymique, l'autoévaluation et l'implication relationnelle. Lorsque nous analysons les résultats sur ce dernier plan avant, pendant et après l'atelier, nous observons pour certains patients une stabilisation, voire une augmentation de l'engagement personnel et une valorisation de l'implication relationnelle.

Bibliographie

- Afratapem. Art et médecine : La Recherche, Tours ; 1992.
- Afratapem. Art et thérapie aujourd'hui. Tours ; 1986.
- Afratapem. L'atelier d'art-thérapie. Congrès. Faculté de Médecine. Tours ; 1999.
- Chardon F. Atelier d'art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes âgées démentes. DEA Sciences humaines. Université de Savoie ; 2003.
- Cyrułnik B. Les nourritures affectives. Paris : Odile Jacob ; 1993.
- Etienne JC. Réflexion sur la création artistique de la personne âgée en institution. Capacité de gérontologie. Faculté de médecine. Tours ; 2001.
- Fondation nationale de gérontologie. Le vieillissement cérébral normal et pathologique. Paris : Maloine ; 1988.
- Forestier R. Tout savoir sur l'art-thérapie. Lausanne : Favre ; 2000.
- Forestier R. Tout savoir sur l'art occidental. Lausanne : Favre ; 2004.
- Habrias M. Prévention du syndrome de glissement chez la personne âgée. Sainte Feyre : Centre médical national MGEN de Sainte Feyre ; 2000.
- Jacquard A. Éloge de la différence. Paris : Seuil ; 1981.
- Jolivet B. Parcours du sanitaire au social en psychiatrie. Paris : Frison Roche ; 1993.
- Maisondieu J. Le crépuscule de la Raison. Paris : Bayard ; 2001.
- Moron P, Sudres JL, Roux G. Créativité et art-thérapie en psychiatrie. Paris : Masson ; 2003.

- Moreigne B. Étude statistique et dynamique de la polypathologie chez les personnes âgées institutionnalisées en long séjour. Université de Limoges ; 1997.
- Seve-Ferrieu N. Autonomie, indépendance et deuil de l'état antérieur. Paris ; Masson ; 1995.
- SIPE. La personne âgée en art-thérapie. Congrès. Université de Pau ; 2002.
- Tardieu J. Musicothérapie en unité de soins de longue durée. DU de psychogériatrie. Université de Limoges ; 2002.
- Vaillant JP. L'art-thérapie comme facteur d'amélioration de l'estime de soi auprès de la personne âgée en institution. Communication au Congrès de Pau ; 2002.
- Vaillant JP. Proposer l'art-thérapie aux personnes âgées en long séjour. In : Moron P, ed. Créativité et art-thérapie en psychiatrie. Paris : Masson ; 2003.



L'intérêt de l'art-thérapie en oncologie et hématologie et son évaluation

P. Colombat, É. Larsonneur, A. Bomer

Intervention de P. Colombat

L'art-thérapie est une discipline relativement nouvelle. Comme toute discipline nouvelle, il lui faut trouver sa place dans la prise en charge globale du patient.

Avant de voir sa place potentielle dans un service d'hématologie, nous voudrions le resituer dans le contexte des soins de support.

Place de l'art-thérapie dans les soins de support

Les soins oncologiques de support apparaissent dans la mesure 43 du plan Cancer

Les soins oncologiques se définissent comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncohématologiques spécifiques lorsqu'il y en a ».

Selon le plan Cancer, tous les patients atteints de cancer, quel que soit le stade de celui-ci (diagnostic, rechute, soins palliatifs, réinsertion), son lieu de prise en charge, y compris au domicile, doivent avoir accès à des soins de support (SS).

Selon la circulaire de mars 2005, ceux-ci regroupent au minimum les structures et/ou professionnels de six spécialités : structures des soins palliatifs, structures douleur, psycho-oncologues, assistantes sociales, diététique et rééducation fonctionnelle.

Il convient d'y rajouter la socio-esthétique, l'ergothérapie, l'odontologie, et l'art-thérapie : l'art-thérapie est donc listée dans la circulaire parmi les spécialités faisant partie des SS.

Les objectifs sont une meilleure prise en charge globale des patients et des proches en partant d'une analyse précise et régulière de leurs besoins dans les différents domaines de compétence des soins de support, ce qui sous-entend une coordination des compétences, une approche pluriprofessionnelle, une complémentarité entre les équipes impliquées et une coordination à la fois entre les équipes prenant en charge les soins spécifiques et le domicile, et entre les équipes des services spécialisés et les équipes transversales.

Cette démarche est facilitée par la mise en place d'une démarche palliative au sein des équipes de soins, prônée par le Grasspho (grasspho.org) qui promeut en particulier la mise en place de staffs multidisciplinaires où tous les soignants sont présents pour mieux connaître ce que sait et ce que dit le patient et pour mieux définir le projet de prise en charge globale.

L'organisation qui sera proposée est la mise en place d'au moins une coordination de soins de support par territoire de santé de proximité.

Après recensement de toutes les structures et personnes ressources du territoire, l'idée est de transmettre à la coordination la fiche d'évaluation des besoins du patient, la cellule de coordination étant chargée d'alerter les personnes et/ou structures ressources concernées et de coordonner leur intervention soit dans les services, soit au domicile, soit lors de consultations externes.

Les acteurs impliqués sont multiples : établissements publics, établissements privés, hospitalisation à domicile (HAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), réseaux de santé, professionnels libéraux de santé (incluant socioesthéticiennes, art-thérapeutes), représentants du secteur médicosocial.

Nous citerons également leurs rôles dans la formation et la recherche.

On comprend facilement que cette future organisation concerne les soins de supports de toutes les pathologies et non pas uniquement les soins oncologiques de support.

L'art-thérapie dans les soins de support

L'art-thérapie est identifiée dans les textes et y a donc sa place.

Il conviendra, lors du recensement des personnes ressources, que tous les art-thérapeutes intéressés se fassent recenser.

Il conviendra aussi qu'ils s'impliquent dans la mise en place du projet.

Restent à régler deux problèmes qui ont déjà été réglés ou qui sont en passe de l'être pour d'autres catégories professionnelles :

- leur définir un statut et une grille tarifaire dans les établissements ;
- les rémunérer à hauteur du temps passé dans le secteur libéral et que cette prestation soit prise en charge pour ce type de patients.

Il semble cependant important d'insister sur deux points :

- les séances d'art-thérapie sont souvent l'occasion pour les patients de se confier aux art-thérapeutes : la formation en art-thérapie doit donc donner de bonnes bases dans la communication et le soutien psychologique ;
- pour être reconnue, l'art-thérapie doit être évaluée et des publications scientifiques doivent être faites sur l'impact de l'art-thérapie sur la qualité de vie et sur l'estime de soi des patients.

En conclusion de cette première partie, les soins de support doivent permettre de redécouvrir la prise en charge globale du patient et la continuité des soins. Les art-thérapeutes ont une place à prendre dans cette approche.

Mais tout reste à faire... et le chemin sera long et semé d'embûches.

Intervention de É. Larsonneur

La place de l'art-thérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'un service d'oncohématologie

L'art-thérapeute est en lien avec de nombreux interlocuteurs, l'équipe médicale et paramédicale avec laquelle nous travaillons est complète et plusieurs intervenants sont mis en relation avec l'art-thérapeute ; selon les besoins des patients pris en charge et dans une logique de complémentarité et de pluridisciplinarité. L'entourage du patient, ses proches, sont quelquefois rencontrés par l'art-thérapeute (figure 1).

Les échanges avec l'équipe pluridisciplinaire ont lieu de plusieurs façons.

Lors du staff, qui est la réunion de l'ensemble des équipes présentes deux fois par semaine, un bilan de chacun des patients hospitalisés est fait. Le

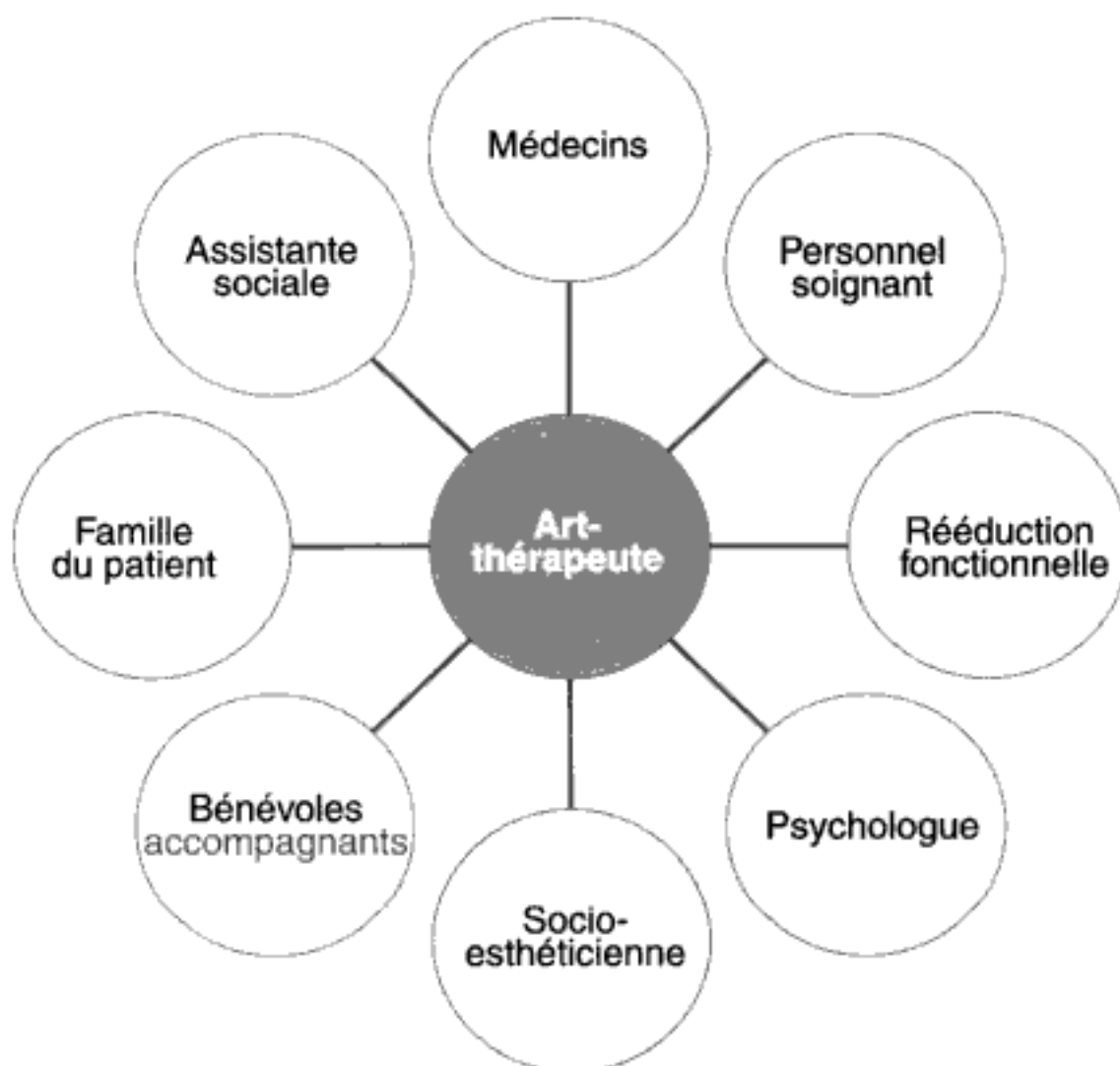


Figure 6.1. Place de l'art-thérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

suivi psychologique des patients est évoqué et des solutions concernant le « mieux-être » de chacun d'entre eux sont proposées par les aides-soignants, infirmiers, internes, externes, médecins et autres intervenants présents.

C'est aussi lors de ce staff que les propositions d'intervention des bénévoles accompagnants, de l'équipe mobile de soins palliatifs et de l'art-thérapie sont évoquées afin d'être présentées aux patients.

Les transmissions, qui ont lieu à chaque relève d'équipe, sont aussi un moment d'échange et l'art-thérapeute, présent avant les séances, peut profiter de cet échange pour connaître l'état de santé des patients à rencontrer et se renseigner sur les horaires de leurs examens médicaux et des soins afin de fixer un rendez-vous de séance qui ne sera pas interrompu.

Le dialogue entre les prises en charge et les différents échanges avec les soignants présents favorisent une prise en charge globale du patient et montrent l'art-thérapie comme un soin à part entière et complémentaire aux autres.

Cette complémentarité avec l'équipe nécessite :

- que l'art-thérapie soit connue de tous les intervenants réguliers du service ;
- un intérêt, une prise en compte et une connaissance des soins que reçoit le patient et de leurs conséquences sur la personne et donc sur la séance d'art-thérapie ;
- la transmission des informations importantes, relatives au patient et recueillies pendant la séance d'art-thérapie, aux membres de l'équipe concernés (psychologue, assistante sociale...) ;
- l'adaptation des outils d'observation et d'évaluation de l'art-thérapeute.

Présentation d'une séance type d'art-thérapie en hématologie

Rencontre et proposition d'une prise en charge

Après avis de l'équipe médicale, une première rencontre a lieu avec le patient à qui l'on présente l'art-thérapie, son but, ainsi que les possibilités et les différentes pratiques artistiques proposées dans le service. Le patient accepte ou non une prise en charge.

Installation du matériel dans la chambre du patient

Lorsque le patient est intéressé, l'art-thérapeute va systématiquement à sa rencontre lors de chaque hospitalisation pour lui proposer une séance et installer le matériel nécessaire à cette séance.

Temps de la pratique artistique

Le temps de la pratique commence par une réflexion sur les thèmes, le sujet à aborder et le choix des matériaux, puis par une mise en situation où l'art-thérapeute peut guider et aider le patient dans sa pratique artistique.

Conclusion de la séance et rangement

Une production a pris forme, elle est en générale terminée afin que le patient soit satisfait et qu'il y ait un aboutissement, une réalisation en fin de séance dans l'incertitude d'une nouvelle rencontre.

Projet d'une nouvelle rencontre et séparation

La fin de la séance est un moment important de la prise en charge en art-thérapie dans un service d'hématologie et notamment pour des personnes en soins palliatifs. L'art-thérapie induit l'idée de projet mais les patients rencontrés et pris en charge le sont généralement sur du court, voire du moyen terme.

Les complications médicales, le décès, la fin du traitement nécessitent une action ponctuelle mais efficace de l'art-thérapie avec des objectifs précis.

Intervention de A. Bomer

L'évaluation en art-thérapie dans un service d'hématologie et de thérapie cellulaire

Introduction

Les hémopathies malignes constituent pour la personne malade, son entourage, une épreuve existentielle bouleversante. Cette épreuve touche tous les aspects de la vie : les rapports avec son corps, sa famille, son environnement professionnel, ses amis, ses voisins, ainsi que le sens donné au bien-être, à la santé, à la souffrance, à la maladie et bien sûr à la mort. On remarque qu'il existe alors un « avant » et un « après » la maladie. Cette annonce retentit chez le patient et sa famille comme un traumatisme psychique. Le ministère de la Santé dans le Plan Cancer¹ 2003-2007 a demandé aux établissements de soin de mettre en place une consultation d'annonce afin de permettre au patient de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire². Cette consultation se divise en trois temps : l'annonce du diagnostic de cancer, la proposition d'un programme thérapeutique et l'aide de psychologues, d'infirmiers et des associations de malades dès l'annonce et/ou plus longtemps après.

1. Mesure 40 du plan Cancer voir www.plancancer.fr

2. L'art-thérapie est l'une des disciplines mentionnées dans le plan cancer comme faisant partie des soins de support.

Le retentissement psychologique de la personne lié à l'annonce d'une maladie grave et évolutive¹

Suite à l'annonce, le « faire face » à la maladie pour la personne peut donc être extrêmement complexe et s'accompagner de différents troubles :

- des difficultés relationnelles en particulier liées à certains mécanismes de défense ou à certaines organisations de personnalité ;
- des troubles de l'adaptation qui sont des symptômes réactionnels qui entraînent une souffrance psychique et s'accompagnent d'une diminution de la qualité de vie ;
- des troubles anxieux comme l'anxiété réactionnelle, généralisée ou les attaques de panique² ;
- des troubles dépressifs³ ;
- des troubles cognitifs comme le syndrome confusionnel provoquant des troubles du sommeil et de l'agitation ;
- le sentiment d'inutilité ;
- le sentiment de culpabilité ;
- la colère comme une réponse à l'anxiété et à la menace qui peut être exprimée directement ou indirectement.

L'ensemble de ces symptômes démontrent et entraînent au long cours une perte de l'estime de soi avec ses trois composantes que sont la confiance en soi, l'image de soi et l'affirmation de soi⁴.

Ces symptômes peuvent être également la conséquence, directe ou indirecte, des traitements anticancéreux reçus et doivent être pris en compte au même titre que les autres symptômes de la maladie. C'est ainsi que la composante de la pluridisciplinarité apparaît comme essentielle pour une prise en charge « totale » de la personne malade.

-
1. Dauchy S, Rouby P. Prise en charge psycho-oncologique. In : Poulain P, ed. Douleur en oncologie. John Libbey Eurotext, coll. « Dialogue Ville-Hôpital ; Condé-sur-Noireau, 2004, p. 61-7.
 2. L'attaque de panique n'est pas sans rappeler le « coup de tonnerre dans le ciel serein » utilisé en psychiatrie.
 3. La tristesse peut être une réaction émotionnelle banale chez le patient cancéreux, on rappelle que c'est l'association de symptômes dépressifs et leur permanence dans le temps qui fait diagnostic d'épisode dépressif majeur.
 4. Voir les travaux de Lelord F, André C. L'estime de soi. Paris : Odile Jacob ; 1999.

La personne malade hospitalisée dans un service d'hématologie

Avec la maladie, la personne a peur d'être rejetée par ses proches. Elle fera un choix parmi sa famille et ses amis afin de ne garder autour d'elle que ceux qui pourront la soutenir dans cette épreuve. Cette exclusion peut s'accroître pendant le temps de l'hospitalisation qu'il soit en hospitalisation classique ou qu'il soit en secteur stérile. Le patient hospitalisé en chambre stérile va avoir tendance à surprotéger ses enfants ou des parents trop âgés en leur demandant de ne pas venir leur rendre visite de manière à éviter tout traumatisme à la vue de cette chambre aseptisée et isolée. Cette chambre devient rapidement son espace où il va progressivement trouver ses repères, ses habitudes et un rythme quotidien jalonné par les soins. Il est amené à vivre dans cet univers artificiel des moments intenses avec ses proches, les soignants et à éprouver des affects extrêmes. Une relation de confiance s'instaure alors, avec les soignants malgré un isolement radical. Cet isolement¹ peut être sensoriel, familial et social ou comparé à l'enfermement :

- l'isolement sensoriel : les cinq sens sont entravés lors de cette hospitalisation en unité stérile. Toutes les personnes sont habillées de la même façon, ce qui traduit un besoin de reconnaître, de voir la personne à laquelle on s'adresse. Le patient n'a plus de contact peau à peau. Toute la sphère du toucher physique et affectif est hors de portée et interdite ;
- l'isolement familial et social : il est principalement marqué par une séparation douloureuse pendant plusieurs semaines d'avec ses proches. De cette séparation naît le besoin d'avoir auprès de soi une photo, un dessin ou la nécessité de communications téléphoniques dans les moments difficiles à vivre ;
- l'isolement social : il se trouve « hors du temps ». Le patient vit en décalage avec l'extérieur. Il perd ses repères temporels.
- l'enfermement : le malade en chambre stérile, comme le prisonnier, est privé de sa liberté. Son désir de s'évader est omniprésent. Les portes sont ouvertes mais les limites sont psychiques : « Si je m'évade, je mets ma vie en danger, donc je dois rester pour vivre ! ». C'est un espace dont les limites ne peuvent être franchies qu'au péril de sa vie et qui symbolise la menace de la mort.

1. Bellamy C. L'accompagnement des malades en chambre stérile dans un service d'hématologie et oncologie médicale. In : Audhuy B, Colombat P. Soins palliatifs et accompagnement en hématologie. Strasbourg : Coprur ; 2000.

L'atelier d'art-thérapie au sein du service

Protocole de prise en charge

La décision de prise en charge est médicale. C'est au cours de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire que l'équipe soignante confie un patient à l'art-thérapeute.

Le secteur d'hospitalisation complète comporte une vingtaine de lits, en chambre individuelle. La prise en charge en art-thérapie se déroule dans la chambre¹. Le temps de chaque séance ne dépasse pas 40 min. Ce temps varie en fonction des personnes et dépend essentiellement de la fatigabilité du patient. Les objectifs thérapeutiques sont définis en lien avec le projet thérapeutique du patient établi par l'équipe pluridisciplinaire et suivent le rythme des protocoles des traitements par chimiothérapie.

Le protocole de prise en charge en art-thérapie pour le secteur d'hospitalisation en unité stérile de soins intensifs est similaire.

Modalité évaluative

L'art-thérapeute met en place un protocole de prise en charge thérapeutique au cours duquel il utilise une fiche d'observation. Celle-ci permet de noter l'ensemble des faits et observations qui se rapportent à une séance. Ces principales fonctions sont de noter l'anamnèse de la personne, d'organiser clairement les informations reçues ou observées, d'avoir un rôle de mémoire des événements particuliers qui ont eu lieu dans l'atelier et d'orienter éventuellement la séance suivante.

Grâce aux fiches d'observation et aux informations qu'elles contiennent, l'art-thérapeute analyse et fait une synthèse pour mener à bien l'évaluation. Cet ensemble permet de relater l'action et le déroulement de la prise en charge et d'en conserver une empreinte qui restera confidentielle, mais qui pourra être transmise à l'équipe pluridisciplinaire.

Plusieurs faisceaux d'items sont retenus pour cette évaluation :

- l'adaptabilité, la motivation, l'implication, l'autoévaluation ;
- la production, l'émotion, le plaisir ;
- la relation.

Analyse de la pratique et du protocole de prise en charge

L'art-thérapeute utilise ici essentiellement la pratique musicale qu'elle soit active comme la pratique instrumentale, le chant ou le travail de composition ou qu'elle soit passive comme avec l'écoute musicale. La musique demande à la personne de mettre en œuvre des mécanismes qui pourront lui

1. Souvent dû à un état d'aplasie qui oblige la personne malade à rester isolée.

apporter un mieux-être et donc améliorer sa qualité de vie. Cette implication dans une activité artistique pourra influencer la sensation de la douleur¹. En effet, détourner son attention vers l'idéal esthétique – idéal que sous-tend l'activité artistique en elle-même – tend à limiter l'importance de la douleur. En effet, Burkhardt Bromm² démontre, qu'au moment de l'action, le cerveau n'a pas les ressources suffisantes pour se consacrer totalement à la perception de la douleur³.

Nous avons précédemment présenté les retentissements psychologiques liés au diagnostic et à l'annonce d'une maladie grave sur une personne ainsi que la perte de l'estime de soi qu'ils impliquaient et la modification de l'image corporelle provoquée par les traitements anticancéreux. Les objectifs thérapeutiques mis en place par l'art-thérapeute seront une revalorisation de l'estime de soi par l'investissement dans l'activité artistique et le confort et/ou la qualité de vie. La personne devra avoir des projets, énoncer ses goûts, s'impliquer, produire une œuvre, autoévaluer sa production, exprimer sa satisfaction ou son mécontentement, faire un choix quant au devenir de la production. En unité stérile de soins intensifs, les objectifs thérapeutiques seront de stimuler le plaisir esthétique par les organes sensoriels, de favoriser un lien social et de susciter l'imaginaire dans la production artistique afin que le patient puisse « s'évader » de sa chambre.

Conclusion

Le champ d'application de l'art-thérapie aujourd'hui est large. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, l'art-thérapeute a une relation singulière qui, pour la personne malade, est importante car, par les projets artistiques, le patient s'implique dans le soin. L'œuvre d'art n'est pas ce qui nous intéresse mais bien la personne « produisant ».

1. F. Boureau dans son ouvrage, *Contrôler votre douleur*, explique : « qu'écouter de la musique peut modifier la perception de la douleur, mais uniquement si le sujet adopte une attitude particulière. Il faut qu'il se concentre, qu'il chantonne avec la musique où qu'il marque le rythme ».
2. Burkhardt Bromm, directeur émérite de l'institut de physiologie de la clinique universitaire de Hambourg-Eppendorf.
3. Il explique dans une étude « que ce sont les connexions entre le cortex et le cingulum qui nous font prendre conscience de la douleur. Contrôler le système limbique par la volonté est possible en contrôlant le cortex, en modifiant l'état de conscience, en détournant l'attention de la douleur, par l'action du cortex préfrontal qui évalue les émotions ».

Bibliographie

- Bellamy C. L'accompagnement des malades en chambre stérile dans un service d'hématologie et oncologie médicale. In : Audhuy B, Colombat, eds. Soins palliatifs et accompagnement en hématologie. Strasbourg : Coprur ; 2000.
- Bomer A. Expérience d'art-thérapie à dominante musique : une thérapie au service de la lutte contre la douleur dans un service d'oncologie et d'hématologie, mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire d'art-thérapie, université François Rabelais UFR de médecine, 2005.
- Chevrollier JP, Dumont N. La magie et l'enfant hospitalisé en oncologie. In : L'atelier d'art-thérapie : indication, évaluation, méthode et technique artistique, congrès d'art-thérapie. Faculté de médecine de Tours, éd. Tours : Université François Rabelais ; 1999.
- Dauchy S, Rouby P. Prise en charge psycho-oncologique. In : Poulain P, ed. Douleur en oncologie. Paris : John Libbey Eurotext ; 2004, p. 61-7.
- Forestier R. Tout savoir sur l'art-thérapie, éd. Lausanne : Favre ; 2001.
- Forestier R. Tout savoir sur l'art occidental. Lausanne : Favre ; 2004.
- Forestier R. Regard sur l'art. Paris : See you soon ; 2005.
- Lelord F, André C. L'estime de soi. Paris : Odile Jacob ; 1999.
- Milbergue D. Innovation et art-thérapie en hématologie. In : art et médecine : la recherche, congrès international d'art-thérapie de Tours 1992, éd. Université François Rabelais Tours, p 62-6.



L'apport spécifique de l'auto-évaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi

H. Bernhard, C. Millot

Nous allons vous présenter une utilisation du cube harmonique dans le cadre de séances d'art-thérapie. Le cube harmonique est en effet un outil d'auto-évaluation que nous avons expérimenté auprès de personnes en démarche de réinsertion sociale et professionnelle.

Le cube harmonique a de nombreuses applications qui font l'objet de différentes recherches. Nous nous appliquerons aujourd'hui à dégager l'intérêt de l'utilisation par la personne du cube harmonique, au cours de séances d'art-thérapie qui visent principalement la restauration de l'estime de soi.

Nous faisons référence dans cette étude au modèle d'art-thérapie de l'école de Tours. Nous rappelons qu'il repose sur la recherche pour la personne d'un équilibre dynamique entre les éléments du phénomène artistique : l'intention, l'action, la production, au cours de l'opération artistique.

Les fondements de l'exposé

L'exposé qui suit repose sur une expérience d'art-thérapie dans une structure de réinsertion sociale et professionnelle à Dijon. Un atelier d'art-thérapie à dominante modelage d'argile est proposé depuis un an et demi à des personnes en chantier d'insertion. Il s'agit de personnes âgées de 20 à

58 ans, venant d'horizons extrêmement variés quant à leur origine, leur milieu social et culturel. Ils ont cependant comme point commun un parcours de vie marqué par des difficultés et des ruptures, qu'elles soient d'ordre scolaires, familiales, professionnelles ou médicales.

Aussi avons-nous pu constater que les difficultés citées précédemment ont des répercussions importantes dans la vie de ces personnes et que leurs échecs successifs altèrent plus particulièrement l'estime de soi. Il convient donc dans un premier temps de nous accorder sur une définition de l'estime de soi.

Nous avons en fait retenu deux propositions qui se répondent et se complètent et qui formeront la base de notre propos.

Pour Richard Forestier¹, l'estime de soi est « la valeur et la considération de la personne à son propre regard. » Notre seconde référence est la proposition de Christophe André et François Lelord² pour qui « l'estime de soi repose sur trois ingrédients : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. Le bon dosage de chacune de ces trois composantes est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse ».

Quant au cube harmonique, c'est un outil d'auto-évaluation des caractéristiques de l'art. L'art est l'ensemble des activités humaines réalisées dans une orientation esthétique, c'est-à-dire vers le beau.

Dans le cadre de séances d'art-thérapie, l'auto-évaluation par le cube harmonique peut être proposée après la réalisation d'une production artistique. L'art-thérapeute invite alors la personne à évaluer sa réalisation sous trois aspects : le Beau, le Bien et le Bon. Il s'agit des trois caractéristiques du champ de l'esthétique développées dans la théorie dite des « 3 B »³ (figure 7.1).

Le *Bien* est ce qui est relatif à la forme de la production et met en jeu le savoir-faire et le style de la personne. Elle est donc invitée à se poser la question : « est-ce que c'est bien fait ? »

Le *Beau* est ce qui est relatif au fond, c'est-à-dire à la qualité esthétique de la production. Il met alors en jeu le goût esthétique de la personne. Elle est donc invitée à se poser la question : « Est-ce que cela me plaît ? ».

Enfin, le *Bon* est quant à lui, relatif à l'implication de la personne dans la production artistique. Il met en jeu son intérêt pour l'activité et son plaisir esthétique. La personne est donc invitée à se poser la question : « Est-ce que j'ai éprouvé du plaisir ? »

1. Forestier R, *Regard sur l'art*, p. 47.

2. André C, Lelord F. *L'estime de soi*, p. 14.

3. Forestier R, *L'art occidental*, p. 141-159.

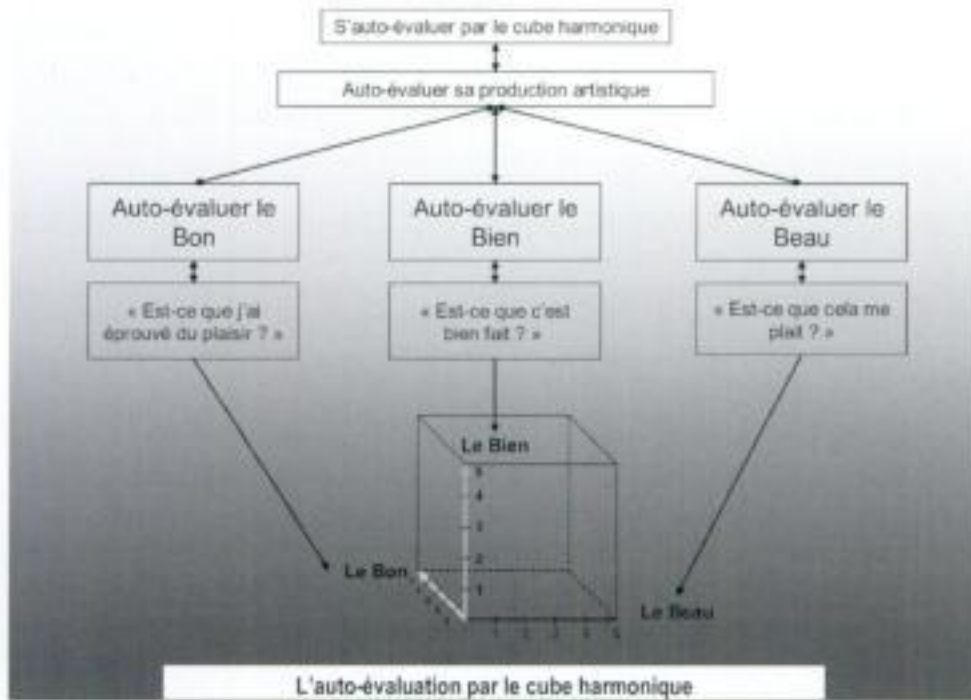


Figure 7.1. L'auto-évaluation par le cube harmonique.

D'un point de vue pratique, les trois caractéristiques sont représentées sous la forme d'un cube dont les trois axes représentent chacun l'un des 3 B. Les réponses de la personne, cotées de 1 à 5, sont reportées dans les trois axes du Beau, du Bien et du Bon, ce qui lui permet de visualiser son auto-évaluation.

Implication de l'estime de soi dans l'auto-évaluation par le cube harmonique

Pour auto-évaluer le Bon, la personne doit auto-évaluer son plaisir et son intérêt pour l'activité. Elle doit pour cela se reconnaître une capacité à être et à éprouver du plaisir à être. Ce qui signifie qu'elle doit être capable d'éprouver une considération pour elle-même. On retrouve cette faculté dans l'idée de l'amour de soi développée par André et Lelord.

Pour auto-évaluer le Bien, la personne doit auto-évaluer son savoir-faire. Elle doit pour cela se reconnaître une capacité à agir et à se projeter dans l'avenir. Ce qui signifie qu'elle doit être capable d'avoir confiance en elle. La relation entre l'estime de soi et la confiance en soi est présente chez André et Lelord comme chez R. Forestier.

Pour auto-évaluer le Beau, la personne doit évaluer la qualité esthétique de sa production. Elle doit pour cela se reconnaître une capacité à affirmer son goût. Elle sollicite, donc dans l'auto-évaluation du Beau, son affirmation de

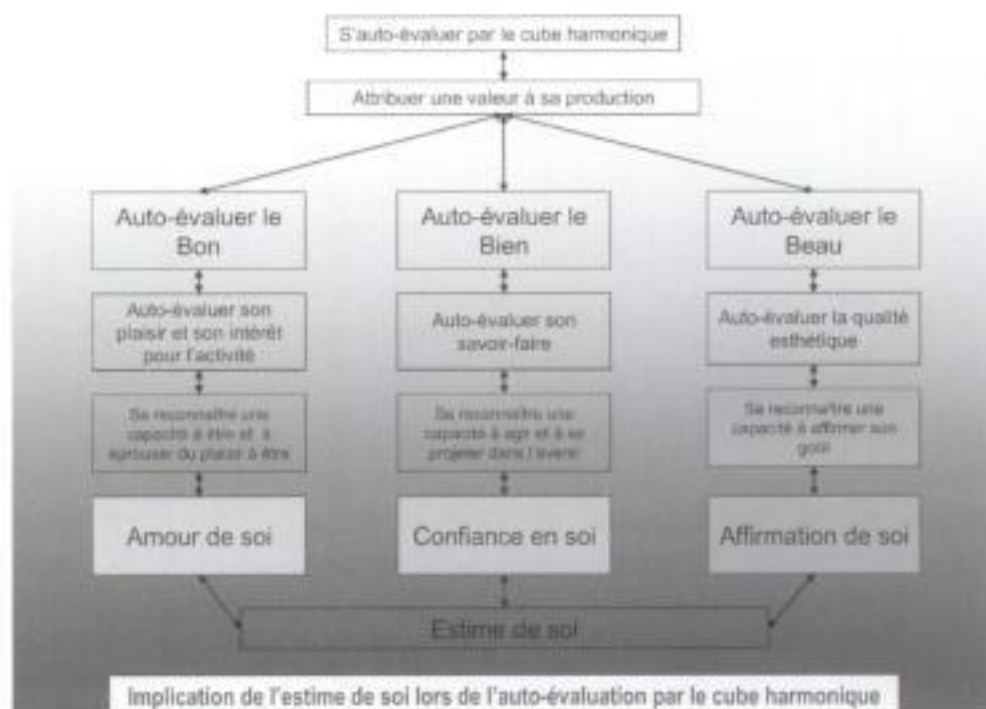


Figure 7.2. Implication de l'estime de soi lors de l'auto-évaluation par le cube harmonique.

soi. Ce terme est utilisé par Richard Forestier comme étant un paramètre lié à l'estime de soi et nous retrouvons en partie ce concept chez André et Lelord dans le terme : vision de soi.

En définitive, en proposant à la personne de s'auto-évaluer par le cube harmonique nous lui demandons de mobiliser son amour de soi, sa confiance en soi et son affirmation de soi. Nous sollicitons donc son estime de soi.

La réalisation d'une auto-évaluation par le cube harmonique fait donc directement appel à des paramètres de l'estime de soi (figure 7.2).

Applications en art-thérapie du lien entre le cube harmonique et l'estime de soi

Dans l'atelier d'art-thérapie présenté précédemment, beaucoup de personnes souffrent d'une altération de l'estime de soi. L'art-thérapeute, par l'observation et l'évaluation d'items appropriés, peut repérer et identifier :

- la mise en jeu d'un savoir-faire et son évolution technique ;
- l'implication de la personne dans son activité ;
- des manifestations de son plaisir et de ses émotions esthétiques.

Hidden page

Hidden page

Cependant, nous constatons qu'une altération de l'estime de soi entraîne, pour la personne, des difficultés à évaluer son œuvre en corrélation avec ce qu'elle a ressenti pendant qu'elle la réalisait. C'est par conséquent l'utilisation de sa faculté critique qui est défaillante dans le processus de distanciation conduisant à l'auto-évaluation. Si nous reprenons l'exemple de Stanislas, nous constatons effectivement que c'est sa faculté critique qui est altérée lors de son auto-évaluation. Le problème ne réside pas dans le fait qu'il n'éprouve pas de plaisir durant l'activité mais plutôt qu'il n'arrive pas à le reconnaître objectivement lorsqu'il va s'auto-évaluer. L'art-thérapeute va donc travailler au renforcement de la faculté critique afin de la rendre plus opérante.

Ainsi, nous constatons que par leur fréquentation de l'atelier d'art-thérapie et l'utilisation du cube harmonique, beaucoup de personnes parviennent à améliorer progressivement l'objectivité de leur auto-évaluation. L'utilisation régulière du cube harmonique, la comparaison des cubes au fur et à mesure des séances et l'accompagnement de l'art-thérapeute apportent donc à la personne la possibilité de renforcer sa faculté critique. Elle est essentielle tant dans la capacité d'attribuer une valeur à sa production artistique que dans le fait de s'attribuer à soi-même une valeur. C'est en cela que le cube harmonique va contribuer à aider la personne à restaurer son estime de soi.

Les limites de l'utilisation du cube harmonique

Après avoir utilisé le cube harmonique dans diverses situations, il apparaît que son utilisation requiert quelques conditions préalables pour être efficace et pertinente. Trois conditions nous paraissent importantes :

- une capacité de distanciation et d'attribution d'une valeur à sa production ;
- une compréhension suffisante de la langue française ;
- des capacités intellectuelles suffisantes pour comprendre le système de cotation mis en place.

Pour l'une ou l'autre de ces raisons, la mise en place de l'auto-évaluation par le cube harmonique s'est quelquefois révélée difficile, voire impossible avec certaines personnes en réinsertion sociale et professionnelle.

De plus, il n'est pas toujours aisé de dissocier les trois pôles constitutifs de l'estime de soi car ils sont liés entre eux et constituent un ensemble.

Enfin, il nous a semblé intéressant de considérer le décalage entre l'auto-évaluation de la personne et l'évaluation de l'art-thérapeute, non pas comme une contre-indication de l'utilisation du cube harmonique mais au contraire comme une caractéristique de l'altération de l'estime de soi offrant une ouverture à de nouvelles recherches. Cependant, une question perdure :

comment mesurer de manière rigoureuse ces décalages d'évaluation ? Comment exploiter ces mesures pour améliorer la prise en charge de la personne ?

Conclusion

Il nous faut bien reconnaître que l'utilisation du cube harmonique, même si celui-ci s'avère pertinent comme outil d'auto-évaluation, fait encore l'objet de recherches. Fort de notre expérience, nous pouvons, cependant, repérer quelques apports spécifiques du cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi :

- il renforce le processus de distanciation déjà amorcé lors de l'opération artistique ;
- il affine et stimule la faculté critique de la personne ;
- il sollicite la faculté critique de la personne dans le registre même de sa problématique ;
- il souligne les décalages ou les convergences entre l'évaluation de l'art-thérapeute et l'auto-évaluation de la personne, permettant ainsi une identification des paramètres altérés de l'estime de soi.

L'ensemble de ces apports ouvre de nouvelles perspectives en art-thérapie dans la prise en charge de personnes concernant la restauration de l'estime de soi.

Si la restauration de l'estime de soi apparaît prépondérante pour des personnes en démarche d'insertion sociale et professionnelle, elle est souvent très importante dans de nombreuses prises en charge en art-thérapie. En effet, un handicap, une maladie, une situation de vie difficile ou une difficulté relationnelle touchent fréquemment l'estime de soi. L'utilisation du cube harmonique pour la restauration de l'estime de soi, en séance d'art-thérapie, devrait, nous l'espérons, être profitable à de nombreuses personnes.

Bibliographie

André C, Lelord F. L'estime de soi. Paris : Odile Jacob ; 2002.

Forestier R. L'art occidental. Lausanne : Favre ; 2002.

Forestier R. Regard sur l'art. Approche épistémologique de l'activité artistique, texte de conférence à la Sorbonne, Paris ; 2005.

Millot C. L'art-thérapie à dominante modelage d'argile peut aider à la restauration de l'estime de soi de personnes exclues, en chantier d'insertion. Mémoire de fin d'études pour le diplôme universitaire d'art-thérapie ; 2005.



L'évaluation des effets du merveilleux en art-thérapie

M. Vaillant-Perriere

Il était une fois un artiste qui déambulait dans les couloirs de l'hôpital avec son art comme seul moyen de rencontre. Une personne agréablement surprise par sa présence lui exprima le plaisir qu'elle en ressentait. L'artiste l'invita alors à venir découvrir elle aussi cet art.

Mais elle refusa lui disant que ce n'était pas la peine de se donner tout ce mal parce qu'elle ne se sentait pas pouvoir « faire de l'art ».

« Je suis aussi art-thérapeute lui dit l'artiste, et l'important n'est pas de savoir faire de l'art, mais de se faire du bien en créant du beau. »

Alors ils entrèrent dans l'atelier d'art-thérapie et se mirent à pratiquer ensemble.

L'art-thérapeute créa un espace unique pour cette personne qui put l'investir de sa sensibilité, de ses goûts, de son sens esthétique, de son imagination, de ses repères culturels et familiaux, bref de son identité ici retrouvée. Il prit grand soin de cette personne et de tout ce qui se créa dans ce cadre thérapeutique : les émotions, les productions artistiques, la relation et il évalua toujours la bonne vitesse avec laquelle il pouvait la guider.

Sans chercher à expliquer ce qu'ils vivaient ensemble, et par le seul plaisir d'agir de nouveau, ils repérèrent les belles surprises qu'ils partagèrent d'un regard, d'un mot ou d'un sourire.

La personne put alors autoévaluer ses ressources enfouies dans l'ombre, depuis le temps de la souffrance. Petit à petit, elle retrouva le goût d'exister et la saveur du réel.

Elle comprit un peu plus tard que l'art-thérapeute n'avait pas changé ce réel, mais en bouleversant avec soin l'ordre établi de son quotidien familial et souffrant, en chatouillant le merveilleux qui était encore en elle et dont elle ignorait tant l'existence que les effets, elle put retrouver une nouvelle valeur d'elle-même et se surprendre à être vivante malgré la maladie.

Une autre place s'offrait à elle : vivre bien, encore...

Et elle savait *maintenant* pouvoir participer à ce projet.

Je travaille avec le concept du merveilleux comme moteur et outil thérapeutique de mes prises en charge en art-thérapie utilisant principalement l'art de la mime¹.

Dans ce travail de pratique de recherche, j'évalue les effets du merveilleux dans l'art, sur les personnes en souffrance.

Je recherche l'homme, merveilleux de surcroît.

Qu'est-ce que le merveilleux ?

C'est notre potentiel à rendre plus beau ce que nous vivons.

Il est donc fondamentalement du domaine de l'esthétique et du mieux-être. Prenant sa source dans l'imaginaire, il est le miroir de nos goûts, la représentation et la saveur de nos désirs, le lieu d'évasion de nos contraintes familières et de nos souffrances.

Il suscite la surprise, l'admiration et le plaisir ainsi que le besoin d'être partagé, d'être raconté mais seulement si nous sommes disposés au merveilleux, c'est-à-dire disposés à nous réjouir de ce que nous n'attendions pas et que nous n'aurions pu imaginer. Car il n'y a de merveilleux que par l'homme qui le vit et qui lui confère cette valeur, tout comme pour le beau, le bon, le bien ou l'estime que nous nous portons.

Le merveilleux ne change pas la vie, mais il en rompt l'ordre établi.

Quant au fait merveilleux, il ne l'est pas en lui-même mais dans sa relation avec le réel, car l'émerveillement commence aux frontières du réel et de l'ordinaire qu'il vient surpasser et magnifier.

Tout est comme d'habitude ce matin-là, le chat est vautré sur sa couverture, et tout à coup... il me souhaite mon anniversaire...

1. Le mot mime signifiant à la fois l'acteur et la technique, nous désignerons le second par l'emploi du féminin afin d'éviter périphrases et confusions.

Le merveilleux dans l'art

L'art est un outil privilégié d'expression de nos ombres et de nos lumières, de notre souffrance et de notre merveilleux.

La scène étant un lieu de l'illusion où se conjuguent réel et irréel, le merveilleux trouve dans le spectacle une de ses formes les plus séduisantes.

Quant au merveilleux de la mime, il rappellera le merveilleux de l'enfance où avec rien, tout est possible car aucun objet, aucun décor ne vient limiter l'imaginaire.

On fait comme si, et regarde : « Je suis Capitaine au long cours dans les jardins du Luxembourg ! »

Comment j'utilise le merveilleux dans mon modèle de travail¹ ?

Je viens le chatouiller pour en évaluer les effets !

« Lorsqu'une personne n'est plus capable de s'émerveiller, elle a pratiquement cessé de vivre », nous dit Albert Einstein.

Alors commençons par chercher, chez les personnes en souffrance, l'émerveillement potentiel, comme l'effet d'un réveil doux et puissant. Juste une chatouille. Partons mobiliser le plaisir de l'émotion par une rencontre artistique qui ouvrira peut-être la porte de leur sensible et sollicitera par effet une envie de pratiquer. Ce passage à la pratique artistique soigneusement accompagnée permettra ainsi le retour au plaisir de l'action. Agir pour s'offrir de nouveau un monde, s'évader un instant de l'horloge hospitalière et redevenir sujet, acteur de sa vie. Le corps vient déjà raconter autre chose que la maladie. S'émerveiller de soi, du beau geste qui produit le plaisir d'agir, de faire et de recommencer. Retrouver le goût de soi.

Il s'agit ici de retrouver le merveilleux dans l'homme, malade de surcroît.

C'est l'exemple de Simone (psychotique chronique de l'unité de psychiatrie) : tout est comme d'habitude ce matin-là, elle est toujours assise depuis 20 ans le regard pour personne et tout à coup... elle m'aide à chasser les papillons, son rire en bandoulière !

Il s'agira donc d'évaluer chez les personnes en souffrance leur potentiel à accueillir le merveilleux, c'est-à-dire à se réjouir de ce qu'elles n'attendent pas, d'évaluer également leur potentiel à créer du merveilleux, c'est-à-dire à créer du beau (leur beau) malgré ce qu'elles vivent de leurs souffrances et de

1. 10 ans d'expérience auprès d'adultes en service psychiatrique et auprès d'enfants et d'adolescents en libéral.

leurs soins, et enfin d'évaluer les effets de leur merveilleux retrouvé sur le regard qu'elles se portent et le regard que leur porte l'entourage, c'est-à-dire l'équipe, la famille et les autres patients.

Les effets du merveilleux sur la personne en souffrance permettent un nouveau regard sur soi

Le merveilleux permet donc d'être surpris de retrouver du plaisir esthétique malgré la maladie et les soins. Il vient nous révéler à nous-mêmes.

Dans l'art-thérapie, il permettra donc de mettre en évidence le décalage entre ce que la maladie produit et ce que la personne vit encore. L'action de l'art-thérapeute sera de retrouver cet espace de création qui permet et qui maintient du sens à vivre. Par le plaisir retrouvé d'agir à travers la pratique artistique venant révéler des potentiels expressifs et relationnels ainsi qu'un jugement esthétique, le merveilleux offre, de nouveau, du possible.

Ce nouveau regard sur soi qui vient révéler que je ne suis plus uniquement ce que la maladie a fait de moi, permet de réajuster une meilleure valeur de soi. Cette autorevalorisation de l'estime de soi contribue par effet à une meilleure adaptation et donc à une meilleure qualité de vie.

Si mon quotidien n'a pas changé, je peux y trouver une autre place que celle de le combattre ou de le fuir.

C'est par exemple Joseph (mélancolique chronique de l'unité de psychiatrie), désespéré et bougon, qui ne veut plus jamais rien faire mais qui vient un jour m'apprendre à garder les chèvres parce qu'en tant qu'ancien berger, ça l'énerve de voir que je mime ce métier « comme un manche » me dit-il ! Et qui revient mimer ses années en montagne, son amour de la nature et qui acceptera de découvrir l'atelier peinture dans lequel son talent et son style lui permettront d'être reconnu comme « l'artiste » de l'unité et non plus comme « le sauvage ». Cette nouvelle identité constructive lui facilitera les efforts nécessaires à la recherche d'un travail en atelier protégé.

Les limites du champ d'application

Les limites concernent l'impossibilité au merveilleux, c'est-à-dire l'impossibilité à pouvoir accueillir la surprise et le plaisir.

Les nécessités pour optimiser les effets du travail

Nous comprenons que l'exploitation du merveilleux dans une visée thérapeutique nécessite la présence d'un artiste (la présence du merveilleux de son

Hidden page

Partie II

L'évaluation en art-thérapie : *à l'étranger*

Dr Ruy Carvalho, Médecin, Art-psychothérapeute didactique modèle polymorphique,

Nuances techniques de l'évaluation en art-psychothérapie

Tania Maria José Aiello Vaisberg, art-thérapeute et psychanalyste winnicottienne,

L'évaluation des effets de l'art-thérapie winnicottienne

Jean-Luc Sudres, psychologue clinicien et psychomotricien,

L'évaluation en art-thérapie ? De constats en prospectives...

Deolinda Fabietti, spécialisée en art-thérapie,

L'œuvre fait son annonce

Susanna Bardsley, Art-thérapeute diplômée d'université,

L'évaluation du mouvement en art-thérapie à dominante corporelle dans le monde anglo-saxon

Liliane Bar, Intervenante en art-thérapie,

Élargissement de l'enseignement de l'art-thérapie grâce à la création d'un département spécifique à l'UET

Jean-Patrick Vaillant, Art-thérapeute diplômé d'université,
Deux études de cas pour illustrer quinze années de pratique

Claire Poupet, Art-thérapeute diplômée d'université,
L'évaluation des art-thérapeutes dans leur demande d'emploi

Dr Agnès Giannotti, médecin généraliste et **Dr Moussa Maman**, ethno-
psychiatre, tradipraticien,
Hommes, esprits et rythme : thérapie traditionnelle au nord du Bénin



Nuances techniques de l'évaluation clinique en art-psychothérapie

R. Carvalho

Après quinze années de pratique clinique en art-thérapie et art-psychothérapie, l'une de mes inquiétudes était d'approprier l'évaluation¹ des patients à un contexte psychothérapeutique propre où l'image occupe une place centrale. Mon intervention initiale en art-thérapie a été faite dans un hôpital psychiatrique avec des patients psychotiques d'évolution prolongée. J'ai établi avec ces patients des groupes expérimentaux centrés sur la création artistique où les images et les formes créées sont utilisées comme une façon d'encourager la communication entre les patients psychotiques (souvent aliénés dans le monde de la psychose). C'était l'occasion de permettre à ces patients d'exprimer leur monde interne. En fonction de l'évolution de ma pratique clinique – exclusivement dans le contexte privé – j'ai développé l'art-psychothérapie en utilisant la création artistique comme un médiateur, dans une configuration triangulaire dont les composants sont : l'individu (au centre), l'art-psychothérapeute et le médiateur*. Accoutumé à effectuer l'évaluation clinique des patients conformément aux paramètres psychiatriques et psychodynamiques verbaux, j'ai éprouvé quelques difficultés avec plusieurs patients lors du passage de l'évaluation verbale à l'introduction des arts dans le rapport psychothérapeutique. Cela

-
1. Mon parcours professionnel est à l'origine de ma conceptualisation du modèle polymorphe de l'art-thérapie, qui comprend quatre registres d'intervention : l'art-thérapie expérimentale, l'art-thérapie psycho-éducative, l'art-psychothérapie intégrative et l'art-psychothérapie analytique, ce qui constitue la base structurelle de l'orientation de la Société portugaise d'art-thérapie.

Tableau 9.1. Construction illustrée de l’histoire clinique.

1. Dessin à main levée (ébauche) au pastel sec sur les sentiments qui a prévalu en soi (feuille A3)
2. Quatre dessins à main levée (ébauches) avec crayon de pastel à l’huile (feuilles A4) a. Fragilités ; b. Défauts ; c. Qualités ; d. Expectatives de changement
3. Dessin (ébauche) avec crayon de cire de la figure humaine, représentation de soi-même (feuille A4)
4. Dessin (ébauche), d’une famille, avec des feutres (feuille A4)
5. Dessins (ébauches) des phases de la vie, avec crayons de couleurs, relatifs aux expériences de vie plus importantes (feuilles A4) a) L’enfance. Un ou plusieurs dessins qui pourront comprendre : a.1. Entre 1 et 4 ans a.2. Entre 5 et 7 ans a.3. Entre 8 et 11 ans b) L’adolescence. Un ou plusieurs dessins qui pourront comprendre : b.1. Entre 12 et 16 ans. b.2. Entre 17 ans et 21 ans (au moment actuel si moins de 21 ans) c) Phase adulte. Un ou plusieurs dessins entre les 22 ans jusqu’à un an passé
6. Peinture à gouache liquide relative au moment actuel de la vie (feuille A3)
7. Peinture à main levée avec gouache au doigt (feuille A3)

m’a permis de reformuler la façon d’accomplir l’histoire clinique et l’évaluation des patients, en élaborant ce que j’ai désigné comme la « Construction illustrée de l’histoire clinique » (tableau 9.1).

Ceux qui sont accoutumés à intégrer les arts dans leurs interventions psychothérapeutiques sont familiarisés avec les potentialités de l’information contenue dans les images créées par les patients. Les traits ou les lignes, les formes, les plans, les compositions, les thèmes, les symboles utilisés et leur rapport, aussi bien que les couleurs, le mouvement et l’orientation de la feuille de papier, donnent des informations importantes sur la dynamique interne subjective de la personne, exprimée dans le dessin ou dans la peinture.

Les différentes ressources techniques artistiques et les matériaux utilisés contiennent des potentialités subjectives propres aux individus. Généralement, il peut être dit que la peinture appelle plus au mouvement et à la sensation, et le dessin plus à la forme. La peinture rend plus propice la représentation des émotions et des sensations, une fois que l’usage intermédiaire des brosses et la liquidité des encres est moins impliqué dans le contrôle du processus. Le dessin, avec un crayon coloré, crayon à la cire ou

feutre, en principe, sera plus proche de la conceptualisation et de la description des objets. Dans mon expérience, les patients en art-psychothérapie, utilisent spontanément les encres de façon abstraite et variée, alors que l'utilisation du dessin permet d'exprimer des formes plus logiques au moyen de diagrammes. Cependant certains matériaux solides avec une plus grande plasticité comme les pastels secs et l'aquarelle, ou même les pastels à l'huile, (considérant qu'ils permettent beaucoup de fluidité parce que les couleurs peuvent être dispersées avec les mains, ou bien que les formes peuvent être cachées ou ombragées), permettent aussi de créer des nuances de sensation et facilite les variations abstraites. Les personnes avec qui je travaille habituellement en art-psychothérapie n'ont pas de connaissance en technique artistique. Ainsi, ils doivent être motivés pour l'expérimentation personnelle spontanée des matériaux, en utilisant leurs créations comme moyen de communication subjective.

En fonction des inquiétudes que j'ai évoquées précédemment (et notamment celle d'intégrer l'introduction des ressources techniques artistiques avec la construction de l'histoire clinique et l'évaluation), j'ai enchaîné une série de dessins et peintures, effectuées avec différents matériaux artistiques, afin d'accomplir l'anamnèse et construire l'alliance thérapeutique, en envisageant le projet thérapeutique et le recueil des informations diagnostiques, pendant que la personne se familiarise avec le registre technique propre à l'art-psychothérapie.

Les médiateurs artistiques sont ceux qui sont disponibles dans mon bureau. Le plus fréquemment, mes patients choisissent les crayons de couleur, les pastels à la cire, les feutres, les pastels secs, les pastels à l'huile, les encres, les gouaches liquides et au doigt.

Pendant la période d'évaluation, je propose une série de thèmes et de matériaux à utiliser, ce qui me permet de compléter l'anamnèse. Pendant que la personne crée et au long du dialogue terminal, je prends des notes (ce dont la personne a été informée). Les significations des images sont explorées en utilisant la technique propre de l'art-psychothérapie, afin que je pose des questions de nature à faciliter l'association libre d'idées pour rendre propice l'intériorisation par la personne du modèle psychothérapeutique (en incorporant et réfléchissant sur les sens profonds de l'image). De cette façon, on organise progressivement la vie dans et avec les images. Lorsqu'est introduit un matériau artistique, je donne quelques indications générales relatives aux règles et possibilités d'utilisation.

Le dessin et les pastels secs proposés dans la première session ont comme objectif de mettre en perspective les sentiments inhérents aux inquiétudes qu'apporte la personne à la consultation. Je propose ainsi à la personne de réaliser un dessin libre, rapidement, sur les sentiments qui sont les plus présents au moment présent de sa vie. Mon attention est focalisée sur la

manière, comme l'utilisation spontanée de matériaux, les symboles tracés et leur rapport. Le pastel sec donne à l'image une certaine sensation de mobilité et de transition, puis il laisse de la poudre sur la feuille qui peut être étalée, il est possible de mélanger les couleurs et de donner à l'image une impression de « flou ». La personne devra en revanche confronter la possibilité d'une feuille salie et des formes réalisées pour qu'elles puissent s'interconnecter.

Dans la deuxième session, je demande à la personne de réaliser quatre ébauches. Sur des feuilles A4 avec des pastels à l'huile, ces ébauches sont relatives aux fragilités des patients, à leurs défauts, à leurs qualités et à leur attente du changement. Cela permet d'avoir une idée sur la conscience de soi-même et les traits de personnalité aussi bien que les propres symboles relatifs à chacune des aires approchées. Dans la réflexion effectuée je demande, au-delà des associations relatives à chaque dessin, que ceux-ci soient mis en corrélation. Quelques indications diagnostiques sont possibles. J'ai remarqué que des patients, avec des traits dépressifs, hyper-investissent les dessins au sujet de leurs fragilités et défauts, alors que les autres patients les investissent moins. Quelques patients narcissiques laissent en blanc le dessin sur les défauts, investissent une partie du dessin sur leurs fragilités, hyper-investissent le dessin sur leurs qualités, et les expectatives du changement se focalisent sur le renforcement des qualités. Des patients souffrant de troubles d'anxiété, hyper-investissent le dessin sur les fragilités et les attentes du changement. Le dernier dessin se rapportant aux attentes du changement, je l'utilise pour introduire les sujets au projet et au contrat thérapeutique.

Les aspects relatifs au sens de *Self* et des traits de la personnalité sont repris dans la troisième session. Le patient dessine, sur un fond, avec des crayons à la cire et dans une feuille A4, une figure humaine qui la représente. Les études et les découvertes de Machover, John Buck, Emanuel Hammer, Ada Abraham et Dinah Campos fournissent des indications utiles pour l'interprétation du test projectif du dessin de la figure humaine. Cependant, j'ai introduit des modifications dans la formulation classique de la demande du dessin, puisque mon propos n'est pas d'interpréter des projections, mais l'usage de celles-ci dans le contexte art-psychothérapeutique. Je demande ainsi que le dessin soit fait avec les pastels à la cire, ce qui introduit plus de plasticité et que soit dessiné un fond, ce qui me permet des données sur « l'ambiance » d'intégration de soi-même, lorsque l'illustration est incluse dans un fond d'inquiétude, de limitations, de besoins d'éléments protecteurs ou de projets. Ces données sont fournies grâce aux questions sur le rapport de la figure humaine avec le fond. Pour plusieurs patients, du fond surgit le symbole de l'arbre comme support de la figure humaine.

J'encourage aussi le jeu du dialogue entre la personne et la figure, représentation d'elle-même.

La quatrième session est destinée à se concentrer sur le cadre et l'histoire familiale du patient. Je demande ainsi que dans une feuille A4 et avec des feutres, soit réalisé le dessin d'une famille avec un fond captivant. J'explore avec le patient l'actualité et le passé de la famille représentée, la liaison entre les différents éléments, en encourageant des dialogues parmi eux, aussi bien que le rapport avec le fond impliqué. Cela me permet la récolte de données pour l'anamnèse sur l'histoire et l'ambiance familiale de l'individu. Les travaux d'investigation de C. Hulse fournissent des données importantes pour l'interprétation du dessin de la famille.

C'est à partir de la cinquième session que j'explore et je recueille les données de l'histoire personnelle du patient. De cette façon, je demande qu'elle fasse des dessins en sessions consécutives – ébauche avec crayons de couleur, feuilles A4, sur les différentes phases de la vie. Il est proposé au moins trois dessins, un sur l'enfance, un sur l'adolescence et un autre sur la phase adulte, sur une année (s'il s'agit d'un adulte de plus de 21 ans). Dans le cas où je remarque la présence d'événements importants dans une phase spécifique, je demande un dessin supplémentaire sur cette étape du développement. Au-delà de la récolte des données de l'anamnèse, la vie de l'image et l'image elle-même sont explorées, en encourageant les associations sur le dessin en général, sur les éléments en particulier, sur les corrélations et en laissant de la marge pour l'affleurement de nouvelles significations, c'est-à-dire pour le besoin vital de la vie au-delà de l'image.

Après avoir terminé la réflexion sur l'histoire de la vie, il est proposé un thème de plus : une peinture à la gouache liquide, sur une feuille A4, relatif au moment actuel de la vie. Cette peinture rend possible un contact avec les moments de crise existentielle actuelle de la personne, ce qui complète les dessins des deux premières sessions. Le travail réalisé précédemment mettra ici en évidence un pic, avec la possibilité d'associations entre le présent et le passé. Des significations changeantes du passé peuvent avoir leur place, face à l'affleurement du sens de la réalité actuelle.

La dernière proposition prépare le futur registre des sessions : une peinture libre et spontanée avec gouache au doigt. Ruth Shaw (1937), Gordon Allport (1940), Eric Mosse, Joan Fleming (1940), Frederick Allen (1942) et Peter Napoli (1946), parmi d'autres, ont donné des contributions importantes pour la systématisation de l'usage de la peinture digitale comme technique diagnostique, par les enfants et les adultes. Il est important d'être attentif et d'enregistrer les différents aspects impliqués dans la production du patient : la façon dont il utilise les mains, le type de mouvements, le rythme des gestes, les couleurs utilisées aussi bien que la texture, l'équilibre, l'ordre et le symbolisme de l'image. Après avoir terminé la peinture, l'indi-

Tableau 9.2. Bilan Chromatique de Sentiments.

1. Tranquillité	15. Plénitude	33. Compassion (peine de soi-même)
2. Affection (Tendresse, amour)	16. Confiance (sûreté/être sûr)	34. Être attaqué
3. Joie (félicité)	17. Orgueil (vanité)	35. Envie
4. Appartenance (intimité)	18. Perte (Abandon)	36. Faillir
5. Humeur (le sens de)	19. Souffrance (douleur)	37. Jalousie
6. Sensualité	20. Anxiété	38. Paresse
7. Tolérance	21. Fâcherie (agressivité, colère)	39. Dépendance
8. Plaisir (satisfaction)	22. Incertitude	40. Incohérence
9. Détermination (capacité de lutte)	23. Solitude	41. Fausseté (mensonge)
10. Espoir	24. Insécurité	42. Critique
11. Affirmation (fermeté)	25. Découragement	43. Dégoût
12. Réalisation	26. Déception	44. Avidité
13. Courage	27. Peur	45. Inertie (démotivation)
14. Liberté (désinhibition)	28. Honte	46. Ennui
	29. Être abusé (e)	47. Vide
	30. Tristesse	48. Insatisfaction
	31. Fatigue	49. Indécision
	32. Faute	50. Injustice

vidu verbalise, c'est-à-dire explique l'histoire qui émerge de l'image, ce qui nous donnera des informations supplémentaires.

La période de réflexion suivante conclue l'évaluation que j'ai effectuée, avant de passer au processus art-psychothérapeutique proprement dit. J'ai désigné cette phase de « Bilan Chromatique de Sentiments » (tableau 9.2), focalisant les représentations subjectives de couleurs associées aux sentiments. Plusieurs travaux d'investigation ont été accomplis sur la signification générale et spécifique des couleurs comme ceux de Kretschmer (1921), Jaensch (1930), Heisse et Hiltmann (1950), Sheldon et Stevens (1951), Alshuler et Hattwick (1951), Ginsberg (1959), Dingemans, Dogliani et Senini (1962), Odete Lourenção van Kolck et Angelini (1969), entre autres. Ils ont permis le développement d'une théorie de la psychologie des couleurs. Cependant ces recherches ont une marque essentiellement empi-

rique. La mise au point de la couleur a donné l'origine à des tests d'évaluation comme le Luscher Test de Luscher (1949), le Mosaic Test de Lowenfeld (1954), le Frielingtest de Frieling (1955) ou le Test des Pyramide Pfister. J'ai préféré, au lieu de partir du point de vue empirique, attribuer des significations aux couleurs et recueillir le rapport spontané établi par mes patients parmi les sentiments et les couleurs. La réflexion est organisée de façon à faciliter l'évocation spontanée de sens à partir des couleurs, en accord avec la recommandation de Didier Anzieu (1960) que la perspective des couleurs devrait avoir une configuration et ne pas être une simple addition de données isolées. Ainsi, l'important pour moi ce sont les associations subjectives des patients. Je n'ai pas d'intention interprétative par rapport aux attributions de signification.

Le matériel nécessaire pour le Bilan Chromatique de Sentiments est composé de :

- 50 feuilles de papier blanc avec les dimensions de 5 cm × 7,5 cm ;
- un stylo ;
- une boîte de pastels d'huile avec 26 couleurs (mauve, pourpre, écarlate, rose sombre, orange, saumon, rose claire, jaune, jaune citron, vert malachite, vert émeraude, olive claire, vert jaunâtre, jade, bleu turquoise, bleu clair, bleu cobalt, bleu outremer, violet, ocre, sanguin, brun, gris clair, gris, noir et blanc) ;
- une liste de 50 sentiments (tranquillité, affection, joie, appartenance, humour, sensualité, tolérance, plaisir, détermination, espoir, affirmation, réalisation, courage, liberté, plénitude, confiance, orgueil, perte, souffrance, anxiété, colère, incertitude, solitude, insécurité, découragement, déception, peur, abus, tristesse, manque, honte, fatigue, faute, peine, être attaqué, envie, faillir, jalousie, paresse, dépendance, incohérence, fausseté, critique, ennui, avidité, inertie, vide, insatisfaction, indécision et injustice) ;
- une feuille de papier avec les dimensions standard A2 ;
- de la colle pour papier ;
- des schémas propres prêts à être remplis par le patient, d'une part avec ma collaboration, d'autre part « pour faire chez eux » (tableau 9.3).

Les différents sentiments abordés et nommés de façon aléatoire, se rapportent aux aires de l'appareil psychique qui peuvent être divisées en sentiments relatifs : au *Self* (à l'identité, aux pertes et à la cohésion du *Self*), à l'instance morale, aux pulsions sexuelles, aux pulsions d'agression, au conflit parmi les instances internes, aussi bien qu'au conflit d'objet. On place les feuilles rectangulaires de papier empilées posées verticalement devant le patient, avec la boîte des pastels à l'huile, et les 26 couleurs visibles par la personne. Je demande qu'elle prenne une feuille de papier, écrivant à la base, le sentiment que je lui dis et qu'ensuite elle place une seule couleur, choisie

Tableau 9.3. Tableau du Bilan Chromatique de Sentiments.

Nom :					Date :				
Annotations	Sentiment	Couleur	Parole associée	Association libre	Quand il était	Quand il est	Co-relation		
	En accord avec la localisation dans la carte chromatique, en commençant au coin supérieur droit et en avançant à l'horizontal	En accord avec la référence à la boîte	Association libre et subjective d'une parole	Association libre d'images, métaphores et idées évoquées pour le sentiment et pour la couleur	Références au passé d'un sentiment significatif	Références au présent d'un sentiment important	Sentiment avec la même couleur		

Tableau 9.4. Annotations

p	: Sentiment qu'il aime le moins (ou le pire)
+	: Sentiments préférés
x	: Couleurs qu'il aime le moins
o	: Couleurs qu'il aime le plus
-	: Couleurs neutres
□ -	: Couleurs qui ont prévalu (plus répétés)
M. P.	: Les feuilles les plus remplies
1	: Couleurs uniques

rapidement et spontanément, associée au sentiment ; cela occupant l'espace de la feuille de papier en accord avec la prédominance ou l'importance que le sentiment a pour elle-même, mais sans dessiner des formes. Lorsqu'elle a fini, je demande qu'elle tourne la partie colorée vers le bas. Dans l'ordre de réalisation, elle empile les autres feuilles de papier sur la première, avec la face colorée tournée vers le bas. Après avoir parcouru la panoplie entière de sentiments en référence, les feuilles de papier sont battues comme un jeu de cartes et bientôt dispersées sur la table de travail autour de celle qui servira comme base de la construction de la Carte Chromatique des Sentiments. Pour cela, je demande à la personne qui associe les feuilles de papier, en accord avec l'association logique qu'elle souhaite (telle qu'une association de couleurs, de sentiments, ou par groupements). Ensuite, je lui demande de remplir des tableaux. L'ordre pour remplir est établi en commençant par le coin supérieur gauche de la Carte Chromatique de Sentiments, avançant horizontalement vers la droite. Quand on fini une ligne on passe à la suivante. Le schéma est composé de huit colonnes verticales (tableau 9.3).

Au début, j'aide la personne à remplir les schémas puis je lui demande de terminer chez lui, entre deux sessions. Lors de la session suivante, il complète les schémas. Je pose des questions relatives à la Carte Chromatique de Sentiments, plaçant les symboles propres aux annotations (tableau 9.4).

Les résultats obtenus à partir de ces annotations sont reportés sur une feuille de registre à part, de façon à ce qu'ils puissent être étudiés objectivement et spécifiquement. Après le report de ces données, une période de réflexion avec le patient, où je prends en note des réponses à une série de questions, est réalisée. Pour cela, je consulte aussi ce qui est écrit dans les schémas du Bilan Chromatique de Sentiments :

- Quelle est la logique implicite dans l'élaboration de la Carte Chromatique de Sentiments ?
- Qu'est ce que vous associez relativement aux sentiments préférés ?
- Qu'est ce que vous associez relativement aux sentiments que vous aimez le moins ?

- Qu'est-ce que vous associez relativement aux couleurs que vous aimez le moins ?
- Qu'est-ce que vous associez relativement aux couleurs que vous aimez le plus ?
- Qu'est-ce qui fait que vous considérez les couleurs comme neutres ?
- Quel rapport peut exister pour vous, entre les sentiments qui partagent les mêmes couleurs ?
- Quelle est l'importance des sentiments relatifs aux feuilles les plus remplies ?
- Qu'associez-vous aux sentiments représentés par une couleur unique ? Qu'est-ce qui peut être associé à son unicité ?

Ces questions de base servent à ouvrir d'autres possibilités associatives. Le travail sur le Bilan Chromatique de Sentiments réalisé avec le patient permet d'obtenir des informations sur la dynamique affective, son sens du *Self* et l'organisation de sa personnalité, en plus de lui offrir une opportunité de libre association d'idées sur son monde subjectif interne. Après avoir fini cette réflexion, toutes les images créées précédemment sont examinées, en demandant au patient d'associer librement en comparant avec la Carte Chromatique de Sentiments. Il essaye de trouver des ressemblances ou des dissimilitudes avec les significations des couleurs intégrées dans les formes et images avec leur corrélation.

La Carte Chromatique de Sentiments sera à la disposition du patient toutes les fois qu'il souhaite la consulter, ou lorsque qu'il peut « bloquer » relativement à l'attribution de sens associés aux créations, et je suggère, à ce moment là, qu'il l'utilise pour faire des associations libres.

Après avoir terminé la période d'évaluation, le patient passera à la création spontanée dans les sessions, utilisant les matériaux qu'il souhaite. Éventuellement, je pourrais utiliser pour l'expérimentation et utilisation d'autres ressources comme la glaise, la pâte à modeler, les collages, la boîte de sable, etc. (dans le cas où je prévois que cela peut être plus favorable à l'expression et à l'exploration de certains aspects internes).

Pendant l'intervention, les données recueillies pendant la séance d'évaluation, seront utiles pour la méta-analyse du processus du patient. À la fin de l'intervention, une version réduite de la méthode d'évaluation initiale pourra être utile pour apprécier les changements structurels du patient.



L'évaluation des effets de l'art-thérapie winnicottienne

T. M. J. Aiello Vaisberg

Introduction

L'art-thérapie winnicottienne pratiquée au Brésil correspond à une utilisation phénoménologique de la méthode psychanalytique, laquelle se réalise par la mise à disposition de matériaux expressifs dans des situations cliniques établies comme des mondes intermédiaires transitionnels où les patients peuvent recevoir un *holding* selon leurs besoins psychologiques. L'évaluation de la potentialité changeante du processus thérapeutique est faite en considérant ce qui arrive au cours des séances, selon deux perspectives complémentaires : celle de la conduite et celle de l'expérience vécue. L'évaluation du processus selon la conduite se rapporte au plan symptomatique, essentiellement défensif et organisé comme faux self. L'évaluation du processus selon l'expérience vécue par le patient prend en compte la conquête progressive de la maturité émotionnelle et l'intégration personnelle dans le registre du vrai self.

Au Brésil, un très grand nombre de professionnels ont commencé à travailler, dans les dernières décennies, avec un ensemble riche et diversifié de pratiques connues comme art-thérapie. Leurs parcours sont variés et peuvent avoir eu en qualité de début l'éducation, la psychologie, la psychiatrie ou l'activité artistique. Une conviction est partagée : la croyance au potentiel guérissant de l'activité créative.

Notre groupe a travaillé pendant plus 20 ans dans le cadre de la psychothérapie psychanalytique verbale pour les adultes et la ludothérapie pour les enfants. Notre choix théorique a été fait parce que nous sommes d'accord

avec les deux plus importants postulats de la méthode psychanalytique. Le premier affirme que toutes les manifestations de la conduite humaine sont douées de sens, c'est-à-dire ont des significations émotionnelles. La seconde dit que toute expérience humaine est affectée par dimensions inconscientes.

Nous avons perçu, dans la mesure où notre expérience clinique a augmenté, que, tandis la psychanalyse continuait, jusqu'à prendre les proportions d'une compréhension vraiment profonde sur toutes les formes de souffrance émotionnelle, cette compréhension n'était pas suffisante, dans la majorité des cas, pour favoriser la cure, c'est-à-dire, un vrai changement dans la vie affective, peut-être parce que nos patients ne présentent pas la symptomatologie névrotique classique, mais surtout des cadres de dépression, de panique, d'additions variées ou bien de violence. Alors, nous sommes arrivés à la conclusion selon laquelle nous pourrions conserver notre orientation théorique si nous étions capables de trouver des pratiques qui ne soient pas centrées exclusivement sur la verbalisation, en conservant la possibilité d'utilisation de la méthode psychanalytique.

Cette méthode a été définie classiquement comme l'articulation de deux différentes opérations : l'association libre et l'attention flottante. Il est clair que ces expressions freudiennes ont été inventées pour expliquer ce qui se passait entre Freud et ses patients quand il a cessé d'employer l'hypnotisme et a commencé la « *talking cure* ». Pourtant, les développements théoriques et cliniques nous autorisent à les comprendre de façon phénoménologiquement élargie, comme liberté du patient pour exprimer sa subjectivité, en utilisant plusieurs moyens d'expression, et l'adoption sincère par le professionnel d'une posture d'ouverture pour recevoir les manifestations du patient. Alors, on peut développer des pratiques d'art-thérapie qui sont vraiment psychanalytiques.

On sait bien qu'il y a, aujourd'hui, plusieurs perspectives dans le champ psychanalytique. Pour mieux préciser notre position, il faut dire que nous travaillons selon une orientation winnicottienne, qui est très répandue au Brésil. On sait que, maintenant, l'œuvre de Winnicott est une des plus lues dans plusieurs pays. Pourtant, il existe, au Brésil, des auteurs post-winnicottiens qui pensent que sa pensée est radicale et bouleverse toute la psychanalyse freudienne. À notre avis, le clinicien doit faire toujours son choix théorique, parce que l'art-thérapie n'est jamais un ensemble de techniques, qui doivent, bien sûr, exister dans d'autres champs, tels comme, par exemple, la médecine. Dans notre champ, il est plus correct de parler de pratiques, au sens large du mot, que de techniques, parce que quand on parle de pratiques, on est obligé d'admettre qu'elles sont fondées sur des visions sur la vie humaine, sur l'être humain, sur la souffrance et sur la santé.

À notre avis, il ne vaut pas la peine de discuter de la supériorité d'une orientation théorique par rapport à une autre, mais il est absolument

Hidden page

Hidden page

Finalement, on peut poser la question énoncée par le titre de cette communication : comment évaluer une clinique dont le but est la reprise de la créativité, la conquête de la capacité de se sentir vivant et réel, l'atteinte d'une position existentielle définie par l'authenticité ? Ces questions nous conduisent à d'autres :

- Le besoin de l'évaluation des effets cliniques peut-il être fait en dehors d'une vision scientifique fondée sur le paradigme sujet et objet ?
- Ce paradigme est-il le meilleur dans le champ des sciences humaines ?
- Est-ce possible d'évaluer sans considérer l'être humain comme objet ?

Nous pensons qu'il est possible d'évaluer sans adopter une perspective positiviste. On croit même qu'on doit évaluer pas seulement pour des raisons pragmatiques, mais aussi par les raisons éthiques, une fois que notre question est la cure de la souffrance humaine. Alors, à notre avis, l'évaluation clinique doit être faite par des chemins qui ne sont pas positivistes ni psychométriques, mais qui peuvent utiliser des critères cliniques.

Dans nos recherches et dans notre clinique, nous utilisons les critères suivants, qui nous semblent les plus cohérents avec l'orientation winnicottienne :

- les expressions spontanées – verbales et non verbales – des patients sur leur bien-être émotionnel ;
- les impressions du transfert et du contre-transfert des cliniciens ;
- les changements du comportement dans le sens de la reprise de la vie relationnel et professionnel – *quand ça n'est pas seulement la manifestation du faux-self*.

De toute manière, il faut se rappeler que, dans la mesure où nous opérons selon une perspective phénoménologique de la psychanalyse, le critère fondamental pour une évaluation rigoureuse des effets de l'art-thérapie reste toujours celui de l'évidence de l'expérience clinique. Celle-ci ne doit jamais être sacrifiée au nom d'une objectivité conçue de façon positiviste.

Hidden page



L'évaluation en art-thérapie ? De constats en prospectives...

J.-L. Sudres

En matière d'art-thérapie, l'évaluation apparaît, pour ceux qui ne prennent pas la précaution élémentaire de procéder à un point bibliographique sur la question, comme une absolue nouveauté (Sudres, 1993, 2000, 2001, 2005 ; Sudres, Fourasté et Moron, 1997)... Certes, cela permet d'agiter les grelots de l'innovation et de l'autolégitimation à peu de frais sans dépasser les frontières de l'hexagone, voire de son village (fut-il universitaire) !

L'évaluation flirte aussi avec :

- des éléments de méthodologie et de recherche avec lesquels les art-thérapeutes, tout comme ceux qui les enseignent, semblent moins familiers (Sudres, Moron et Roux, 2002) ;
- la dimension « qualité des soins » et l'économie de la santé pour rappeler à l'art-thérapie la nécessité de s'essayer à afficher sa pertinence au-delà d'une simple autoproclamation.

De fait, l'ambition de ce travail est de parcourir à grands traits quelques aspects clés qui devraient permettre à l'art-thérapeute de demain de mieux asseoir sa spécialité et profession.

Quelques rappels conceptuels

Si les dictionnaires spécialisés en sciences humaines ne sont guère prolixes en matière évaluative, le *Petit Robert* définit l'évaluation comme « l'action d'évaluer, de porter un jugement sur la valeur de quelque chose » ou encore de « fixer approximativement ». Autrement dit, il s'agit de mettre un peu d'objectivité dans la subjectivité.

Hidden page

À quel(s) moment(s) évaluer ?

Comme pour n'importe quelle démarche de psychothérapie, l'évaluation en art-thérapie peut s'effectuer autour d'une séance et/ou en prenant en compte le déroulement global d'un suivi thérapeutique (Sudres, Fourasté et Moron, 1997). Concrètement, en fonction des objectifs retenus, l'évaluation peut se dérouler :

- *avant* la séance et/ou au début de la prise en charge dans une perspective de diagnostic et/ou de bilan¹ ;
- *pendant* celle-ci afin d'explorer le *modus operandi* (la production en train de se faire), la dynamique subjective et intersubjective à l'œuvre par l'entremise d'une étude des processus de médiation, de créativité et de la vie psychique² ;
- *après*, soit en fin de séance et/ou de thérapie pour mesurer et/ou discuter avec le ou les sujets des changements et processus de transformation enclenchés ;
- *bien après (follow up)* afin de mesurer le maintien et/ou le développement et/ou la transformation des bénéfices initialement acquis³.

Mais bien entendu, cette évaluation dépend aussi :

- du mode d'exercice (libéral/institutionnel) ;
- des sujets/clients rencontrés et de leurs difficultés et/ou troubles ;
- des objectifs et stratégies formalisés ou non ;
- du type de démarche (objectivante, non objectivante, recherche action) et des théories de référence.

Quoi évaluer ?

Une telle question introduit à nouveau avec acuité la question des indications et des objectifs.

D'un côté, nous pouvons appréhender du « focalisé » en investiguant la production finie (*opus operatum*), la production en train de se faire (*modus operandi*), les interactions groupales, le processus créateur, les modalités de créativité, les niveaux de symbolisation, etc. De l'autre, toujours en référence à nos propos précédents, c'est l'exploration du « général » qui s'impose avec par exemple une prise en compte des mécanismes de défense, du niveau d'alexithymie, du fonctionnement dynamique, etc. toujours à

-
1. Pour nous le « Bilan d'art-thérapie » est une réalité pragmatique (Sudres, 2005, 2006).
 2. Entendu ici en termes opérationnels de mécanismes de défenses, de stratégies de coping, d'émotions, etc.
 3. Le Questionnaire du Vécu des Activités d'Ateliers (inclus dans l'ECTM - Sudres, 1993) répond avec les diverses adaptations à cet objectif.

Hidden page

- les « originaux¹ » avec :
 - la grille de fonctionnement créatif de J.L. Sudres ;
 - l'échelle des symbolisations de D. Anzieu ;
 - l'échelle des phases du processus créateur de D. Anzieu ;
 - l'échelle de fonctionnement dynamique de P. Hoglend ;
 - le Core-Om (mesure de la détresse psychologique) de M. Barkham.

Pour conclure

Ne faisons pas dire à l'évaluation plus qu'elle ne peut dire ! Que les méthodes et les outils utilisés soient de nature scientifique convenons-en, mais cela ne justifie en rien les rigidités, les excès et les débordements. Pratiquer l'évaluation sans se départir de l'authenticité psychique et d'une position d'étonnement constitue un des meilleurs garde-fous pour un art-thérapie de haut niveau.

Quoi qu'il en soit en art-thérapie, comme ailleurs, l'évaluation n'est pas une fin en soi. Étape essentielle de la pratique clinique et enjeu de pouvoirs, elle demeure quelque chose d'arbitraire pour éviter l'écueil si fréquent en sciences humaines de l'autolégitimisation !

Enfin, la question de la formation à la clinique armée (psychométrie incluse) à l'évaluation et à la recherche constitue, au moins en France, un des enjeux du développement de la profession d'art-thérapeute (Sudres, Moron et Roux, 2002).

Bibliographie

- Moron P, Sudres JL, Roux G, eds. Créativité et art-thérapie en psychiatrie. Paris : Masson, 2004.
- Sudres JL. Art-thérapie : création, créativité, expression ? Art et Thérapie 1984 ; 12-13 ; 162-4.
- Sudres JL. Créativité, psychopathologie et adolescence : étude d'une population de 110 sujets hospitalisés. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1993 ; 3-4 : 159-74.
- Sudres JL. Échelle clinique de thérapie médiatisées (dessin-peinture-modelage-collage). art-thérapie. Issy-Les-Moulineaux : Établissements d'Applications Psychotechniques ; 1993
- Sudres JL. L'adolescent et sa famille : éléments pour une approche par l'art-thérapie. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1998 ; 46, 4 ; 236-44.

1. Ils sont actuellement en expérimentation dans notre équipe de recherche (Centre d'études et de recherches en psychopathologie – Université de Toulouse le Mirail – France) et donneront lieu à publications.

- Sudres JL. Évaluer en psychiatrie ? Quelques réflexions. *Psychiatrie, art et Société*. Bruxelles : Le Code ; 2000, p. 43-7.
- Sudres JL. L'art-thérapie : une psychothérapie ? *Rev Fr Psychiatr Psychol Méd* 2001 ; 5 : 29-31.
- Sudres JL. Mesurer l'humeur ? *J Psychol* 2001 ; 189 ; 44-6.
- Sudres JL. Soigner l'adolescent en art-thérapie. Paris : Dunod ; 2005.
- Sudres JL. Fictions et inflexions des thérapies médiatisées. *J Thér Comport Cogn* 2006 ; 16 ; 32-4.
- Sudres JL, Moron P. L'art-thérapie : entre théorisation et pratique clinique. *Rev Fr Psychiatr Psychol Méd* 2000 ; 4 ; 27-8.
- Sudres JL, Fourasté R, Moron P. Plaidoyer pour une clinique armée de l'art-thérapie : entre psychométrie et évaluation. *Rev Fr de Psychiatr Psychol Méd* 1997 ; 8 ; 91-3.
- Sudres JL, Fourasté R, Delvert R, Rue G, Moron P. Adolescence en rupture et art-thérapie : approche méthodologique et clinique. *Psychol Méd* 1993 ; 25 : 900-5.
- Sudres JL, Moron P, Fourasté R. Des théorisations aux théories de l'art-thérapie : circularité des enjeux actuels. *Rev Fr de Psychiatr Psychol Méd* 2004 ; 8 ; 7-11.
- Sudres JL, Moron P, Roux G. Portraits des art-thérapeutes français. Etude et réflexion sur 460 praticiens « art et psy ». *Pratiques Psychologiques* 2002 ; 2 ; 41-62.
- Sudres JL, Oziol MC, Jarreau G. Les adolescents et leurs vécus de l'art-thérapie. Évaluation des représentations, profils et processus de changements. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1998 ; 46 : 245-55.
- Sudres JL, Roux G, Laharie M, eds. *Humeurs et pratiques d'art-thérapie*. Paris : L'Harmattan ; 2003.



L'œuvre fait son annonce

D. Fabietti

Évaluation ? Comment la faire ?

Penser à l'évaluation, c'est d'abord penser à une première question : créer un critère formel, est-ce possible quand nous parlons d'éducation ? Et quand on pense à l'art-thérapie ? Comment évaluer ?

Cette démarche montre l'importance de construire le *setting* thérapeutique et comment systématiser le travail. Le processus montre les résultats.

La recherche

Ce travail a été inspiré par l'exposition « Corps Peints », qui a eu lieu en 2005, à Sao Paulo ainsi que dans plusieurs autres pays d'Amérique du Sud. Dans chaque pays, des artistes ont été invités à y participer. Mes patients ont été invités à y assister.

L'art-thérapie permet d'employer diverses techniques et expressions plastiques, qui aident nos patients à rétablir leur *axe personnel* et leur *estime propre*.

Je travaille avec des groupes de femmes de tous les âges. Ce travail est le résultat de deux groupes.

J'ai commencé cette recherche en leur proposant un regard attentif et minutieux sur leurs corps.

Les patientes du premier groupe ont été photographiées. Puis je leur ai donné des photos sans couleur qui ne montraient que le contour de leurs corps.

Les patientes du second groupe ont fait des mouvements avec leur corps et, en observant celui-ci avec soin, elles se sont étendues sur le sol. L'une d'entre elle a alors dessiné le contour de leur corps sur une grande feuille de papier.

L'évaluation en art-thérapie

Dans ce travail d'atelier thérapeutique, j'observe les travaux avec une certaine distance, ce qui me permet de faire une évaluation plus juste du progrès de mes patients.

Le processus est directement lié au travail accompli.

Pour le systématiser, j'adopte la méthode créée par Alessandrini (docteur, art-thérapeute), nommé Atelier Créatif®.

Elle établit une séquence qui permet à l'individu de participer à son propre processus :

- sensibilisation, premier contact avec le matériel ou avec soi-même ;
- expression libre, exploitation du matériel et création ;
- élaboration de l'expression, l'image est alors travaillée ;
- transposition du langage, écriture des sentiments, des insights ;
- évaluation, recomposition de toutes les étapes.

La sensibilisation

La sensibilisation consiste à faire contact avec le corps.

Les diverses techniques configurent des productions symboliques qui auront peu à peu des significations les plus profondes.

En écoutant la musique, les patientes se mouvaient et de façon harmonieuse et sensuelle et s'apercevaient de la vivacité encore présente de leur peau et de leur corps.

L'expression

Une fois ce travail de sensibilisation effectué, les femmes se sont couchées par terre et l'une d'entre elles a dessiné le contour de leur corps. Elles sont libres de s'exprimer en remplissant le contour de leurs corps, avec le crayon ou la gouache, selon leurs désirs.

« Il a été facile de voir l'apparence, mais difficile de transcender la forme et de parvenir au fond, là, où habite l'âme. Il a fallu vêtir, regarder, tâter, transformer d'innombrables fois. Sentir, désirer, voir, trouver le courage

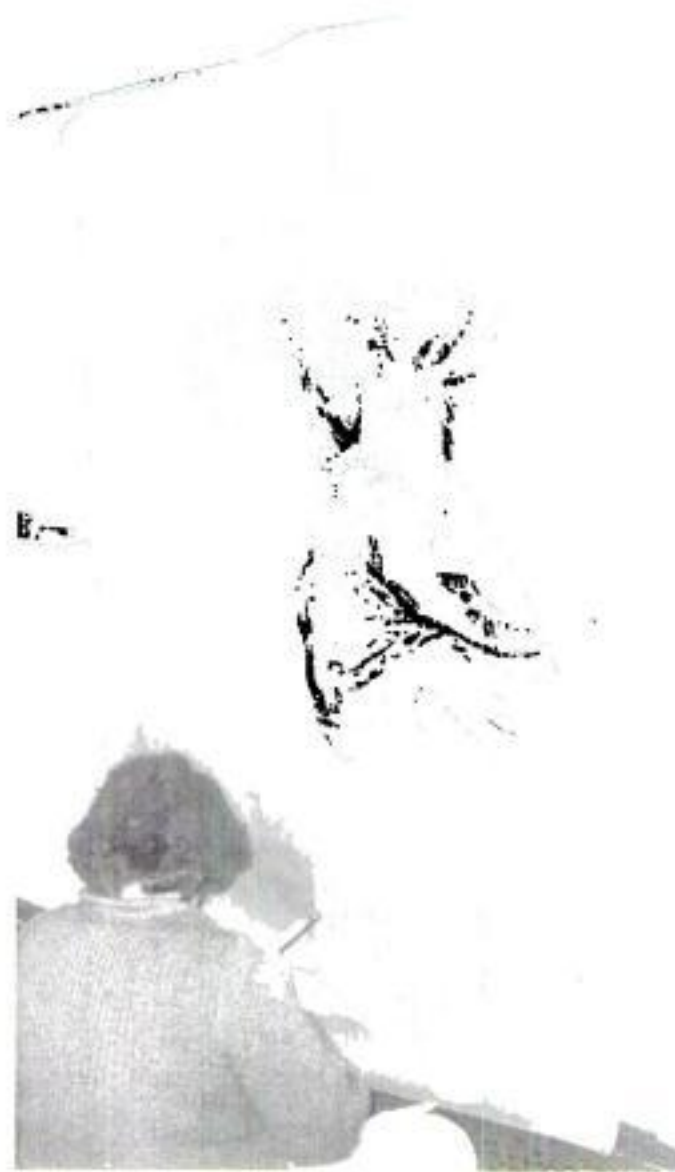


Figure 12.1.

au-delà des préjugés pour finalement dénuder et comprendre ce que j'ai vu. » (M.A., 15 mars 2006) (figure 12.1).

L'élaboration

Ce corps n'appartient plus à Mme X, mais il parle de quelqu'un qui recherche la *légereté*, la beauté et quand il est prêt, il laisse affleurer des larmes qui se décomposent et se transformeront plus tard en fleurs.

1. Les photographies des tableaux sont reproduites avec l'aimable autorisation des femmes sujets.



Figure 12.2.

« Cycle, Transformation, Mouvement,
Œil, gouttes, larmes, sentiments
Flottent légers et se transforment en fleurs et pensées.
Je veux m'envoler, être heureuse, bouger
Comme si j'étais un cerf-volant (A.N. septembre 2005) » (figure 12.2)

Transposition du langage

Le corps couché sur le sol, les femmes ont la possibilité de vivre ce contact, de s'étendre sans porter de jugement sur elles-mêmes.

Il s'agit de regarder son contour et, après tant d'exercices corporels, de localiser l'énergie et de lui faire parcourir son corps.

« En peignant, je me révèle, je me perçois, je me rends compte que la force, le pouvoir et le courage sont entièrement au-dedans de moi. À toute heure, à tout moment, peut éclore un nouveau commencement. Tandis que je peins mon corps, je révèle mon être, je suis maîtresse de moi, je prends conscience que toute force, tout pouvoir et courage sont en moi. » (L.I. 06 septembre 2005) (figure 12.3)

Évaluation

La transposition antérieure facilite le processus d'auto-évaluation. C'est ce qui importe. Dans le processus, les femmes regardent les étapes, élaborent et évaluent leur évolution. La production écrite révèle tous ces sentiments.

Hidden page



Figure 12.4.



Figure 12.5.

« Tâter et découvrir le corps

Modeler, remplir, contourner.

Corps endormi qui revit et se transforme au contact

Mis en valeur par la lumière qui vient des images

Lumière qui éclaire les pensées

Corps qui s'envole et se libère. » (A. 2005) (figure 12.5)

Les textes et poèmes créés par ces femmes, montrent comment l'art-thérapie provoque et révèle les sensations, les possibilités et les transformations. À partir d'un regard, une découverte : être vivante.

Ces corps qui jouent, ... trouvent la réponse, les nouvelles possibilités...

Tant de mouvements, tant des sensations !

Corps qui se rencontrent...

Hidden page

Hidden page

art-thérapeutique pour le patient mais qu'ils manifestent une véritable carence des analyses théoriques de la pratique »¹.

À l'autre bout de l'échelle nous retrouvons, dans le monde anglo-saxon, une myriade de méthodologies quantitatives en art-thérapie et des outils spécifiques appartenant à chaque pratique artistique.

Dans l'évaluation du mouvement, les outils sont souvent fondés sur le modèle de Laban, dont la théorie implique l'observation, la perception et l'analyse du mouvement. Au milieu du XX^e siècle, Rudolph Laban, influencé par Platon, Kandinsky, Pythagore, Schoenberg et des courants culturels à la fois scientifiques, philosophiques et artistiques, a mis en place une théorie du mouvement. Laban souhaite créer une façon de comprendre, de noter et d'analyser la gamme et l'harmonie spatiales du mouvement comme l'harmonie vibratoire de la musique.

En art-thérapie à dominante corporelle, Laban Movement Analysis fait partie des centaines de formations anglo-saxonnes, telles que, Sesame Institute of Drama and Movement, à l'Université de Londres et à l'Université de Concordia au Québec. Malheureusement, faute de traduction, très peu de l'œuvre de Laban est parvenu aux danseurs et aux acteurs de la langue française. Dans cette communication, de ces travaux si vastes et si riches, ce que nous allons vous présenter est seulement un bref aperçu de l'utilisation de Laban Movement Analysis dans le KMP (Kestenberg Movement Profile) et notre application dans l'étude de cas de Pierre.

Comme Veronica Sherbourne nous l'explique, l'application en art-thérapie du système de Laban repose d'abord sur trois questions simples sur le mouvement de la personne : Qu'est-ce qu'elle bouge ? (Quelles parties du corps), Où va-t-elle ? (Dans quel sens ?), Comment et de quelle façon bouge-t-elle ?

La dynamosphère

Pour répondre à cette troisième question, Laban décrit quatre facteurs distincts du mouvement : la force (aussi nommée comme l'énergie ou le poids), l'espace, le temps et le flux énergétique. Ensuite il établit un cube nommé la dynamosphère. Par une géométrisation, Laban concrétise les notions de la force, du temps, de l'espace et du flux à travers six qualités de mouvement (léger, fort, direct, flexible, soutenu et soudain) et huit efforts de base (tapoter, glisser, flotter, épousseter, tordre, fouetter, pousser, presser). La dynamosphère a été conçue d'après la kinésphère qui est l'espace autour

1. Hacking S. *The Psychopathology of Everyday art : a quantitative study*, University of Keele, 2001.

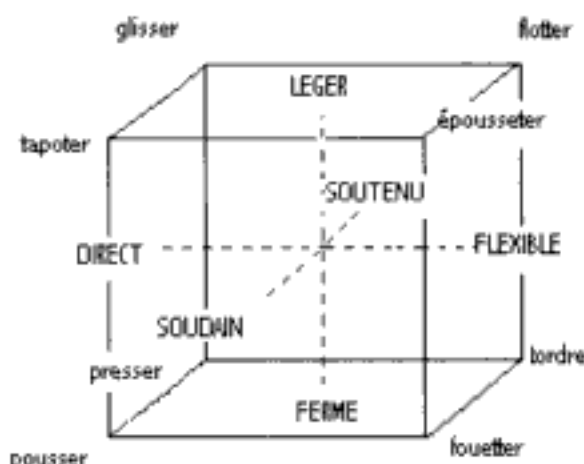


Figure 13.1. Cube représentant la dynamosphère.

d'un sujet impliqué dans les différents mouvements, représenté dans ce graphique sous forme d'un cube (la personne est au centre).

Le haut et le bas du cube représentent les deux qualités de mouvements en rapport avec le poids « léger et ferme ». L'avant et l'arrière du cube représentent les qualités de mouvement du temps « soudain et soutenu (ou vite et lent) ». Finalement, à droite et à gauche, nous retrouvons les qualités de mouvement relatives à l'espace « direct et flexible ». Ensuite, les huit efforts de base (qui se trouvent aux angles du cube) intègrent les qualités du mouvement. Par exemple : presser est un mouvement ferme, direct et soutenu. À partir de ce modèle, comme l'explique Laban, « Distinguer un effort spécifique devient possible, parce que chaque action consiste en une combinaison d'éléments d'efforts »¹ (figure 13.1).

Le *Kestenberg Movement Profile* exploite le *Laban Movement Analysis* ainsi que les théories psychodynamiques, dans une orientation diagnostic-indication. Le but de cet outil est d'établir un *movement profile* de la personne. Le KMP évalue d'une façon très complexe le mouvement d'un individu avec neuf schémas qui concernent plus d'une centaine de qualités de mouvement. En art-thérapie, le KMP est utilisé en début de prise en charge pour déterminer le diagnostic et les thérapeutiques objectives auprès d'un patient. Susan Loman nous explique que, comme avec d'autres outils de ce type, les résultats d'un KMP permettent que le « *dance-thérapeute* » « développe des idées pour encourager des atouts du patient, réduire son stress et le soutenir »².

1. Laban R. La danse moderne éducative. Bruxelles : Éditions Complexe ; 2003. p. 24.

2. Loman S. Dance/movement therapy. Expressive therapies. New York : The Guilford Press ; 2005. p. 75-7.

Utilisée en début et en fin de prise en charge, le KMP est aussi considérée comme un moyen pour évaluer si les interventions en art-thérapie ont été utiles pour le patient.

Cependant, malgré sa grande utilité pour mesurer le mouvement, nous ne pouvons pas parler d'outil propre à l'art-thérapie (en effet le KMP est aussi exploité par des psychomotriciens et des psychothérapeutes). Ainsi, il nous semble que l'orientation diagnostic-indication, et des outils tels que le KMP n'évaluent pas directement la situation art-thérapeutique et sa production. L'objectif de cette évaluation et de mesurer le degré de déséquilibre dans le mouvement du patient. Si l'art devient un produit pour mesurer la gravité des symptômes du patient, il nous semble que nous ne regardons pas la singularité de l'expression, ni la notion de l'esthétique.

Nous avons utilisé les notions de *Laban Movement Analysis* intégrées dans une fiche d'observation fondée sur le modèle de l'Afratapem¹ dans l'évaluation d'un projet d'art-thérapie à dominante théâtre auprès d'enfants accueillis dans le centre Winnicott, hôpital de jour au centre hospitalier de Saint-Malo. Parmi un groupe de quatre enfants, pris en charge dans un atelier hebdomadaire et collectif, se trouve Pierre, un garçon de 5 ans présentant un syndrome autiste léger².

Comme de nombreuses personnes présentant un trouble envahissant de développement, Pierre a une utilisation défectueuse des gestes communicatifs. Romauld de Blanc, psychologue spécialisé dans l'autisme, nous explique que l'un des premiers signes de l'autisme chez le nourrisson est le fait de ne pas tendre les bras. Dans le cas de Pierre, ce dysfonctionnement se révèle entre les séances 1 et 4. Nous observons un corps peu tonique et mou, des problèmes avec la motricité fine et les mouvements bilatéraux. En utilisant le *Laban Movement Analysis* nous notons un mouvement léger, l'utilisation de l'espace flexible, le temps est soutenu ou lent et le flux énergétique est libre.

Laban Movement Analysis Séance 4

Les facteurs	La qualité du mouvement
L'espace	Indirect
Le poids/la force	Léger
Le temps	Lent
Le flux	Libre

1. Forestier R. *Tout savoir sur l'art thérapie*. Paris : Favre ; 2000. p. 73.

2. Selon l'échelle d'évaluation d'autisme infantile (CARS).

En réponse à ces difficultés, à la lenteur et au manque de tonicité dans son corps, nous mettons en place des activités spécifiques en lien avec la dynamosphère. Donc, pendant un exercice, nous faisons semblant de trouver un sac qui est collé au plafond et qu'il faut pousser d'un mouvement ferme, direct et soudain et tirer pour le décoller. Ainsi à partir de la séance 8 nous observons qu'en sollicitant Pierre, il arrive à faire un geste direct, avec un temps soudain.

Laban Movement Analysis Séance 8

Les efforts	La qualité du mouvement
L'espace	Direct et indirect
Le poids	Lourd
Le temps	Lent
Le flux	Tenu

Ainsi, le système de notation de Laban nous aide à avoir une évaluation précise des mouvements de Pierre et des outils pour travailler son expression corporelle.

Néanmoins, la théorie du mouvement de Laban présente aussi des limites dans son utilisation comme outil d'évaluation du mouvement dans un atelier d'art-thérapie. Nous considérons que ces limites sont surtout autour de la personne et de la pathologie. Concernant de la pathologie, nous devons considérer des limites du corps humain. Anne-Laure Gehan, dans son mémoire sur l'utilisation de Laban dans un atelier de danse auprès d'un enfant autiste, conclut en disant que certains des efforts de base sont perçus comme violents par son patient. En effet, après huit années d'expérience avec des enfants autistes en atelier d'art-thérapie, nous constatons que les gestes légers tels que tapoter sont souvent insupportables pour les personnes présentant un TED en raison d'une perturbation du système sensorimoteur. Ainsi, toutes les qualités de mouvement et les efforts de base ne sont pas adaptés à tous le corps et une connaissance précise des limites du corps du patient et de sa pathologie est impérative pour une évaluation objective et scientifique.

De même nous avons besoin de rajouter l'item de l'intention de la personne dans le mouvement, d'impliquer des notions d'expression, de communication et de relation autant que le plaisir ou déplaisir ressenti. Si nous considérons la gamme de mouvement de Laban comme la gamme musicale, il faut vouloir évaluer pourquoi la personne a choisi de jouer telles notes et quels sentiments cette action leur a procurés. Ainsi dans notre fiche d'évaluation de Pierre nous avons aussi l'item « plaisir ».

Pour conclure, nous pouvons dire que la théorie de Laban est l'un des outils les plus pertinents pour l'évaluation du mouvement en art-thérapie à dominante corporelle dans le monde anglo-saxon. Il le présente comme un outil riche, élaboré et précis qui peut être exploité dans l'évaluation de l'art-thérapie à dominante corporelle. Néanmoins, il ne faut pas oublier que le *Laban Movement Analysis* n'était pas conçu pour un but thérapeutique et qu'ainsi, nous avons besoin d'adapter cette théorie à un modèle art-thérapeutique clairement défini. Nous souhaitons encourager l'exploitation de cet outil, des pistes de recherches pourraient même amener à une rencontre entre le cube harmonique et la dynamosphère, ou l'utilisation de Laban dans un atelier de peinture. Car, pour citer Laban « la recherche de la maîtrise du mouvement restera fondamentale aussi longtemps qu'existera l'espèce humaine »¹.

Bibliographie

- Bachelard G. *L'Air et les Songes*. Paris : José Corti ; 1943.
- Bardsley, S. *Un atelier d'art-thérapie à dominante théâtre auprès d'enfants présentant des troubles envahissants de développement*. Faculté de médecine de Tours ; 2004.
- Dictionnaire des citations françaises, les usuels de Robert. Paris : Le Robert ; 1978.
- Forestier R. *Tout savoir sur l'art thérapie*. Lausanne : Favre ; 2000.
- Gehan AL. *Une expérience d'art-thérapie à dominant danse auprès d'un enfant autiste*. Faculté de médecine de Tours, 2005.
- Garner G. "Paradigms and Research. Examining the History and the Future of art Therapy". [http : www.arttheapy.org/resources/research/online-articles.htm](http://www.arttheapy.org/resources/research/online-articles.htm)
- Gussak DE. *The Work of the art Therapist : An Interactionist Perspective*, Emporia State Univerity, 2000. [http : www.arttheapy.org/resources/research/online-articles.htm](http://www.arttheapy.org/resources/research/online-articles.htm)
- Hacking S. *The Psychopathology of Everyday art : a quantitaive study*. University of Keele, Philosophy Departement, 1999. [http : www.arttheapy.org/resources/research/online-articles.htm](http://www.arttheapy.org/resources/research/online-articles.htm)
- Laban R. *Espace Dynamique*. Nouvelles de Danse, Contredanse, Bruxelles, 2003.
- Laban R. *La danse moderne éducative*. Éditions Complexe, 2003.
- Newlove J. *Laban for actors and dancers*. New York : Routledge ; 2001.
- Picoche J. *Le Robert. Dictionnaire étymologique du français*. Paris : Éditions le Robert ; 1994.
- Sherbourne, V. *Developmental movement for children*. Cambridge : Cambridge University Press; 1990.

1. Laban R. *Espace Dynamique*. Nouvelles de Danse, Contredanse, Bruxelles ; 2003. p. 224.

Hidden page



L'élargissement de l'enseignement de l'art-thérapie grâce à la création d'un département spécifique à l'Université européenne du travail

L. Bar

Si, comme le programme le stipule, j'occupe entre autre une fonction d'intervenante au diplôme universitaire à l'Université européenne du travail (UET), permettez-moi, non pas par une vaine prétention, mais par le souci de compréhension de mon exposé, de citer en évidence ma formation d'assistante sociale et de systémicienne en premier lieu.

Je pense cela nécessaire afin d'explicitier mon intervention d'aujourd'hui.

Le département art-thérapie (dont j'assume la coordination), qui s'est développé au sein de la Fondation UET a vu le jour en 2003, grâce notamment à la collaboration particulièrement efficace de l'école d'art-thérapie de Tours, en la personnalité remarquable de M. Richard Forestier.

Certains d'entre vous sont déjà au courant de l'existence de ce département, et y ont d'ailleurs déjà apporté leur précieuse contribution.

La décision de fonder ce département répond à une analyse pointue d'un besoin social susceptible d'être comblé par les applications de l'art-thérapie au niveau européen.

Ce département a notamment pour objet un travail social de développement communautaire, dans lequel s'insère ma pratique de travail social, complétée par la systémique.

L'UET y exerce un enseignement de l'art-thérapie dont le cursus s'est aligné sur celui de l'école de Tours. Il comporte une formation de base (que nous appelons « stage d'initiation à l'art thérapie ») suivie d'un enseignement d'intervenant spécialisé en art-thérapie ». Ensuite, il se poursuivra par un enseignement ouvrant sur le « diplôme d'université en art-thérapie ».

Cet enseignement a débuté en août 2005 et se poursuit actuellement.

L'alignement, dont il vient d'être fait mention, est destiné à respecter scrupuleusement le modèle adopté. Cette dernière disposition est évidemment essentielle pour l'élargissement européen en cours. En effet, nous mettons actuellement en place la création d'une école d'art-thérapie à l'université de Varese (Italie), et dans d'autres pays de l'Union européenne, pour répondre au vœu du parlement européen qui soutient activement notre action, notamment en nous confiant la mission de créer un diplôme d'Université européen dont nous allons décrire les caractéristiques et modalités ci-après.

J'attire dès maintenant l'attention sur le fait, très important à nos yeux, que notre démarche européenne n'est pas destinée à promouvoir une école plutôt qu'une autre, même si l'UET a ouvert cette école dont il vient d'être question. Cependant, lorsque sera abordé l'enseignement de type européen, place sera faite à tous les enseignements organisés, qu'ils soient, comme celui de l'école de Tours, fondés sur l'art-thérapie stricto sensu, ou sur d'autres concepts, par exemple l'art-psychothérapie, ...

Il s'agira de permettre la plus grande extension et l'accès universel à cette préparation à une reconnaissance européenne de l'art-thérapie.

Cette ouverture d'emblée européenne représente donc à nos yeux une sorte de *no man's land*, un lieu d'échange de savoir, de savoir-faire et de recherche dont le but est d'aider à l'évolution de l'avenir de l'art-thérapie. Cet avenir doit répondre à un besoin qui se manifeste déjà sur le plan national – et le succès du présent congrès en est le meilleur témoignage. Ce besoin doit forcément déboucher sur la création d'emplois.

La politique et la stratégie poursuivies en ce domaine par l'UET est d'établir un réel partenariat entre les différents modèles existants. Les membres pourraient participer ensemble à l'élargissement de leurs pratiques, en établissant un cadre de recherche scientifique, sociologique, technique, etc.

C'est en ce sens que le travail social lié à la création du département d'art-thérapie, à vocation européenne, est de prime abord un travail social de développement communautaire.

Au risque d'enfoncer des portes ouvertes, permettez-moi, ne fût-ce qu'à titre de rappel, de préciser ce qu'est un travail social communautaire.

Un travail communautaire réside dans le fait de s'atteler aux problèmes collectifs, c'est-à-dire aux problèmes communs à un ensemble de personnes,

une population, une collectivité, ou une communauté. Problèmes communs parce qu'ils trouvent leurs racines et s'expliquent par des problèmes structurels ou d'organisation sociale, et donc, par définition, externes à l'individu, même si celui-ci peut les vivre individuellement de façon différente de son voisin.

Il s'agit, pour les travailleurs sociaux qui s'y attèlent, de faire prendre conscience à la population de la nature collective de ces problèmes avant d'imaginer avec elle les(ou les) solutions collectives qui en découleraient. Prendre conscience étant entendu ici limitée au sens politique du terme : prise de conscience des mécanismes économiques, politiques et sociaux qui pèsent sur les membres de la communauté envisagée, et non, ici, au sens psychologique (conscient-inconscient, analytique) du terme.

Ce sens psychologique, loin d'être écarté, fait l'objet d'autres interventions, pertinentes certes, mais indépendantes d'une action strictement sociale.

Qui parle de problèmes collectifs parle de réponses collectives.

Cela suppose que toutes les personnes concernées par lesdits problèmes devraient agir ensemble, et cela à toutes les étapes du processus, et non seulement la population en tant que première concernée, mais aussi les travailleurs sociaux et leurs partenaires de tous ordres (associatif, institutionnel, politique, économique).

On ne travaille pas « pour » la population, mais avec elle. C'est probablement une des tâches les plus ardues du travail social communautaire que de faire participer les gens à la résolution de leurs problèmes, tant cela renvoie à des enjeux éthiques et politiques importants.

On ne peut travailler seul au développement communautaire ; l'adhésion est incontournable, même si elle n'est que partielle ou temporaire.

L'État providence est remplacé par l'État social actif.

Le travail collectif est fondé sur : « Je viens vous chercher car j'ai besoin de vous ».

Mais, bien sûr, cela ne va pas sans poser également un certain nombre de questions idéologiques, politiques, éthiques.

Penser l'action, analyser, se rencontrer, échanger, partager, négocier, organiser, agir, évaluer, demandent de la patience, de la persévérance, une ouverture d'esprit, de la tolérance, de la compréhension des opinions d'autrui, etc.

Les partenaires pourront ainsi éviter la tentation d'hégémonie, la transposition des petits conflits d'intérêt au profit de la réussite de l'entreprise commune.

Nos partenaires privilégiés au parlement européen nous ont fait remarquer que la prise de conscience de cette ressource que représente l'art-thérapie en

tant que technique de soin suscite un intérêt de plus en plus important chez celles et ceux qui s'orientent vers ce genre d'activité professionnelle. La demande de formation et donc d'institutions de formation augmente également. Devant l'élargissement européen qui s'avère nécessaire, il est évident qu'un diplôme d'université de valeur européenne devient incontournable et l'espoir de reconnaissance officialisée de ces pratiques et son corollaire de voir se créer des emplois valorisés et valorisants grandit parallèlement.

Ces emplois seront situés dans les milieux institutionnels porteurs de projets sociaux, psychosociaux et/ou paramédicaux : hôpitaux, cliniques de révalidation, *homes* pour personnes âgées, institutions pour enfants malades ou handicapés, écoles, etc.

Et pourquoi ne pas exploiter l'art-thérapie comme moyen préventif ? Nouveau débouché prometteur sur le plan européen !

En conclusion, l'UET a créé un département d'art-thérapie dont l'ambition ne se limite pas à l'aspect national belge en l'occurrence, mais, avec ses partenaires, a décidé de le poursuivre et le développer sur le plan de l'Union européenne.

Les bases en sont jetées.

Il convient maintenant de poursuivre l'action entreprise en y travaillant dans un esprit communautaire, comme celui évoqué plus haut.

Une nouvelle voie s'ouvre, une nouvelle manière de faire est en gestation, qui s'ouvre à toutes les pratiques à réunir.

L'UET est prête à les accueillir et à en assurer la coordination.

Il nous semble qu'une première étape pourrait être d'organiser un forum d'échange, qui servirait à concrétiser les volontés, les buts, les objectifs, à en définir avec précision les caractéristiques et modalités envisagées, à déceler les questions qui se posent, les réponses à y apporter et, en définitive, à finaliser solidement et solidairement le développement d'une art-thérapie européenne au sens large du terme, chacune des écoles, chacun des groupes gardant évidemment sa personnalité.



Deux études de cas pour illustrer quinze années de pratique

J.-P. Vaillant

L'évaluation que nous pratiquons après chaque séance hebdomadaire nous permet de mesurer le décalage entre les objectifs thérapeutiques fixés au cours des séances préliminaires et les résultats observés au cours de la prise en charge en art-thérapie.

Pour chaque personne prise en charge, une grille individualisée fait apparaître les repères permettant à la fois d'évaluer la progression thérapeutique (items) et de connaître les points d'ancrage (sites d'action). Le but recherché est de montrer le plus objectivement possible la pertinence de l'art-thérapie pour chaque patient et son rôle complémentaire dans l'équipe soignante. Chaque protocole de prise en charge est élaboré à la suite d'une prescription médicale.

Voici deux études de cas pour illustrer notre pratique d'art-thérapeute musicien en gériatrie.

Le cas de Jean : une belle rencontre

Jean intègre l'unité de soins de longue durée de l'hôpital d'Aubusson à l'âge de 89 ans.

Il présente des troubles de l'appareil locomoteur avec des pertes d'équilibre mais il peut marcher seul à l'aide d'un déambulateur. Il présente également des troubles de l'appareil cardiovasculaire et une désafférentation visuelle importante. Cependant, il conserve une bonne acuité auditive. Il est classé « Gir 2 » (classification officielle du niveau de dépendance) en tant que personne lucide et grabataire.

Hidden page

nouveau l'envie de se déplacer avec le déambulateur et retrouve le goût de l'effort au cours des séances de kinésithérapie, il est plus souriant et verbalise davantage.

Dans ce cas précis, Jean a pu révéler son goût esthétique par l'interprétation de chansons.

L'art-thérapeute a permis, en restimulant le goût d'une personne, de la faire entrer dans le processus de l'esthétique grâce au pouvoir expressif et aux effets relationnels de l'art.

L'art-thérapie a été un véritable outil complémentaire offert au médecin pour organiser le projet de soin. Et pour finir, les effets de l'art-thérapie ont permis d'améliorer la qualité existentielle du quotidien de Jean, ce dont l'équipe a pu également bénéficier, particulièrement concernant son autonomie.

Le cas de Liliane : une belle rencontre également

N'ayant plus l'autonomie suffisante pour rester chez elle, Liliane intègre le centre départemental de long séjour de la Creuse à l'âge de 76 ans. Un début de démence dégénérative de type Alzheimer est diagnostiqué. Elle est classée Gir 3 en tant que personne démente et déambulante.

La perte de repères spatiotemporels produit chez Liliane de l'anxiété et un comportement agressif repérés à travers un grand nombre de conflits, ce qui pose à tous une problématique relationnelle.

De plus, sa participation à l'atelier mémoire ainsi qu'à l'activité chorale se solde par un échec.

L'équipe se donne pour objectif de proposer un cadre sécurisant à Liliane et de mobiliser son énergie dans une forme d'expression plus supportable pour son entourage. Quant à notre objectif thérapeutique, il concerne la resocialisation de Liliane.

Notre première rencontre est possible par le biais de l'ocarina. Liliane accepte ce jour-là d'arrêter sa déambulation pendant 10 min pour simplement écouter la musique. Puis elle repart et nous adresse un beau sourire, comme un remerciement.

Au cours des séances préliminaires, l'alliance thérapeutique permet à Liliane de déterminer pour elle un objectif, celui d'apprendre et d'interpréter une chanson qui soit belle et peu connue afin d'en obtenir un effet prestigieux. Dans ce sens, elle accepte la prise en charge en petit groupe.

Au cours de la première période, d'une durée de 2 ans, Liliane partage progressivement ses acquis artistiques : sa voix de soprano lyrique et son

Hidden page

l'université de Tours lorsqu'il nous enseigne à prendre en compte « la partie saine d'une personne malade de surcroît » ; écho également aux propos du docteur Schilsz de l'université du Luxembourg lorsqu'elle insiste sur : « l'éternelle jeunesse intérieure » ; écho également aux propos du docteur Pandelon de la Société internationale de psychopathologie de l'expression et d'art-thérapie (SIPE) pour sa formule : « la créativité hors d'âge » ; et pour finir, écho au poème de la vieille femme grincheuse lorsqu'elle s'adresse aux soignants : « n'oubliez pas que dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure ».

Hidden page

la recherche de stages au cours de la formation) et un module concernant la recherche de stage a donc été créé à Tours en 2003.

Nos pratiques, nos expériences professionnelles respectives et complémentaires nous ont permis de rassembler, pour cette communication, un certain nombre de critères d'évaluation de l'art-thérapeute dans sa demande d'emploi, afin d'aider ceux-ci à mieux se défendre et à promouvoir ce nouveau métier.

Je l'ai dit, l'art-thérapie est un nouveau métier (mal connu, méconnu), qui a sa spécificité, que seul l'art-thérapeute peut défendre et promouvoir lors d'un entretien d'embauche.

L'art-thérapeute dans sa demande d'emploi est à la fois le créateur de son poste et à la fois un demandeur d'emploi comme un autre qui doit obéir aux mêmes règles que les autres et c'est ainsi que pourrait se résumer le sens de notre intervention.

L'art-thérapeute est créateur de son poste

Qu'il réponde à une annonce ou qu'il fasse une candidature spontanée, l'art-thérapeute est le plus souvent créateur de son poste.

Un métier mal connu

Le métier d'art-thérapeute :

- n'est pas répertorié au répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME) ;
- n'a pas de statut et ne fait partie d'aucune convention ;
- a un nom composé de deux mots art et thérapie dont les représentations mentales et connotations sont multiples et variées, souvent confuses ou limitées, parfois même sans valeur scientifique.

La démultiplication de métiers ou d'interventions mettant l'art en relation avec le soin entretient cette confusion et ajoute de la difficulté pour les employeurs à circonscrire correctement ce métier et les champs de compétence auxquels il renvoie.

L'offre d'emploi est le plus souvent intuitive

Les projets de désinstitutionnalisation se multiplient, voulant permettre de plus en plus à la personne isolée par sa souffrance, son handicap ou sa différence à s'insérer socialement.

L'art est à la mode et est perçu de plus en plus comme un des moyens de cette réinsertion.

L'intérêt que représente pour les employeurs une activité artistique au sein de leur établissement est grandissant parce que *séduisant*. Cependant, les objectifs sont souvent très confus ou mal hiérarchisés entre l'intérêt des patients et la promotion attendue de l'établissement.

La relation entre l'art et le soin n'étant pas clairement repérée, les offres d'emploi ne sont pas toujours très explicites et oscillent entre l'animation artistique et l'art-thérapie en passant par l'atelier d'art et la recherche de production à tout prix.

Par conséquent, les besoins étant mal définis, on peut dire que, pour la plupart des employeurs, l'offre est intuitive et la demande potentielle, implicite.

C'est donc l'art-thérapeute qui, dans l'entretien d'embauche, et grâce à la pertinence et à la cohérence de son projet personnel va rétablir les choses, clarifier l'offre en présentant une demande bien circonscrite.

L'art-thérapeute sera évalué sur la pertinence et la cohérence de son projet personnel qui deviendra force de proposition

Un projet personnel pertinent

Il s'agit de présenter un projet personnel qui va intégrer la notion de besoin de l'employeur et qui va répondre aussi bien à ses besoins explicites qu'à ses besoins implicites.

Pour être pertinent, l'art-thérapeute doit évaluer les besoins d'une population choisie et avoir réfléchi à comment mettre en place son projet personnel auprès de cette population. Au cours de l'entretien, il doit :

- être à l'écoute de l'employeur ;
- montrer un intérêt pour les patients et l'établissement ;
- avoir une définition claire et simple de son métier, c'est-à-dire une manière accessible et simple de dire comment il met l'art en relation avec le soin, et comment il se situe par rapport aux autres métiers sont également dans cette relation ;
- défendre et faire apparaître le plus possible ses champs de compétences : artistiques, thérapeutiques et personnelles relativement au poste ;
- poser le cadre de son intervention thérapeutique et en définir les limites au sein d'une équipe pluridisciplinaire ;
- transmettre sa passion, sa croyance.

Le projet personnel sera pertinent parce que adapté aux besoins des patients et adapté aux besoins de l'institution.

Il le sera d'autant plus qu'il sera aussi cohérent.

Un projet personnel cohérent

Un projet est cohérent quand les moyens mis en œuvre par l'art-thérapeute sont adaptés à ses capacités et à ses objectifs.

Autrement dit, l'art-thérapeute aura su établir une relation équilibrée et adéquate entre ses différents savoirs :

- son savoir faire ;
- son savoir théorique ;
- son savoir être ;
- son savoir devenir pour, à la lumière de son expérience, être en mesure de concrétiser ses objectifs.

Cela nécessite inévitablement une capacité à s'autoévaluer, préalable obligatoire à tout entretien d'embauche, donc une certaine maturité ou lucidité et une connaissance de soi.

Ainsi, en clarifiant la définition de sa fonction, il aura fait émerger des besoins latents auxquels il apportera simultanément une réponse adaptée par son projet personnel, étayé d'expériences et d'objectifs clairs et précis.

Dans l'entretien d'embauche, souvent, l'art-thérapeute est créateur de son poste et c'est la pertinence et la cohérence de son projet personnel qui fait la différence.

N'oublions pas qu'il œuvre ainsi, aussi pour ses successeurs.

L'art-thérapeute est un demandeur d'emploi comme les autres

L'art-thérapeute est évalué, selon des critères généraux et communs aux autres métiers, par le recruteur potentiel

Ces critères sont donc :

- la présentation : quelle impression générale émane du candidat ;
- l'expérience du candidat pour le poste à pourvoir : formation, expérience professionnelle ;
- les centres d'intérêt : degré de culture générale, ouverture d'esprit ;
- l'expression orale : le candidat s'exprime clairement, il fait comprendre ses idées ;
- la personnalité : qualités personnelles, degrés de maturité, équilibre émotionnel, sens du relationnel, respect de la hiérarchie, confiance qu'il inspire... ;
- la motivation, soit l'enthousiasme raisonné ;
- l'initiative et la persuasion. Dans quelle mesure le candidat parvient à

- s'affirmer, à faire passer ses idées (à défendre son projet) ;
- le raisonnement et le jugement : est-ce que le candidat pense clairement, est-il logique ?

L'art-thérapeute sera aussi évalué selon les critères spécifiques à sa profession et au projet qu'il propose (dont certains vont recouper les critères généraux déjà évoqués)

L'art-thérapeute est évalué sur :

- ses compétences et sa maturité artistiques (maîtrise technique, expérience personnelle du processus artistique, etc.) ;
- ses compétences et connaissances thérapeutiques (pathologies, approches et comportements thérapeutiques, protocoles thérapeutiques, habilité à maintenir une proximité créative, qualité de présence, empathie, équilibre personnel, etc.) ;
- sa capacité à définir et à poser clairement son cadre thérapeutique (méthode, style, outils d'évaluation, espace, temps, protocole, lois institutionnelles...) ;
- ses compétences pédagogiques ;
- sa capacité à travailler au sein d'une équipe ;
- sa capacité à s'autoévaluer ;
- sa capacité d'adaptation ;

Conclusion

Voici, de façon très générale et brève, ce que nous pouvions vous dire concernant l'évaluation de l'art-thérapeute dans sa demande d'emploi, le plus souvent pour l'instant créateur de son poste.

Demandeur d'emploi comme les autres, l'art-thérapeute est évalué comme les autres sur :

- ses compétences professionnelles ;
- ses qualités personnelles ;
- sa motivation et son enthousiasme à travailler.

Hidden page

Hidden page



Figures 17.1 et 17.2. Pratiques thérapeutiques traditionnelles au nord du Bénin. Reproduit avec l'aimable autorisation de Madame Agnès Giannotti.

l'esprit ». Il faut se représenter le monde des esprits comme le panthéon des dieux grecs, à l'image des sociétés humaines, chacun ayant ses spécificités propres et des liens sociaux et familiaux avec les autres.

Une couvade pour soigner qui ?

Faut-il appeler les patients concernés par cette thérapie des psychotiques délirants et hallucinés, des hystériques à la Charcot, des patients ayant des somatisations sans lésions objectives ; ou peut-on parler de possession par les esprits ? Deux cultures, deux nosographies, deux façons de comprendre le monde et plus particulièrement la place de l'homme dans cet ensemble qu'est l'univers. Deux conceptions de la maladie mentale, si l'une s'inscrit dans une histoire et une démarche individuelle, l'autre restaure la place du patient dans la société des hommes, celle des ancêtres et, au-delà, dans la nature et le cosmos, mais ne parle-t-on pas de la même chose avec des codes et des langages différents, ce que les Africains appellent « esprit », n'est-ce pas la même chose que ce que les occidentaux appellent « inconscient » ? En effet, l'un et l'autre sont invisibles, influencent nos comportements au quotidien et nécessitent l'intervention d'un médiateur, psychanalyste ou « zima » pour être compris¹.

La première phase est celle du diagnostic : au cours d'une cérémonie de danses de possession, le groupe des thérapeutes devra identifier les esprits qui perturbent le patient.

Se pose alors une première fois la question de l'évaluation. Sur quels critères peut-on dire que cette phase diagnostique est réussie ?

Les zimas considèrent que c'est le cas si l'engagement du malade et de son groupe familial dans la thérapie est réel, si tout le groupe des thérapeutes s'est également mobilisé pour le traitement de ce patient², si l'équipe est arrivée à identifier les esprits perturbateurs et si les indications pour mener à bien la thérapie ont été données par les esprits majeurs (figure 17.3).

Vient ensuite la mise en couvade. Le patient (homme ou femme), est installé dans une case ronde en banco, symbole de l'utérus maternel où il restera enfermé 7 ou 14 j, n'en sortant que pour la toilette et pour les moments rituels au cours desquels il apprendra à danser selon le rythme et la musique de son (ou ses) esprit(s). Dans le même temps, des grains de mil sont placés dans une jarre avec des décoctions particulières. La jarre ne sera ouverte qu'à la fin de la thérapie. Si le mil a germé avec une forme bien ronde et

1. Les zimas sont les maîtres de cérémonie, à la fois prêtres et thérapeutes.

2. Les couvades peuvent mobiliser une cinquantaine de personnes, jour et nuit pendant une ou deux semaines.

Hidden page

Conclusion scientifique

R. Forestier

Entre le premier colloque national d'art-thérapie organisé à Tours en 1979 par l'Afratapem et ce congrès : « de l'art est passé sous les ponts ».

Lorsque, dans les années 1970, on évoquait l'art-thérapie, il ne s'agissait que d'art plastique, alors que la musicothérapie essayait tant bien que mal de s'extraire du rouleau compresseur de la psychopathologie de l'expression visuelle. Si l'art-thérapie se dégageait du monopole des arts visuels, elle entérinait l'emprise de la psychanalyse et de l'interprétation. Autant dire que l'art comme activité originale humaine avait perdu toute sa substance.

À la même époque, la pédagogie artistique prenait un envol nouveau vers l'expression épanouissante et personnalisée des élèves. Fort des travaux des pédagogues de l'art, qui, à la différence de la majorité des médecins psychothérapeutes, avaient un réel et conséquent bagage artistique, l'art s'installait indirectement dans les lieux de soins aux dépens des discours et analyses relatifs aux œuvres des patients. Ainsi, combien de fois ai-je entendu, à cette période, dans les écoles maternelles et primaires où j'enseignais la musique : « c'est bon pour les fous » ce qui faisait pendant aux réflexions lors de mes interventions en musicothérapie à l'hôpital psychiatrique et en centre spécialisé (Institut médico-pédagogique) de la même petite ville « tout ça, c'est bon pour l'école ». Dans les deux cas, cela se terminait toujours par : « ce n'est pas surprenant, c'est un artiste ! ». Vous m'excuserez pour ces références personnelles, mais je les crois représentatives de l'époque en matière d'art-thérapie.

C'est dans ce contexte, que l'Afratapem est née et qu'elle a abordé l'art-thérapie à « rebrousse-poil ». Dès lors, une dynamique s'installait, qui, d'abord, laissait la place aux artistes, ensuite dégageait l'art-thérapie de l'emprise envahissante de la psychanalyse et du seul art visuel et enfin distinguait la psychothérapie à support ou médiation artistique de l'art-

Hidden page

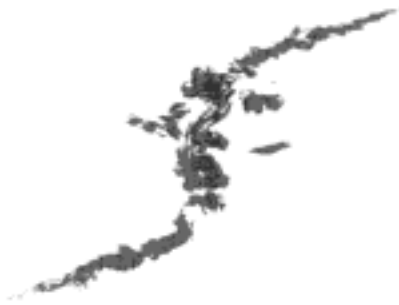
tive de l'Université européenne du travail (Bruxelles) sur le modèle de la formation ISA de l'école d'art-thérapie de Tours (Afratapem) soient un bon début pour cette entreprise européenne.

Des posters scientifiques étaient exposés dans la salle de détente. Ils ont retenu toute l'attention de l'assemblée. Ainsi, les modèles proposés par les étudiants en art-thérapie de l'UET (Bruxelles) ou de la Sorbonne (Paris) ont bien montré les différences culturelles qui peuvent exister même lorsque l'on parle d'un même sujet. Ainsi, l'approche plus sociale des Belges et l'approche plus analytique et méthodologique des Français nous ont confortés dans cette idée du besoin de la différence pour construire un projet commun.

Enfin, je tiens à remercier particulièrement le professeur J. Thouvenot, président de l'Afratapem, qui a su tenir en haleine toute l'assemblée lors du moment festif « anniversaire » avec les étoiles, les trains électriques, l'orgue et l'art-thérapie. On aura compris avec sa personne que le savant et l'humaniste qu'il est savent puiser dans l'ingénuité d'une fraîcheur poétique pour élaborer des théories scientifiques que les universités européennes ont enseignées. Qu'il sache, par ces lignes, combien l'Afratapem est heureuse de l'avoir à sa tête.

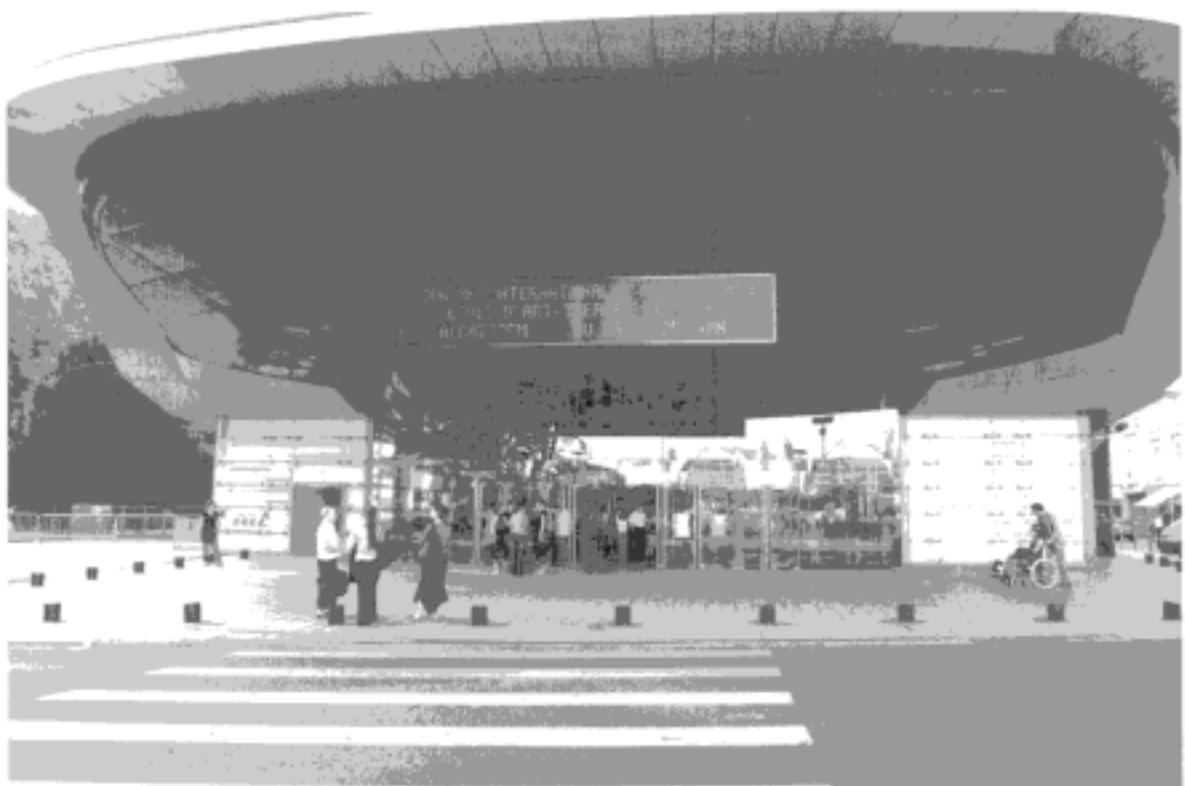
L'Afratapem tient à remercier les intervenants pour la qualité de leur intervention, le public pour la qualité de son attention et la pertinence de ses questions et enfin remercier et féliciter l'équipe d'organisation pour la rigueur, le sérieux et la convivialité de leur action.

Hidden page



Images du 30^e anniversaire de l'École d'art-thérapie de Tours

Photos réalisées par Denis Bomer



*Centre international de congrès Vinci de Tours, 23, 24 et 25 juin 2006.
« Les repérages avant congrès. »*



Dans le hall d'entrée du centre de congrès Vinci, Les sacs, gracieusement mis à disposition par le laboratoire Roche, attendent les 700 participants.



Briefing de l'équipe avant le rush.

Hidden page



Le public acclame le Professeur Joseph Thouvenot, Président de l'Afratapem.



*« Le coin culture : Tours, capitale mondiale de la calligraphie latine. »
Démonstrations de calligraphie latine par Chantal Facchinetti (prix d'excellence concours international, ministère de la culture du Japon) et Agnès Forestier (responsable des calligraphies et enluminures présentant le livre de Kells – Irlande).*



Le Professeur J. Thouvenot, Président de l'Afratapem devant le gâteau d'anniversaire.



Le partage du gâteau, un moment de convivialité... !



Animation musicale lors de la soirée de clôture anniversaire.



L'atelier n° 1 : la formation continue des art-thérapeutes.

Hidden page

Hidden page

L'évaluation en art-thérapie

Pratiques internationales



Les interactions entre activité artistique et thérapie sont avérées depuis l'Antiquité. En ce début de XXI^e siècle, l'art-thérapie, association de l'art et de la médecine, tend à s'affirmer comme une discipline à part entière. Elle s'adresse aux personnes qui souffrent de troubles de l'expression, de la communication, de la relation ou ayant des retards dans les acquisitions et le développement de leur personnalité. L'indication en art-thérapie est proposée par l'équipe médicale et paramédicale d'un commun accord avec les patients sensibles aux arts.

En juin 2006, l'École d'art-thérapie de Tours – Afratapem –, pionnière européenne dans la recherche et l'enseignement en art-thérapie, célébrait ses trente années d'existence.

Cet ouvrage rassemble les thèmes abordés lors de ce congrès anniversaire en évoquant les aspects théoriques et pratiques ainsi que les perspectives d'avenir de l'art-thérapie. L'accent est mis sur la nécessité et l'importance de l'évaluation en art-thérapie afin d'asseoir la discipline comme profession à part entière et d'offrir aux arts-thérapeutes, en formation et en exercice, toutes les clés de la bonne pratique de leur « art ».

Devant une assistance représentant seize nationalités, des arts-thérapeutes venus de France, de Belgique, du Portugal ou encore du Brésil ou du Bénin exposent, confrontent leurs expériences et offrent au lecteur un vaste panorama de la pratique et des perspectives en art-thérapie.

Richard Forestier, directeur scientifique de l'ouvrage, est professeur à l'Université européenne du travail (Bruxelles), directeur de recherches à l'Association française de recherches et applications des techniques artistiques en pédagogie et médecine – Afratapem – (Tours-St Cyr-sur-Loire), directeur scientifique et pédagogique des Diplômes Universitaires d'Art-thérapie (Tours et Poitiers) et musicien.

