

L'ART-THÉRAPIE : DIVERSITÉ ET CROISÉE DES CHEMINS

ART THERAPY : DIVERSITY AND CROSSROADS

PRÉSENTATION

Diversité

Dès l'origine de ce projet, le comité de pairs formé pour œuvrer à la production de ce numéro thématique sur l'art-thérapie s'entendait sur l'orientation que nous souhaitions lui donner. Tous convenaient de la nécessité de présenter au lecteur un portrait précis, mais diversifié de ce qu'est l'art-thérapie ainsi que des différentes orientations et approches qui définissent la pratique des art-thérapeutes. En effet, au Québec, cette profession n'est connue que depuis peu au sein des milieux francophones de la santé et des services sociaux, contrairement à ce qui a prévalu dans les milieux anglophones, l'art-thérapie s'étant d'abord développée aux États-Unis et en Angleterre dès les années quarante. Plusieurs centaines de livres et des revues scientifiques sérieuses publiés en langue anglaise (*Arts in Psychotherapy*, *Inscape : International Journal of Art Therapy*, *Art therapy : Journal of the American Art Therapy Association*, *Canadian Art Therapy Association Journal*, etc.) traitent de l'art-thérapie sous différentes facettes, et ce, de manière spécialisée [par exemple : art-thérapie et autisme, art-thérapie et trauma (ESPT), art-thérapie et troubles alimentaires, etc.]. Tel n'est pas le cas en langue française, hormis des ouvrages généralistes et quelques revues spécialisées publiées en France (par exemple : *Art et thérapie*). Afin de mieux faire connaître la pratique de l'art-thérapie à un public francophone québécois, le comité de pairs a donc favorisé un choix d'articles pouvant témoigner d'une variété d'approches théoriques (psychodynamique, humaniste, psychologie positive, intervention transculturelle, etc.), ainsi que du travail effectué par les art-thérapeutes auprès de clientèles diversifiées.

Croisée des chemins

Malgré la situation décrite ci-dessus, l'art-thérapie au Québec est en plein essor. Cependant, son avenir demeure incertain. Depuis les dernières années, l'embauche d'art-thérapeutes professionnels au sein de différentes institutions de soins de santé et de services sociaux s'est accrue de manière significative. À cela s'ajoute une augmentation notable du nombre de publications de nos collègues québécois et le développement de projets de recherche structurés. En plus du programme de maîtrise de l'Université Concordia, qui existe depuis plus de vingt-cinq ans déjà, nous attendons avec impatience l'autorisation du ministère de l'Éducation afin de démarrer un nouveau programme de maîtrise qui sera offert en français à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

(laquelle offre actuellement deux programmes de D.E.S.S. en art-thérapie dans trois sites : Gatineau, Rouyn-Noranda et Sherbrooke). Le Québec est la seule province au Canada à offrir des programmes d'études supérieures universitaires en art-thérapie. Cette situation favorise la venue, à titre consultatif, de directeurs de programmes de formation et la présence de nombreux étudiants étrangers qui viennent au Québec pour entreprendre une formation en art-thérapie.

Avec les années, les art-thérapeutes ont démontré leur contribution unique à la clinique en s'adressant à des clientèles pour qui les services habituellement offerts s'avèrent moins appropriés ou moins accessibles (Drapeau, Paquet, & Plante, 2009). En effet, l'art-thérapie s'avère particulièrement efficace auprès de différentes populations, dont les populations immigrantes (Rousseau, Drapeau, Lacroix, Bagilshya, & Heush, 2005), les personnes présentant un syndrome post-traumatique (Chapman, Morabito, Ladakakos, Schreier, & Knudson, 2001; Howard, 1990; Morgan & Johnson, 1995), ou présentant un déficit sensoriel ou intellectuel (Kearns, 2004), ainsi qu'auprès d'adolescents et d'adultes présentant un trouble de délinquance (Ackerman, 1992; Bennink, Gussak, & Skowran, 2003). Les art-thérapeutes obtiennent la reconnaissance de leurs pairs dans les équipes interdisciplinaires de différents milieux, en apportant une contribution unique tant sur le plan de l'évaluation que sur celui de l'intervention. Enfin, après plus d'un demi-siècle d'existence au Québec, avec une association dynamique, l'Association des art-thérapeutes du Québec (AATQ), comptant près de deux cents membres, et une soixantaine d'étudiants en formation, l'essor de l'art-thérapie est indéniable.

Cependant, la récente adoption de la loi 21, protégeant à la fois le titre de psychothérapeute et l'acte de psychothérapie, pourrait freiner de manière significative cette croissance. En effet, la très grande majorité des art-thérapeutes pratiquent la psychothérapie (plusieurs sont aussi psychologues). Tel que mentionné ci-dessus, les art-thérapeutes professionnels ont reçu une solide formation théorique et clinique tant sur le plan de l'évaluation que sur le plan de l'intervention. Ils sont aussi invités par l'AATQ à parfaire leurs compétences en participant à des ateliers de formation continue. L'Office des professions du Québec, s'appuyant sur l'avis que lui donnera le comité consultatif interdisciplinaire prendra, dans les prochains mois, une décision relative à la possibilité pour les art-thérapeutes de demander le permis pour exercer la psychothérapie. Des représentants de l'Université Concordia, de l'UQAT et de l'AATQ ont fait part de leurs préoccupations aux différentes instances concernées. L'avenir de l'art-thérapie au Québec se situe donc aujourd'hui à la croisée des chemins : ou bien l'essor de cette profession se poursuivra, ou bien elle prendra une direction fort différente. Chose certaine, une exclusion

des art-thérapeutes du système professionnel québécois régi par la Loi 21 placerait le Québec à contre-courant des développements qui prévalent dans plusieurs pays, notamment en Angleterre, en Australie, en Nouvelle-Zélande et dans plusieurs États américains où la profession d'art-thérapeute est reconnue officiellement et intégrée au système professionnel de la santé.

Conclusion

L'art-thérapeute offre un apport psychothérapeutique inestimable qui contribue non seulement à la diversité et à la qualité des soins et des services offerts à la population québécoise – ce que la lecture des différents textes proposés ici permettra de démontrer – mais qui, dans un contexte de pénurie de soin, permet également d'en accroître le nombre. Je ne peux que souhaiter que les services en art-thérapie continuent à se développer au Québec et que cette approche psychothérapeutique fasse sous peu partie intégrante du système professionnel de la santé et des services sociaux.

Je tiens, en terminant, à remercier chacun des auteurs pour leur précieuse collaboration, notamment Maryse Benoit, René Bernèche, Marianne Dufour, Marie-France Gauthier, Diane Guay, Johanne Hamel, Jacinthe Lambert, Josée Leclerc, Anousheh Machouf, Vanesa Piot, Diane Ranger et Cécile Rousseau. Ce projet n'aurait pu voir le jour sans l'implication de toute une équipe, je tiens à remercier également les membres du comité de lecture qui, dans l'ombre, ont travaillé lors des deux dernières années aux différentes étapes menant à la réalisation de ce projet. Un grand merci à Mme Manon Normandin et à toute l'équipe de rédaction de la *Revue québécoise de psychologie* pour leur collaboration et surtout leur patience. Enfin, j'exprime ma gratitude à Monsieur Robert Letendre ainsi qu'à Madame Colette Jourdan-Ionescu, directrice de la revue; leur ouverture à la diversité et à considérer la psychologie dans sa pluralité est à leur honneur.

Bonne lecture!

RÉFÉRENCES

- Ackerman, J. (1992). Art therapy intervention designed to increase self-esteem in an incarcerated pedophile. *American Journal of Art Therapy*, 30(4), 143-149.
- Bennink, J., Gussak, D. E., Skowran, M. (2003). The role of the art therapist in a Juvenile Justice setting. *The Arts in Psychotherapy* 30, 163-173.
- Chapman, L. M., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H., & Knudson, M. M. (2001). The effectiveness of art therapy interventions in reducing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18(2), 100-104.
- Drapeau, M.-C., Paquet, N., & Plante, P. (2009). Mémoire de l'Association des art-thérapeutes du Québec Inc. dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques à l'égard du projet de loi n° 21, Loi modifiant le Code des professions et

Présentation

- d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Document présenté à la Commission des institutions. Québec.
- Howard, R. (1990). Art therapy as an isomorphic intervention in the treatment of a client with Post-Traumatic Stress Disorder. *American Journal of Art Therapy*, 28(3), 79-86.
- Kearns, D. (2004). Art therapy with a child experiencing sensory integration difficulty. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(2), 95-101.
- Morgan, C. A., & Johnson, D. R. (1995). Use of a drawing task in the treatment of nightmares in combat-related post-traumatic stress disorder. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 12(4), 244-247.
- Rousseau, C., Drapeau, A., Lacroix, L., Bagilshya, D., & Heush, N. (2005). Evaluation of a classroom program of creative expression workshops for refugee and immigrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 180-185.

Pierre Plante¹

Université du Québec à Montréal

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Pavillon J.-A.-DeSève, DS4915, 320, rue Ste-Catherine Est, Montréal (QC), H2X 1L7. Téléphone : (514) 987-3000, poste 5066. Courriel : plante.p@uqam.ca

L'ART-THÉRAPIE : UN ESPACE FAVORABLE À LA RÉSURGENCE DU POTENTIEL CRÉATEUR

ART THERAPY : A SPACE WHICH FAVORS THE RESURGENCE OF CREATIVE POTENTIAL

René Bernèche

Université du Québec à Montréal

Pierre Plante¹

Université du Québec à Montréal

INTRODUCTION

Entre l'enfant curieux, inventif, passionné et l'adulte gourmé, traditionnel, incapable de s'évader de son cadre de pensée, de ses préjugés et de ses interdits, il a dû se produire quelque chose de grave.

(Demory, 1984, p. 59)

Sur le mur d'un café étudiant, à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), un graffiti reprend un vieux proverbe : « Seuls les poissons morts suivent le courant ». Ce proverbe génère une image très riche de sens. Sans vouloir généraliser la situation, il demeure néanmoins malheureux de constater qu'une grande part de la population ne puise pas dans son potentiel créatif pour générer du changement. Nous pouvons reconnaître les traces de cette observation dans le discours profane de la créativité. Pour certains, la créativité est un don, un souffle divin, une inspiration, que seuls quelques élus possèdent (Rouquette, 1997). Le pire des freins à la créativité, c'est de ne pas reconnaître en soi son propre potentiel créatif. Pourtant, depuis la fin des années 1950, Guilford (1967) a clairement démontré que : « Tout le monde, sans exception, possède un énorme potentiel créatif. Le problème est que seuls quelques-uns utilisent ce potentiel. La majorité n'a même pas l'idée de l'exploiter » (cité dans Jaoui, 1995). Certains auteurs, tels Rouillard (1996), Jaoui (1995) et Demory (1984), considèrent cet état de fait comme étant la résultante des valeurs que préconise la société actuelle, soit la capacité à planifier et à prédire dans l'objectif d'éviter les échecs. Un tel discours va à l'encontre de facettes propres à la créativité, soit l'intuition, la tolérance à l'ambiguïté, le risque, la spontanéité, la possibilité de voir les erreurs comme des sources d'apprentissage. Le conformisme l'emporte bien souvent sur la créativité. Cependant, une vie où tout devient prévisible assèche les passions. Elle n'est plus nourrissante, elle perd son sens. Sans défi, sans obstacle, il ne peut y avoir créativité. Par cet article, s'appuyant surtout sur une conception humaniste, nous proposons un regard sur la créativité telle qu'il est possible de la concevoir dans un cadre d'intervention par l'art. Plus

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Pavillon J.-A.-DeSève, DS4915, 320, rue Ste-Catherine Est, Montréal (QC). H2X 1L7 Téléphone : (514) 987-3000, poste 5066. Courriel : plante.p@uqam.ca

précisément, notre réflexion porte sur les questions suivantes : comment l'art-thérapie, pratiquée selon certains paramètres, peut favoriser l'émergence de ce potentiel inné en nous? Par quels moyens devient-elle un espace favorable à la résurgence du potentiel créateur?

DÉFINITION ET ÉLABORATION

Une proposition de définition de la créativité s'impose en ce parcours. Inspirée de l'approche humaniste en psychologie et rédigée par l'un des auteurs de cet article, elle met l'accent sur le fait que la créativité est d'abord conçue comme un processus, tout en tenant compte des autres aspects couverts par ce concept de la créativité : la personne, le produit et l'environnement. « La créativité, c'est prendre le risque d'exprimer son originalité, l'unicité de sa personnalité, telle qu'elle émerge du processus associatif : des sensations aux concepts, et telle que révélée dans l'inédit, l'inouï... soit dans l'œuvre qui se détache de cet individu unique. » (Bernèche, R.).

Le premier élément de cette définition affirme que le chef-d'œuvre ultime, fruit d'un processus qui s'élabore durant toute une vie, se présente dans l'éclosion d'une personne unique, qui se distingue d'entre toutes. L'acte accompli par cette personne sera qualifié de créateur s'il est empreint du caractère original de la somme de ses expériences. Une des caractéristiques dynamiques du processus créateur, c'est qu'il repose sur une riche interaction des sources de la connaissance d'une part, et de l'enrichissement constant des moyens d'expression, des résultats de ces processus associatifs, d'autre part.

L'enfant explore le monde d'abord par l'action, puis par l'imagination et finalement par le langage.

(Arnheim, R., 1971, p. 186, traduction libre)

Le deuxième élément de la définition proposée repose sur cette simple phrase de R. Arnheim. L'acquisition de connaissances s'alimente de diverses sources au fur et à mesure que s'organisent les processus cognitifs. Ainsi, dès la naissance et au cours de ses premières années, l'enfant explore et découvre son univers à partir des sensations. Le premier niveau de contact et d'interaction avec l'environnement fournit le matériel cognitif qui, par associations et combinaisons, se transforme en un produit plus complexe : le percept. En continuant les expériences sensorielles de la vue, du toucher, de l'ouïe, du goût et de l'odorat, l'enfant construit un premier objet plus riche et plus stable dans l'appréhension de son monde : l'objet perçu. Dès lors, s'élabore une première représentation de ce qui est « lui » et « hors de lui ». Une première fusion éclate et le

rapport à l'environnement s'articule autour de nouvelles représentations que lui fournit la perception.

La transformation se poursuit vers un autre niveau d'élaboration des connaissances : la représentation mentale. L'élaboration des images contribuera à ce qu'il est convenu d'appeler l'imagerie mentale, et encore plus avant dans le vocabulaire du processus créatif, l'imagination, notion de « continent » des images ou l'imaginaire, l'aire des images. Comme l'enfant ne peut plus être constamment en contact avec tous les éléments constituant son environnement, fruit de ses multiples expériences de découverte, il peut avoir recours aux représentations de ces découvertes. L'image mentale permet donc d'avoir recours à une représentation des acquis sans la nécessité de la présence immédiate des éléments constitutifs de l'expérience première. Et voilà qu'apparaît, ensuite, le concept : cette métamorphose vers une représentation abstraite du fruit de la découverte donne naissance à l'idée-concept.

Tout au long de l'enrichissement des multiples sources de la connaissance, apparaît aussi une diversité de moyens d'exprimer ces nouveaux apprentissages. Les sensations, les perceptions, les images mentales profiteront donc de l'éclosion de ces modes de communication : les mots, les symboles, les signes et les comportements. La production des idées, des concepts, tout ce qui participe à l'élaboration de la pensée, résulte donc d'une interaction constante et enrichie entre les diverses sources de la connaissance (de l'apprentissage) et la multiplicité croissante des moyens de communications (Figure 1).

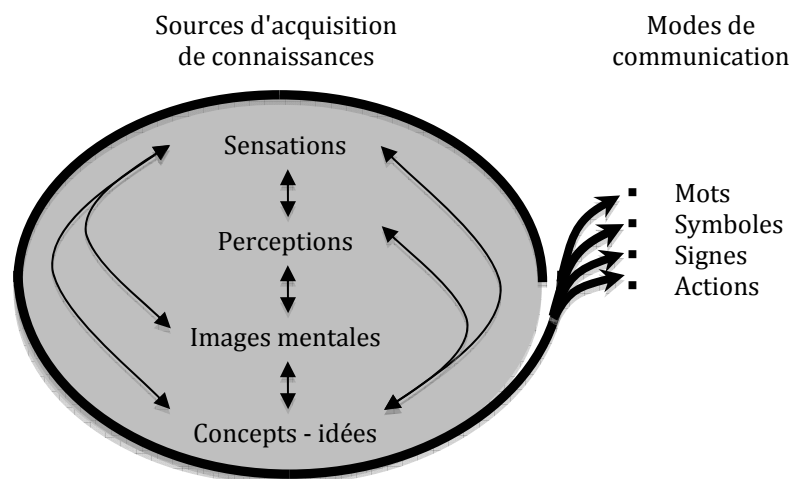


Figure 1. Enrichissement par l'interaction constante des diverses sources de la connaissance et son expression par les différents moyens de communication.

Il est possible dès lors d'établir un lien avec la définition de la production (pensée) divergente, telle que présentée par Guilford dans sa présentation de la structure de l'intellect (Guilford, 1967). En effet, Guilford, dans son modèle multifactoriel, distingue quatre qualités de la production divergente qu'on associe à la créativité : la fluidité, la flexibilité, l'originalité et la capacité à élaborer.

Ces qualités trouvent leurs lieux d'exercice dans les diverses sources de la connaissance et dans leurs interactions :

- les sensations = la fluidité : capacité à générer un très grand nombre d'unités;
- les perceptions = la flexibilité : capacité à associer un grand nombre d'unités dans plusieurs catégories;
- les images mentales = l'originalité : capacité à créer des images mentales; de par leur caractère unique, ces représentations mentales reflètent l'originalité de l'individu telle que produite par la fluidité et la flexibilité dans la production des connaissances;
- et la capacité à élaborer, fait appel aux divers modes de communication, aux différents vocabulaires : mots, signes, symboles, comportements, pour traduire, commettre l'originalité, l'unicité des représentations mentales.

Prenons comme exemple le matériel dit projectif, utilisé dans les techniques d'évaluation en psychologie. L'élaboration des dessins du test « Maison, Arbre et Personne (HTP) » expose le caractère unique qu'un individu se fait de la représentation de ces trois éléments. Les expériences sensori-perceptives d'un enfant ou d'un adulte contribuent à l'organisation personnelle de la représentation mentale, et le dessin devient le vocabulaire privilégié en cette approche pour révéler l'originalité de cette représentation : l'in-édit, l'in-ouïe... Donc, prendre le risque de livrer au grand jour l'unicité de cette personne qui aspire à se constituer comme un chef-d'œuvre. En art-thérapie, tout comme dans les ateliers d'expression de la créativité, il importe de proposer un matériel moins familier dans l'expression, un matériel à support non verbal, pour provoquer une transformation dans les modes de communication, pour structurer de nouvelles associations, faire resurgir par sa créativité le caractère unique qui demande à être dévoilé. En se réappropriant sa créativité, tout individu est invité à élaborer l'unicité de ce qui cherche à s'exprimer.

DONNER FORME AU SENSIBLE : LE RÔLE DU MÉDIUM DANS LE PROCESSUS CRÉATIF

Une difficulté souvent rencontrée par les individus, les clients, en psychothérapie verbale, c'est l'incapacité à exprimer ce qui les trouble, à saisir l'insaisissable. Situations normales, certes, mais un scénario bien

souvent exacerbé par le souhait d'analyser la situation uniquement par l'usage des mots et d'une manière logique et séquentielle. Dans un monde idéal, si les problèmes se présentaient à nous de manière structurée et cohérente, la pensée logique serait alors suffisante pour tout résoudre. La vie, *a contrario*, est autrement plus complexe. Tel que le formule von Oech, « l'incohérence et la contradiction sont le sceau de la vie humaine » (1986, p. 73). Il ne s'agit pas ici de nier l'importance de la pensée logique, mais bien de préciser qu'elle ne représente qu'un seul mode de pensée et de plus, dans certains cas, le recours trop rapide à un tel mode d'analyse peut devenir un frein très important à notre capacité de générer du changement.

Devant l'insaisissable, les mots manquent et laissent pantois devant cette incapacité à bien qualifier l'intensité des émotions vécues. À ce sujet, l'expression par l'art, à toutes époques de l'humanité, a joué un rôle important. Pour exprimer leurs craintes, leurs défis, les pertes, ou encore pour célébrer la vie, les femmes et les hommes ont depuis toujours eu recours à des rituels de création (chants, masques, danses, œuvres plastiques, etc.) (Plante & Gérin, à paraître). Ainsi, l'expression par l'art permet d'aborder des thématiques complexes pourtant maintes fois explorées mais à chaque fois présentées sous des angles nouveaux. C'est ce qui explique pourquoi des œuvres, pourtant millénaires, continuent de nous émouvoir par ce qu'elles évoquent en nous et par leur beauté. La Vénus de Willendorf (Figure 2) est un bon exemple d'une création qui fascine par sa contemporanéité. La société actuelle maintient cette longue tradition. La culture, par la contribution des artistes, comble ce besoin d'expression en étant le reflet de nos enjeux de société.

À travers le contact avec l'autre, nous nous élevons au-dessus de l'étroitesse de notre propre assurance de savoir. Un nouvel horizon s'ouvre vers l'inconnu.

(Hans-Georg Gadamer, 1996)

En art-thérapie, la rencontre avec la matière éveille chez le client de nouvelles avenues inexplorées. Dans ce parcours de thérapie, les séances où le client quitte les horizons connus sont souvent porteuses d'une grande richesse. Elles sont bien souvent des moments charnières du processus. En fait (s'appuyant ici sur la figure 1), de telles séances suscitent la découverte de nouvelles sensations, provoquent la construction de nouvelles perceptions. Ces moments particuliers sont empreints de grande créativité. En réalité, générer du nouveau, créer, nécessite une ouverture à l'inconnu, requiert de faire le deuil de notre idéal interne et de ses représentations usuelles. La créativité requiert de tolérer l'abandon des repères et de s'ouvrir à cette rencontre triadique impliquant



Figure 2. Vénus de Willendorf, environ 23 000 ans avant notre ère, 11 cm de hauteur, probablement peinte en rouge à l'origine (Musée d'histoire naturelle de Vienne : Photo Matthias Kabel¹).

l'auteur, le support et le médium. Faire autrement, reproduire fidèlement l'image que nous avons en tête est un geste intéressant, mais qui relève beaucoup plus de la technique, du style académique, que de la créativité (Motherwell, 1991). Au contraire, la nouveauté se dévoile de cette rencontre avec la matière, de ce dialogue constant avec elle. Motherwell (1991) parlera même d'une forme d'empathie, de dialogue, d'amour et de passion à l'intérieur de cette triade, et c'est de cet investissement sublimatoire qu'émergera l'acte créateur.

On décrit souvent l'approche de l'art-thérapie comme étant un cadre ludique. Pour certains individus, c'est ce qu'elle représente. Pour d'autres, l'art, l'expression de soi, nécessite une prise de risque difficile à gérer. Ce n'est pas tant la crainte du dévoilement de soi (par le projet final) qui déränge certains clients que la crainte de ne rien réaliser de beau à leurs yeux ou encore la crainte de déplaire. La plupart d'entre nous, sinon tous, avons été éduqués à éviter les échecs, à ne pas faire de faux pas, ce qui est en soi malheureux, car nous n'apprenons pas de nos succès, disait Chuck Jones, mais bien de nos tentatives ratées (dans Goleman,

1. En ligne le 26 novembre 2009 sur le site Internet <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Venus_von_Willendorf_01.jpg>.

Kaufman, & Ray, 1992). L'art-thérapeute, comme le parent bienveillant, se doit de préserver le plaisir à l'exploration par l'installation d'un cadre sécurisant. Par sa connaissance du matériel, il accompagne le client dans son processus de création. Son rôle n'est pas tant d'orienter l'organisation du projet que d'offrir un support pour en faciliter l'émergence. Il accompagne ainsi le client vers la réalisation, vers l'instauration (réinstauration) d'une estime de soi capable de se dépasser. Un client, enfant ou adulte, fragile narcissiquement et confronté dès les premières rencontres à ses premières tentatives avec la matière, risque de renoncer à toutes possibilités d'investissement de soi. Ainsi, cette structure d'argile trop lourde qui s'affaisse ou encore ce papier inapproprié pour l'aquarelle et qui déchire à la moindre pression du pinceau, risquent de mettre un terme à toutes explorations du client. Une attitude bienveillante de la part de l'art-thérapeute est donc une dimension essentielle à la psychothérapie (Proulx, 2003). Par son regard empathique envers le processus du client, l'art-thérapeute demeure sensible aux besoins du client alors que ce dernier ose, prend le risque de générer du nouveau.

L'INTERPRÉTATION DES ŒUVRES : UN DIALOGUE CRÉATIF

L'interprétation puise à la fois dans l'intuition et l'intellect, le verbal et le non-verbal. Répondre à l'art par l'art nécessite les sens et l'imagination. Je perçois l'interprétation comme le processus par lequel nous nous rapportons à la création autant pendant son processus de réalisation qu'au moment où la pièce est terminée. Pour moi, elle inclut à la fois la connaissance et la perception. Elle est certainement plus qu'une explication verbale [...].

(McNiff, 1988, p. 46, traduction libre)

Lors des premières rencontres, les clients, autant en art-thérapie que dans le cadre d'ateliers d'expression de la créativité, semblent bien souvent démunis devant leurs propres œuvres. Ils craignent généralement notre regard, voient en l'art-thérapeute cet expert qui pourra y découvrir leurs secrets les plus intimes. Sur le plan interprétatif, deux attitudes sont possibles vis-à-vis de l'œuvre : celle qui perçoit la création comme objet et l'autre comme sujet.

La création demeure objet lorsqu'on l'utilise pour en décrypter l'organisation picturale et sa symbolique, lui imposer une analyse structurelle, en s'appuyant sur des données statistiques et théoriques, dans l'objectif de lui associer un sens. Ce regard interprétatif de l'œuvre en est un de quête de signes et de symboles pouvant corroborer le dépistage diagnostique. Une telle conception nous amène, comme l'explique McNiff, à regarder le produit du processus créatif avec suspicion. Certes, nous ne pouvons réfuter la contribution essentielle d'une telle perspective sur le

plan évaluatif. À ce sujet, le DDS (*Diagnostic Drawing Series*) (Cohen, 1990) ou encore le dessin du Bonhomme (Royer, 1977) sont de bons exemples de moyens utiles et nécessaires. Cependant, une telle attitude vis-à-vis de l'œuvre demeure avant tout utile au thérapeute, car elle n'est pas perçue par le client comme une sollicitation au plein déploiement de son potentiel créatif. Pire parfois, le mauvais usage de l'interprétation diagnostique aura un effet inhibiteur sur le plan créatif.

Il y a une tendance dominante à regarder les images négativement et avec suspicion. Une approche abusive [à l'interprétation] s'appuie sur le préjugé que le message est caché et que la vraie signification est quelque chose autre que ce qui est présenté.

(McNiff, 1988, p. 47, traduction libre)

Une autre façon de rencontrer l'œuvre, c'est de la percevoir comme sujet. Une telle attitude permet de la maintenir dans son univers d'appartenance, les arts. Rencontrer l'œuvre dans son essence, c'est-à-dire comme une réalisation d'un processus de création, nécessite un regard qui maintient l'œuvre dans cette perspective, c'est-à-dire un dialogue où l'interprétation devient en soi un acte créateur, un acte qui invite au jeu, à la rencontre, à la prise de risque. Sur un plan strictement descriptif et organisationnel de l'image, un certain consensus peut émerger. Au contraire, proposer une interprétation de ce qu'elle évoque en nous, ouvre un monde de possibilités infinies (McNiff, 1988). Pour arriver à un tel discours, il faut concevoir les créations comme des entités autonomes qui ont quelque chose à raconter, ce qui nécessite respect, ouverture, disponibilité à la rencontre (McNiff, 1988). En effet, comme le soutient Nédoncelle (1953), une toile ne peut exister sans notre regard contemplatif. Sans ce regard, elle n'est qu'amas de matière. La personnification nous permet d'éviter l'abus interprétatif de l'image, car cette dernière passe donc d'objet à sujet. Comme le mentionne McNiff, pour soutenir, enrichir le processus créatif du client, il faut répondre à l'art par l'art. L'œuvre, perçue sujet, laisse émerger par le dialogue différentes perspectives, car cet échange interprétatif devient alors cocréatif. Ce dialogue s'enrichit de cette rencontre à trois, cette seconde triade impliquant œuvre, client et art-thérapeute.

Utiliser le processus d'interprétation pour soutenir le processus créatif du client nécessite d'inviter le client à jouer avec la création et à tolérer l'ambiguïté. Pour ce faire, l'art-thérapeute, en plus de sa formation comme psychothérapeute, puise bien souvent dans sa formation d'artiste, dans sa formation d'enseignant de l'art, afin d'encourager le client, l'éduquer si nécessaire, dans sa capacité à se laisser émouvoir par la création, à se laisser porter par l'œuvre et le dialogue qu'elle engendre afin d'enrichir les sources d'acquisition. Ainsi, comme le présente la Figure 3, un type

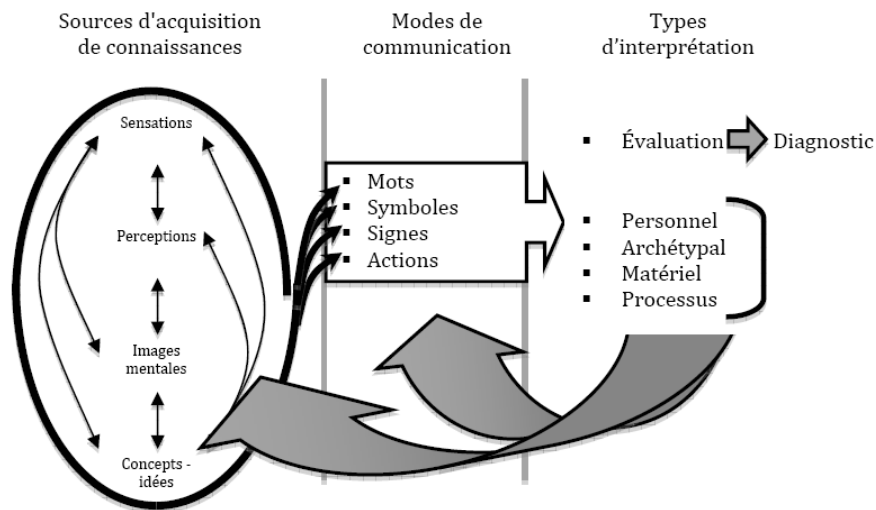


Figure 3. La place de l'interprétation dans le cycle de création et sa contribution, selon le type, sur l'enrichissement du processus créatif.

d'interprétation de l'œuvre orientée vers un discours diagnostique et évaluatif ne supporte pas le processus créatif du client. D'autres types interprétatifs, au contraire, ouvrent sur un éventail de nouvelles perspectives, provoquent de nouvelles représentations. McNiff (1988) propose quatre façons d'approcher l'œuvre, quatre façons de stimuler les sources d'acquisition et les modes de communication, c'est-à-dire, interpréter l'œuvre sur un plan personnel, archétypal, matériel et sur un plan axé sur le processus.

Interpréter la création sur un plan personnel

Les interprétations à ce niveau sont empreintes de nos références, de notre bagage intime. Exprimer ce que la création évoque en nous, se laisser toucher, émouvoir, transporter par la création, nous encourage ici à proposer des interprétations qui s'appuient sur notre propre répertoire expérientiel.

Interpréter l'œuvre à partir d'une compréhension archétypale

Cette deuxième façon d'interpréter l'œuvre nous invite à considérer cette dernière en tenant compte d'une signification universelle, historique et culturelle (McNiff, 1988). Une telle façon de contempler l'œuvre nous invite à prendre une distance vis-à-vis de notre monde de référence afin de

s'ouvrir à une optique plus large. Y puiser là de nouvelles associations, de nouvelles « bissociations ».

Interpréter l'œuvre à partir de ce que la matière évoque en nous

Ici, l'attention n'est pas tant sur l'organisation de la matière utilisée, mais bien sur la matière elle-même, avec ses propriétés physiques. Que ce soit encore, de façon plus générale, le médium utilisé (argile, pastels à l'huile, plâtre, peinture, farine, épices, etc.) ou encore des dimensions plus spécifiques (texture, couleurs, odeurs, etc.), ceux-ci génèrent à eux seuls un bagage expérientiel intéressant sur le plan interprétatif. La matière stimule les représentations et ramène à la conscience des expériences vécues.

Interpréter l'œuvre à partir du processus de création

Nous accordons bien souvent trop d'importance au produit, négligeant le processus créatif, alors que celui-ci génère à lui seul d'autres interprétations. Le processus est un parcours où le client est confronté aux propriétés de la matière, à ses limites, à sa texture. Pour plusieurs, créer, transformer, mélanger, détruire, bref jouer avec la matière, est en soi une grande source d'information qui alimente le dialogue interprétatif. De plus pendant l'organisation de l'œuvre, comme dans le rêve, des formes, résultats d'un choix esthétique ou de censures par exemple, apparaîtront et disparaîtront.

Inviter le client à apporter sa contribution sur le plan interprétatif, l'encourager à puiser dans la pensée divergente afin qu'il puisse générer des perspectives différentes, contribuent à l'aider à renouer avec sa créativité. On parlera de résurgence, car ce potentiel créatif, comme dira Guilford, est inné en nous. De plus, respectant les fondements humanistes de la psychothérapie, l'intégration par le client de cette capacité à puiser dans ses ressources créatives diminue la dépendance au thérapeute tout en favorisant l'*empowerment*, l'autonomie, la responsabilisation et l'estime de soi. Le client en vient donc à ne plus percevoir l'imagination comme étant strictement le monde de l'enfance, farfelu et inutile, mais plutôt à y voir là des stratégies de détour (Aznar, 2005) qui ouvrent le registre d'expérience et qui augmentent le potentiel créatif de l'individu. Ici, l'importance du travail ne consiste pas tant à trouver des solutions aux difficultés qui constituaient la demande de psychothérapie mais plutôt à permettre au client d'intérioriser une manière d'être, une manière de voir autrement les difficultés vécues. Une telle approche de l'intervention, à l'instar de Jung (1990), contribue à cette fonction transcendante où il y a une meilleure communication entre l'imaginaire et la réalité, cette sorte de « ... va-et-vient entre le non-verbal et le verbal, l'agencement et la compréhension, l'inconscient et la conscience, dans une opposition

complémentaire de l'élaboration artistique et de la rationalisation. » (Klein, 1997, p. 53). Cette dimension se manifeste particulièrement par l'influence qu'elle exerce sur l'organisation de la vie de tous les jours des participants, sur leur routine (Stern, 1995), alors qu'il est fréquent qu'ils rapportent avoir intégré dans leur vie un lieu, interne ou externe, où la créativité est respectée et exprimée. Nous aborderons cette dimension plus loin.

Le problème thérapeutique fondamental n'est pas d'éliminer la difficulté temporaire, mais de savoir comment faire face avec succès aux difficultés ultérieures.

(Jung, 1990, p. 156)

LA MÉTAPHORE : UNE DÉFINITION ET LES PROCESSUS EN JEU

D'origine grecque, le mot « *metaphora* » signifie transport. Il inclut déjà une notion de transformation : que se passe-t-il durant le voyage accompli entre un port de départ et celui de la destination finale? Un temps calme, de hautes marées, des tempêtes aux vents violents, des pannes, des rencontres d'autres navires, des îles et des côtes, lieux de découvertes...? Le parcours est parsemé d'expériences qui transforment le voyageur d'un port à un autre. La métaphore ouvre la perspective sur plusieurs horizons à découvrir; elle se nourrit autant de l'émotion qu'elle la fait découvrir.

La connaissance métaphorique implique une synthèse de l'imagerie mentale et du raisonnement social, c'est une nouvelle rencontre : la dynamique émotionnelle des représentations mentales se lie au pouvoir de transformation des mots.

(Kopp, 1995, traduction libre)

Selon Rothenberg (1988), deux processus sont aussi en jeu : le processus homospatial et le processus janusien.

Le processus homospatial (homoïos = le même) met en présence deux entités différentes, voire opposées, dans un même espace mental. Exemple : cette crème glacée me brûle les lèvres! Lorsque deux ou plusieurs entités occupent le même espace mental, de nouvelles façons de percevoir agissent de telle manière qu'une découverte émerge de ces rencontres.

Le processus janusien est inspiré par le dieu romain Janus, qui protégeait les maisons, les temples, en regardant dans des directions opposées et qui était représenté avec deux visages. En utilisant différentes façons de voir et de percevoir, la découverte associative s'enrichit de nouvelles perspectives. Exemple : le jeu des miroirs d'un kaléidoscope multiplie les configurations d'une même structure.

La métaphore se distingue de la comparaison et de l'analogie en ce qu'elle ne met pas en relief que les ressemblances, mais joue son processus d'élaboration par les possibles transformations. Dans une démarche créative de résolution de problèmes, le premier défi à relever consiste à voir le problème de façon différente, à déployer une nouvelle perspective d'entrée de jeu, de sorte que la recherche de solutions s'inscrive dans les domaines inexplorés. En art-thérapie, la mise en disponibilité de moyens d'expression et de communication inhabituels invite la personne à procéder autrement dès le point de départ. Les nouveaux codes d'expression donnent accès à une communication originale.

Les mains souvent savent déchiffrer une énigme avec laquelle l'intellect se débat en vain.

(Jung, 1990, p. 172)

La métaphore, en relation avec les changements souhaités dans le contexte de la thérapie, produit les effets suivants :

- elle diminue la résistance au changement;
- elle favorise le maintien de l'attention;
- elle aide à examiner directement un aspect dynamique de la personnalité agissant pour le changement;
- elle permet d'aborder des relations complexes;
- elle établit un climat favorable aux relations interpersonnelles.

En reliant ces enseignements de Rothenberg (1988) à ceux qu'il associe à la pensée créative, nous obtenons un tableau plus complet. La métaphore :

- par sa flexibilité, génère de multiples interprétations et améliore la capacité à élaborer (p. ex., les qualités de la pensée divergente selon Guilford);
- par son côté spontané, facilite la prise de risque et le travail de l'intuition;
- par son apport humoristique, permet la dédramatisation;
- par l'effet multiplicateur des différentes perceptions, la métaphore peut révéler diverses facettes d'une expérience, tout en conservant certaines secrètes.

En facilitant, en cours d'élaboration, l'exploration des possibles avenues, la métaphore donne accès à la richesse, à la complexité de l'expérience humaine. Quel que soit le vocabulaire utilisé, mots, signes, symboles, comportements (expression corporelle, théâtrale), l'élan créateur vient libérer l'expression d'une expérience originale, participant à l'édification de l'unicité de la personne.

Reconnaissant que la métaphore, par les processus associatifs en jeu, génère de nouvelles perspectives dans l'appréhension d'un problème ou d'un défi, Lubart et Getz soulignent aussi la riche contribution des émotions et des relations affectives faisant vibrer les représentations mentales des objets, des personnes et des événements mémorisés (Lubart et Getz, 1997). La charge émotive contenue dans la métaphore joue un rôle dynamique en ce qu'elle accroît la force motivationnelle, augmente le niveau de conscience, amoindrit les mécanismes de contrôle agissant sur l'expression de la pensée et fait surgir de nouveaux concepts, apport de la créativité en ce processus. Le langage métaphorique se met au service de l'expression de la subjectivité des émotions.

ZONE INTERMÉDIAIRE : L'ART-THÉRAPIE COMME LABORATOIRE EXPÉRIMENTAL DE CRÉATIVITÉ

Percevoir le local d'art-thérapie comme ce laboratoire expérimental, ce n'est pas tant dans cette idée de l'expérimentation scientifique, mais bien dans cette optique où le client est invité à explorer différents modes d'expression. Nos expériences à titre de clinicien chercheur nous amènent à croire que la résurgence du potentiel créateur ne peut se faire sans l'instauration d'un tel espace, un lieu autant interne qu'externe, autant physique que psychologique. Cet espace tiers, dira Winnicott, cette bulle comme l'expriment certains clients (Plante, 2005), devient le lieu sécurisant où le client expérimente la vie autrement. Winnicott est certes la personne qui décrit le mieux cet espace de création, cet espace essentiel à la créativité.

Cette aire intermédiaire d'expérience, qui n'est pas mise en question quant à son appartenance à la réalité intérieure ou extérieure (partagée), constitue la plus grande partie du vécu du petit enfant. Elle subsistera tout au long de la vie, dans le mode d'expérimentation interne qui caractérise les arts, la religion, la vie imaginaire et le travail scientifique.

(Winnicott, 1975, p. 25)

Le local d'art-thérapie est avant tout cet espace physique, cet atelier où l'expérimentation est possible. Avec le temps, le client apprivoise l'espace, se l'approprie, il lui devient familier. Sans ce sentiment d'appartenance à l'espace, la possibilité d'expression est freinée, « gelée », comme l'exprimera Motherwell (1991). La présence d'œuvres réalisées par d'autres clients, celles réalisées conjointement en groupe ou celles exposées sur les murs (seulement celles que les clients souhaitent exposer), contribue à ouvrir l'esprit à des perspectives différentes, à des représentations sur des thématiques de la vie (l'amour, la mort, le deuil, la joie, etc.) qui alimentent, qui nourrissent les sources d'acquisition (Figure 1). Ce *temenos*, comme l'explique Duchastel (2005), offre au client un

espace sécuritaire et rassurant, favorisant l'émergence d'une expression intime, à la fois consciente et inconsciente.

L'atelier d'art-thérapie a un impact direct sur le processus de création, car il se traduit par l'instauration d'une ouverture à jouer chez le client. L'intériorisation du cadre de travail par le client, avec le temps, se compare à l'installation d'un rituel de création. Du cadre physique inspiré par l'espace physique de création, il devient un espace psychologique. Nombre d'artistes, pour se mettre en état de créer, développent un rituel transitionnel (exemples : marche, isolement, méditation, etc.), sorte de passage symbolique de la réalité vers cette zone transitionnelle (ce tiers), cet espace ni dedans, ni dehors, qu'est l'espace de création. Il est difficile d'investir pleinement un processus de création sans se libérer de cette conscience trop orientée, « si l'attitude du conscient était un peu moins "orientée"; l'inconscient pourrait couler de lui-même » (Jung, 1990, p.162).

À cet espace, ce local, l'attitude de l'art-thérapeute sera essentielle, il sera certes le gardien de ce *temenos* (Duchastel, 2005), celui qui en assure le maintien. Les clients apprécient la capacité de l'intervenant à bien les soutenir pendant le travail de réalisation plastique. Que ce soit par l'offre de matériel adapté aux besoins du client, la variété des expériences sensorielles, les explications sur le bon usage d'un médium ou encore par son attitude accueillante envers la création, tout cela contribue à rendre l'expérience des clients plus enrichissante (Plante, 2005), du moins à maintenir leur investissement dans ce processus de changement. De plus, l'attitude bienveillante de l'art-thérapeute offre un cadre sécuritaire sur lequel les clients peuvent s'appuyer, particulièrement lorsque l'expérience génère un état de régression. Tout geste de création, d'exploration, de transformation, implique une prise de risque générant bien souvent un état de déséquilibre. La créativité peut donner le vertige! L'art-thérapeute, par son expertise, par sa connaissance des médiums utilisés, mais aussi grâce à ce cadre favorable à l'expression, favorise l'émergence d'une attitude exploratoire et créatrice. Une attitude trop conservatrice par rapport au risque de la part de l'art-thérapeute peut inhiber le potentiel du client dans sa capacité à générer du changement. Le client ne pourra profiter d'un tel espace que si le thérapeute est lui-même à l'aise avec l'ambiguïté que génèrent ces périodes de création. Comme le précise Winnicott :

Si le thérapeute ne peut jouer, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce travail. Si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité de jouer, après quoi la psychothérapie pourra commencer. Si le jeu est essentiel, c'est parce que c'est en jouant que le patient se montre créatif.

(Winnicott, 1975, p. 76)

Avant de conclure, il est important de considérer non seulement l'espace, le lieu de rencontre et l'attitude de l'art-thérapeute dans ce respect de l'installation d'une zone intermédiaire, mais aussi la matière elle-même, l'espace de création (la feuille, la toile, etc.) qui devient un deuxième niveau de rencontre. Aussi bien l'enfant que l'adulte, par le jeu avec la matière proposée, installent un espace où existe l'illusion. Que l'intervention soit réalisée seule avec le client ou encore dans un travail en dyade (parent et enfant, par exemple) (Plante, 2005; Proulx, 2003), les espaces partagés de création deviennent eux aussi des espaces intermédiaires. À l'intérieur de cet espace se développe un dialogue, à la fois conscient et inconscient, où se déploient bien souvent des enjeux psychiques. L'image devient cet espace de projections internes où prend place une géométrie projective où le corps propre, situé dans l'espace de rencontre physique, semble se prolonger dans l'espace de création (Sami-Ali, 1974). Il n'est pas le lieu, dans cet article, d'approfondir cette question, cependant, il est intéressant de concevoir que même sur le plan de la création, aussi petite soit-elle, l'art-thérapeute en est aussi le gardien. Il protège, respecte deux niveaux de rencontre à l'intérieur de cette « ... aire intermédiaire qui se situe entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu » (Winnicott, 1975, page 10).

Les clients terminent bien souvent leur processus en intégrant dans leur routine de vie cet espace de créativité. Ils ont expérimenté pendant cette période de psychothérapie une façon différente de vivre, d'organiser leur temps (Plante, 2005). Cette zone intermédiaire, qu'occupe l'espace d'art-thérapie, devient intégrée dans la vie courante, devient intériorisée par le client. Ceux-ci constatent à la fois les bienfaits que cet espace procure, mais aussi sa fragilité, la nécessité de le protéger. Cet espace psychologique, ce *temenos*, est un ingrédient essentiel à la créativité. Cette aire intermédiaire est nécessaire à la prise de risque, à cette possibilité d'expérimenter autrement, bref à laisser s'exprimer notre originalité, notre unicité.

LE TEMPS ET LE PROCESSUS INCONSCIENT

[...] sous l'effet déformant de la privation, non seulement refuse-t-on de reconnaître les ressources affectives dont on dispose, mais se refuse-t-on l'expérience de s'exprimer et de manifester ce qu'on a d'unique.

(Pelletier, 1981, p. 107)

Sans chercher à tout prix à amalgamer la démarche créatrice et le processus thérapeutique, force est de constater que des éléments dynamiques des ressources humaines participent à l'éclosion de l'expression de soi. « Manifester ce qu'on a d'unique » résume bien l'accomplissement de l'acte créateur et décrit l'expérience de découverte qui accompagne l'expérience libératrice de l'expression dans des

contextes de thérapie ayant recours à des médiums artistiques. Si notre plus grand chef-d'œuvre réside dans l'épanouissement d'une personne unique qui prend le risque d'exprimer cette originalité, creuset de toutes ses expériences, alors le temps s'affirme comme une donnée essentielle, car il est question ici de parcours. Le parcours est ponctué de périodes intensives de recherche et de moments de repos, de détente. La lucidité consciente qui caractérise les efforts de recherche ne fait que se mettre en veilleuse pendant un certain temps, mais profite aussi de cette période qui laisse place au travail intuitif, au travail inconscient, sans inhiber la vigilance de l'esprit et sa promptitude à réagir devant l'apparition soudaine et spontanée des nouvelles associations porteuses de changement. L'acceptation de ces alternances entre recherche intensive et repos, de même que la confiance qu'un processus inconscient peut participer à l'émergence d'une découverte, se heurtent aux manifestations de résistance au changement.

Le sentiment de bouleversement induit par l'apparition d'une nouvelle expérience éclairant différemment la perception de son existence, ce sentiment que ce qui se dévoile dans cette découverte détruira ce qui existait auparavant, fait naître anxiété et culpabilité. Entre cet inconfort qui fait surgir des gestes de résistance au changement et la gratification de participer à une « élégante découverte », la démarche créatrice se déploie en de successives étapes où se croisent l'incertitude, l'intolérance à l'ambiguïté d'un côté et l'éclatement dans la prise de risque et « l'étonnement pour soi » dans l'expression (Pelletier, 1981). L'ouverture à l'expérience qui se déroule en ce parcours met en mouvement cette quête d'en connaître encore davantage sur son monde, parce que le questionnement initial évoluant au rythme des révélations inédites s'ouvre sur des perspectives jusqu'alors inexplorées.

Le respect du travail du temps et du processus inconscient s'exerce dans de petites réussites qui participeront à la configuration d'un nouveau tout, d'une nouvelle gestalt.

Car si nous ne nous ouvrons pas aux aspects inconscients, irrationnels et transrationnels de la créativité, notre science et notre technologie n'auront servi qu'à nous isoler de ce que j'appellerai la « créativité de l'esprit », soit celle qui n'a rien à voir avec l'usage technique : la créativité en art, poésie, musique et dans d'autres domaines qui n'existent que pour nous enchanter, pour approfondir et élargir le sens que nous donnons à notre vie [...]

(May, 1993, p. 66)

CONCLUSION

Partant du principe que nous avons tous en nous un potentiel créatif, et que ce potentiel demeure cependant enfoui sous des peurs multiples, la crainte d'oser et les préjugés, nous pouvons affirmer que l'art-thérapie est une approche particulièrement adaptée à laisser ressurgir ce potentiel à créer, à générer du nouveau, à percevoir la vie autrement. Appuyant notre conception d'une intervention par l'art sur certains fondements de la psychologie humaniste, tels le déploiement de l'unicité, l'autonomie, la responsabilisation, l'art-thérapie devient cet espace expérimental, cette zone intermédiaire propice à l'éclosion de la créativité chez le client. Plusieurs paramètres importants pouvant en assurer l'émergence ont été présentés, notamment la place de la matière, le rôle de l'interprétation, le processus de création et l'usage de la métaphore. Ces paramètres associés à la diversification des modes d'expression de soi et son interaction avec les sources d'acquisition viennent s'enrichir mutuellement et bonifier le potentiel créatif de la personne. L'art-thérapeute, par sa formation en psychothérapie et sa formation en art, par sa connaissance du matériel proposé, alimente le processus associatif des sources d'acquisition. Il invite ainsi le client à explorer de nouvelles perspectives, à rétablir la multiplicité des sources d'acquisition, contribuant ici, à l'instar de Jung et du concept de fonction transcendante, à un meilleur équilibre conscient et inconscient. À travers un tel parcours, l'individu est convié à prendre le risque de s'affirmer, à relever le défi d'exprimer son originalité, à se remettre en mouvement dans un parcours où il aspire au parachèvement du chef-d'œuvre ultime, sa vie.

RÉFÉRENCES

- Arnheim, R. (1971). *New essays on the psychology of art*. Los Angeles : University of California Press.
- Aznar, G. (2005). *Idées : 100 techniques de créativité pour les produire et les gérer*. Paris : Eyrolles.
- Cohen, B. M. (1990). Diagnostic drawing series. In I. Jakab (Éd.), *Stress management through art : Proceedings of the International Congress of Psychopathology of Expression* (pp. 123-130). Boston : American Society for the Psychopathology of Expression.
- Demory, B. (1984). *La créativité en pratique et en action* (4^e éd.). Paris : Chotard et ass.
- Duchastel, A. (2005). *La voie de l'imaginaire : le processus en art-thérapie*. Montréal : Les Éditions Quebecor.
- Gadamer, H.-G. (1996). *Vérité et méthode : les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*. Paris : Éditions du Seuil.
- Goleman, D., Kaufman, P., & Ray, M. (1992). *The creative spirit*. New York : Dutton.
- Guilford, J.P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York : McGraw Hill.
- Jaoui, H. (1995). *La créativité*. Paris : Seghers.
- Jung, C.-G. (1990). *L'âme et le soi : renaissance et individuation*. Paris : Albin Michel.
- Klein, J.-P. (1997). *L'art-thérapie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kopp, R. R. (1995). *Metaphor therapy : Using client generated metaphors in psychotherapy*. New York : Brunner-Mazel.
- Lubart, T., & Getz, T. (1997). Emotion, metaphor and the creative process. *Creativity Research Journal*, 4, 385-400.

L'art thérapie : un espace favorable à la résurgence du potentiel créateur

- May, R. (1993). *Le courage de créer*. Montréal : Le jour.
- McNiff, S. (1988). *Fundamentals of art therapy*. Springfield : Charles C. Thomas.
- Motherwell, R. (1991). *The collected writings of Motherwell*. Berkeley : University of California Press.
- Nédoncelle, M. (1953). *Introduction à l'esthétique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pelletier, D. (1981). *L'arc-en-soi*. Montréal : Laffont-Stanké.
- Plante, P. (2005). *Élaboration et évaluation par l'approche phénoménologique d'un groupe d'art-thérapie s'adressant à des dyades et ayant pour objectif le renforcement du lien parent-enfant*. Thèse de doctorat inédite, UQAM.
- Plante, P., & Gérin, M. (À paraître) Créativité et art-thérapie : quand le processus de création devient métaphore de la vie. In J. Hamel & J. Labrèche (titre à venir) : Paris : Éditions Larousse.
- Proulx, L. (2003). *Strengthening emotional ties through parent-child-dyad art therapy*. London : Jessica Kingsley.
- Rouillard, S. (1996). *La créativité : concepts de base*. Montréal : COOP UQAM.
- Rouquette, M.-L. (1997). *La créativité* (6^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Rothenberg, A. (1988). *The creative process of psychotherapy*. New York : W.W. Norton and Co.
- Royer, J. (1977). *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme*. Bruxelles : Editest.
- Sami-Ali, M. (1974). *L'espace imaginaire*. Paris : Gallimard.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation : A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York : Basic Books.
- Von Oech, R. (1986). *Créatif de choc*. Paris : Albin Michel.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

RÉSUMÉ

S'inscrivant dans la perspective de la psychologie humaniste, cet article a pour objectif de proposer certains fondements de l'art-thérapie pouvant être favorables à la résurgence du potentiel créateur. À partir d'une définition du processus créatif, s'appuyant sur l'interaction entre les sources d'acquisition des connaissances et les modes de communication, celui-ci présente en quoi certaines dimensions propres à l'approche de l'art-thérapie, aux ateliers d'expression et à la formation des art-thérapeutes viennent l'enrichir. Ainsi, sont abordés la question de la diversité des médiums offerts, le rôle de l'interprétation, l'usage de la métaphore, la perception de l'espace comme aire intermédiaire, la question du temps et le processus inconscient.

MOTS CLÉS

art-thérapie, processus créatif, approche humaniste

ABSTRACT

Framed within the humanistic perspective, this article suggests that basic aspects of art therapy greatly favor the resurgence of creative potential. Rooted in a definition of the creative process and resting upon the interaction between sources of acquired knowledge and modes of communication, it details how some specific dimensions pertaining to art therapy, expressive workshops and art therapist training may enrich it. Issues of media diversity, role of interpretation, use of metaphor, perception of space as an intermediary, and the question of time and unconscious process are also addressed.

KEY WORDS

art therapy, creative process, humanistic approach

L'ART-THÉRAPIE SOMATIQUE : RATIONNEL D'INTERVENTION ET MÉTHODES POUR AIDER À GUÉRIR LA DOULEUR CHRONIQUE LIÉE AUX ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

SOMATIC ART THERAPY : RATIONAL AND METHODS FOR THE TREATMENT OF CHRONIC PAIN ASSOCIATED WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Johanne Hamel¹

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

INTRODUCTION

L'approche « art-thérapie somatique » exposée ici découle d'une expérience en art-thérapie de plus de 25 ans. Le terme « *art-thérapie somatique* » rassemble les interventions et outils thérapeutiques développés particulièrement depuis 1995 dans la suite d'un intérêt de l'auteur pour appliquer l'art-thérapie au traitement de la douleur et des maladies. Ces outils ont été expérimentés principalement dans le contexte d'un atelier intensif de six jours sur le thème de l'« Art comme médecine », dispensé depuis 1993, et en pratique privée, en sessions individuelles d'art-thérapie. L'approche de l'art-thérapie somatique permet de saisir efficacement la signification psychologique associée aux douleurs physiques, de parvenir à les diminuer et même parfois, à les enrayer définitivement. C'est donc avec enthousiasme que l'auteur présente ici cette nouvelle avenue de développement en art-thérapie.

DÉFINITION DE L'ART-THÉRAPIE SOMATIQUE

L'approche « art-thérapie somatique » (Hamel, 2007) exposée ici est inspirée d'une approche humaniste de l'art-thérapie d'influence gestaltiste et jungienne, plus spécifiquement l'approche par le processus.

Rinfret (2000) définit le *soma* de la façon suivante, en le distinguant du *corps* :

Corps réfère à cette réalité physique de l'humain telle qu'elle est perçue par une personne extérieure, alors que le mot *soma* représente cette même réalité physique telle qu'elle est vécue de l'intérieur de la personne. (Rinfret, 2000, p. 44)

Le *soma* correspond donc à la réalité intérieure ressentie subjectivement, appréhendée phénoménologiquement. La définition de *l'art-thérapie somatique* est la suivante : méthode qui propose l'accès au *soma* par la représentation en deux ou trois dimensions (dessin, peinture,

1. Adresse de correspondance : Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Téléphone : (819) 822-1217. Courriel : Johanne.Hamel@uqat.ca

argile...) de la sensation physique ressentie subjectivement. Cet accès facilite la prise de conscience d'états émotifs intenses logés dans la sensation, en permet la catharsis et facilite la communication de ces expériences.

Cette méthode a beaucoup d'affinités avec la méthode du *Somatic experiencing* de Levine (1997) qui utilise le ressenti (*felt sense*) pour accéder à une mémoire traumatique, en se concentrant volontairement sur les subtilités de la sensation somatique. Cela rejoint exactement la méthode de l'art-thérapie somatique, car dessiner la sensation physique demande de s'y attarder dans ses moindres manifestations proprioceptives. Par le dessin, le patient accède à la mémoire procédurale somatique, un terme proposé par Scaer (2001) pour désigner la mémoire traumatique emmagasinée dans le système limbique, lui-même impliqué dans la perpétuité de certaines réactions traumatiques.

Les limites de l'art-thérapie somatique

L'art-thérapie somatique fonctionne à court terme (quelques rencontres) lorsque l'on travaille sur des douleurs spécifiques, situées dans des régions corporelles délimitées. Quant les douleurs sont diffuses, comme dans la fibromyalgie ou la fatigue chronique, il faut alors penser davantage à un cheminement art-psychothérapeutique à long terme en plus d'autres types d'interventions telles que des changements sur le plan de l'alimentation, des exercices physiques réguliers, etc.

Dans certains cas de douleurs chroniques, l'intervention en est une qui demande du long terme¹. Pour ce qui est des maladies, nous aurions besoin d'encore plus de recherches pour mieux saisir quel pourrait être l'apport de l'art-thérapie somatique dans leur traitement, outre l'intervention sur les sensations douloureuses comme telles.

DOULEUR AIGUË, DOULEUR CHRONIQUE : DISTINCTIONS

Il existe différents types de douleurs. La douleur aiguë est définie comme une douleur brève, qui dure moins de six mois et qui constitue une réaction prévisible à une blessure ou à une maladie. Son intensité est également du domaine du prévisible (Camic, 1999). Quant à la douleur chronique, l'Association internationale pour l'étude de la douleur la définit comme « une sensation déplaisante et une expérience émotionnelle associées à un dommage physique actuel ou potentiel, ou décrit en termes d'un tel dommage... excédant un critère de six mois » (IASP, 1979, cité dans Camic, 1999, p. 43). Il peut s'agir aussi d'une douleur qui dure depuis peu, mais dont l'intensité dépasse ce à quoi l'on s'attend généralement

1. Voir, par exemple, dans Hamel (2007), le chapitre 10 sur le cas de dyspareunie acquise.

pour telle blessure ou telle maladie. La douleur chronique peut être continue ou intermittente.

Des chercheurs ont trouvé qu'il n'y avait aucune explication médicale adéquate dans la plupart des cas de douleur chronique; selon les études, les pourcentages rapportés varient grandement et peuvent aller jusqu'à 85 % des cas où l'on ne peut expliquer la douleur d'un point de vue médical (Seyo *et al.*, 1991, cité dans Grant & Threlfo, 2002).

LA DOULEUR CHRONIQUE DANS LES ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La douleur chronique est l'un des fréquents problèmes de santé associés aux états de stress post-traumatiques (ÉSPT). En effet, il semble de plus en plus clair que des antécédents d'abus physiques ou sexuels, ou de tout autre trauma, constituent un facteur de risque de somatisation et de troubles douloureux tels que la fibromyalgie, la douleur pelvienne, le syndrome de l'intestin irritable, etc. (Verrier, 2003).

La pratique clinique et la recherche suggèrent donc que la douleur chronique et les ÉSPT sont comorbides à un taux très élevé et ils peuvent même interagir de façon à influencer négativement le cours de l'un ou de l'autre. Cependant, relativement peu de recherches ont été menées sur ce sujet à ce jour (Otis, Keane, & Kerns, 2003). De même, peu de traitements spécifiques de la sensation de douleur elle-même semblent exister dans le cadre du travail sur l'ÉSPT. Mais définissons plus précisément d'abord ce qu'est l'état de stress post-traumatique.

DÉFINITION DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ÉSPT)

Le DSM IV définit ainsi l'état de stress post-traumatique :

Une victime a été exposée à un événement traumatique au cours duquel elle a vécu, été témoin ou été confrontée à un ou des événements qui ont *impliqué la mort ou une menace de mort*, ou de blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui et elle a réagi par de la *peur intense, un sentiment d'impuissance ou de l'horreur*. (APA, 1996, p. 503)

Trois types de symptômes spécifiques doivent être présents pour que le diagnostic d'ÉSPT soit posé. On doit constater des symptômes de *reviviscence du traumatisme* (souvenirs envahissants, cauchemars, etc.), la tendance à *l'évitement* de toute pensée, sentiment ou conversation associée au traumatisme, ainsi qu'à toute activité, endroit ou gens le rappelant et finalement, une *activation neuro-végétative* (difficultés

d'endormissement ou sommeil interrompu, irritabilité, difficultés de concentration, hyper-vigilance, etc.).

On peut développer un état de stress post-traumatique à la suite d'événements traumatisants tels que l'exposition à la violence (comme le combat militaire, un vol de banque, un acte terroriste, des abus sexuels ou physiques...), un accident d'auto, une opération médicale, un désordre de la nature (ouragan, tsunami...), pour n'en citer que quelques-uns, ou avoir été témoin de tels incidents. Cependant, ce ne sont pas toutes les victimes ou tous les témoins de tels incidents qui développent un ÉSPT : 25 à 35 % des victimes sont susceptibles de développer un ÉSPT. Dans la population générale, 7 à 10 % des personnes souffrent d'un ÉSPT (Brillon, 2005).

LES PROCESSUS DISSOCIATIFS DANS LES ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Pour Levine (1997), van der Kolk (1996) et Scaer (2001), la dissociation est au cœur de l'ÉSPT et en explique la chronicité. J'aborderai ici les perspectives théoriques de Levine (1997) sur la dissociation somatique et son modèle SIBAM, celles de van der Kolk (1996) sur la mémoire somatique et celles de Scaer (2001) sur la mémoire procédurale. Ces concepts sont importants pour mettre en lumière en quoi l'art-thérapie somatique peut être efficace dans le traitement de la douleur chronique dans le contexte des ÉSPT.

Les théories de Levine : la dissociation somatique

L'approche de *l'experiencing somatique* de Levine (1997) a été utilisée avec succès pour traiter la douleur chronique et entre autres, la douleur myofasciale. La douleur myofasciale se reconnaît par des zones sensibles dans les muscles avec des points douloureux très spécifiques. Elle survient souvent à la suite d'un choc physique comme un accident d'automobile.

Levine et Scaer utilisent le ressenti pour accéder à la réponse traumatique. Scaer définit ce ressenti comme « la somme totale de toutes les sensations provenant de tous les organes sensoriels, à la fois conscientes et subliminales, à n'importe quel moment donné »¹ (Scaer, 2001, p. 170). Ce ressenti devient accessible si on se concentre volontairement sur les subtilités de la sensation somatique, tout comme en art-thérapie somatique.

Levine pense que quand les gens sont incapables de se défendre lors d'un trauma ou de prévenir un accident, les actions défensives inachevées deviennent bloquées et emmagasinées en tant qu'énergie non déchargée

1. Traduction libre de l'auteur.

dans le système nerveux. Pour Levine, le trauma est essentiellement une action interrompue que l'organisme a besoin de compléter.

Il a développé un modèle très utile: le modèle SIBAM de la dissociation. SIBAM est un acronyme pour : Sensation, Image, Comportement (Behavior), Émotion (Affect) et Signification (Meaning). Levine postule que ces éléments sont dissociés lors d'expériences traumatiques, donnant lieu à différentes formes de dissociation alors que d'autres éléments sont associés, donnant lieu à des formes différentes de reviviscence (*flashbacks*). Par exemple, lors d'attaque de panique et d'anxiété, il y a association de l'affect (panique, anxiété) avec la sensation (sensations physiques dérangeantes) et dissociation avec l'image, le comportement et la signification : il est difficile ou impossible d'identifier ce que la personne a entendu ou vu qui a pu provoquer l'anxiété (image), ce qu'elle a besoin de faire pour réduire l'anxiété (comportement), de même qu'il est difficile de comprendre d'où cette peur provient réellement (signification) (Rothschild, 2000).

Le modèle SIBAM permet d'identifier les éléments qui sont associés et ceux qui sont dissociés, pour ensuite aider à la réintégration graduelle dans la conscience des éléments oubliés. L'image étant un de ceux-ci, nous pouvons l'utiliser en art-thérapie somatique pour aider à retrouver les éléments manquants, car selon notre expérience clinique comme selon les constatations de Levine (1997), de Scaer (2001) et de Rothschild (2000), *l'attention portée à un des éléments du modèle donne accès aux autres.*

Les théories de van der Kolk : la mémoire somatique et les limites du verbal

Bessel van der Kolk (1994) explique comment le trauma désorganise le système hormonal de gestion du stress, de même que l'ensemble du système nerveux et empêche l'intégration des mémoires traumatiques dans le conscient. Il explique les processus physiologiques complexes par lesquels les mémoires traumatiques restent marquées dans les régions non verbales, inconscientes, subcorticales du cerveau (l'amygdale, le thalamus, l'hypothalamus, soit ce que les art-thérapeutes désignent comme le cerveau droit), là où elles ne sont pas accessibles aux lobes frontaux, c'est-à-dire aux parties du cerveau qui comprennent, pensent, raisonnent (ce que les art-thérapeutes identifient comme le cerveau gauche). Carey (2006) rapporte que van der Kolk explique comment les neuro-images par *scan* ont montré que quand les gens se souviennent d'un événement traumatique, le cortex frontal gauche arrête de fonctionner – en particulier l'aire de Broca, le centre du discours et du langage. Par contraste, les zones de l'hémisphère droit associées aux états émotifs et à l'éveil autonome, dont l'amygdale, s'activent. Donc, quand les gens se rappellent d'événements traumatiques, le lobe frontal devient

dysfonctionnel et en conséquence, ils ont de la difficulté à penser et à parler.

Pour van der Kolk (1994, 1996), c'est le corps qui contrôle notre réponse aux traumatismes plutôt que notre esprit, et cela demande que les thérapeutes s'adressent également au corps pour le traitement des traumatismes. L'importance qu'il accorde au corps découle de sa croyance en une mémoire somatique : la mémoire du trauma dans les processus contrôlés par l'amygdale. Le thérapeute doit donc porter attention aux sentiments, aux sensations et aux impulsions physiques intérieures pour aider le patient à s'approprier de nouveau à ses ressentis et à pouvoir se fier à son expérience intérieure (van der Kolk, 1994, cité dans Sykes Wylie, 2004).

Les théories de Scaer : la mémoire procédurale

Scaer (2001) croit que la douleur myofasciale provient de la « mémoire procédurale » des patterns de tension musculaire régionale au moment d'un impact (lors d'un accident) ou d'un trauma menaçant la vie de l'individu.

Dans notre programme de douleur chronique, nous voyons invariablement que la posture inconsciente des patients reflète non seulement leur douleur, mais aussi l'événement traumatique qui a produit la douleur. Les patterns posturaux asymétriques, retenus par la mémoire procédurale, reflètent presque toujours la tentative du corps de s'éloigner de la blessure ou de la menace qui a causé la blessure¹. (Scaer, 2001, p. 106)

Scaer a travaillé avec de nombreuses victimes d'accidents d'automobile et a étudié les douleurs non explicables et les nombreux symptômes du coup de fouet cervical (*whiplash*). Il considère le syndrome du *whiplash* comme « ne provenant d'aucune blessure structurelle à la colonne vertébrale, à la mâchoire ou au cerveau, mais plutôt comme le résultat d'un trauma »² (Scaer, 2001, p. 33).

Pour Scaer, les symptômes de l'ÉSPT s'expliquent par une boucle de feedback neurologique auto-répétitive, processus qui est prédisposé par la réponse figée (« *freeze response* »). Les déclencheurs de ce processus sont liés aux mémoires du trauma, qui, elles-mêmes, sont liées aux organes sensoriels impliqués dans l'expérience traumatique; toute stimulation pertinente amène des boucles répétitives dans les symptômes somatiques représentatifs de l'expérience sensorielle intense au moment du trauma. Par exemple, la distribution spécifique des muscles impliqués dans la douleur myofasciale sera celle des muscles contractés en réponse

1. Traduction libre de l'auteur.

2. Traduction libre de l'auteur.

au changement de vitesse lors de l'accident; ceux-ci se contractent à nouveau lorsque survient une mémoire liée au trauma.

Il est possible en art-thérapie somatique, par la représentation picturale de la sensation physique dans la partie du corps perturbée, d'accéder directement à la mémoire procédurale et au sentiment intense de menace qui peut alors se libérer. Cette libération permet un relâchement de la tension liée à la mémoire procédurale somatique : le corps peut enfin se relaxer.

LES NEUROSCIENCES ET L'ART-THÉRAPIE

Les théories précédentes sur la dissociation et les succès que ces thérapeutes ont remportés dans le traitement des traumatismes peuvent être examinés et compris dans le contexte des découvertes récentes en neurosciences.

Ledoux (2005) considère que le même système cérébral est en cause dans l'anxiété généralisée, l'anxiété spécifique (c.-à-d. les phobies), les ÉSPT et les paniques. Pour lui, tous ces troubles supposent l'activation d'une même réponse sous-jacente d'anxiété. Il est maintenant considéré comme très plausible que le conditionnement de la peur contribue significativement aux troubles de l'anxiété, entre autres à cause des découvertes sur les différents types de mémoire. Ces découvertes impliquent que lors d'une situation traumatique, deux types de souvenirs se forment : des souvenirs explicites conscients, par le système neurologique impliquant l'hippocampe et les aires corticales associées et des souvenirs implicites, par les mécanismes de conditionnement de la peur impliquant l'amygdale. Nous ne pouvons pas avoir accès aux souvenirs implicites, sauf à certaines conditions en psychothérapie.

Comme ces systèmes fonctionnent de façon parallèle, retrouver les souvenirs auxquels se rattachent les émotions n'est pas nécessairement suffisant pour assurer que le cortex contrôle la réponse de l'amygdale. Il semble qu'il faille réexpérencier la situation traumatique et en compléter les gestes de défense pour que la réintégration en mémoire explicite des souvenirs et des émotions qui leur sont liés puisse se faire (Van der Kolk, 1994; Scaer, 2001). Ces souvenirs et peurs implicites peuvent devenir une source d'anxiété intense qui dure toute la vie, tant que la réintégration avec les mémoires explicites n'a pas eu lieu. On peut facilement faire un lien ici avec les phobies, les paniques, l'anxiété généralisée autant qu'avec les ÉSPT.

D'après notre expérience en art-thérapie et selon Lusebrink et Alto (2004), il semblerait que l'art-thérapie, par la stimulation des aires

somatosensorielles et/ou visuelles en même temps que la stimulation des aires motrices, permette de tracer un chemin vers les mémoires implicites en les réveillant. Le fait de pouvoir stimuler les deux en même temps est propre à l'art-thérapie et cela nous semble être son apport spécifique : car dessiner ou peindre implique nécessairement à la fois une stimulation visuelle et un mouvement moteur. Dans un premier temps, le dessin permet de saisir quel chemin implicite s'est tracé dans le cerveau, car ce chemin apparaît très facilement quand la main trace quelque chose sur le papier. Ensuite, des mémoires explicites sont également ramenées à la conscience. Toutes ces informations sont alors présentes en mémoire de travail (c.-à-d. le conscient) et permettent une réintégration des expériences oubliées. Ceci fait, on peut procéder à l'établissement de nouveaux chemins neuronaux en demandant de représenter sur papier une autre issue, ou de dessiner un lieu sécuritaire dans l'intervention en ÉSPT par exemple. En d'autres mots, il y a formation d'une nouvelle mémoire consciente déclarative à long terme. Ceci est extrêmement important lorsqu'il y a ÉSPT alors que l'on peut penser que la dissociation amenée par le choc émotionnel cause la plupart des symptômes. La réintégration des mémoires implicite et explicite semble avoir des effets contraires aux effets de la dissociation. Et il semble bien que ce soit le fait de stimuler en même temps les aires somatosensorielles et motrices du cerveau qui permette ce processus en art-thérapie.

Pour Ledoux (2005), tous les types de thérapies, verbales, comportementales, par les arts créatifs ou autres, visent à tracer de nouveaux circuits neuronaux dans le cerveau; probablement que toutes les thérapies visent la réintégration des deux types de mémoire. Ce sont simplement les chemins pour y parvenir qui sont différents : du néo-cortex à la mémoire implicite (thérapie d'insight), par un déconditionnement des chemins neuronaux implicites (thérapies d'extinction) ou par le chemin des systèmes de perception sensorielle à la mémoire implicite puis au cortex frontal (thérapies par les arts créatifs dont l'art-thérapie). Et toutes visent à donner au cortex préfrontal plus de pouvoir sur l'amygdale, pour parvenir à l'apaiser lorsque nécessaire.

LES MÉTHODES D'INTERVENTION EN ART-THÉRAPIE SOMATIQUE

Il y a plusieurs méthodes utilisées en art-thérapie somatique; la plupart découlent de « l'approche par le processus » appliquée à un symptôme physique (Hamel, 2007). Nous expliquerons brièvement cette approche ainsi qu'une variante : « la guérison à pleines mains ».

L'approche par le processus pour aborder un symptôme physique

L'approche par le processus¹ sous-tend tous les principes et toutes les techniques de l'art-thérapie somatique qui explorent en profondeur un symptôme physique et sa signification. Il s'agit essentiellement d'ajouter la pré-image au processus thérapeutique, c.-à-d. d'explorer extensivement la ligne, la forme et la couleur telles que dessinées par le client, au moment où il se centre sur la sensation subjective de ce symptôme. Dessiner ces sensations en lignes, formes ou couleurs permet à ces indices graphiques de révéler leur « message existentiel », pour peu que l'on porte attention sérieusement à l'expérience subjective ainsi révélée. Finalement, l'approche par le processus peut s'utiliser soit lors d'une seule séance d'art-thérapie soit lors d'une intervention à long terme.

La méditation « à pleines mains »

Cette méthode a été enseignée par les art-thérapeutes américaines Rhinehart et Engelhorn (1984); elle ajoute l'application d'une couleur de guérison à la suite de l'exploration d'une sensation somatique par le processus. Il s'agit d'abord de dessiner une tension ou un malaise physique à l'aide de lignes, de formes ou de couleurs qui décrivent au plus près la *sensation somatique* telle que ressentie subjectivement. Il est important d'utiliser un médium sec (idéalement, des pastels à l'huile ou des crayons-feutres) qu'il sera possible de recouvrir par la suite d'un médium liquide. L'étape suivante consiste à « dialoguer » avec le malaise, par l'exploration plus en détail sur le papier des lignes, formes ou couleurs du premier dessin. Il s'agit de les reproduire sur plusieurs feuilles jusqu'à ce que le « sens » ou le « message » en devienne clair, à la façon de l'approche par le processus. Quand la signification psychologique de ce malaise est apparue clairement au client, on peut passer à l'application d'une « couleur de guérison ». La couleur de guérison est personnelle, c.-à-d. que ce doit être une couleur que le client lui-même ressent comme apaisante. Il peut être important de mélanger plusieurs couleurs pour obtenir exactement la bonne nuance. Une fois la couleur de guérison identifiée, il s'agit de l'appliquer sur le dessin de la tension, soit en le recouvrant de peinture à doigt « à pleines mains » ou en le recouvrant de gouache au pinceau, de papier de soie ou de ouate peinte avec la couleur de guérison. Ceci provoque un état méditatif propice à susciter d'autres *insights* sur la signification ou sur la guérison de cette douleur.

HISTOIRE DE CAS

Ma cliente « Louise », un nom fictif, est dans la trentaine. Elle a un bébé de huit mois et elle a emménagé depuis peu avec son conjoint dans

1. Voir entre autres : Duchastel (2006).

L'art-thérapie somatique

un nouvel environnement où elle se sent isolée. Durant son enfance et son adolescence, elle a pris soin de sa mère déprimée en restant souvent seule avec elle à la maison. Elle a perçu son père comme très peu présent. Elle demande une aide en art-thérapie parce qu'elle a constamment de la difficulté à respirer, ce qui interfère avec son rôle de mère et avec ses tâches quotidiennes et parce qu'elle se sent déprimée et isolée. La cliente a été rencontrée de façon hebdomadaire, pour des sessions d'art-thérapie d'une durée d'une heure et sur une période de six mois.

La séance qui est illustrée ici est la quinzième rencontre art-thérapeutique. La cliente veut travailler ici une douleur au dos et dans son épaule. La méthode utilisée est l'approche par le processus appliquée à un symptôme physique.

Après avoir dessiné le contour de son dos et de ses omoplates, elle dessine (Figure 1) la douleur, illustrée ici par les lignes et formes foncées (noires et rouges). Au centre de sa colonne vertébrale se trouve un espace carré qui représente un point sensible. Il est entouré de deux lignes noires qui sont comme des tiges de fer. Les formes ovales noires représentent pour elle des douleurs et de la rigidité et le bleu pâle, des larmes. Comme cet espace carré est ressenti comme le plus souffrant, je l'invite à l'explorer davantage dans le dessin 2 (Figure 2).

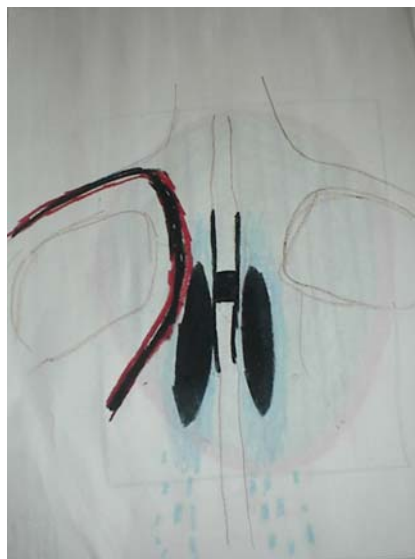


Figure 1. Dessin 1.



Figure 2. Dessin 2.

Elle dessine en plus gros l'espace carré central du premier dessin, comme pour voir ce qu'il y a dedans. Elle y voit une zone grillagée puis ajoute une zone verte zébrée de lignes noires. La zone grillagée du centre est comme une prison. Ce dessin lui fait contacter la peine de se sentir emprisonnée dans sa vie, de ne pas se sentir libre.

Invitée à explorer ce qui est emprisonné sous la grille du centre, elle découvre un personnage qui crie (Figure 3). Il crie tout ce qu'elle retient en elle-même, surtout depuis qu'elle est mère car elle a l'impression qu'elle ne peut plus avoir de désirs et de besoins, ceux de son enfant devant toujours passer en priorité.



Figure 3. Dessin 3.

Il y a donc émergence d'une polarité : d'une part, il y a en elle une personne qui ne se sent pas libre et qui a le goût de crier qu'elle n'est pas contente et d'autre part, il y a une autre partie d'elle qui priorise les besoins de son enfant. Nous travaillerons donc cette polarité lors des prochaines rencontres.

Cette rencontre a amené une diminution immédiate de la douleur. De plus, la cliente a remarqué que la douleur disparaît quand elle exprime ses besoins et/ou ses désaccords à son environnement social.

Commentaires de la thérapeute

Le processus implicite de la douleur dans le dos exprime ici la retenue de l'expression. Une fois la signification de la douleur comprise en session, celle-ci diminue immédiatement. L'intégration du processus implicite (douleur) avec le processus explicite (signification) augmente le pouvoir de la cliente sur son corps : elle remarquera par la suite qu'exprimer ses besoins ou désaccords tend à faire disparaître la douleur lorsqu'elle réapparaît. Cette douleur somatique était aussi reliée à sa difficulté à respirer, que nous avons travaillée directement six fois avant cette quinzième séance. Cette difficulté était elle aussi reliée à son expression trop contenue.

CONCLUSION : DÉVELOPPER LA RECHERCHE EN ART-THÉRAPIE SOMATIQUE

En art-thérapie somatique, beaucoup d'avenues de recherches sont possibles, mais nous nous contenterons d'en mentionner une qui me semble d'un intérêt particulier pour la douleur chronique : l'application du modèle SIBAM à l'art-thérapie. Ce modèle nous semble *a priori* très fructueux, car il rend compte de plusieurs constatations cliniques à l'effet que porter attention à l'un des éléments du modèle donne accès aux autres. Il serait intéressant d'étayer davantage « le pouvoir de l'image » qui donne accès aux éléments dissociés et aide ainsi à réintégrer les mémoires implicites aux mémoires explicites.

Les perceptions de van der Kolk (1998, cité dans Rothschild, 2000) et de van der Kolk appuient également une direction de recherche qui impliquerait le corps :

Utiliser le corps lui-même comme une ressource possible dans le traitement du traumatisme a rarement été exploré. La mémoire somatique a été reconnue comme phénomène (Van der Kolk, 1994) mais peu de stratégies et de théories scientifiquement supportées pour l'identifier et

l'utiliser dans le processus thérapeutique ont émergé¹ (van der Kolk, 1998, cité dans Rothschild, 2000).

L'art-thérapie somatique ouvre donc des perspectives nouvelles et intéressantes pour le travail sur le corps dans le traitement des ÉSPT et des douleurs chroniques.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV*. Paris : Masson.
- Brillon, P. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*. Outremont : Québecor.
- Camic, P. (1999). Expanding treatment possibilities for chronic pain through the expressive arts. In C. Malchiodi (Éd.), *Medical art therapy with adults* (pp. 43). Philadelphie : Jessica Kingsley.
- Carey, L. (2006). *Expressive and creative arts methods for trauma survivors*. London et Philadelphie : Jessica Kingsley Publishers.
- Duchastel, A. (2006). *La voie de l'imaginaire. Le processus en art-thérapie*. Montréal : Québecor.
- Grant, M. et Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of clinical psychology, 58*(12), 1505-1520.
- Hamel, J. (2007). *L'art-thérapie somatique*. Montréal : Québecor.
- Ledoux, J. (2005). *Le cerveau des émotions : les mystérieux fondements de notre vie émotionnelle*. Paris : Odile Jacob.
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger*. Berkeley CA : North Atlantic Press.
- Lusebrink, V. B., & Alto, P. (2004). Art therapy and the brain : An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Journal of the American Art Therapy Association, 21*(3), 125-135.
- Otis, J. D., Keane, T. M., & Kerns, R. D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 40*(5), 397-406.
- Rhinehart, L. et Engelhorn, P. (1984). The full rainbow-symbol of individuation. *The arts in psychotherapy, 11*, 37-43.
- Rinfret, M. (2000). Intégration des écoutes psychologiques et somatiques. *Revue québécoise de psychologie, 22*, 33-48.
- Rothschild, B. (2000). *Body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York et London : W.W. Norton & Compagny, inc.
- Scaer, R. C. (2001). *The body bears the burden. Trauma, Dissociation, and disease*. Binghamton: The Haworth Medical Press.
- Sykes Wylie, M. (2004). The limits of talk; Bessel van der Kolk wants to transform the treatment of trauma. *Psychotherapy Networker, 28*(1), 30-41.
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score. *Review of Psychiatry, 1*, 253-265.
- van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score : Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Éds), *Traumatic stress : The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). New York : Guilford Press.
- Verrier, P. (2003). Docteur, ce n'est pas dans ma tête, j'ai vraiment mal. *Le médecin du Québec, 38*(6), 53-60.

1. Traduction libre de l'auteur.

RÉSUMÉ

L'article présente l'approche de l'art-thérapie somatique, une méthode pour traiter les douleurs chroniques et aiguës, particulièrement dans le contexte des états de stress post-traumatique. L'auteur présente les théories sur la dissociation de Levine (1997), de van der Kolk (1996) et de Scaer (2001) avec lesquelles elle retrace les liens théoriques avec l'art-thérapie somatique. Les neurosciences permettent également de comprendre le rôle particulier de l'art-thérapie somatique dans le traitement des processus neurologiques implicites dans la douleur. Elle présente finalement deux méthodes utilisées en art-thérapie somatique ainsi qu'une brève histoire de cas. Les méthodes présentées sont l'approche par le processus appliquée à un symptôme physique et la « méditation à pleines mains » de Rhinehart et Engelhorn (1984).

MOTS CLÉS

art-thérapie somatique, douleur, état de stress post-traumatique, dissociation, neurosciences

ABSTRACT

This article introduces somatic art therapy, which aims at treating acute and chronic pain, especially in the context of post-traumatic stress disorder. The author presents Levine's (1997), van der Kolk's (1996) and Scaer's (2001) theories of dissociation which are part of the theoretical foundations of somatic art therapy. Recent discoveries in neurosciences are also helpful in understanding the particular role of somatic art therapy for treating implicit neurological processes in pain. The author describes two methods used in somatic art therapy as well as a brief case history. The methods presented are: art therapy process applied to a physical symptom and Rhinehart and Engelhorn's (1984) hands-on meditation method.

KEY WORDS

somatic art therapy, pain, post-traumatic stress disorder, dissociation, neurosciences

**DESSEINS ET DESTINS DE L'IMAGE : LE POUVOIR
TRANSFORMATIONNEL DE L'IMAGE EN ART-THÉRAPIE
D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE**

**DRAWINGS AND DESTINY: THE TRANSFORMATIONAL POWER OF THE IMAGE IN
PSYCHOANALYTICALLY-ORIENTED ART THERAPY**

Josée Leclerc¹
Université Concordia

Je propose, dans les pages qui suivent, une réflexion sur les principes qui définissent l'art-thérapie d'orientation psychanalytique, réflexion nourrie par mes années de pratique en cabinet privé. Comme on le sait, toute thérapie psychanalytique se caractérise par la place faite à l'inconscient, par la conviction profonde que le changement passe par la prise de conscience de matériel psychique qui agit sur le patient à son insu et par la centralité de l'expérience transférentielle et contre-transférentielle. Ces « manifestations » ont ceci en commun : du fait de leur appartenance psychique, elles ne se laissent pas appréhender directement. Mais, dans ce contexte, l'art-thérapie bénéficie d'une alliée de taille, l'image, sur laquelle certains fragments de la vie psychique peuvent parfois se manifester, *trans-posés* dans une forme visuelle qui permet d'en signaler la présence. On verra de quelle manière cela se produit et se traduit à la conscience, en prenant en considération la fonction jouée par la médiation artistique en art-thérapie; la première partie du présent texte sera consacrée à définir cette fonction.

Si le transfert tel qu'il se développe et se déploie dans le contexte art-thérapeutique sera étudié lors de la deuxième partie, la présente réflexion repose pour une large part sur l'utilité du contre-transfert. Conçu dans son acception moderne, celui-ci joue une fonction essentielle dans la compréhension de la réalité psychique du patient et des images réalisées en séances. La question théorico-clinique suivante sert de point de départ à l'exploration : comment l'art-thérapeute acquiert-il des connaissances relatives au fonctionnement psychique du patient afin de l'assister dans son parcours art-thérapeutique et, surtout, quel rôle l'image joue-t-elle dans ce processus? Cette question en appelle d'autres, que voici : Quel est le rapport entre l'image psychique et l'image matérielle produite en art-thérapie? En tant qu'art-thérapeute, comment ce qui, de l'image, *m'impressionne* psychiquement et affectivement, comment ce qui « fait image » va-t-il me permettre de donner un sens à ce qui prend forme et se manifeste dans l'image? Avec quel *regard* puis-je voir le mieux ce

1. Adresse de correspondance : Département de thérapies par les arts, Université Concordia, 1455, boulevard de Maisonneuve Ouest, VA 259, Montréal (QC), H3G 1M8. Téléphone : (514) 848-2424 poste 4797. Télécopieur : (514) 848-4969. Courriel : jleclerc@alcor.concordia.ca

que montre l'image et qui demande à être élaboré d'une quelconque manière? À partir des réponses à ces questions, il s'agira de proposer un modèle conceptuel relatif à la production et à la réception de l'image, et enfin, de définir le rôle joué par l'image dans l'acquisition du savoir psychique en art-thérapie en prenant en considération le contre-transfert de l'art-thérapeute. Ce sera là l'objet des troisième et quatrième parties de cet article.

MÉDIATION ARTISTIQUE

En France, l'art-thérapie est souvent désignée selon l'appellation « thérapie à médiation artistique ». Quoique peu succincte, cette désignation a le mérite de rendre compte de phénomènes essentiels en art-thérapie. Les termes « médiation artistique » indiquent que la thérapie emprunte les voies de l'art et qu'une valeur thérapeutique est attribuée à ce passage par l'art. À la différence de la psychothérapie verbale, il y a, *entre* le patient et l'art-thérapeute, une image¹ qui est fortement investie, tant par le patient que par l'art-thérapeute, bien que différemment. Comme on le sait, la relation art-thérapeutique se déploie selon un mode triadique entre le patient, l'image et l'art-thérapeute, il en sera question ci-après.

La médiation est le principe théorico-clinique constitutif de toute thérapie qui repose sur l'utilisation de l'art à des fins thérapeutiques. Afin d'en comprendre la teneur, un bref retour à certains des fondements de la création artistique s'impose. Ainsi, toute activité créatrice implique une transformation de la matière brute afin de donner forme à un objet concret, qu'il soit bi- ou tridimensionnel. Ce processus de transformation de la matière, ce qu'on nomme processus créatif, requiert la participation active de celui ou de celle qui procède au donner forme : l'artiste ou, dans le cas qui nous occupe, le patient, est l'acteur principal de cette transformation de la matière en une forme visible dont il est l'auteur.

En art-thérapie d'orientation psychanalytique, la fonction de médiation se conçoit aussi comme le processus suivant lequel la réalité psychique du patient, ou certains aspects de celle-ci, sont représentés sous une forme symbolique visuelle. L'artiste-patient est le médiateur entre la matière brute et l'objet créé; et le processus créatif dans lequel il s'investit agit comme médiateur entre l'image psychique et l'image matérielle, c'est-à-dire entre son monde interne et le support physique sur lequel certains aspects de celui-ci peuvent se manifester. L'image se fait alors le témoin non seulement de la transposition d'éléments psychiques sous une forme symbolique visuelle, mais également du processus de médiation qui en a favorisé l'actualisation.

1. J'emploie le mot « image » à titre générique, pour désigner toute forme de productions artistiques réalisées en séance.

Sans répudier l'idée selon laquelle l'investissement créatif peut être en soi thérapeutique¹, l'art-thérapie d'orientation psychanalytique attribue pour une large part le pouvoir transformationnel de l'image à la fonction de médiation, fonction *intermédiaire* entre le monde interne et le monde externe, entre le subjectif et l'objectif, entre l'immatériel et le matériel². Une attention particulière, souvent flottante, sera donc portée au processus de *trans-position* ou de *transfert* de la matière psychique en matière visuelle, et ce, suivant deux vecteurs. Du côté de la production de l'image, l'art-thérapeute sera sensible à la manière suivant laquelle cette transposition peut se manifester lors du processus créatif. À titre d'exemple, il pourra s'agir d'une différence subtile dans le mouvement suivant lequel le patient couche habituellement la peinture sur le papier, ou encore, d'un arrêt soudain lors de l'exécution de l'image. Du côté de la réception de l'image, l'attention sera dirigée vers l'effet parfois puissant de l'image et les associations qui en découlent tant chez le patient que chez l'art-thérapeute. Non seulement l'œil mais aussi l'*œil de l'esprit*, selon la magnifique formule proposée par Jean-Claude Rolland (2006, p. 145), se porteront vers les jeux et les enjeux de la médiation artistique. La dernière partie de ce texte sera consacrée à définir la position épistémologique de l'art-thérapeute d'orientation psychanalytique, c'est-à-dire la position qu'il adopte afin d'acquérir une certaine connaissance de la réalité psychique du patient et de ses manifestations potentielles grâce à la médiation de l'image, cela en portant une attention particulière au contre-transfert. Mais je procéderai d'abord à un examen minutieux de la nature du transfert en art-thérapie.

RÉDUCTION ET AMPLIFICATION DU TRANSFERT EN ART-THÉRAPIE : UNE RÉALITÉ PARADOXALE

En art-thérapie, le transfert ne s'actualise pas, selon moi, autant ou aussi puissamment qu'en psychothérapie (analytique) verbale. Pourquoi cela? Parce que le patient crée. C'est-à-dire qu'il s'engage dans un processus qui fait appel à ses propres forces créatrices, même si elles peuvent parfois être limitées, lesquelles sont indépendantes ou distinctes de l'autre, en l'occurrence l'art-thérapeute – bien que l'acte créatif ait lieu sous son regard (inconditionnel) et grâce au cadre art-thérapeutique mis à sa disposition – un processus à l'issue duquel une image concrète sera

-
1. Suivant le courant dit de l'*Art as Therapy*, l'engagement dans le processus artistique est conçu comme étant thérapeutique en soi, alors que dans le courant de l'*Art Psychotherapy*, l'exploration de matériel inconscient, tel qu'il est susceptible de se manifester dans l'image, sera privilégié. Issus du contexte américain de l'art-thérapie des années soixante-dix et quatre-vingt, on conçoit aujourd'hui que ces courants ne s'excluent pas nécessairement. Mais cette distinction a le mérite de définir ce qui constitue l'orientation principale de ces deux modes d'intervention.
 2. On reconnaîtra ici ce qui se dégage des phénomènes transitionnels tels que la théorie winnicottienne les définit. Voir Winnicott, 1975.

réalisée. Tant la mobilisation des forces créatrices du patient que la matérialité de l'image qu'il produit, et qui a une existence propre, contribuent à restreindre l'intensité de la relation transférentielle, à diffuser l'investissement affectif centré, de manière plus entière en psychothérapie verbale, sur la personne du thérapeute. Lors de ce moment privilégié qu'est l'expérience créatrice, le patient s'autonomise et l'art-thérapeute s'efface en quelque sorte, se fait présence bienveillante mais discrète, soutenant mais à distance, de manière à ce que le patient puisse investir ce que Winnicott (1975) conçoit comme un espace transitionnel d'expérience. Il en sera question ci-après.

Transformer la matière, c'est aussi donner forme, c'est *accoucher* d'une image. Bien que l'image puisse être accueillie par le patient avec des sentiments variant du plaisir et du contentement à la déception et au rejet – ce qui témoigne indubitablement de l'organisation psychique qu'il présente – la matérialité de l'image atteste du potentiel créatif du sujet. C'est pourquoi j'induis que la mobilisation des forces créatrices du sujet, l'investissement dans le processus créatif de même que l'image créée sont autant d'éléments qui agissent comme une diffraction de l'intensité transférentielle, à l'instar du filtre qui diffuse la concentration lumineuse.

Or, cela n'est pas tout à fait juste. La relation transférentielle peut aussi être puissante, seulement elle n'est pas dyadique mais bien triadique, comme l'a brillamment démontré l'art-thérapeute britannique Joy Schaverien (1992) : elle s'établit entre le patient, l'image et l'art-thérapeute. Aussi, contrairement à ce que j'énonçais ci-dessus, la relation transférentielle en art-thérapie est-elle, paradoxalement, à la fois plus libre et plus intense. Elle est plus libre, au sens d'affranchie, grâce à l'activation des forces créatrices autonomes du patient et de l'image qui en est l'irréfutable témoin, j'en ai fait précédemment état. Et elle est aussi plus intense : il y a régulièrement un attachement profond non seulement à l'art-thérapeute mais également aux productions artistiques réalisées dans l'espace art-thérapeutique. En tant qu'extensions matérielles de la vie psychique du sujet et le témoin de ce *transfert* de matériel psychique en une forme matérielle, celles-ci sont en effet fortement investies compte tenu de la fonction thérapeutique et du pouvoir transformationnel qui leur sont accordés. Elles sont *sujets à* et *sujets de* l'investigation. L'intensité de la relation transférentielle provient donc de ce double attachement/investissement envers l'art-thérapeute et envers les productions artistiques.

Mais si l'image en art-thérapie se conçoit comme une attestation irréfutable des forces créatrices du patient, fussent-elles en puissance, elle présente également une autre face : ce qui parfois s'y dessine échappe au contrôle du Moi. En effet, compte tenu de son caractère matériel et de son

indéniable permanence, devant ce qui ne s'efface ni ne disparaît, l'image possède une *réalité* certaine. Si l'on admet le principe selon lequel des éléments psychiques souvent inconscients ou refoulés sont susceptibles de prendre forme dans l'image grâce à la médiation artistique, celle-ci se conçoit comme le témoin tangible d'une réalité intangible : montrant ce dont le sujet n'a pas (encore) conscience, l'image manifeste alors une autonomie qui peut s'avérer quelque peu déroutante. Cela peut contribuer à l'intensification du transfert en art-thérapie, cette fois envers le pouvoir de l'image ou celui de l'*imag-ination*, c'est-à-dire le processus au moyen duquel quelque chose de nature psychique prend une forme visuelle pour se manifester. C'est également pourquoi l'image possède une intensité et une force de frappe psychiques dont il faut absolument tenir compte. L'art-thérapeute qui n'est pas adéquatement formé prend le risque que ce que l'image présente puisse s'avérer traumatique pour le patient.

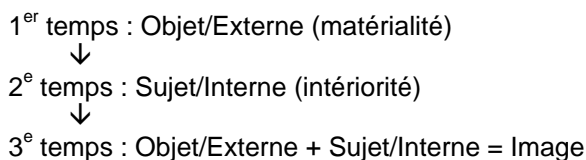
De manière à conclure cette section, je dirai donc qu'il y a, d'une part, une diffraction de l'intensité du transfert envers l'art-thérapeute et une concentration, d'autre part, de l'intensité transférentielle à l'image, ceci compte tenu de l'investissement massif dont elle est l'objet grâce à sa fonction d'*intermédiaire* : entre la réalité interne du sujet et la matérialité de l'image, entre le patient et l'art-thérapeute. Évidemment, il est difficile de séparer en séance ce qui, du transfert, provient de l'investissement envers l'image ou envers l'art-thérapeute; mais cette théorisation permet de définir la réalité transférentielle telle qu'elle se déploie en art-thérapie.

EXPRESSION ET INVESTIGATION : POUR UN MODÈLE CONCEPTUEL DU PROCESSUS ART-THÉRAPEUTIQUE

De manière générale, le processus art-thérapeutique se déroule en deux temps : le premier temps, celui de l'expression, correspond à la *production* de l'image, alors que le deuxième temps, celui de l'exploration, coïncide avec sa *réception*. Mais entre ces deux pôles et à l'intérieur de ces deux temps, plusieurs mouvements sont à l'œuvre, plusieurs vecteurs témoignent des allers-retours entre l'externe et l'interne, le subjectif et l'objectif. Je procéderai dans cette section à un examen minutieux de ces différents mouvements et des vecteurs qu'ils empruntent afin de proposer un modèle conceptuel permettant de définir le processus art-thérapeutique. Je précise qu'il s'agit d'un modèle conceptuel théorique au sens fort du terme : en pratique, tous les patients ne traverseront pas nécessairement toutes ces étapes, toutes les séances ne suivront pas obligatoirement ce parcours. Mais il s'agit des voies potentielles suivant lesquelles le travail art-thérapeutique s'effectue.

La production de l'image

Les vecteurs suivants rendent compte du mouvement inhérent à la *production* de l'image :



1^{er} temps : P¹ = Objet/Externe (matérialité)

Le patient s'installe pour peindre ou dessiner; il *trouve* la matière avec laquelle travailler et le support sur lequel l'appliquer. Il s'agit d'éléments issus de la réalité matérielle (objet/externe). Mais il convient de s'arrêter d'emblée au sens du prédicat « trouver » afin de le considérer à la lumière du paradoxe winnicottien : ce qui est *trouvé*, dans le monde matériel externe, est aussi ce qui correspond au besoin interne du sujet. Je pourrais induire, de manière à suivre le raisonnement winnicottien, que la correspondance est alors si intime qu'il n'est pas possible de déterminer avec certitude à quelle réalité – interne ou externe – « l'objet » appartient. Il s'agit bien d'un paradoxe, comme le soutenait Winnicott, mais d'un paradoxe qui n'a pas à être résolu. C'est pourquoi au sujet des enfants et des « découvertes » qu'ils effectuent, des jeux qu'ils s'inventent et des inépuisables mises en scène où toutous et poupées sont tour à tour, au gré de leurs humeurs, héros ou vilains, le pédiatre soutenait avec raison que la question suivante, reformulée dans mes propres termes, ne saurait être posée à l'enfant : « As-tu trouvé l'objet déjà là, ou l'as-tu toi-même créé? » (1975). Cet objet transitionnel au statut paradoxal se situe *entre* ce qui est objectivement perçu et ce qui est subjectivement conçu. Il n'est ni tout à fait l'un ni tout à fait l'autre. Et si son statut paradoxal se doit d'être maintenu, c'est qu'il s'agit de la condition même de l'illusion créatrice. Comme l'induisait l'art-thérapeute Felicity Weir (1987), la croyance profonde dans la réalité de l'image doit pouvoir *coexister* avec la certitude que ce n'est qu'une image. L'activité créatrice a lieu dans cet espace intermédiaire que Winnicott situe entre la réalité interne et la réalité externe, entre l'objectif et le subjectif. Trop de réalité brime la créativité, trop de proximité avec la forme lors de séjours dans les profondeurs parfois abyssales des lieux de la création risque parfois de faire perdre pied, voire la raison; on sait que ce fut le cas de certains artistes ou

1. Le « P » fait référence à la production de l'image.
2. *Of the transitional object it can be said that it is a matter of agreement between us and the baby that we will never ask the question : "Did you conceive of this or was it presented to you from without?" The important point is that no decision on this point is expected. The question is not formulated (Winnicott, in Abram, 1996, p. 326).*

poètes¹. L'espace intermédiaire d'expérience requiert la capacité d'y entrer, d'y séjourner un temps, la capacité de tolérer une certaine régression et de l'abdication temporaire du contrôle du Moi, et la capacité d'en sortir.

Ainsi, si je situe ce premier temps du processus de production de l'image dans la réalité externe de la matière plastique, force est de concevoir, à la lumière du concept winnicottien du *trouver-crée*, la connexion qui a tût fait de s'établir avec cet entre-deux propre à la réalité transitionnelle. C'est ce qui m'amène au deuxième temps du processus art-thérapeutique.

2^e temps : P = Sujet/Interne (intérieurité)

Le processus créatif s'intensifie, le patient s'investit davantage et plus profondément. Il y a diminution du contrôle du Moi et, conséquemment, intériorisation. En même temps qu'il s'investit davantage, qu'il s'abandonne à l'acte créatif et laisse le processus le guider, le contact avec son monde interne subjectif se fait plus présent. Un espace intermédiaire d'expérience s'ouvre. Le patient devient présence à son monde interne en même temps qu'il *incarne*, si je puis dire, ses forces créatrices. Il y a absence momentanée de distinction entre l'interne et l'externe, le subjectif et l'objectif. Il s'agit d'un moment particulier de l'expérience art-thérapeutique que je qualifierai de *prégnant* : un monde de possibles s'ouvre, un monde de prégnances – qu'elles soient actualisées ou pas. De cet étroit contact entre le processus du donner forme et le monde subjectif, voire de cette indistinction temporaire, provient le fait que des éléments de la vie psychique du sujet puissent prendre une forme visuelle pour se présenter. L'art-thérapeute devient présence aussi, présence feutrée mais affûtée, ultra-sensible, en ouverture perceptuelle et sensorielle à tous ces *événements* si subtils qu'ils échapperaient à quiconque n'est pas formé au regard de *l'œil de l'esprit*. L'art-thérapeute se fait le réceptacle de ces fragments, accidents ou trouvailles, répétitions ou innovations, qui parsèment le parcours créatif du patient.

3^e temps : P = Objet/Externe + Sujet/Interne = Image

Le patient s'arrête; l'image est réalisée. Elle est là, *chaude, palpante*, issue de cet espace particulier d'expérience duquel le patient émerge, amalgame de réalité externe et de réalité interne, c'est-à-dire de ce qui, de la matière *trouvée-crée*, a guidé sa main, infléchit telle ligne et produit telle forme, de ce qui, de la réalité psychique, s'est *trans-posé* dans l'image matérielle. Il est temps de la recevoir.

1. On pensera à Vincent Van Gogh ou au poète Hugo Hofmannsthal, pour ne nommer que ceux-ci.

La réception de l'image

Les vecteurs suivants indiquent le mouvement inhérent à la *réception* de l'image :

1^{er} temps : Objet/Externe (représentation)



2^e temps : Sujet/Interne (présentation)



3^e temps : Image = (Objet/Externe + Sujet/Interne)

1^{er} temps : R' = Objet/Externe (représentation)

Ce premier temps de la réception de l'image correspond à ce que Joy Schaverien (1992) nomme « *the life in the image* » et, plus précisément, à cette première phase de la vie dans l'image qu'elle nomme « familiarisation ». Le patient reconnaît les tracés, les formes et les motifs qu'il a représentés et les couleurs qu'il a choisies pour ce faire. À ce stade-ci, pas de surprise, ce que montre l'image est connu, prévisible. Lors de cette première phase du processus de réception de l'image, le regard se porte principalement sur le contenu représentatif. Le registre est celui du conscient.

2^e temps : R = Sujet/Interne (présentation)

Le regard sur l'image se modifie. Il s'approfondit et passe du registre du voir à celui de la contemplation. Progressivement, les éléments représentatifs s'estompent. D'autres formes, d'autres motifs se *présentent*² dont le patient ne soupçonnait pas l'existence. L'intériorité du regard témoigne, ici encore, de l'instauration d'un espace transitionnel d'expérience qui permet de considérer les choses autrement. Si le premier temps de la réception consistait à regarder l'image et à bien voir les éléments représentés par le patient, ici le mouvement s'inverse; c'est alors l'image qui « nous regarde », selon la formule soumise par Georges Didi-Huberman (1992), c'est-à-dire ce qui nous concerne ou concerne notre propre réalité, fut-elle inconsciente, que l'image soudainement renvoie. Ce n'est pas tant que le patient voit autre chose dans l'image, c'est elle qui *présente* autre chose à son regard. De l'inconnu se manifeste, montrant une réalité psychique dont le patient n'a pas encore conscience. L'image semble animée d'une vie autonome et posséder une intériorité propre. Ce processus singulier correspond à ce que Schaverien (1992) nomme à bon escient « *the life of the image* ».

-
1. Le « R » fait référence à la réception de l'image.
 2. Je verrai à préciser ci-après ce qui distingue la *représentation* de la *présentation* afin de démontrer le rôle joué par la présentation dans les prises de conscience et l'acquisition de connaissances psychiques.

J'ai repris ailleurs (Leclerc, 2001; 2004; 2006b; sous presse) la distinction proposée par Didi-Huberman (1990) entre la *représentation* et la *présentation*, une distinction fertile pour le champ de l'art-thérapie. Si ce qui se dégage de la représentation appartient au registre du conscient (on choisit ce qui sera représenté et la manière dont cela le sera), la présentation appartient au registre de l'inconscient ou du préconscient. Pour en comprendre la teneur, je rappellerai que l'inconscient est par définition inconscient et que les formations de l'inconscient – rêves, symptômes, actes manqués et autres lapsus – ne se manifestent qu'indirectement, par certains effets aussi puissants qu'énigmatiques, effets dits de *présentation*. Le registre de la présentation est plus près du processus primaire, de ce que Freud (1915/1968) nommait « représentations de choses » afin d'indiquer leur caractère archaïque, pré-langagier. La présentation ne montre pas quelque chose en soi, elle indique plutôt quelque chose; elle « fait image ». Ce qui signale l'effet de présentation est l'affect qu'il produit pour qui le reçoit.

Certains *surgissements* de l'image sont tels qu'ils peuvent ébranler la stabilité de l'organisation moiïque. Mais ils ont un potentiel hautement thérapeutique. Objets de l'investigation, avec le soutien de l'art-thérapeute et le déploiement de sa fonction de contenance, ils peuvent donner lieu à des prises de conscience très significatives. On peut penser ici à ce que la psychanalyse nomme « levée de voile du refoulement ». Mais cela ne se produira que lorsque le patient aura développé une disposition à l'accueil de l'image, ou plus précisément dans le présent contexte, à l'accueil de la vie de l'image. Ce deuxième temps de la réception de l'image est celui de la *présentation* et le registre est celui de l'inconscient ou du préconscient.

3^e temps : $R = \text{Image (Objet/Externe + Sujet/Interne)}$

Une fois l'exploration menée à terme, ou mieux, à *un* terme dans l'espace-temps de la séance, l'image reprend progressivement son statut d'objet. Ses « pouvoirs » s'estompent. Avec la fin de la séance, le patient pourra ranger l'image à l'intérieur de son porte-folio, ou *porte-images*, geste hautement symbolique et combien thérapeutique en art-thérapie : l'image est contenue dans le porte-images, lequel demeure dans le bureau de l'art-thérapeute, sous son soin et sa garde psychiques. Cependant, quand l'image a été très investie, quand ce qu'elle présente a donné lieu à des prises de conscience importantes, une part psychique du sujet y demeure en tant que trace ou que marque d'une exploration psychique significative. Image *talisman*, c'est ce qualificatif que Schaverien (1992) attribue aux images *investies*. Mais la puissance de l'image, son effet de *présentation*, se sera néanmoins atténué grâce à l'exploration de matériel psychique devenu conscient.

L'ATTEINTE DE L'IMAGE : LES VOIES DU CONTRE-TRANSFERT

Une des fonctions qui incombent à l'art-thérapeute consiste à favoriser l'exploration psychique de l'image dans le but de libérer le patient des patterns contraignants qui non seulement limitent l'actualisation de son plein potentiel mais qui sont sources de souffrance psychique ou, à tout le moins, de travailler à leur assouplissement. Je me suis beaucoup intéressée à la manière dont l'art-thérapeute peut acquérir une compréhension de l'image et d'autant des effets qu'elle produit tant pour le patient que pour l'art-thérapeute, et à l'utilité du contre-transfert afin d'y parvenir. À cet égard, une notion a pour moi valeur paradigmatique : il s'agit de « l'atteinte » (Leclerc, 2001, 2004, 2006a, sous presse). J'ai acquis la conviction qu'il importe de se laisser atteindre par les effets psychiques qu'induit l'image, ou mieux encore, que la manière principale d'en comprendre la signification passe par l'atteinte du sujet, en l'occurrence l'art-thérapeute. Sensible aux répercussions sur lui de l'image et à l'affût de ce qui peut s'en *présenter*, l'art-thérapeute se fait *sujet-à-l'atteinte* (Leclerc, 2001, 2004, 2006a, sous presse). Être *sujet-à-l'atteinte* témoigne de la disposition psychique de l'art-thérapeute à accueillir ces événements d'atteinte subjective qui se manifestent comme autant d'éprouvés psychiques, affectifs et sensoriels, parfois troublants, souvent aussi énigmatiques que fugitifs, et qui émanent des effets de l'image du patient et de son propre contre-transfert envers l'image. Daniel Stern situe pour sa part ce que j'appellerais les effets producteurs d'une atteinte dans le « monde micro-momentané des événements implicites » (2003, p. 9). Du domaine du petit (micro), de l'éphémère ou du *transitoire*, l'effet d'atteinte se manifeste d'abord à la conscience implicite et d'autant par certaines expériences de type somatopsychique. Mais son pouvoir et sa valeur thérapeutique sont indéniables, il en sera question ci-après. Or, si ces événements d'atteinte sont vécus de manière subjective, ils témoignent de l'intersubjectivité de l'expérience art-thérapeutique. L'exemple clinique que voici permettra d'en rendre compte.

J'éprouve une tension dans mon corps, une soudaine envie de bouger, de changer de position. Je tente vaguement de la réprimer. Puis je deviens progressivement consciente de ce besoin qui m'habite. Je m'y attarde. D'où vient-il? Quelle en est la cause? Je réalise alors qu'il y a quelque chose de singulier dans la manière dont Camille étend la peinture sur le papier. Comme une musique qu'on distingue à peine, le tempo, justement, se précise, devient sonore, puis audible, voire obsédant. Je remarque que le mouvement que produit Camille est très lent et que son geste est appliqué. Sa main produit une motion lente, de droite à gauche, toujours de droite à gauche, sans jamais repasser sur la ligne de couleur qu'elle vient de produire, sans jamais la toucher. Une bande de couleur

bleue, une bande de couleur jaune, en alternance, qui ne se rencontrent pas. Ce processus durera longtemps.

Je me mets à penser au clivage qui régnait dans la famille de Camille et dont elle avait fait brièvement état lors de séances précédentes : clivage entre le masculin – le monde du père, externe, actif, tourné vers l'extérieur – et le féminin – le monde de la mère, interne, replié vers l'intérieur et sur lui-même. Camille souffre de ce clivage, elle n'arrive pas à concilier ces deux mondes, ce qui pour elle prend la forme d'une impossible intégration de sa carrière professionnelle et de son désir d'enfant. Une peur fantasmatique l'habite, comme si l'intégration de ces deux mondes allait faire en sorte que quelque chose de désastreux se produise. Répétition d'une expérience relationnelle infantile : aller vers le père risquait de rendre sa mère dépressive; se tenir auprès de la mère risquait de susciter chez son père une colère qui lui semblait dévastatrice. L'image réalisée ne *représente* pas cette scène; seule la trace du passage répété du pinceau sur les bandes distinctes bleues et jaunes, en alternance, en signale quelque chose. Puis, devant l'image que toutes deux nous contemplons, silencieuses, je mentionne : « Aujourd'hui, il y a eu ce mouvement de droite à gauche, longuement effectué ... » Camille répond : « Oui, je ne m'en rendais pas compte mais à un moment j'en avais presque des fourmis dans les jambes! C'était pénible. » Cette séance permettra d'explorer son désir de changer de position, désir de plus en plus présent et qu'elle apprivoise peu à peu.

Cet exemple clinique rend compte de l'utilité épistémologique de l'adoption d'une position de *sujet-à-l'atteinte*. L'attention portée à mon besoin soudain et irrépressible de changer de position était synchronique au désir naissant (préconscient) de ma patiente : désir d'actualisation et d'affranchissement d'une identification familiale contraignante. Par utilité épistémologique, je veux dire que la traduction d'un éprouvé corporel et/ou psychique chez l'art-thérapeute permet l'acquisition de connaissances relatives à la réalité psychique du patient. Mais il s'agit en fait d'une co-construction : si Camille n'en a pas encore conscience, son inconscient (ou préconscient) s'est en quelque sorte chargé de *présenter* l'expression tant du conflit que de son désir de changement, et ce, d'une part, grâce au processus de médiation artistique et compte tenu, d'autre part, de la disposition psychique de l'art-thérapeute et de sa fonction de contenance. La *conscience intersubjective*, écrit encore Daniel Stern, est « une forme de réflexivité qui naît quand nous devenons conscients du contenu de notre esprit parce que l'esprit d'un autre nous en renvoie le reflet » (2003, p. 13). C'est pourquoi l'ouverture à l'atteinte est-elle aussi ce qui permet à l'art-thérapeute d'*atteindre* une conscience d'abord perceptuelle et sensorielle de la manière dont les formations psychiques inconscientes du patient se manifestent lors du processus créatif ou devant l'image créée,

suivie d'une compréhension, sur le plan cognitif, de leur signification en vue d'une éventuelle traduction au patient.

Je terminerai cette exploration en abordant un dernier aspect encore inhérent du processus créatif en art-thérapie. J'ai fait abondamment état dans ces pages de la *présentation* comme phénomène pouvant favoriser la connaissance psychique. Or, il est possible d'identifier trois modes d'expression créatrice différents mais qui ne sont pas nécessairement exclusifs les uns par rapport aux autres : il s'agit du mode *reproductif*, du mode *représentatif* et du mode *présentatif*. Sous un mode reproductif, le patient, le mot le dit, reproduit quelque chose, il procède à la simple reproduction d'un motif pictural pour un temps qui peut être plus ou moins long. Cette reproduction signale la répétition d'un pattern psychique; le patient est « coincé » dans et par la répétition d'un pattern dont il n'arrive pas à se dégager. Dans ce cas, l'expression artistique ne dépasse pas ce seul niveau reproductif et n'accède pas au mode représentatif. L'art-thérapeute a l'impression que la thérapie n'avance pas et que le travail stagne; il éprouve souvent un sentiment d'impuissance. Il lui faudra néanmoins être en mesure de tolérer la situation, celle-ci témoignant de la force des résistances ou fait que le patient ne soit pas encore psychiquement prêt à amorcer un changement.

Le mode représentatif permet, quant à lui, l'accès à un registre symbolique d'expression – bien que le degré de symbolisation puisse varier considérablement d'un patient à un autre. Ce mode se conçoit fort bien suivant les voies de la théorisation winnicottienne des processus transitionnels dont il a été question dans ces pages : ce que montre l'image, son contenu représentatif, est aussi et *en même temps* la représentation symbolique du monde interne du patient dont l'accès est favorisé grâce à l'ouverture d'une zone intermédiaire d'expérience. Enfin, le mode présentatif est celui selon lequel, suivant un effet eidétique puissant, des éléments préconscients ou inconscients de l'organisation psychique du patient se manifestent, au-delà du contenu représentatif en tant que tel, autant lors du processus créatif que devant l'image.

Dans l'exemple clinique ci-dessus, Camille reproduit un motif pictural, qu'elle répète maintes fois; l'expérience s'avère éprouvante, tant pour elle que pour l'art-thérapeute, bien que différemment. Cependant, cette reproduction est également la représentation symbolique du pattern qui la limite; elle est l'expression picturale symbolique d'un symptôme psychique. Enfin, c'est sous le mode présentatif que cela s'est manifesté, dans ce cas-ci, sous la forme d'un éprouvé corporel induit en moi par le mode d'expression répétitif et reproductif de Camille.

Pour conclure, en se faisant *sujet-à-l'atteinte*, l'art-thérapeute se fait le réceptacle et le contenant symbolique de ces *émanations* sensibles produites grâce à la médiation artistique, qu'il contient dans sa psyché le temps qu'il faudra afin d'en extraire le sens et, si cela s'impose, d'en transmettre verbalement quelque chose au patient. Adopter une position de *sujet-à-l'atteinte* procure une voie d'accès essentielle à certaines manifestations psychiques primaires qui ne se donnent pas à voir directement. L'image en art-thérapie est bel et bien une alliée de taille, je l'invoquais en ouverture du texte, elle agit comme une surface de projection et de réflexion, surface d'accueil et surface réfléchissante, suivant les mouvements relatifs à sa production et à sa réception et les vecteurs qu'ils empruntent, comme autant d'allers et de retours entre le monde interne et la réalité externe, tel que le modèle théorique proposé ci-dessus les a décrit. L'image est un objet transitionnel, au sens fort du terme. Elle émane d'un espace intermédiaire d'expérience qui n'est ni interne ni externe, ni subjectif ni objectif, mais les deux à la fois. Elle est en même temps un objet matériel visible, objectivement perçu, et la représentation-présentation d'une réalité psychique intangible, subjectivement conçue. Elle est fortement investie tant par le patient que par l'art-thérapeute qui lui accordent une valeur thérapeutique inestimable, et c'est aussi grâce à cet investissement affectif puissant qu'elle acquiert un statut particulier et une réalité indéniable : elle est le témoin d'un passage parfois aisé mais souvent exigeant vers l'expression créative authentique et la conscience de soi.

RÉFÉRENCES

- Abram, J. (1996). *The language of Winnicott : A dictionary and guide to understanding his work*. Northvale, NJ : J. Aronson.
- Didi-Huberman, G. (1990). *Devant l'image*. Paris : Minuit.
- Didi-Huberman, G. (1992). *Ce que nous voyons, ce qui nous regarde*. Paris : Minuit.
- Freud, S. (1915/1968). *Métopsychoanalyse*. Paris : Gallimard.
- Leclerc, J. (2001). Art et thérapie : le lieu d'une atteinte. Prolégomènes à une épistémologie de l'art-thérapie. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 50, 18-23.
- Leclerc, J. (2004). *Art et psychanalyse. Pour une pensée de l'atteinte*. Montréal : XYZ Éditeur.
- Leclerc, J. (2006a). Du non-détachement. In J. André & I. Lasvergnas (Éds), *La méthode psychanalytique à l'épreuve du malentendu* (p. 99-116). Paris : Presses universitaires de France.
- Leclerc, J. (2006b). The unconscious as paradox : Impact on the epistemological stance of the art therapist. *The Arts in Psychotherapy International Journal*, 33, 130-134.
- Leclerc, J. (sous presse). When the image strikes : Post-modern thinking and epistemology in art therapy. In H. Burt (Éd.), *Art therapy and post modernism : Current trends and new research*. Waterloo : University of Wilfred Laurier Press.
- Rolland, J.-C. (2006). *Avant d'être celui qui parle*. Paris : Gallimard.
- Schaverien, J. (1992). *The revealing image : Analytical art psychotherapy in theory and practice*. London & New York : Tavistock/Routledge.
- Stern, D. N. (2003). *Le moment présent en psychothérapie*. Paris : Odile Jacob.
- Weir, F. (1987). The role of symbolic expression in its relation to art therapy: A Kleinian approach. In T. Dalley (Éd.), *Images of art therapy : New developments in theory and practice* (pp. 109-127). London & New York : Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

RÉSUMÉ

L'auteur propose une définition des principes constitutifs de l'art-thérapie d'orientation psychanalytique. En s'interrogeant sur le rapport qui prévaut entre l'image psychique et l'image matérielle en art-thérapie, la première partie du texte est consacrée à l'étude des fonctions de la médiation artistique. Après avoir analysé, en deuxième lieu, le transfert tel qu'il se déploie dans le contexte art-thérapeutique, un modèle conceptuel du processus d'expression et d'investigation de l'image est développé en troisième lieu. Quant au contre-transfert, et devant les effets de présentation de l'image, l'utilité épistémologique de la position que l'auteur nomme « sujet-à-l'atteinte » fait l'objet de la quatrième partie. Une vignette clinique permet d'exemplifier les développements théoriques proposés.

MOTS CLÉS

art-thérapie psychanalytique, médiation artistique, fonctions thérapeutiques de l'image, transfert, contre-transfert

ABSTRACT

The author proposes to define some of the principles underlying psychoanalytically-oriented art therapy. The first part of the text examines the functions of artistic mediation by reviewing the relationship between psychic image and material image in art therapy. Then, after analyzing the transference occurring in art therapy, a conceptual model of image expression and investigation process is developed. Finally, consideration is given to countertransference and to the effects of image presentation, in order to examine the epistemological utility of the position the author calls "subject-to-being-struck." A clinical vignette is provided to illustrate the proposed theoretical developments.

KEY WORDS

psychoanalytic art therapy, artistic mediation, therapeutic functions of the image, transference, countertransference

L'ART-THÉRAPIE ET LA PSYCHOLOGIE POSITIVE : ENSEMBLE POUR FAVORISER LE DÉPLOIEMENT DES FORCES DE VIE

**ART THERAPY AND POSITIVE PSYCHOLOGY : WORKING TOGETHER TO ALLOW LIFE
FORCES TO FLOURISH**

Jacinthe Lambert
*Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue*

Diane Ranger¹
*Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue*

INTRODUCTION

Cet article propose un point de vue sur l'intégration de deux approches, l'art-thérapie et la psychologie positive, et met l'accent sur l'exploration des forces de vie auprès de personnes souffrantes physiquement et psychologiquement. Sans affirmer que l'art-thérapie s'inscrit dans un mouvement de psychologie positive, le client qui utilise les médias de l'art pour exprimer ses expériences, ses émotions, pour développer ses talents et se sentir mieux, s'engage dans un processus de changement positif et dans un déploiement de ses forces de vie. Dans ce texte, l'approche art-thérapeutique est décrite d'après certains concepts tels que le processus de création et l'esthétique, ainsi que selon des notions de la psychologie positive telles que l'espoir et l'expérience optimale. Afin d'illustrer notre conception de l'art-thérapie et de la psychologie positive, deux exemples cliniques sont présentés.

L'APPROCHE HUMANISTE EN ART-THÉRAPIE

Dans les années 1960 et 1970, l'art-thérapie s'associe aux grandes approches humanistes : l'approche centrée sur la personne, la gestalt thérapie et l'approche existentielle. C'est dans un élan de remise en question des principes et des méthodes liés à l'approche psychanalytique et à l'approche comportementale que l'art-thérapie humaniste se développe. Dorénavant, les comportements humains ne sont plus uniquement observables et mesurables, ni exclusivement centrés sur les expériences du passé d'une personne.

L'approche humaniste a une vision positive de la personne et reconnaît que l'être humain est unique, digne de respect, ayant droit à l'autodétermination et à un plein épanouissement. Elle met l'accent sur l'actualisation, la réalisation et le développement de soi en insistant sur les compétences et le potentiel de changement des individus (Maslow, 1968, 2004). Joseph Garai (1987), art-thérapeute américain, soutient que le but de l'art-thérapie humaniste est d'assister la personne dans un processus

1. Adresse de correspondance : 4, rue de Camarat, Gatineau (QC), J8T 7N4. Téléphone : (819) 561-5768 (303). Courriel : diane.ranger@uqat.ca

de transformation et d'actualisation de son potentiel humain en utilisant la créativité comme moyen de vivre et comme agent de guérison psychologique.

La théorie de la créativité de Carl Rogers (1961), pionnier de l'approche centrée sur la personne, propose l'éveil et la mise en valeur de la créativité pour que la personne puisse s'épanouir. Avec la publication d'un ouvrage sur l'approche gestaltiste en art-thérapie, Janie Rhyne (1973) développe une approche centrée sur le processus « expérientiel » où le client est encouragé à observer ce qui se passe lorsqu'il crée. Le fait d'observer, de s'exprimer et d'agir directement sur son monde intérieur, en utilisant des lignes, des formes, des couleurs, des textures ou des mouvements augmente le contact avec la conscience de soi (*awarness*) et, par conséquent, offre une plus grande liberté dans la recherche de solutions. Dans l'approche par le processus, Rhinehart et Engelhorn, (1982) ajoutent que le client est l'expert de son propre vécu, de ses réalisations, de ses objectifs et des changements souhaités. Hamel (1997) précise que l'accent est mis sur la façon dont l'image se construit au fur et à mesure de la création et sur la façon dont le client accorde une signification à ce qu'il crée.

Pour les arts-thérapeutes humanistes, les expérimentations artistiques se déroulent dans un environnement sécurisant et sans jugement, dans un climat de choix et de liberté, d'écoute et d'empathie, sans interprétation de l'art par le thérapeute. L'art-thérapeute humaniste partage et respecte l'expérience subjective de la personne. Il conçoit que chaque individu a la capacité de faire des choix, d'interpréter ce qu'il produit pour mieux se connaître et se développer de manière positive et constructive (Malchiodi, 2003).

Plusieurs chercheurs et arts-thérapeutes soulignent que l'art-thérapie est une voie efficace pour développer une santé mentale optimale et favoriser le bien-être (McNiff, 1998; Naumburg, 1966; Rubin, 2001, 2005; Widlöcher, 1975). Ils constatent que l'activité artistique organisée dans un contexte thérapeutique est un outil extraordinaire d'introspection qui aide la personne à se comprendre, à trouver un sens à la souffrance, à mieux se sentir, à se guérir et à se développer.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHOLOGIE POSITIVE

La psychologie positive est un mouvement qui a vu le jour à l'aube des années 2000. Issue de la psychologie cognitive et de la psychologie humaniste, elle offre une vision positive de la personne humaine et de l'intervention. Contrairement à la psychologie des dernières décennies qui s'est davantage intéressée à la guérison de la maladie mentale, à la

réparation des dysfonctions, à la réduction des symptômes et à l'arrêt de la souffrance psychologique, la psychologie positive s'inspire des personnes heureuses et des gens qui veulent améliorer leur vie. Elle mise sur les ressources, les compétences, les talents plutôt que sur les problèmes et les souffrances. Son but est d'accroître la satisfaction de vie, d'augmenter la joie de vivre et le bonheur (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Depuis les dix dernières années, plusieurs chercheurs et auteurs ont contribué à la croissance de ce mouvement et ont produit de nombreuses publications scientifiques sur le sujet. Les auteurs se sont particulièrement intéressés aux caractéristiques et aux forces individuelles (Peterson & Seligman, 2004), à l'expérience positive et optimale (Csikszentmihalyi, 2004), au bien-être psychologique et à la satisfaction de vie (Diener & Seligman, 2002), ainsi qu'à l'espoir (Snyder, 2002).

LIENS ENTRE L'ART-THÉRAPIE ET LA PSYCHOLOGIE POSITIVE

La psychologie positive, tout comme l'approche art-thérapeutique, offre une vision positive de l'être humain, mise sur l'expérience personnelle et le potentiel d'actualisation de soi.

Lors d'une thérapie positive, différentes stratégies d'intervention sont utilisées pour amorcer des changements et orienter la personne vers des solutions positives et créatrices. Les interventions servent à ressentir des émotions positives et à les identifier, à poursuivre activement un but important pour soi et à mobiliser ses ressources personnelles pour, finalement, donner un sens à son existence.

Seligman (2004) propose de programmer des moments agréables en utilisant ses forces et ses talents, d'écrire chaque soir cinq choses ou événements que l'on a aimés durant la journée, pour lesquels on est reconnaissant. Lyubomirsky (2008) suggère des activités euphorisantes comme moyens appropriés pour « goûter les plaisirs de la vie ». Elle recommande entre autres d'exprimer sa gratitude, de cultiver l'optimisme, d'éviter la comparaison avec l'autre, de faire preuve de générosité, d'approfondir ses liens sociaux, de s'entraîner à tenir le coup et de goûter aux plaisirs simples de la vie.

Peterson et Seligman (2004) proposent une liste de caractéristiques et de forces que l'être humain doit développer pour favoriser son bonheur et son bien-être. Certaines forces sont particulièrement importantes en art-thérapie, notamment la créativité qui permet d'explorer son imaginaire et d'actualiser de nouvelles façons de faire ou d'agir; la curiosité qui amène la

personne à explorer avec tous ses sens; le plaisir d'apprendre dans le plaisir; le jeu avec les formes, les médiums, les couleurs, les objets ou les images; l'appréciation de la beauté de ce qui est créé; la patience qui propose de ralentir le rythme, l'importance de prendre son temps et de fixer son attention; l'optimisme qui permet de garder espoir.

En art-thérapie, lorsque le client réalise une production artistique pour représenter ses conflits, ses souffrances, ses aspirations et ses projets, il est dans un mode interactif où il apprend graduellement à faire confiance à son potentiel. Selon Klein (1997), les rôles de l'art-thérapeute sont d'accueillir les productions artistiques, les mouvements et les gestuelles spontanées qui se répètent, d'accompagner discrètement le parcours symbolique d'une production à l'autre, d'orienter dans un sens de plus grande clarté et de soutenir le sujet créateur vers une transformation positive de soi.

Par exemple, après que le sujet aura exprimé ses souffrances, il lui sera suggéré d'explorer des solutions en utilisant des formes, des images et des couleurs de guérison. Les images créées l'aideront à prendre une distance par rapport à lui-même, à faire des prises de conscience et à considérer des solutions novatrices à ses yeux. L'une des forces spécifiques de l'art-thérapie est d'offrir une distanciation des émotions jugées trop fortes par le client. L'expression de ces émotions dans une œuvre permet de les apprivoiser peu à peu. De plus, Waller (1992) soutient que le support artistique (papiers, cartons, toiles, cadres, etc.) agit comme un contenant qui peut être réduit ou agrandi par le client selon que le contenu est ou non menaçant. Lambert et Simard (1997) indiquent que cette distance offre la possibilité de modifier, d'ajouter ou d'enlever des parties à l'œuvre et donc de transformer des images troublantes en images plus positives. Cette distance favorise un sentiment de contrôle, de sécurité, d'intégrité pour la personne et une plus grande autonomie.

La personne qui consulte un art-thérapeute a souvent perdu contact avec ses forces de vie. Elle arrive découragée et malade physiquement ou psychologiquement. Lors des premières séances, le langage verbal et pictural des clients indique souvent des conflits intérieurs, des symptômes reliés à une perte du sens à la vie ou à une perte d'estime de soi. La personne arrive hésitante à une séance, démontre de la difficulté à s'investir dans une activité artistique, critique négativement ce qu'elle fait, accorde peu de valeur à sa production ou indique de la difficulté à dire l'indicible. Graduellement, le travail thérapeutique, avec le soutien des arts plastiques, favorise la circulation des émotions et des ressentis, permet la réappropriation consciente de son intimité personnelle et favorise la transformation des images troublantes en des images plus acceptables, voire positives.

L'ESPOIR

Le travail art-thérapeutique consiste à mettre en place un cadre thérapeutique sécuritaire, à valider ce que vit la personne et à créer une zone d'espoir. La personne qui consulte est à la recherche d'un changement et accepte de « tenir le coup » avec l'espoir de jours meilleurs. L'espoir permet alors de se fixer des buts, de se projeter dans l'avenir et de faire des projets. En participant activement à la libération de son état psychique misérable et de ses émotions souffrantes, la personne s'engage à se faire du bien.

Pour soutenir le changement et créer l'espoir, l'art-thérapeute doit guider le sujet vers des modalités d'expression artistique fournissant des expériences gratifiantes et génératrices de réussites personnelles. L'objectif n'est pas de nier les résistances ou les conflits refoulés, mais plutôt d'offrir un cadre où le sujet peut explorer et mettre en place des chemins l'aidant à sortir de son monde chaotique. La personne crée des formes ou des images, elle utilise des couleurs ou des symboles qui lui permettent de modifier son environnement et de se créer des zones sécuritaires. Elle peut alors comprendre par son cheminement qu'elle est maîtresse de sa destinée. La manipulation active des médias plastiques et la création de ses images intérieures déclenchent une action concrète. Le client apprend à observer, à manipuler la matière, à donner un sens à ses souffrances et à ses émotions difficiles et à travailler à la construction positive de soi. Par exemple, le contact avec la matière comme l'argile permet d'exprimer la fragilité, la colère, la rudesse, le morcellement, tout en étant en contact avec une matière douce, solide et souple. La personne prend ainsi conscience que malgré l'expression d'une expérience souffrante, l'art procure une expérience positive et bienfaisante. Cottraux (2007) explique que la mise en place de solutions permet de reformuler le problème et ainsi d'identifier de nouvelles solutions.

LE PROCESSUS DE CRÉATION

Selon Jaoui (1975), créer est à première vue considéré comme un acte magique, mais en fait, il s'agit d'assembler des connaissances de manière originale, de révéler à la conscience des phénomènes nouveaux. Blum (2008) indique que sans créativité, il ne peut y avoir d'évolution. L'exercice de sa créativité exige de faire face à des sentiments d'insécurité et d'inconfort, de sortir des normes et des cadres, d'affronter l'inconnu et de s'éloigner de ses repères.

Rogers (2007) soutient qu'il faut répondre à trois principales conditions pour développer la créativité « constructive ». Il est nécessaire d'instaurer un sentiment de sécurité, de créer un climat de non-jugement et d'offrir des expériences stimulantes. Elle précise qu'utiliser l'expression artistique

amène des prises de conscience sur ses problèmes personnels, offre un moyen supplémentaire pour s'engager dans un processus créateur et facilite la connaissance de soi. Dans ce contexte, l'art-thérapie propose des matériaux et des stratégies qui stimulent la créativité; favorise l'expression de soi par l'imaginaire, la spontanéité et la symbolique; suscite le partage des expériences et des histoires personnelles (tragédies, peurs, confusion et dilemmes) par l'utilisation de moyens non verbaux où l'art visuel est librement utilisé.

D'après McNiff (1998), chaque personne intéressée à développer sur son processus créatif doit respecter son rythme et ses ressources. En partant de ses forces, le créateur construit une base qui lui permet de s'améliorer avec l'expérience. Ainsi, le client apprend à connaître les limites des matériaux ainsi que ses propres limites. En séance, l'art-thérapeute guide son client dans les différentes phases du processus de création. Il l'aide à faire des choix lorsque qu'il y a trop d'insécurité. Il lui propose des exercices tels que le gribouillis pour qu'il sorte des normes et des cadres. Il dédramatise les erreurs pour que ce dernier se donne la permission d'appivoiser l'inconnu et les pertes de repères. Il l'aide à donner un sens à ce qu'il fait plutôt que de rester dans l'évaluation du beau et du laid. Ainsi, le client apprend à faire confiance à son processus de création.

Le processus de transformation par l'art permet de contacter le monde parfois chaotique de la personne atteinte physiquement ou psychologiquement et d'y mettre de l'ordre. L'exploration de ce monde engendre une recherche d'actions positives et créatrices et propose des voies facilitant l'organisation du chaos vers l'harmonie. Se crée alors l'espoir d'un présent et d'un avenir différents pour traverser et intégrer les souffrances. Les changements expérimentés sont associés à la perception de soi, à la perception de la vie et de la mort, à l'atteinte d'un état intérieur permettant l'accueil de ses souffrances, à la possibilité de poursuivre sa vie en intégrant ou en réparant ses blessures ou même, dans certains cas, à cheminer vers une mort empreinte de sérénité.

ESTHÉTIQUE ET BEAUTÉ

La connaissance de l'esthétique qu'a l'art-thérapeute l'aide à guider son client. Giovannangeli (2002) décrit la notion de beau et explique que ce concept s'est modifié au cours du dernier siècle pour s'adapter aux multiples facettes d'une société en changement. Selon l'auteur, il n'y a plus de règle ni de critère établi pour qu'un dessin ou un travail artistique soit jugé « beau » : il doit tout simplement conserver un mystère, une authenticité de l'être, un sens pour celui qui crée et pour celui qui regarde. Le beau est ainsi identifié à la valeur que prend l'objet pour le créateur et

l'observateur. Cette vision permet de jeter un regard respectueux sur toute forme de création.

Ainsi, en cours de démarche art-thérapeutique, le client cessera de juger négativement ses créations et cherchera à rester sensible à celles-ci. Sans censure, il se sentira libre d'exprimer diverses émotions ou expériences, que celles-ci soient positives ou négatives, belles ou laides à ses yeux. L'œuvre explorée ensuite par l'art-thérapeute et le client prend un sens nouveau. Elle permet au client de faire des prises de conscience, de revisiter ses valeurs et ses croyances ainsi que d'amorcer un processus de changement vers une amélioration de sa vie. Cette façon de considérer la personne dans sa créativité, avec ses forces, ses ressources et ses capacités, l'amène à observer, à reconnaître et à rester en contact avec la beauté qui est alors définie comme une force de vie, une joie de vivre, un plaisir des sens.

D'après Forestier (2000), le client qui consulte en art-thérapie travaille automatiquement le bon, le bien et le beau. Le bon représente l'intention du client d'exprimer ses expériences, de se libérer de ses affects. Le rôle de l'art-thérapeute consiste alors à lui fournir un environnement sécurisant. Le bien correspond à la volonté du client d'utiliser les techniques l'aidant à s'exprimer, le rôle de l'art-thérapeute étant alors de l'aider à clarifier son besoin d'expression et de lui transmettre les connaissances techniques favorisant sa démarche. Le beau est la matérialisation de l'œuvre et englobe les lectures possibles du fond et de la forme. Il correspond aussi au degré de satisfaction par rapport à ce qui est exprimé ainsi qu'à la découverte du sens que prend l'œuvre pour le client. Lorsque le client cesse de juger ce qu'il fait pour entrer dans le sens de son œuvre, un grand pas est franchi. Cela symbolise sa nouvelle capacité à comprendre son histoire de vie plutôt qu'à la juger. Arriver à comprendre les erreurs commises ou les blessures profondes, c'est commencer à donner un sens à son histoire et, de là, trouver des buts pour améliorer sa vie, devenir altruiste, s'investir dans des activités qui aideront à surmonter les handicaps de départ.

DE L'EXPÉRIENCE ARTISTIQUE À L'EXPÉRIENCE OPTIMALE

Csikszentmihalyi (2004) décrit l'expérience optimale comme un chemin pour arriver au bonheur, un processus d'implication totale face à la vie, un moment de responsabilité intense avec soi. Il explique qu'une expérience est optimale lorsque la tâche constitue un défi comportant des habiletés particulières, lorsque la personne se concentre sur ce qu'elle fait, quand les objectifs sont clairs et conduisent à une action, lorsque l'action aboutit à une réponse immédiate, quand l'engagement de la personne est sans réserve et qu'elle sait exactement quoi faire, quand le temps n'a plus

d'importance, quand la préoccupation de « soi » disparaît, quand l'enchantement est profond.

Loin de nous d'affirmer que tous les sujets en art-thérapie vivent une expérience optimale. Il est cependant possible de constater certaines similitudes avec les attributs de cette expérience. Lors d'une séance en art-thérapie, le client en création réalise une tâche difficile. Il explore des techniques artistiques souvent méconnues. Il s'expose à l'autre (l'art-thérapeute ou son groupe art-thérapeutique) et dévoile ainsi sa vulnérabilité. Cette tâche est loin d'être anodine puisqu'il doit aussi clarifier et définir au fur et à mesure ce qu'il crée, il aura des choix à faire (médium, espace, direction, rythme). Tout au long de son processus de création, il reçoit une rétroaction de son action. Il est alors confronté à l'image de sa production artistique qui se déploie devant lui et qui lui transmet différents messages (une émotion, un besoin, un sens, une idée, une solution). Souvent, le client exprime que le temps a passé trop rapidement, que le plaisir de créer a été de courte durée. Le fait de créer un objet ou une image tangible, d'observer dans le présent comment l'œuvre se construit, de prendre conscience des effets de cette création amène un sentiment d'émerveillement qui contribue à développer une conscience de soi positive.

Si cette expérience est vécue comme une expérience optimale ou de « flux créatif », la personne exprimera du plaisir, du contentement, de la joie, une sensation de maîtrise et de bonheur. En art-thérapie, l'utilisation variée des médiums plastiques, la liberté, le plaisir de créer et de jouer avec son imaginaire mènent à la réalisation de soi. Comme l'indique Cottraux (2007), cette recherche de soi ne peut se faire sans liberté, spontanéité, tolérance, compassion et autonomie.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Histoire de Corinne

En psychothérapie par l'art, la clientèle qui consulte recherche généralement une approche permettant de s'exprimer autrement que par les mots uniquement et une manière d'explorer différemment les malaises et les souffrances. Dans l'histoire de Corinne, l'approche art-thérapeutique est privilégiée et est perçue, par la cliente, comme une démarche pertinente et stimulante. Corinne est interpellée par les arts et démontre de la motivation à explorer des outils, techniques et stratégies artistiques.

Corinne est une femme de 37 ans qui vit seule avec sa jeune fille. Elle a été victime de violence physique, psychologique et sexuelle durant son enfance et son adolescence. L'année précédant le suivi en psychothérapie par l'art, Corinne est fortement éprouvée par une situation de pornographie

infantile concernant une adolescente de son entourage immédiat. À la suite de l'événement, Corinne fait une dépression majeure. Elle doit arrêter le travail et sa vie, tant familiale que personnelle, est gravement perturbée. Elle démontre des symptômes dépressifs et anxieux et un état de stress post-traumatique. Elle exprime du désespoir, de la honte et une perte de sens relativement à sa vie. Corinne est en suivi plusieurs mois pour dédramatiser l'événement de la pornographie infantile, pour exprimer les émotions associées à son passé de violence, pour discerner les conséquences liées à son passé et à ceux de l'événement récent. Finalement, le travail art-thérapeutique permet de reprendre le contrôle sur sa vie personnelle, relationnelle et professionnelle.

Dans le cadre de la démarche, Corinne exprime et accueille visuellement son monde d'angoisses, de doutes et d'impuissance. L'exploration graduelle de son monde intérieur permet de créer un lien entre son monde interne caché (colère, tristesse, agressivité, honte) et son monde externe (besoins, désirs, attentes et aspirations). Plusieurs productions artistiques favorisent la mise en ordre de ses émotions et de ses sentiments, tout en lui permettant de départager ce qui appartient au passé, au présent et au futur. Pour l'aider à identifier ce qui contribuerait à son bien-être et ce qui pourrait l'accroître, il lui est suggéré d'explorer différentes stratégies art-thérapeutiques, notamment la création d'un objet tridimensionnel (Figure 1). Elle consacre cinq séances à la fabrication de cet objet significatif. Cette œuvre peinte à l'acrylique sur un petit coffret de bois symbolise son « livre à SOI ». Elle dit de cet objet qu'il est la représentation positive de son intériorité (Figure 2) et de son extériorité (Figure 3).

Pour donner un sens à cet objet symbolique, Corinne mentionne que son « livre à SOI » est protégé par un oiseau. Tout comme l'oiseau, elle se dit en mesure de s'envoler et de voyager vers de nouveaux horizons, de poursuivre des cours de peinture, de développer sa créativité, d'avancer dans sa démarche d'orientation professionnelle et d'aspirer à un retour aux études.

Sur la partie extérieure de l'objet (Figure 3), Corinne représente son besoin de profiter de la nature et de son chez-soi. Elle symbolise l'importance de s'accorder des activités gratifiantes, stimulantes et relaxantes. Sur la partie intérieure (Figure 2) se retrouvent des autorisations, des projets et des rêves. Elle exprime son besoin de cultiver ses relations affectives et de développer ses talents artistiques. Corinne ose croire que tout est possible malgré les souffrances du passé.

Durant le processus de création, Corinne exprime sa fierté devant cet objet et le qualifie de magnifique. Elle dit que « son livre à SOI » peut



Figure 1. Livre à soi.



Figure 2. Intériorité.



Figure 3. Extériorité.

demeurer actif et vivant puisqu'elle a la possibilité de l'utiliser comme instrument de soutien lors des périodes plus difficiles, en dehors du temps passé avec la thérapeute.

Ainsi, pour affronter l'adversité, Corinne a mis de l'ordre dans son chaos intérieur. Elle a graduellement créé une structure à son image et selon ses goûts. En fabriquant cet objet, elle a identifié ses forces de vie : le plaisir de lire et de créer, la nécessité de s'occuper de soi, l'importance de cultiver ses relations et d'actualiser ses passions.

Histoire de Jean

Au centre C.A.R.M.E.N¹, où a été rencontré Jean, les objectifs de thérapie sont développés à partir de l'histoire du client en tenant compte de son environnement familial. La maladie qui atteint une personne a un impact sur tous les membres de sa famille. Dans ce contexte, lorsqu'il est connu que la maladie a une issue fatale, les objectifs sont de rendre la fin de vie plus humaine, d'aider la personne et les membres de sa famille à cheminer vers une paix intérieure. Le client est respecté dans ses choix, dans ses croyances et dans son rythme. Jean est un homme dans la trentaine, atteint par la sclérose latérale amyotrophique. Il est marié et père de deux jeunes enfants. Il sait qu'il lui reste environ deux ans à vivre lorsqu'il arrive à l'atelier. Il bouge et parle avec difficulté. N'ayant pas assez de force pour se servir de sa main, il peint avec un bâton de bouche. Il s'exprime à l'aide d'un clavier d'ordinateur et prononce quelques mots avec difficulté. Sachant qu'il va mourir, il désire cheminer vers une paix intérieure qui lui permettra de laisser à ses proches une image positive de sa vie. Au départ, il se sent coupable d'être malade et très mal de devoir abandonner ceux qu'il aime. Il exprime ces émotions dans un tableau sur le thème d'un bateau en déroute (voir Figure 4). Le bateau est noir et prêt



Figure 4. Bateau en déroute.

-
1. Le centre C.A.R.M.E.N. est un organisme de bienfaisance non subventionné qui offre des services professionnels gratuits. Sa mission est d'offrir des approches complémentaires de soins afin de promouvoir la qualité de vie des personnes malades et de soutenir les membres de leur famille.

à se fracasser sur des falaises abruptes. Jean exprime ainsi son désespoir, sa tristesse et son sentiment d'impuissance relativement à ce qui lui arrive. Une fois ces émotions exprimées, il peint un deuxième tableau (voir Figure 5). Il ajoute une multitude de feuilles d'automne qui deviennent à ses yeux les moments de joie vécus avec sa famille. Cette toile est un message à ses proches, symbolisant les moments passés avant la maladie, lorsqu'il était bien et pouvait en profiter pleinement. Cette peinture très colorée et pleine de vie devient la représentation de sa joie de vivre qu'il retrouve malgré sa faiblesse. C'est un moyen de montrer sa gratitude à la vie et à sa famille qui lui a apporté tous ces bonheurs.

La dernière oeuvre réalisée par Jean est un message d'amour et d'espoir pour ses enfants (voir Figure 6). Il la termine une semaine avant son décès. L'arbre est plus petit, un chemin en plein centre prend beaucoup de place. Il peint des feuilles colorées sur l'arbre et borde la rue de fleurs de toutes les couleurs pour indiquer à ses enfants qu'ils ne seront pas seuls, qu'il les accompagnera à distance tout au long de leur chemin. Le processus thérapeutique a permis à Jean de savourer la vie jusqu'à la dernière minute, de passer d'un état de désespoir à un besoin de laisser autour de lui des messages d'espoir et d'amour, empreints de sérénité.



Figure 5. Arbre de joies.



Figure 6. Je guiderai votre route.

CONCLUSION

Cet article démontre comment l'art-thérapie et la psychologie positive peuvent s'imbriquer l'un dans l'autre pour permettre aux clients qui consultent de travailler des aspects positifs de leur vie ainsi que d'entamer un processus de réparation du passé. Des éléments spécifiques aux deux approches tels que le développement de talents, la stimulation sensorielle, les moments d'intensité dans un travail créatif permettent d'alimenter les forces de vie de personnes et de donner un sens à leurs expériences. Même si les stratégies sont différentes dans les deux approches, les résultats s'apparentent et ont une incidence positive pour les clients. Les deux vignettes cliniques réalisées en art-thérapie décrivent le processus thérapeutique de changement menant à une perception positive de l'histoire de vie. Dans un cas, une cliente se présente avec un diagnostic de dépression profonde à la suite d'un passé d'abus. Progressivement, elle déploie ses talents et ses compétences, elle se sent de plus en plus forte et prête à se développer psychologiquement et socialement. Dans l'autre cas, un client arrive désespéré et en colère face à la proximité de sa fin de vie. Il exprime d'abord sa souffrance pour ensuite regarder ce qu'il a reçu et mourir en paix, en laissant à ses proches des messages de reconnaissance et d'amour.

L'association de l'art dans un contexte de psychothérapie positive vise des objectifs de développement, de croissance et d'épanouissement personnel de l'être humain. Elle est aussi une avenue judicieuse et pertinente afin que s'élargissent les connaissances sur l'utilisation de stratégies positives dans un contexte art-thérapeutique.

RÉFÉRENCES

- Blum, R. (2008). *Qu'est-ce que la psychologie positive?* Montréal : Éditions Québecor.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre. La psychologie du bonheur.* Paris : Robert Laffont.
- Cottraux, J. (2007). *La force avec soi : pour une psychologie positive.* Paris : Odile Jacob.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Sciences, 13*, 81-84.
- Forestier, R. (2000). *Tout savoir sur l'art-thérapie.* Suisse : Édition Favre.
- Garai, J. (1987). A humanistic approach to art therapy. In J. Rubin (Éd.), *Approaches to art therapy* (p. 187-207). New York : Brunner/Mazel.
- Giovannangeli, D. (2002). *Esthétique et philosophie de l'art.* Bruxelles : Éditions de Boeck Université.
- Hamel, J. (1997). L'approche gestaltiste en thérapie par l'art. *Revue québécoise de Gestalt, 2*, 130-147.
- Jaoui, H. (1975). *Clefs pour la créativité.* Paris : Éditions Seghers.
- Klein, J. P. (1997). *L'art-thérapie.* France : Collection Que sais-je? PUF.
- Lambert J., & Simard, P. (1997). L'art-thérapie, approche auprès des femmes adultes victimes d'agression à caractère sexuel durant l'enfance ou l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie, 18*(3), 203-228.
- Lyubomirsky, S. (2008). *Comment être heureux... et le rester. Une méthode scientifiquement prouvée.* Québec : Flammarion.
- Malchiodi, C. (2003). Humanistic Approaches. In C. Malchiodi (Éd.), *Handbook of art therapy* (p. 58-71). New York : The Guilford Press.

L'art-thérapie et la psychologie positive

- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York : Van Nostrand Reinhold.
- Maslow, A. (2004). *L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude*. Paris : Eyrolles.
- McNiff, S. (1998). *Trust the process. An artistic guide to letting go*. Boston : Shambala Publications Inc.
- Naumburg, M. (1966). *Dynamically oriented art therapy : Its principles and practice*. New York : Grune et Stratton.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues : A handbook and classification*. New York : Oxford University Press/Washington, DC : American Psychology Association.
- Rhinehart, L., & Engelhorn, P. (1982). Pre-image considerations as a therapeutic process. *The arts in psychotherapy*, 9, 55-63.
- Rhine, J. (1973). *The gestalt art experience*. California : Brooks/Cole Publishing Company.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston : Houghton Mifflin.
- Rogers, N. (2007). Vivifier la « théorie de la créativité » de Carl. *Approche centrée sur la personne*, 5, 87-92.
- Rubin, J. A. (2001). *Approaches to art therapy : Theory and technique* (2^e éd.). New York : Brunner- Routledge.
- Rubin, J. A. (2005). *Artful therapy*. New Jersey : John Willey and Sons Inc.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Éds), *Handbook of positive psychology*. New York : Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Le bonheur authentique*. Québec : Éditions AdA Inc.
- Seligman M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology : An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Snyder C. R. (2002). Hope theory : Rainbows in mind. *Psychological Inquiry* 13, 249-275.
- Waller, C. S. (1992). Art therapy with adult female incest survivors. *Art therapy*, 9(3), 135-138.
- Widlöcher, D. (1975). *L'interprétation des dessins d'enfants*. Bruxelles : Dessart et Mardaga.

RÉSUMÉ

Les auteures proposent un point de vue sur l'intégration de l'art-thérapie d'approche humaniste et de la psychologie positive en mettant l'accent sur l'exploration des forces de vie. Tout comme en psychologie positive, l'art-thérapie propose au client de s'engager dans un processus de changement positif. Plusieurs concepts associés à ces deux types d'approche sont décrits et illustrés par deux exemples cliniques.

MOTS CLÉS

art-thérapie, psychologie positive, psychothérapie, forces de vie

ABSTRACT

The authors propose a point of view on humanistic art-therapy and positive psychology integration by emphasizing the exploration of life forces. As in positive psychology, art therapy proposes clients to engage in a process of positive change. Several concepts associated with these two approaches are described and illustrated with two clinical cases.

KEY WORDS

art therapy, positive psychology, psychotherapy, life forces

SUBJECTIVATION : CADRE ET SYMBOLISATION

SUBJECTIVATION : FRAME AND SYMBOLIZATION

Diane Guay¹

Pratique privée, Montréal

LE CADRE THÉORIQUE ET CLINIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHANALYTIQUE PAR L'ART

Précisons d'entrée de jeu que ma réflexion théorique sur l'utilisation d'une médiation artistique au sein d'un cadre de psychothérapie psychanalytique s'inscrit à la suite des travaux de Ferenczi, Winnicott, Bouvet, Green, Reid, Roussillon sur la nécessité des variations de la technique analytique avec des patients structurés au niveau de la relation d'objet prégénitale, car leur fonctionnement psychique présente des clivages qui font obstacle au travail de la figurabilité des représentations inconscientes. Ainsi, l'aménagement apporté au dispositif psychanalytique du face-à-face par une activité picturale a comme but de faciliter le travail de la représentation qui est le référent psychique de tout travail analytique.

Le pouvoir de l'art et l'art de la guérison! Reprenons ce postulat à la lumière de l'élaboration de la métapsychologie issue de la clinique, principalement des trajectoires pathologiques du narcissisme. Le pouvoir thérapeutique de l'art ne serait à considérer qu'à la condition que l'activité de création artistique soit arrimée à la créativité psychique. Afin de produire de nouveaux liens intrapsychiques, celle-ci serait corrélative à la double paradoxalité winnicottienne du trouvé/créé et du détruit/trouvé. Autrement, les créations artistiques résulteraient en une création compulsive d'objets artistiques sans qu'elles puissent participer au développement libidinal. Une répétition compulsive d'objets culturels prendrait alors forme sans s'inscrire dans un processus de subjectivation (devenir sujet de ses pulsions); tel que nous l'indiquent de nombreux exemples tirés des processus de création d'artistes qui n'ont pu élaborer la position dépressive et qui se sont abîmés dans des réparations compulsives de l'objet sans qu'advienne une réparation de leur soi. Ces créations artistiques s'inscriraient dans un espace hors psyché sans produire de changements intrapsychiques qui permettraient qu'un processus de symbolisation participe à celui de subjectivation. Nous serions confrontés dans ces cas à des symbolisations figées avec des allures de faux-soi ou encore utilisées comme défenses narcissiques. Voilà ainsi tracé l'essentiel de notre tâche psychothérapique qui rejoint les

1. Adresse de correspondance : 614, côte Ste-Catherine, Outremont, (Qc), H2V 2C3.
Téléphone : (514) 341-5821. Courriel : guay.dian@videotron.ca

enjeux du développement psychique et de la symbolisation qui sont sous-jacents à tout processus de civilisation.

Insistons sur le fait que sans cette précondition à la symbolisation que le cadre d'orientation analytique doit aménager, celle d'abord d'une triangulation primitive au sein de la relation analytique, nous serions devant des productions artistiques limites évacuées au-dehors sans l'établissement d'un espace psychique transitionnel, même s'il serait observable dans la réalité extérieure comme espace intermédiaire entre le patient et le psychothérapeute. La tâche thérapeutique réside dans l'établissement d'un espace psychique transitionnel entre le monde intérieur et extérieur, entre le moi et l'objet. La présente réflexion se rallie au cadre théorique psychanalytique qui, depuis les trois dernières décennies, participe à l'élaboration d'une troisième topique dont les pôles seraient le soi et l'objet (Green, 1983; Reid, 1996). Cette troisième topique serait troisième dans son élaboration métapsychologique mais première sur le plan du développement psychique afin de permettre la fonctionnalité des première et deuxième topiques freudiennes. Elle est constitutive de l'espace de la subjectivité séparé de l'extériorité, délimitant l'espace d'une fonction intrasubjective qui origine de l'intégration des rapports entre l'intrapsychique et l'intersubjectif. C'est dans cet espace théorique issu de la clinique des cas limites et psychotiques que l'action thérapeutique des psychothérapeutes par l'art m'apparaît particulièrement utile au traitement des pathologies actuelles présentant des troubles de la symbolisation. Le développement de la symbolisation devient pour ainsi dire le nouveau but de l'appareil psychique afin d'échapper aux pulsions destructrices et d'auto-anéantissement présentes dans le cadre social et culturel.

De l'objet transitionnel à l'espace transitionnel

De l'objet transitionnel à l'espace transitionnel, la route est courte et longue à la fois, pas suffisamment arpentée et trop souvent ignorée au profit d'une créativité maniaque, tout au moins compulsive, une créativité de décharge pulsionnelle, mais non liante, des matériaux psychiques. Nous entrons ici dans le sujet de la pathologie des objets transitionnels : toxicomanies, perversions, hypersexualisation, addictions, destructions des repères symboliques, conduites antisociales, somatoses, pathologies des traumatismes du narcissisme primaire. Là où les psychothérapeutes par l'art peuvent être très utiles pour les populations cliniques actuelles, c'est dans ce travail du développement du soi winnicottien qui marque le passage de l'objet subjectif (trouvé/créé) au sujet objectif (détruit/trouvé). Répétons-le, il s'agit de la délimitation progressive d'un espace psychique subjectif différencié d'un espace extérieur, c'est-à-dire la reconnaissance de la subjectivité en tant que subjectivité et de la relation à l'objet dans son caractère d'extériorité. Cet espace de subjectivité formé par la relation

intersubjective du nourrisson avec l'objet maternel ne peut se faire qu'avec une mère que je qualifie de « suffisamment libidinale » (Guay, 2006), c'est-à-dire donatrice de libido à l'enfant (Aulagnier, 1986) et de tiercéisante (Green, 2002; Guay, 1990, 2006). C'est dans cet environnement maternel que peut émerger la créativité psychique primaire dans sa forme paradoxale. C'est grâce à cet environnement de soins – de maintien, de contenance et de triangulation primitive (le tiers dans la psyché de la mère préoedipienne) – que peut émerger chez l'enfant la créativité primaire qui assure un fondement à l'identité et à la subjectivité naissante. Mais elle ne peut s'inscrire dans un développement humain et social, dans une culture du vivant, sans le deuil de la fusion omnipotente à cet objet primaire idéalisé. C'est ici que le paradoxe winnicottien du détruit/trouvé s'impose comme expérience psychique de la destructivité constructrice de la réalité extérieure en tant que séparée et différenciée du moi. C'est là que commence l'utilisation de l'objet transitionnel dans un espace transitionnel psychique (triangulation primitive) par le deuil de la fusion omnipotente qui constitue l'élaboration de la position dépressive (Winnicott, 1971). Sinon le sujet créant et recréant serait agi d'une manière compulsive comme le suggère Roussillon (1998), par une contrainte à créer. Un besoin de créer clivé du désir de créer s'imposerait alors afin de s'approprier des parties clivées de son histoire rattachées à des traumatismes primaires qui auraient entravé la formation du narcissisme primaire et auraient empêché le travail de représentation et celui de la création de nouveaux liens intrapsychiques.

C'est donc par cette route formée par les paradoxes winnicottiens de la créativité primaire et de la destructivité que peut se développer la capacité d'élaboration psychique. C'est là que le cadre des psychothérapies avec des médiations artistiques doit viser à conduire les sujets, soit à la capacité d'être seul en présence du psychothérapeute (objet maternel) afin de procéder à l'élaboration des matériaux inconscients par la création de formes visuelles plastiques, le travail psychique de la mise en forme d'images visuelles (la figurabilité) étant déjà une première auto-interprétation des représentations inconscientes refoulées ou clivées. C'est ainsi que la modalité psychothérapique par l'art permet qu'un travail créatif serve l'élaboration psychique et symbolique. Elle développe en même temps la capacité d'utiliser les auto-érotismes d'une manière psychique à des buts sublimatoires par un travail portant sur la symbolisation. Les cliniques actuelles pointant sur les troubles de la symbolisation requièrent du cadre théorico-clinique psychanalytique une compréhension de la métapsychologie des processus psychiques de la transitionnalité. Nous pouvons dès lors considérer l'importance d'un cadre offrant les conditions et les possibilités de la mise en forme des matériaux psychiques clivés et non pas seulement refoulés, œuvrant à la construction d'un espace intrapsychique. C'est seulement après ce

premier travail thérapeutique portant sur la mise en forme (l'accès à la figurabilité) des traumatismes primaires et de leur mise en sens dans le transfert que peut avoir lieu l'élaboration du trauma selon les différentes économies pulsionnelles jusqu'à l'élaboration d'une névrose de transfert comme objectif à tenter d'atteindre.

C'est dans ce travail créateur de mise en formes visuelles des matériaux inconscients (dessins, peintures) dans un espace transitionnel que les psychothérapeutes par l'art sont des ressources précieuses pour leur communauté puisque leur savoir et leurs actes thérapeutiques s'inscrivent dans ce cadre théorique et clinique de l'établissement d'une triangulation primitive au sein de la psyché de leurs patients dans l'aire transitionnelle qui en tant que structure de tiercéité est aussi fondamentale que celle de l'Œdipe au développement psychique et à celui de la symbolisation (Guay, 2006).

LES ASPECTS MÉTAPSYCHOLOGIQUES DE L'UTILISATION DE LA MÉDIATION PICTURALE

Tout en adoptant les modalités techniques du dispositif psychanalytique du face-à-face, le cadre avec une médiation picturale dans le travail avec les patients adultes propose une installation qui emprunte au dispositif divan/fauteuil de la cure type. L'aménagement d'un lieu de création picturale, avec le psychothérapeute en retrait à son fauteuil placé derrière le patient qui est installé à la table de dessin, correspond au premier temps du travail thérapeutique. Un deuxième temps reprend le dispositif du face-à-face par l'installation d'un fauteuil à position variable permettant au patient de prendre la position du face-à-face ou de tourner son regard vers sa représentation picturale afin d'associer librement par la parole sur l'image créée. Cet espace de création sert de support pour la suite de la rencontre analytique. L'ajout d'un espace de création artistique aménage ainsi un lieu visuel pour le partage de l'affect, sorte d'écran externe pour pallier le manque d'espace interne du patient; cet aménagement représente une « offre de mise en transitionnalité » au sein de ce cadre de psychothérapie psychanalytique (Guay, 2006). L'installation de ce cadre offrant un espace et des expériences créatrices transitionnels par la médiation des arts est donc le premier élément qui le différencie des psychothérapies utilisant uniquement la modalité verbale.

Notons que cet aménagement du cadre d'intervention clinique présente donc une modulation de la distance et du rapproché au sein de la relation d'objet si nécessaire aux patients présentant des organisations pré-génitales qui présentent un collage à l'objet. Il constitue donc à la fois un lieu de séparation et de médiation entre le patient et le thérapeute, délimitant une distance utile qui favorise l'intériorisation de l'objet et sa représentation symbolique en même temps que le partage de l'affect. Ce

cadre en attente d'être trouvé/créé par les patients permet au thérapeute d'identifier les angoisses et besoins narcissiques du patient dans l'éloignement et le rapproché de l'objet ainsi que l'établissement ou non d'un espace transitionnel au sein de la psyché de ce dernier.

Un autre apport de la médiation artistique est qu'elle augmente la contenance des énergies indifférenciées et participe à leur transformation en énergies liées pour que s'enclenche un processus de symbolisation. Cette contenance supplée au manque d'espace interne de plusieurs patients, elle assure un renforcement des assises narcissiques par l'étagage sur un fond/support externe, substitution symbolique de la psyché maternelle. Au sein de ce cadre de psychothérapie psychanalytique prend place le paradoxe d'être contenu par le psychothérapeute et de se contenir soi-même par une activité artistique. L'utilisation de ce cadre avec une médiation picturale peut donc aider à contrer les agirs destructeurs et le mouvement d'anti-élaboration par la parole dissociative et les bris de cadre des patients. Cette activité de contenance par un acte symbolisant participe à développer une portance par le moi qui transfère ainsi sa dépendance à l'objet primaire sur un objet/tiers.

Considérons maintenant les difficultés des patients présentant des troubles de l'élaboration symbolique dans le cadre de la cure type. Plusieurs d'entre eux seraient structurés dans leur rapport à la réalité selon les modalités de la perception et de la motricité et l'accès à la représentation leur ferait défaut. Jeammet (1998), dans sa théorisation sur le dispositif du face-à-face, a démontré comment les différences du fonctionnement psychique des patients concernent les modes préférentiels d'expression et de figuration. La position théorique de ce psychanalyste propose que la prédominance d'un des modes de figuration des matériaux inconscients (représentation, motricité, perception) comme voie d'accès à l'inconscient est un déterminant essentiel de la nature du cadre susceptible de permettre l'émergence et le déroulement d'un processus transférentiel. L'activité de représentation par des images plastiques créées peut donc s'avérer un mode d'expression pour les patients présentant des difficultés de symbolisation.

En effet, dans le cadre de la psychothérapie avec une médiation picturale, la figuration des pensées inconscientes prend place par la représentation visuelle plastique associée à la motricité et à la perception. De plus, les projections inconscientes faites sur les images plastiques créées échappent plus facilement à la censure que dans le langage verbal. Comme dans le rêve, il y aurait une défiguration du conflit latent par le travail plastique (Freud, 1900). Le transfert est ainsi dilué en petites quantités et qualités émotionnelles communicables par les représentations

picturales qui peuvent devenir conscientes en se figurant. De plus, la présentation du psychisme par la figurabilité des images plastiques comme par celles des images du rêve facilite le travail analytique sur les matériaux inconscients. L'expérience de créer une image devient ainsi une expérience auto-symbolisante et auto-théorisante, subjectivante par le travail de la représentation du psychisme inconscient.

Attardons-nous maintenant sur l'apport de la sensorialité dans le travail de la représentation qui m'apparaît fondamental dans le travail thérapeutique avec les patients présentant des trajectoires pathologiques du narcissisme primaire. D'abord, rassurons-nous, le recours à la sensorialité dans la création d'images plastiques est encadré par la fonction limitante du cadre de la création, marquant ainsi la limite entre le réel et le symbolique. Le cadre de la thérapie par l'art, à l'opposé du cadre de la cure type, propose l'usage de la sensorialité (le toucher, le geste, la vue) pour la création d'une image qui sert au patient d'écran externe pour l'auto-observation de son psychisme. L'utilisation des sens constitue un investissement du moi et du soi qui incite le sujet à un mode de présence de l'être qui recherche un état de fusion dans l'objet. À partir de ce constat, nous pouvons donc penser que des rapports isomorphes entre les morphologies psychiques et plastiques faciliteront l'accès au psychisme des patients présentant un clivage du moi, clivage qui, je pense, aurait empêché l'identification spéculaire d'être structurante. L'utilisation d'une image créée par le patient induit une spécularisation qui maintient une constante ouverture et une libidinisation du moi par sa fonction de miroir au double semblable.

L'usage de la sensorialité dans le travail d'élaboration plastique facilite donc l'accès à la figurabilité comme le fait le rêve et permet la perlaboration des traumatismes primaires en gardant les liens avec un sexuel primordial. Soulignons brièvement ce que l'originare maternel, l'identification primaire et spéculaire et le transitionnel recèlent de structurant pour la genèse de la psyché humaine à partir de l'expérience sensorielle au corps de la mère qui sert à l'enfant de premier matériau pour la mise en représentation de son moi-plaisir et de son moi corporel. Puisqu'un double ancrage somatique et interactif est nécessaire au bon usage des sens, comme l'a souligné Golse (2002) à la suite de Winnicott (1949, 1960) il est alors pensable que la création d'une image plastique et son observation en présence du thérapeute puissent représenter une expérience d'attention sensorielle partagée qui se transforme en attention psychique comme dans la relation de la mère avec le nourrisson.

En relation avec le facteur de la sensorialité, l'emprise sur un médium malléable (Milner, 1977) constitue un apport au narcissisme des patients présentant des traumatismes primaires dont le tissu des représentations n'est

pas assez organisé pour assurer sans support externe la continuité psychique. Cette emprise sur un médium malléable facilite la potentialité représentative des objets artistiques. Le geste créateur dans la matière plastique fait donc avancer l'objet du statut de chose à celui de la représentation, d'où l'importance de conserver sa potentialité représentative comme le fait le cadre avec une médiation picturale. La fonction de l'emprise sur un médium malléable aurait une valeur anti-hallucinatoire en ce qu'elle favorise la constitution de la représentation liée à l'investissement de la réalité extérieure; ce retour au plaisir des sens en présence d'un représentant symbolique de la mère-objet primaire malléable participe à l'appropriation du transitionnel au sein de la psyché humaine.

Pendant, les limites de ce cadre ne doivent pas être négligées, comme celles de l'agrippement à la concrétude de l'objet créé, à la perception et à la séduction par l'objet créé. En effet, l'installation d'une activité créatrice artistique pourrait augmenter des défenses narcissiques reliées au fantasme d'auto-engendrement et exercer une stimulation sensorielle. Mais malgré ces limites de l'intervention avec une médiation artistique qui peuvent augmenter les défenses maniaques et les affects schizoïdes et résulter en une construction narcissique mégalomane avec des sujets présentant des défenses primaires, il me faut insister sur l'importance du sensoriel dans le travail de la figuration des matériaux inconscients et surtout, garder en vue que nos contre-transferts dans leur dimension sensorielle, pourraient nous permettre d'avoir accès à des matériaux reliés à des traumatismes primaires qui n'ont pu être psychisés par le patient. À ce niveau de la communication sensorielle primaire entre le patient et le psychologue, la figurabilité en jeu dans la représentation plastique des patients présentant des clivages du moi nous permet d'avoir accès à des couches profondes de leur moi inconscient (comme celle de leur soi psychosomatique). Autrement, il en reviendrait au psychologue de reconstruire dans sa propre psyché, par identification narcissique avec son patient et par un mouvement de régression, la figurabilité en jeu des traumatismes primaires.

Pour conclure cet aperçu des aspects métapsychologiques de l'utilisation de la médiation picturale, je réitère cette position théorique et clinique sur le pouvoir de la créativité et l'art de la guérison qui ne peuvent être opérants sur le plan de la symbolisation secondaire sans la constitution d'un espace intrapsychique construit à partir de la relation intersubjective mère-enfant. La notion de création arrimée à celle de créativité primaire se définit alors comme une mise en forme expressive de l'expérience subjective d'être au monde. Les psychologies reposant sur des médiations artistiques participent ainsi à une remythisation du symbole contrant ainsi une approche réductive de celui-ci que le cadre freudien

pourrait instaurer. La création d'objets artistiques arrimée au concept de la créativité primaire participe ainsi à une culture du vivant offrant une portée médiatrice, instauratrice d'une relation entre l'intérieur et l'extérieur, entre le sujet et le monde qui l'entoure. Les modalités psychothérapeutiques par l'art apportent une compréhension théorique et clinique plus élargie des troubles de la symbolisation chez les populations cliniques actuelles. Ces approches thérapeutiques participent à maintenir une « culture du vivant »; à l'encontre d'un processus d'a-civilisation, elles offrent à des individus un cadre/contenant pour l'élaboration psychique de leurs traumatismes narcissiques et de leurs conflits psycho-sexuels par le recours à un objet tiers transnarcissique entre eux et leur psychothérapeute.

RÉFÉRENCES

- Aulagnier, P. (1986). *Un interprète en quête de sens*. Paris : Payot.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Golse, B. (2002). Le bébé à l'épreuve des sens. In J. André & M. Baudin (Éds), *La vie sensorielle* (p. 19-37). Paris : Petite Bibliothèque de psychanalyse, PUF.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Éditions de Minuit.
- Green, A. (2002). *La pensée clinique*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Guay, D. (1990). *Le symbolisme de la grossesse. Approches mythologique et psychanalytiques*. Mémoire de maîtrise. Montréal : Concordia University.
- Guay, D. (2006). *Étude du narcissisme dans un cadre de psychothérapie psychanalytique par l'art*. Thèse de doctorat. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Jeamment, P. (1998). Le perçu, l'agi et la représentation dans le processus psychanalytique. In G. Diatkine & J. Schaeffer (Éds), *Psychothérapies psychanalytiques* (p. 29-39). Paris : PUF.
- Milner, M. (1979). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue française de psychanalyse*, 5(6), 849-874.
- Reid, W. (1996). L'analyse du transfert limite ou la limite du transfert analysable : la valeur heuristique de la notion de l'utilisation de l'objet. In P. Doucet et W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique* (p. 199-220). Montréal : Gaétan Morin.
- Roussillon, R. (1998). Désir de créer, besoin de créer, contrainte à créer, capacité à créer. In B. Chouvier (Éd.), *Symbolisation et processus de création* (p. 158-171). Paris : Dunod.
- Winnicott, D. W. (1949). L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 135-149). Paris : Payot. 1969.
- Winnicott, D. W. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

RÉSUMÉ

L'auteure présente une théorisation du cadre de la psychothérapie psychanalytique par l'art. À cette occasion, elle élabore une réflexion sur la spécificité de l'apport thérapeutique de l'utilisation d'une médiation artistique picturale dans le traitement des populations cliniques actuelles présentant des troubles de la symbolisation liés à des traumatismes narcissiques primaires.

MOTS CLÉS

pathologie narcissique, symbolisation, médiation artistique, cadre de psychothérapie psychanalytique

ABSTRACT

The author introduces a theory of the psychoanalytical frame in art psychotherapy. She elaborates an analytical conceptualization of the therapeutic use of an artistic pictorial modality while working with an actual clinical population presenting symbolization defects caused by primary narcissistic traumas.

KEY WORDS

narcissistic pathology, symbolization, artistic modality, psychoanalytical frame of psychotherapy

L'ŒIL MAGIQUE DE L'AUTRE : LA CAMÉRA VIDÉO COMME OUTIL DE PROJECTION

THE OTHER'S MAGICAL EYE : USING THE VIDEOCAMERA AS A PROJECTIVE TOOL

Marianne Dufour¹

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (Montréal)

INTRODUCTION

Cet article porte sur le potentiel thérapeutique de la caméra vidéo comme outil de projection spontanée. L'utilisation d'une caméra vidéo en thérapie n'a rien de nouveau, mais au-delà des différences d'objectifs et de méthodes, on retrouve habituellement l'usage central des enregistrements produits pour alimenter le processus thérapeutique. Typiquement, il s'agit de visionner les images afin de provoquer une confrontation de la personne avec elle-même, l'effet de ce face-à-face étant alors analysé avec le thérapeute afin d'alimenter un processus dont la prise de conscience est souvent le premier moteur de changement. Là où la caméra est utilisée comme outil de projection, cela se fait sous l'égide d'exercices de dramatisation dirigés, où le client est encouragé à parler directement à la caméra afin que soient mis en lumière ses mécanismes de transfert (p. ex., « J'aimerais que vous vous adressiez à cette caméra comme s'il s'agissait de votre père ») (Landy, 1986; Petitti, 1989).

Par opposition, la mécanique thérapeutique discutée ici s'érige exclusivement sur le processus d'interaction spontanée du sujet avec l'appareil dans le cadre d'une démarche non directive, c'est-à-dire que le travail et ses effets sont ancrés dans *l'acte* de filmer et, surtout, *d'être vu* par l'œil de la caméra.

Ma découverte de l'intérêt de la chose était purement accidentelle. Lors d'un stage comme art-thérapeute au sein d'un programme de jour pour enfants avec troubles de comportements, je dus enregistrer une séance à des fins de supervision. Je demandai à David, petit bonhomme de 9 ans fier et indomptable, s'il accepterait d'ouvrir la porte de nos rencontres à la caméra. Il accepta avec empressement et j'observai, subjuguée, ce petit garçon taciturne se déployer pour la caméra comme un paon déploie sa queue. Lorsque qu'il me demanda, les yeux brillants, si je pouvais rapporter la caméra la fois suivante, j'acquiesçai sans hésiter. J'offris bientôt la caméra à un autre garçon, Kevin, avec qui j'avais l'impression de faire du sur-place. La caméra leur fut offerte comme outil à

1. Adresse de correspondance : Programme de pédiatrie spécialisée, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 3175, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, 3^e étage, bloc 12, Montréal (QC), H3T 1C5. Téléphone : (514) 345-4931, poste 7066. Courriel : marianne.dufour.hsj@ssss.gouv.qc.ca

utiliser comme bon leur semblerait, au même titre que tout autre média artistique, sans spécification aucune concernant si, quand et comment l'utiliser. Par contre, il leur fut expliqué d'emblée qu'ils n'auraient pas la possibilité de visionner les films produits : d'abord, parce que cela aurait été compliqué sur le plan logistique, et ensuite, parce que cela aurait radicalement altéré le cadre de travail établi (en déplaçant nos échanges vers la discussion d'un produit plutôt qu'autour d'un processus créatif) et m'aurait donné un rôle et un outil avec lesquels je me sentais trop peu familière.

Heureuses convergences que toutes ces limites! Les démarches de David et Kevin, ainsi cadrées dans des conditions d'usage plutôt inhabituelles, me permirent de constater les phénomènes projectifs décrits dans cet article et d'élaborer les propositions suivantes :

- Le face-à-face avec la caméra provoque chez le sujet des réactions émotionnelles intenses *sans que cela ne soit relié à l'anticipation du produit fini.*
- La caméra introduite en contexte thérapeutique *élargit automatiquement l'espace métaphorique de jeu et d'expression.*
- Elle devient une troisième personne qui suscite des *réactions projectives et transférentielles* puissantes. De par sa nature, elle invite le sujet à *lui présenter quelque chose et à se définir pour elle* : que voit-on lorsque l'on me regarde? La caméra le porte à ainsi mettre en évidence *son sens du soi fondamental.*

La grande puissance des rapports transférentiels engagés envers la caméra et le fait que le comportement de la personne devant la caméra traduise ses attentes face au regard de l'Autre donne à cet outil un potentiel intéressant comme générateur d'indices diagnostiques et comme catalyseur de processus thérapeutique dans un cadre de travail cohérent.

L'USAGE DE LA VIDÉO EN THÉRAPIE EXPRESSIVE¹

Nous tendons naturellement à considérer le produit fini comme étant l'objectif premier du processus de filmer. Et en effet, le travail thérapeutique en vidéothérapie s'est avant tout articulé sur la prémisse que les changements de perception de soi dérivent de la confrontation du client avec l'image (Hall, 1983). La vidéo a ainsi largement été utilisée pour enregistrer « la réalité objective » et susciter, par la confrontation avec la réalité, des prises de conscience et des modifications des comportements (Fryrear & Fleshman, 1981). Par exemple, des décrocheurs ont été confrontés à leurs comportements sociaux (Chin, Chin, Palombo, Palombo, Bannasch, & Cross, 1980), et des femmes à leur image

1. Pour une revue élargie sur l'usage de la vidéo en milieux cliniques, se référer à Fryrear et Fleshman (1981). *Videotherapy in mental health*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.

corporelle (Biggs, Rosen, & Summerfield, 1980; Gian, Orlandi, Boselli, & O'Donnell, 1999).

La vidéo a aussi été utilisée pour nourrir le processus thérapeutique créatif ancré dans une autre modalité. Par exemple, Dequine et Pearson-Davis (1983) faisaient visionner à leur groupe de jeunes leur travail d'improvisation théâtrale afin d'effectuer des changements à la production. En art-thérapie, Henley (1992) invitait des adultes avec des retards de développement à filmer ou à se laisser être filmés au cours d'activités diverses, afin que le visionnement des films produits stimulent la production d'art visuel. Paradis (1985) enregistra les mains de sa cliente en train de dessiner ainsi que le dialogue concourant, proposant le visionnement de l'enregistrement avant chaque rencontre pour provoquer des réactions affectives et des prises de conscience, et ainsi nourrir la continuité du processus art-thérapeutique. McNiff (1981) fit enregistrer virtuellement toutes ses sessions d'art-thérapie par un professionnel sur une période de cinq ans (1973-1978). Il fit du visionnement un rituel de clôture de chaque rencontre afin de réinterpréter le travail réalisé individuellement comme faisant partie du processus collectif et pour connecter les membres avec les expériences des autres (McNiff, 1982).

L'interaction avec la caméra a trouvé davantage d'intérêt du côté du psychodrame (Blatner, 1996) et de la dramathérapie (Landy, 1986; Petitti, 1989). Dans ces modalités, les thérapeutes se sont appuyés à la fois sur l'outil et sur l'image pour solliciter la projection. Par exemple, la caméra et l'image filmée pourraient toutes deux être désignées comme « partenaires » pour engager le client dans un dialogue créatif qui serait ensuite étudié, l'objectif étant d'élucider les transferts pour explorer les relations actuelles et les relations désirables. Dans ce cas, la projection est activement recherchée et peut être ciblée de façon précise pour orienter le travail; le thérapeute peut donner au client l'instruction d'appeler la caméra « je », « tu », « il » ou du nom d'une personne particulière (Landy, 1986). Certains thérapeutes ont créé des applications hybrides, en demandant par exemple à des patients de créer des masques représentant une partie inavouée d'eux-mêmes et en filmant les personnages masqués posant des questions auxquelles la personne non masquée répondrait à une rencontre ultérieure (Fryrear & Stephens, 1988).

Toutes ces applications, si elles diffèrent dans leurs objectifs et leurs méthodes, partagent néanmoins la particularité de s'appuyer sur le visionnement du matériel filmé pour générer une réponse et nourrir le processus thérapeutique. Il y a relativement peu d'instances où la vidéo est utilisée sans que l'on s'appuie sur l'enregistrement. Il y a bien ce cas où le thérapeute offrit la caméra sans spécifications particulières à de jeunes toxicomanes participant à un programme résidentiel (Reese, 1981).

Les jeunes ayant décidé de documenter visuellement leur quotidien respectif en visitant tous ensemble les milieux de vie des uns et des autres, ils devinrent si engagés dans les expériences des visites qu'ils en oublièrent de filmer. La caméra n'eut d'autre effet que celui de fournir un prétexte pour pénétrer dans les univers privés des membres du groupe et ne compta donc pas parmi les agents thérapeutiques comme tels. Pettiti (1989) utilisa la caméra de façon non directive et en mettant surtout une grande emphase sur le processus avec un groupe d'adolescents émotionnellement perturbés. Il rapporte l'évolution du rapport à la caméra de Brian, qui ressemble en plusieurs points au processus de Kevin. Brian se cantonna derrière la caméra et évita énergétiquement d'être filmé pendant les dix premières rencontres du groupe. Lorsqu'il accepta de venir devant la caméra, il se couvrit le visage dès qu'elle se mit à tourner. Ce n'est qu'après 13 rencontres que Brian réussit à être filmé sans essayer de se dissimuler. Pettiti attribue ces changements à son acclimatation à la technologie et à l'expérimentation de divers rôles plus ou moins actifs qui lui auraient donné la confiance de pouvoir créer un produit à son goût en se présentant devant la caméra (1989, p. 124). Néanmoins, Pettiti n'explore pas davantage l'intense inconfort de Brian devant la caméra, et si son travail est nettement ancré dans le processus, le film en demeure une partie intégrante.

En fait, très peu d'attention a été portée aux sentiments intenses soulevés par l'acte de se présenter devant une caméra, même si plusieurs thérapeutes ont témoigné que le fait de se présenter devant un téléobjectif peut susciter de fortes réactions émotionnelles (Cosden & Reynolds, 1982; Hall, 1983; McNiff, 1981; Pettiti, 1989). La littérature qui s'y est penchée reconnaît que la réaction du sujet à la caméra est en fonction directe avec l'image qu'il a de lui-même. La personne est inévitablement appelée à se demander ce que la caméra voit quand elle la regarde et à formuler mentalement une réponse basée sur la perception et l'appréciation qu'elle a d'elle-même. Hall (1983) explique :

Lorsqu'un sujet accepte de faire une session de photographie durant laquelle plusieurs clichés seront pris, il devient hyper-conscient de son apparence personnelle. Les défenses émotionnelles et les mécanismes de compensation de routine sont interrompus lorsque le sujet se demande ce que la caméra « va voir ». À cause de cette interruption, la définition cognitive du sujet concernant son apparence personnelle devient plus définitive dans sa conscience, et l'état affectif en résultant dépend du contenu de son discours intérieur. Certains sujets ressentent un état d'excitation positif et ont hâte de se présenter à la caméra. D'autres ressentent de l'anxiété parce qu'ils focalisent leur attention sur les aspects de leur apparence qui leur paraissent indésirables (Hall, 1983, p. 4, traduction de l'auteur).

McNiff (1981) remarque lui aussi que la personne filmée ressent un sentiment d'être magiquement « découverte ». Il écrit : « La réponse

émotionnelle de base que la plupart d'entre nous ont lorsque l'on s'engage avec une caméra vidéo, c'est l'impression que nous serons "vus" par les autres et par nous-même. Cette *anticipation* tend à soulever les polarités émotionnelles d'auto-dérision ou d'intérêt pour soi-même. Nous sommes soit attirés *vers l'écran*, comme Narcisse le fût face à son image-miroir, soit nous trouvons difficile de regarder notre comportement en face » (p. 80, traduction et mise en évidence de l'auteur).

Malheureusement, McNiff ne s'y arrête pas davantage, tournant rapidement son attention vers les réponses émotionnelles que le sujet peut avoir en voyant sa propre image. En fait, McNiff (1981) et Hall (1983) attribuent tous deux la montée d'émotion observée lors de la séance de tournage à l'anticipation (réaliste) qu'a la personne de se voir ou d'être vue *en image*, ce qui est prévu au programme. Ils s'intéressent donc peu au potentiel thérapeutique de cette rencontre avec le téléobjectif, s'appuyant plutôt sur le moment de confrontation avec l'image filmée pour travailler ces perceptions. Ce que ces auteurs ne savent peut-être pas, c'est qu'un sujet a ces réactions émotionnelles face à la caméra *même lorsque qu'il sait que les films ne seront pas visionnés*.

Peut-on penser que l'audience dont le sujet craint ainsi le regard est plus imaginaire que réelle? Et s'il ne s'agit plus de l'anticipation d'être vu en image, puisque cette image ne sera jamais visionnée, peut-il s'agir du sentiment d'être vu *dans son être*, au moment même du tournage? La rencontre avec la caméra, plutôt qu'avec le film, devient alors primordiale.

En empêchant la caméra de produire un film, on découvre sa deuxième nature, paradoxalement plus primale encore : celle d'être avant tout un œil. Un œil énorme, fixe. Mystérieux. Qui regarde. Qui voit. La caméra, c'est l'œil de l'Autre. L'Autre imaginé, nécessairement. Et comment imagine-t-on l'Autre? D'après la théorie des relations d'objet, on l'imagine à partir de que l'on a connu et généralisé.

LE RÔLE DE L'ŒIL DE L'AUTRE DANS LA CONSTRUCTION DU SENS DE SOI

La théorie des relations d'objet (de Winnicott) et la psychologie du Soi (*Self psychology*, de Kohut), partagent plusieurs points de vue et se complètent avantageusement. Toutes deux considèrent la pathologie comme le résultat d'un arrêt de développement plutôt que d'un conflit structurel intérieur, toutes deux mettent l'accent sur l'importance des premières relations dans la formation du sens de soi de l'individu et toutes deux donnent un rôle déterminant au regard de ces premiers Autres.

Winnicott a proposé que l'individu doit avoir internalisé l'expérience d'être « vu » pour gagner un sens de sa propre importance et pour pouvoir s'engager dans le monde comme agent indépendant. Le bébé qui n'obtient pas de réponse adéquate à ses demandes, comme si ce qu'il manifestait était invisible, devient réactif. Le monde est vu comme quelque chose auquel il doit se mouler et s'adapter, et il ne ressent aucune raison d'être qui lui soit propre. Ces individus opèrent à partir d'un « faux-Moi » : ils présentent une façade plaisante pour cacher un moi déprimé et négatif et obtenir l'approbation de l'autre (Winnicott, 1971).

L'œil maternel posé sur le bébé n'est pas objectif : il oscille sur un continuum allant du bienveillant à l'impitoyable. Par ses réactions subjectives, la mère reflète au bébé une image de lui-même, positive ou négative, qu'il internalise et à laquelle il tentera de se conformer pour préserver leur intimité. Kohut propose que l'enfant continue à construire son sens de lui-même durant toute sa petite enfance. Les démonstrations exhibitionnistes doivent rencontrer un regard d'approbation et d'admiration, ce que Kohut (1966) appelle « la lueur dans le regard de la mère » (traduction de l'auteur, cité dans Lachman-Chapin, 1987, p. 77) afin que l'exhibitionnisme et la grandiosité du Moi archaïque soient graduellement domptés et intégrés à la personnalité adulte. Si l'enfant souffre d'un traumatisme narcissique, le Moi grandiose ne se fond pas dans l'égo mais garde sa forme infantile et cherche perpétuellement la validation de sa grandiosité (Lachman-Chapin, 1987).

L'APPROCHE DES RELATIONS D'OBJET EN PSYCHOTHÉRAPIE

L'approche des relations d'objet considère la pathologie comme résultant d'un arrêt de développement dû à un échec relationnel et propose le lieu thérapeutique pour permettre une expérience corrective appuyée dans la relation entre thérapeute et sujet. Les manquements historiques des soignants originaux peuvent être « réparés » en permettant la projection des attributs de ces relations passées sur le thérapeute (transfert) sans leur faire subir les contradictions de la réalité. Le thérapeute répond comme l'aurait fait un bon parent : sans disparaître et sans contre-attaquer. En permettant d'une part à ces fantaisies de se développer, et en les défiant passivement d'autre part par une attitude d'acceptation inconditionnelle, le thérapeute facilite l'introjection d'un parent intérieur accueillant et apaisant.

La fonction de miroir bienveillant est donc aussi centrale chez le thérapeute qu'elle l'était chez la mère. Selon Winnicott : « La psychothérapie (...) c'est surtout (...) un dérivé complexe du visage qui reflète ce qu'il y a à voir. (...) Si j'accomplis cela adéquatement, le patient trouvera son propre soi, il sera en mesure d'exister et de se sentir vrai

(Winnicott, 1968, p. 117, cité dans Abram, 1996, p. 214). Si une pierre angulaire du travail thérapeutique consiste à offrir au client l'expérience réparatrice d'être vu, on peut déjà pressentir l'intérêt d'une caméra vidéo, œil tout puissant auquel la relation thérapeutique peut infuser une qualité bienveillante.

Le concept d'espace transitionnel fait référence à un espace mental qui fait le pont entre le monde intérieur et le monde extérieur en englobant à la fois la réalité et la non-réalité, et où le jeu devient possible. Winnicott devint convaincu que l'intervention thérapeutique devait prendre place dans un espace transitionnel qui permettrait à la personne de faire l'expérience de soi en l'absence d'un but, d'une forme prédéterminée. Là encore, on peut pressentir le potentiel thérapeutique de la caméra qui crée instantanément un espace à la fois vrai et non vrai. Les actions entreprises dans cet espace deviennent un mélange ambigu de réalité et de performance, la caméra invitant le sujet à se définir pour son regard tout en rendant cette révélation sans conséquence puisqu'il s'agit d'une fantaisie.

HISTOIRES DE CAS

Les deux enfants dont il est question furent vus individuellement en art-thérapie pour des rencontres hebdomadaire d'une heure pendant neuf mois, dans le cadre de leur participation à un programme de jour pour enfants avec troubles sévères de comportement. L'un, David, 9 ans, désiré et aimé, avait acquis un sens de compétence personnel et d'indépendance, un vrai Moi, qui pouvait se mettre au service d'une expérience réparatrice. L'autre, Kevin, mouton noir mal aimé, avait élaboré un faux-Moi réactif et baignait constamment dans une mer d'angoisse archaïque dans laquelle il surnageait avec peine. Le regard de la caméra allait être perçu comme nourrissant par le premier et meurtrier par le second, et allait servir de témoin et de propulseur dans leur processus thérapeutique respectif.

David

David, 9 ans, avait été suffisamment désiré pour que sa mère se soumette à une chirurgie pour permettre sa conception. Rien ne permettait de douter de la qualité des soins reçus alors qu'il était poupon, les choses s'étant plutôt gâtées graduellement dans le couple. La mère avait déserté le foyer alors que David avait quatre ans, ce qui le priva de parents idéalisés et de miroirs positifs pour lui refléter sa grandiosité de bambin en plein essor. Par ses explosions, David manifestait sa profonde douleur de vivre à répétition des déceptions causées par sa maman adorée qui demeurait désengagée et peu fiable.

Si David avait appris la méfiance, il devint immédiatement évident que, tout au fond de lui, il demeurait convaincu de mériter l'approbation. Dès nos premières rencontres, il rapprochait sa chaise de la mienne et offrait son travail à mon regard avec assurance, en s'attendant manifestement à des compliments. Ses œuvres évoquaient clairement son besoin d'affection et son sentiment d'abandon par rapport à une maman idéalisée et inaccessible d'une part (un ange sur un nuage qui regarde un enfant seul, en bas) et son sentiment d'être un joyau invisible de l'autre (par exemple, cette tarte au pomme d'argile « vraiment pleine de fruits, mais les gens pensent qu'il y en a juste un peu »). David s'engageait facilement dans la création, ponctuant son travail d'explications spontanées et relevant les défis techniques avec assurance, malgré une certaine absence de doigté. Répondant fortement à la lueur dans mon regard, David m'investit intensément.

C'est sur la base de ce lien positif que je lui demandai la permission de filmer une rencontre à des fins de supervision. Il acquiesça avec un sourire timide et radieux. Pour la caméra, il « performa » sa rencontre habituelle, c'est-à-dire qu'il se mit au travail comme d'habitude, un léger sourire jouant sur ses lèvres. Il me demanda au moins une douzaine de fois si j'étais sûre qu'« ils » (au pluriel) pouvaient le voir. Lorsque je l'invitai à venir lui-même vérifier le cadrage, il *zooma* de façon à ce que l'on ne voit que lui. Il approcha sa pièce terminée de la lentille avec un large sourire en expliquant méthodiquement sa démarche et s'assura que la caméra le suivait du regard alors qu'il allait ranger sa pièce dans l'armoire.

Pendant plusieurs semaines, David simula qu'il était l'hôte d'une sorte de programme de télévision qui avait pour cadre nos rencontres d'art-thérapie. Lui qui était habituellement réservé se métamorphosait en paon, fier et fat, sous l'œil de verre. Je m'effaçai complètement derrière la caméra. En effet, David me fit savoir qu'il souhaitait être seul en scène et que je n'avais pas le droit de lui parler durant sa performance (qui durait toute la rencontre). Mon rôle était de garder l'œil rivé au viseur et de m'assurer que la caméra ne le quittait jamais des yeux alors qu'il travaillait, accompagnant sa production artistique d'un commentaire en continu. Nourri par l'exclusivité de notre relation et validé au centuple par l'œil magique de la caméra, David se mit à faire des œuvres combinant une figure masculine et une figure féminine en extase fusionnelle, exprimant métaphoriquement que notre lien l'infusait du sentiment de perfection qu'il voyait en moi. Selon le schème développemental normal réactivé par la thérapie, David intégrerait graduellement ces idéalizations dans un nouveau sens de lui-même positif plus mature, il cesserait de rechercher la satisfaction de besoins narcissiques infantiles dans le regard de l'autre pour tirer satisfaction de ses propres actions.

Après plusieurs semaines d'immersion dans l'illusion qu'il avait créée, il cessa d'interagir avec la caméra, qu'il continua néanmoins de démarrer dès son arrivée. Il recommença à me parler, à investir notre relation directement. Ses manières devinrent plus matures, moins exhibitionnistes. Mais durant tout ce temps, la caméra regardait toujours, silencieusement. Même s'il m'investissait plus directement, David avait encore besoin de cet œil immense. Notre séparation durant les vacances de Noël l'éprouva durement. À son retour, il commenta que tout avait l'air différent. Il n'alluma pas la caméra, me demandant d'un ton accusateur : « Ne veux-tu pas filmer? » Ayant lui-même toujours été maître de l'outil, j'entendis dans sa question : « Ne veux-tu plus me voir? » Il est intéressant de remarquer que l'œil de la caméra demeurait donc étroitement associé au mien, étant autre et confondu tout à la fois. Il l'alluma lui-même, ce qui créa immédiatement l'impératif de s'y adresser d'une façon ou d'une autre. Ce changement de niveau de réalité, soudain et total, me sembla dissonant de l'interaction chargée et profonde que nous étions en train d'avoir. Nous étions au cœur de sa souffrance, de son sentiment d'abandon. La caméra me parut soudain intrusive et je me demandai mentalement si elle n'avait pas dépassé son utilité. David ressentit peut-être la même chose car il ne la ralluma plus. Il avait maintenant moins besoin d'une audience insubstantielle que de faire face aux sentiments perturbants provoqués par les vacances et qui soulevaient le spectre de notre séparation définitive, qu'il savait devoir se produire quatre mois plus tard. Il ne discuta pas de ses sentiments directement mais sembla mettre toute son attention à s'y préparer à travers son art. Quelques semaines avant la fin, David résolut symboliquement l'ambivalence de ses sentiments en construisant une petite maison et un gratte-ciel qui nous symbolisaient tous les deux. Il détruisit le gratte-ciel en s'exclamant : « Tu t'en va à la moulinette! », exprimant sa colère envers moi; nous reconstruisîmes chacun notre édifice. Il les attacha par un fil, qu'il déclara être de la dynamite dont le gratte-ciel possédait le détonateur : un lien pouvant être utilisé par le grand pour détruire le petit. Le gratte-ciel fit exploser la petite maison, que David reconstruisit à nouveau. Il les lia encore avec le fil et je lui demandai si cela allait encore exploser. Il me sourit en me disant : « Non, cela n'explosera plus. Peut-être dans deux cents ans, mais pas maintenant. Ce n'est plus de la dynamite, c'est un attachement. » Il avait exprimé sa peur et sa colère face au risque que je me désagrège ou que je le détruise en nous séparant. Et il avait résolu qu'après les dégâts, nous nous relèverions tous les deux, encore entiers, intacts et soudés par un lien affectif particulier. Les dernières semaines, il compléta ce qu'il avait à compléter en me parlant de sa fierté, de ses espoirs et de ses colères cachées durant la démarche, par exemple, lorsque j'avais acquiescé à la demande de son père de déguiser son identité si je produisais un vidéo éducatif, alors que David lui-même demandait à être vu dans toute sa gloire.

La caméra s'avéra donc un outil de travail extraordinaire pour David, en lui permettant « d'exprimer *sans honte* ses désir exhibitionnistes et grandioses non intégrés à la personnalité » (Lachman-Chapin, 1987, p. 91, traduction de l'auteur). L'allusion à une pseudo-audience multiplia sa validation par un nombre limité seulement par ses propres fantaisies et décupla l'effet de mon propre regard bienveillant qui, on l'a vu, demeurait inexorablement associé à l'œil magique. La caméra contribua à créer simultanément un effet de distance et de rapprochement, en soudant mon regard à lui tout en le rendant indirect, épaississant ainsi le voile de fantaisie et l'espace métaphorique lui permettant d'exprimer ses conflits intérieurs.

Kevin

Kevin, onze ans, avait, par sa seule conception, causé le départ de son père biologique. Cela pouvait-il avoir causé du ressentiment? Maman et bébé ne réussirent jamais à connecter. Sa maman le décrivit comme un bébé difficile, un « hurleur » qui buvait mieux lorsque allongé seul sur une couverture. Kevin fût ainsi très peu tenu et encore moins regardé avec bienveillance. Ses problèmes de comportements dataient de sa plus tendre enfance et n'avaient fait qu'empirer avec le temps. L'environnement familial demeurait inconsistant, les parents se montrant insensibles aux besoins des enfants et entretenant des attentes inappropriées à leur âge. Toute la famille évitait de manifester de la tristesse, y substituant plutôt de la colère.

L'art-thérapie non directive s'avéra très anxiogène pour Kevin. Il avait une soif profonde de validation et déployait beaucoup d'énergie pour m'impressionner, mais d'une façon toujours fautive, par exemple en me racontant des exploits artistiques invraisemblables (« J'ai construit une tour Eiffel de 4 mètres avec des millions de cure-dents »). Le cœur brûlé au troisième degré par des parents invalidants, Kevin n'osait pas me présenter autre chose qu'un enfant extraordinaire, convaincu qu'il était d'être fondamentalement pourri... La moindre faille à son image de garçon parfait (par exemple, une agrafe ne pénétrant pas le papier; de l'eau dégoûtant de l'éponge, de la pâte à modeler résistant à ses efforts de l'assouplir) le voyait perdre sa contenance et devenir douloureusement embarrassé, ce qu'il s'efforçait de cacher par du badinage. Et lorsqu'il réussissait réellement quelque chose, il le dépréciait, en évacuait le sens et la valeur et refoulait platement mes reflets bienveillants. Ce petit mouton noir, souffrant profondément de son image et n'osant pourtant pas s'en décoller, marchait ainsi sans joie au fil de ses journées, bardé de masques et étouffant sous le poids du défi de les maintenir en place. Et si il cherchait manifestement mon approbation, toute son attitude envers moi était cousue d'agression.

Winnicott a écrit : « Pour être créatif, une personne doit exister et avoir un sentiment d'exister, pas dans sa conscience, mais comme un endroit de base à partir duquel opérer. La créativité est l'acte qui émerge de l'être. » (1970, pp. 39-40, cité dans Abram, 1996, p. 111). Pas surprenant que Kevin ait eu de la difficulté à s'engager dans l'activité de création! Il tournait en rond, ne sachant jamais quoi faire et comment. Il était incapable de se détourner du regard du monde pour se tourner intérieurement vers lui-même. Il ne me quittait jamais des yeux. Étant habitué à mouler son comportement en fonction des attentes des autres, il était désorienté par l'ouverture de l'espace entre nous. L'acceptation inconditionnelle, pour lui, c'était un trou noir. L'art qu'il réussissait à produire était pauvre dans son esthétique et boîteux dans sa réalisation, ses difficultés d'assemblage dépassant nettement les défis réels posés par la pièce en cours. Il sabotait systématiquement mes efforts pour soutenir son succès (par exemple : « Peut être que la colle blanche fonctionnerait bien sur ce papier ») avec l'affirmation éteinte que « Non, ça ne marchera pas ». Le fait que son art était toujours voué à l'échec représentait fidèlement son sort à la maison, où il était voué au rejet sans égard à sa performance, ses écarts de conduite étant accueillis par ses parents comme une confirmation rassurante qu'il était bel et bien un enfant terrible.

Je désespérais de ne jamais rejoindre le vrai Kevin, qui me semblait si loin et oublié. C'est ce sentiment de surplace qui me motiva à lui offrir la caméra. Puisqu'il accordait beaucoup d'importance aux objets, je songeai qu'un tel jouet de luxe communiquerait peut être plus efficacement que la modeste lueur de mon regard le fait que je m'intéressais réellement à lui! Je lui offris la caméra strictement pour son propre plaisir (car la supervision lui aurait fait craindre un problème entre nous), en lui précisant d'emblée qu'il ne pourrait pas apporter la cassette à la maison pour préserver la confidentialité de nos rencontres, et que personne d'autre que nous ne verrait la cassette. Nous n'aurions pas de télévision à notre disposition, mais nous pourrions regarder l'enregistrement de façon muette, par le viseur.

Kevin accepta l'offre immédiatement mais réagit avec colère aux limites que je lui imposais (et qui lui enlevaient sa motivation de performance habituelle) avec une exclamation qui résume bien son faux-Moi au volant : « Mais je ne filmerais rien que je ne veux pas que les autres voient! ». L'absence d'autres réels, à séduire ou contre qui se protéger, invitait à nouveau son vrai-Moi à prendre la barre, ce qui le terrorisait. Néanmoins, attiré qu'il était par la caméra, il la saisit, vérifia qu'il pouvait effacer n'importe quelle partie qu'il n'aimait pas et la mit en marche.

Il posa sur moi le regard de la caméra, *zoomant* sur mon visage en ricanant, en proclamant son dégoût (« Yuck! ») et en scandant ma laideur en chanson (L-A-I-D-E, tu es laide, tu es laide!). Je me laissai être vue et condamnée avec placidité; il me demanda d'ouvrir la bouche et je lui demandai d'un ton blagueur s'il voyait mes caries, ce qui, symboliquement, représentait mes défauts cachés, honteux. Cela le fit s'esclaffer. Je lui demandai s'il se voyait dans la glace et il localisa son image. En ricanant toujours, il fit un autre tour rapide de la pièce et éteignit la caméra pour faire de l'art. Le tout dura tout au plus quatre minutes.

À l'attaque succédèrent un rapprochement et une détente inespérés. Il me demanda de me rapprocher pour voir un petit carré, tracé au feutre. Puis, pour la première fois, il explosa en un grand gribouillis libre. Il m'invita à peindre, m'apportant lui-même du papier et de la peinture, et attendit que j'ouvre le bal, ce que je fis en déclarant : « Je ne sais pas vraiment quoi peindre alors je vais juste jouer. » Au bout de quelques minutes, il était absorbé par ce qu'il faisait et ne me portait presque plus d'attention. Pour la première fois, il avait rejoint un espace intérieur personnel privé, s'abandonnant à l'absence de forme du processus créatif.

Par l'espace de fantaisie créé par la caméra et par sa médiation de notre relation, Kevin avait pu lancer une attaque frontale et projeter brutalement sur moi toute la laideur qu'il pensait lui-même porter. En survivant sereinement, je lui avais offert la preuve vivante que sa capacité destructrice était limitée, et que notre relation pouvait encaisser des coups sans que je ne l'attaque à mon tour. J'avais également incarné la séparation entre le sujet et le jugement de l'œil qui se pose dessus, lui reflétant, en quelque sorte, son propre caractère distinct de l'image négative qui lui était reflétée. Son inconscient avait bien compris que j'étais une vraie alliée. Il s'était alors approché pour la première fois et m'avait installée à ses côtés, non plus comme meneuse mais comme auxiliaire, pour dériver de ma présence le soutien nécessaire à la réalisation de sa propre entreprise artistique.

Dans les semaines qui suivirent, Kevin continua à chercher le rapprochement et commença à exprimer timidement son affection, toujours de façon indirecte. De critique, il devint graduellement magnanime face à mes performances comme assistante. Son art devint plus proche de son affect réel. Par exemple, il transperça une tête de styrofoam en disant que l'homme au visage souriant se sentait différent et voulait mourir. Cette représentation sensible de son Moi scindé, cachant la dépression sous un masque souriant, démontrait paradoxalement l'émergence du vrai-Moi devenant graduellement accessible comme observateur et agent de changement. Il commença à envisager un avenir comme informaticien.

Environ deux mois après la production de sa première vidéo, je lui demandai si nous pouvions filmer une de nos rencontres pour montrer mon travail à ma superviseure. Je le savais maintenant capable d'exprimer un malaise ou de refuser. Il accepta immédiatement. Je ne précisai rien d'autre sur la nature de la vidéo à produire. Kevin décida de rester derrière la caméra. Si ses défauts lui semblaient assez bien cachés sous sa politesse et ses efforts artistiques, il n'osait toujours pas se soumettre à son regard. Qu'un objet neutre et inanimé puisse catapulter ces projections fondamentales des relations primordiales avec tant de force n'est rien de moins que remarquable. Je déclarai que je ne savais pas trop quoi faire et il me rassura avec bienveillance en disant : « Tu n'a qu'à suivre ce qui se passe ». C'est ce que je fis, entrant dans un état d'hypersensibilité alors que j'essayais de capter ses intentions et ses réponses affectives de façon à agir comme son auxiliaire. Je me présentai à la caméra en déclarant que j'étais là avec mon ami Kevin – il agita une main devant l'objectif en disant « bonjour! » – et que nous nous rencontrions toutes les semaines pour faire de l'art, parler de sentiments et d'autres choses. Kevin me signifia qu'il voulait que je présente son art. Je montrai ses pièces une à une, en répétant avec précision ce qu'il en avait dit à l'époque et en faisant ressortir les efforts investis dans la réalisation de chacune. Je lui donnais ainsi le mérite, juste et réel, qu'il ne s'accordait pas lui-même. Notre connexion était intense, directe. Au-dessus de la caméra, nos regards se cherchaient constamment, moi, pour obtenir une direction et lui offrir ma conviction de sa valeur, lui, pour capter son image, me guider et m'encourager. Pour la première fois, je nous sentais clairement alliés. Il écoutait attentivement, les yeux rivés sur moi, oubliant d'être guindé, comme si le fait que je m'adresse à la caméra le libérait de l'obligation de réagir et lui permettait de voir et d'entendre l'image que je lui reflétais pourtant depuis le début de nos rencontres: un bon garçon, blessé et qui faisait des gros efforts. Kevin avait fait assez de progrès pour être réceptif à cette image, mais il demeurait incapable de l'assembler dans un tout. La caméra me permit de lui refléter le tout en une capsule condensée qui sembla atteindre sa cible de façon puissante. Cinq minutes avant la fin de la rencontre, il demanda : « Est-ce que je peux parler? Parce qu'il ne reste presque plus de temps... » Ma troisième oreille y entendit son vrai-Moi réclamant la parole avec urgence. Il se planta devant la caméra, devenant instantanément rigide et gauche, son regard devenant intense et incertain. Il déclara : « Bonjour, je m'appelle Kevin. J'aime venir ici! » et il se précipita hors du champ de vision de la caméra. Ce faisant, il utilisait lui aussi l'allusion à une audience autre pour me passer un message. Il me signifiait son attachement, un sentiment qu'il n'aurait pas pris le risque de divulguer dans un espace « réel », non protégé. Je crois que c'est le fait d'avoir pu « boire » entièrement sa nouvelle image qui lui donna le courage de se présenter à la caméra. Ce faisant, il endossait ses nouveaux habits et faisait une première tentative timide de sortir en public.

Un public imaginaire, soit, mais sécuritaire et qui écouta sans juger, validant ainsi ce premier risque.

Dans les sessions qui suivirent, Kevin fit d'importantes avancées en terme d'authenticité. Il cessa de déprécier son travail et commença à souligner lui-même ses vrais réussites, indiquant ainsi un déplacement de réponses archaïques et de mode de gratification infantile vers des structures d'ego adulte. Il développa une aise relative lors de l'inévitable période d'incertitude du début de chaque rencontre, se permettant de flâner avec les médiums en attendant un filon créatif. Il devint plus à l'aise d'exprimer ses sentiments et d'entendre mes reflets au sujet de ses comportements.

La fin de mon stage qui approchait mit durement à l'épreuve ses nouvelles coutures. Il se mit à quitter nos rencontres exactement cinq minutes avant la fin. Menacé par l'abandon que j'allais lui faire subir, il me désertait le premier, semaine après semaine. Il se disait fatigué, sans énergie. Il s'assoyait loin de moi mais de côté, comme pour me permettre de voir ce qu'il faisait, ou alors il me confiait une tâche parallèle comme pour maintenir une connexion pendant qu'il se plongeait dans son espace personnel. De se détourner n'était plus un geste hostile, comme cela l'avait déjà été. Simplement, Kevin avait besoin d'être seul avec ses émotions, et il devenait seul en ma présence. C'était un accomplissement extraordinaire. Il m'offrit une carte où figurait une petite créature songeant affectueusement à son copain (petits cœurs), démontrant qu'il avait, en quelque sorte, résolu sa difficulté d'unifier le bon et le mauvais, et qu'un objet aimé pouvait le demeurer même s'il désertait. Le signe le plus éloquent de ses avancées est sans doute sa capacité d'exprimer sa colère et son sentiment d'importance directement, verbalement et dans son art, sans honte ni violence. Les réponses archaïques étaient dépassées au profit de réponses matures.

Trois rencontres avant la fin, Kevin produisit une troisième et dernière vidéo à apporter chez lui. Il décida de présenter son art à nouveau mais cette fois, il le fit lui-même en désignant ses pièces favorites et en soulignant de façon appropriée les qualités propres à chacune. La caméra avait cessé d'être un œil critique. Auparavant terrorisé d'être découvert comme fondamentalement toxique, Kevin avait acquis assez d'assurance pour croire qu'il pouvait être vu sans être d'emblée condamné. Kevin réussit à exprimer authentiquement ses sentiments concernant la fin de nos rencontres. Il était triste mais présent; triste... mais vrai.

CONCLUSIONS

Le rôle que peut jouer la caméra dans une thérapie n'est pas singulier; il s'imbrique dans le flot organique d'une démarche déjà en cours, à

l'intérieur d'un cadre qui se doit d'être cohérent. Les histoires de cas illustrent que les changements dans la façon d'interagir avec la caméra mettent en évidence des dynamiques relationnelles documentées au dossier et déjà observables dans la production artistique et dans la relation au thérapeute, mais ils peuvent de surcroît en faciliter l'évolution si les conditions sont « mûres ». Les avancées permises par l'interaction avec la caméra deviennent à leur tour observables dans l'art et la relation thérapeutique, et ainsi vogue le bateau d'une expérience corrective non dirigée. La qualité d'interaction avec la caméra peut donc être à la fois un générateur d'indices diagnostiques, un marqueur de changement et un catalyseur de processus. J'ai suggéré que la caméra avait le potentiel de:

- 1) faciliter la création d'un espace transitionnel propice au jeu thérapeutique;
- 2) stimuler la communication entre thérapeute et enfant en invitant automatiquement l'expression, en créant simultanément une distance et un rapprochement et en interposant un interlocuteur pouvant servir de prétexte;
- 3) servir d'extension du thérapeute comme outil de projection et de validation;
- 4) offrir un pont symbolique entre le Moi émergeant en thérapie et sa manifestation publique.

Il est important de souligner les caractéristiques du cadre thérapeutique ayant permis une telle utilisation. L'espace transitionnel, cet incubateur de possibilités chevauchant la fantaisie et la réalité, est le lieu de guérison essentiel d'une thérapie d'approche psychodynamique. L'intégrité de cet espace métaphorique doit être protégée. Dans le cadre d'une telle approche, je suis d'avis que la vidéo produite devrait nécessairement être d'importance secondaire au profit du processus. De plus, il est crucial de réaliser que le film peut être dommageable s'il menace de dissiper le voile de fantaisie que la caméra a elle-même contribué à créer et qui est l'élément vital permettant le mouvement et le changement. De permettre à Kevin de visionner son enregistrement aurait possiblement interféré avec l'effet validant de la caméra. D'avoir à réagir à son image avant d'avoir introjecté un Moi bienveillant l'aurait probablement ébranlé dans ses nouvelles fondations et aurait réactivé le parent intérieur critique.

Si les projections faites sur la caméra étaient une reproduction purement historique des relations passées, sa présence ne ferait que souligner les dynamiques pathologiques. Or, les histoires de cas ont clairement montré que son utilisation pouvait provoquer des brèches salutaires pour le processus thérapeutique. D'attribuer un effet réparateur à l'œil de la caméra sans référer au thérapeute reviendrait à attribuer des pouvoirs magiques à une machine. La caméra acquiert sa capacité réparatrice en devenant une extension du thérapeute, en acquérant son regard bienveillant. À son tour, la caméra multiplie le potentiel réparateur du regard du thérapeute en y ajoutant une qualité d'omnipotence qui

recrée ce sentiment surréaliste qu'ont les tout petits enfants face à leurs parents défiés : maman et papa savent tout et voient tout, cette inéquité nourrissant directement la grandiosité de l'enfant qui se considère une extension de ces dieux bienveillants. Cette qualité à la relation parent-enfant est rapidement remplacée par une vision plus réaliste des adultes en général, et si un enfant de dix ans peut idéaliser un thérapeute, l'aura d'invincibilité dont il l'investit est facilement fissurée par la simple humanité de la personne en cause. Nous sommes trop semblables dans notre taille et nos habiletés physiques et cognitives. En réintroduisant cet élément d'omnipotence, en recréant cette distance magique entre l'enfant et son témoin, la caméra intensifie l'expérience de régression et son potentiel réparateur.

Pour terminer, rappelons encore que l'arrière-plan de ces nouvelles expériences avec la caméra demeure une alliance thérapeutique solide et un cadre de travail clairement défini. Avec de tels paramètres, la caméra vidéo peut contribuer significativement à un processus expressif et créatif sans que cela ne soit au détriment de la production d'art visuel et sans compromettre une approche non directive axée sur le processus.

RÉFÉRENCES

- Abram, J. (1996). *The language of Winnicott : A dictionary and guide to understanding his work*. London : Jason Aronson Inc.
- Biggs, S. J., Rosen B., & Summerfield, A. B. (1980). Videofeedback and personal attribution in anorexic, depressed and normal viewers. *British Journal of Medical Psychology*, 53(3), 249-254.
- Blatner, A. (1996). *Acting in* (3^e éd.). New York : Springer Publishing Company.
- Chin, R. J., Chin, M. M., Palombo, P., Palombo, C., Bannasch, G., & Cross, P. M. (1980). Project reachout : Building social skills through art and video. *The Arts in Psychotherapy*, 7, 281-284.
- Cosden, C., & Reynolds, D. (1982). Photography as therapy. *The Arts of Psychotherapy*, 9, 19-23.
- Dequine, E. R., & Pearson-Davis, S. (1983). Videotaped improvisational drama with emotionally disturbed adolescents : A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 10(1), 5-21.
- Fryrear, J. L., & Fleshman, B. (1981) (Éds). *Videotherapy in mental health*. Springfield : Charles C. Thomas.
- Fryrear, J. L., & Stephens, B.C. (1988). Group psychotherapy using masks and video to facilitate intrapersonal communication. *The Arts in Psychotherapy*, 15, 227-234.
- Gian, P. G., Orlandi, E., Boselli, P., & O'Donnell K. M. (1999). Body image assessed by a video distortion technique : The relationship between ideal and perceived body image and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 7(2), 121-128.
- Hall, D. G. (1983). Photography as a learning experience in self perception. *Phototherapy*, 3(3), 2-12.
- Henley, D. R. (1992). Therapeutic and aesthetic application of video with the developmentally disabled. *The Arts in Psychotherapy*, 18(5), 441-447.
- Hinz, L. D., & Ragsdell, V. (1990). Brief report : Using masks and video in group psychotherapy with bulimics. *The Arts in Psychotherapy*, 17(3), 259-262.
- Lachman-Chapin, M. (1987). A self psychology approach to art therapy. In J. Rubin (Éd.), *Approaches to art therapy*. Bristol : Brunner/Mazel.
- Landy, R. (1986). *Drama therapy : Concepts, theories and practices*. Springfield : Charles C. Thomas Publishers.

- McNiff, S. (1981). Video enactment in the expressive therapies. *Videotherapy in Mental Health*. Springfield, IL : Charles C. Thomas Publishers.
- McNiff, S. (1982) The arts in therapy : Bob Fleshman and Jerry Fryrear. *The Arts in Psychotherapy*, 9(1), 66-67.
- McNiff, S., & Cook, C. (1975). Video art therapy. *Art Psychotherapy*, 2(1), 55-63.
- Paradis, S. (1985). A case study of a substance abuser during an art therapy process incorporating video feedback component. Unpublished Masters Thesis in the Department of Art Education and Art Therapy, Concordia University, Montreal.
- Petitti, G. J. (1989). Video as an externalizing object in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 16(2), 121-125.
- Reese, C. C. (1981). Use of video and super 8 with drug-dependant adolescents. In J. L. Fryrear & R. Fleshman (Éds), *Videotherapy in mental health* (pp. 224-243). Springfield : Charles C. Thomas.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York : Basic Books.

RÉSUMÉ

L'objet de cet article est de proposer une utilisation de la caméra vidéo comme outil de projection dans le cadre d'une démarche d'art-thérapie d'approche psychodynamique. Le face-à-face avec cet œil magique provoque des réactions émotionnelles intenses qui mettent en évidence la perception qu'a le sujet de sa propre valeur. La caméra peut faciliter la création d'un espace transitionnel propice au jeu thérapeutique, stimuler la communication entre thérapeute et enfant et servir d'extension au thérapeute comme outil de projection et de validation. La qualité d'interaction avec la caméra peut être à la fois un générateur d'indices diagnostiques, un marqueur de changement et un catalyseur de processus.

MOTS CLÉS

caméra vidéo, projection, art-thérapie, relations d'objet

ABSTRACT

This article suggests that a video camera may be used as a projective tool within a non-directive art therapy process grounded in psychodynamic theory. Coming face-to-face with a video camera provokes intense emotional reactions which bring into focus the subject's fundamental sense of Self. The camera may facilitate the creation of a transitional space propitious to therapeutic play; it may stimulate child/therapist communication; and it may extend the therapist's reach by providing a projective as well as a validation tool. The quality of interaction with the camera can be useful to generate diagnostic information, to serve as a marker for change, and to propel the therapeutic process forward.

KEY WORDS

video camera, projection, art-therapy, object relations

**L'APPROCHE STUDIO LIBRE EN ONCOLOGIE : DESCRIPTION DE
L'ATELIER D'ART-THÉRAPIE OFFERT PAR MAURICE BRAULT À LA
FONDATION QUÉBÉCOISE DU CANCER**

**THE OPEN STUDIO APPROACH IN ONCOLOGY : A DESCRIPTION OF THE ART
THERAPY WORKSHOP OFFERED BY MAURICE BRAULT AT THE FONDATION
QUÉBÉCOISE DU CANCER**

Vanesa Piot

Université de Paris X (France)

Pierre Plante¹

Université du Québec à Montréal

INTRODUCTION

L'objet de cet article est de vous présenter l'approche en art-thérapie de Maurice Brault, en vous ouvrant les portes de son atelier en oncologie à Montréal. Nous avons choisi de vous faire découvrir le travail de cet homme, car il est l'un des pionniers de cette discipline au Québec, membre honorifique de l'Association des art-thérapeutes du Québec Inc. et garant d'une manière de pratiquer l'art-thérapie moins présente aujourd'hui, mais non moins importante, soit l'approche du studio libre.

Cet article se base sur une observation participative de l'approche d'une durée de sept mois. Pour appuyer notre propos, un questionnaire a été transmis à un échantillon représentatif de participants ayant bénéficié de l'atelier ($N = 35$) pour rendre compte des caractéristiques de la population fréquentant ce lieu ainsi que des effets thérapeutiques du cadre de l'atelier. Deux entrevues, de type non directif, ont aussi été réalisées. Des extraits provenant des entrevues et des questionnaires sont insérés dans l'article.

Dans un premier temps, nous donnerons les grandes lignes de l'histoire de l'approche du studio libre en art-thérapie. Nous préciserons en quoi les ateliers offerts par Maurice Brault s'inscrivent dans cette perspective en présentant le cadre de son atelier. Nous aborderons, sur un plan théorique, les effets attendus par de tels ateliers d'art-thérapie auprès de personnes atteintes du cancer, pour ensuite les comparer aux effets thérapeutiques tels que perçus par les participants à ces ateliers.

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, DS 4915 Pavillon J.-A.-DeSève, 320 Ste-Catherine Est, Montréal (QC), H2X 1L7. Téléphone : (514) 987-3000 poste 5066. Courriel : plante.p@uqam.ca

LE STUDIO LIBRE D'HIER À AUJOURD'HUI :
UN PARADIGME DIFFÉRENT ET UNE CONTRIBUTION AU
DÉVELOPPEMENT DE L'ART-THÉRAPIE AU QUÉBEC

L'approche du studio libre a joué un rôle déterminant dans le développement de l'art-thérapie (Hyland-Moon, 2002), et ce, autant sur le plan international qu'ici au Québec. Nous ne pouvons décrire l'avènement de ce modèle sans tenir compte de l'époque à laquelle il a émergé. Certes, comme le propose Klein (1997), nous devons tenir compte de l'influence des développements en psychanalyse, de l'influence de cette dernière sur les mouvements artistiques (notamment les surréalistes), mais dans le cas du studio libre, c'est surtout la jonction entre l'enseignement de l'art et la psychiatrie qu'il faut souligner. Au tournant du 20^e siècle, on s'intéresse de plus en plus à ce que l'on nomme « l'art des fous » (Klein, 1997; Prinzhorn, 1972), c'est-à-dire l'art réalisé par ces personnes malheureusement internées à long terme dans les asiles psychiatriques. Un mouvement artistique émergera même de cette rencontre, soit l'art brut. De ce bouillonnement d'idées se dégageront aussi de nouvelles façons de concevoir l'enseignement de l'art, une manière d'encourager une expression de soi plus authentique et créative. C'est aux États-Unis, à New York vers 1914, que nous pouvons identifier les traces d'une telle conception. La pionnière en art-thérapie, Margaret Naumburg, fondatrice de la Walden School, ainsi que sa sœur, Florence Cane, seront des figures marquantes du développement de l'art-thérapie. L'histoire tiendra compte aussi des travaux de Viktor Lowenfeld (Kramer, 1971), particulièrement sur le plan de l'enseignement de l'art. Tous pédagogues en art, ils avaient une vision avant-gardiste de la façon de l'enseigner. Ils favorisaient une approche non directive et voyaient en l'art un moyen de croissance personnelle. Pour Cane et Naumburg, ce type d'encadrement non verbal était favorable à une expression plus intuitive, inconsciente et authentique (Kramer, 1971). L'expression libre des élèves était donc encouragée pour stimuler leur créativité. À la fin des années trente, l'expertise se développe aussi en Angleterre par les travaux d'Adrian Hill et de son disciple, Edward Adamson. Ces derniers réaliseront, en milieu psychiatrique, des ateliers d'art-thérapie en groupe s'adressant à des soldats revenant traumatisés par la guerre (Hogan, 2001; Adamson, 1983). Au Canada, c'est au Québec, en 1957, que les balbutiements de l'art-thérapie se manifesteront. C'est d'ailleurs à Marie Revaï, artiste immigrante hongroise, que nous devons le titre de pionnière québécoise (Lamy, 2006). Revaï obtient un poste à titre d'artiste à l'Institut Allan Memorial de Montréal. Bien qu'elle soit *a priori* rattachée au département de la thérapie occupationnelle, elle découvrira très rapidement le pouvoir de l'art. À l'origine, ces ateliers d'art étaient, avant tout, utilisés à des fins occupationnelles (Lamy, 2006). Rapidement, cependant, elle découvre le potentiel thérapeutique des œuvres réalisées. À ses yeux, le matériel d'art ainsi que l'espace offert contribuent à une expression plus spontanée et

moins censurée des patients, à une vision de leur subjectivité qui n'est pas facilement accessible par les méthodes habituelles d'évaluation et d'intervention. Pour Revaï, les créations réalisées recèlent des manifestations du monde conscient et inconscient du patient, mais témoignent aussi de leur état physique et psychologique (Lamy, 2006). Revaï contribuera à plusieurs aspects qui propulseront l'établissement de l'art-thérapie, soit en faisant la promotion de la recherche, en contribuant à l'élaboration du tout premier programme de formation à Montréal, et non le moindre, et en participant à la création de l'Association américaine d'art-thérapie (AATA) (Lamy, 2006).

MAURICE BRAULT : LE PARCOURS D'UN PIONNIER EN ART-THÉRAPIE

Dans les années 50, Maurice Brault étudiait à l'École des beaux-arts de Montréal et a été profondément marqué par certains de ses enseignants qui, comme ceux d'Angleterre et des États-Unis, commençaient à proposer une approche non directive de l'enseignement de l'art. Ses professeurs, notamment Alfred Pellan et Irène Sénécal, le poussaient à se défaire de l'expression artistique traditionnelle pour expérimenter l'effet libérateur de nouvelles techniques. Par exemple, à la place du crayon graphite, les étudiants étaient encouragés à explorer non seulement des médiums tels que la gouache, l'encre, des pastels et le fusain mais aussi l'argile et la pâte à modeler. L'ouverture d'esprit de ces professeurs sur la créativité a permis à Maurice Brault de se défaire des préjugés de l'époque et l'a beaucoup influencé dans sa conviction que chacun a le potentiel de s'exprimer par le dessin.

Après avoir été diplômé, Maurice Brault parcourt l'Europe pour devenir orfèvre-joaillier. Des années de travail rigoureux dans plusieurs pays d'Europe feront accéder ses productions à une renommée internationale, grâce à leur caractère avant-gardiste pour l'époque. Cependant, à la suite de deux attaques à main armée de sa boutique de joaillerie, il décide de réorienter sa carrière et de se rapprocher de l'intervention sociale. De retour à Montréal, en 1974, il sera rapidement sollicité pour exercer les fonctions d'art-thérapeute auprès de personnes en difficulté, même si aucune formation n'est encore disponible à l'époque au Québec. Maurice Brault, au fil de ses rencontres [p. ex., Pierre A. Grégoire (psychologue et art-thérapeute)], sa formation en art (Alfred Pellan, Irène Sénécal) et ses influences théoriques (Herbert Read, John Dewey et Viktor Lowenfeld, entre autres), développera sa propre perspective de l'art-thérapie.

Ces influences artistiques l'ont convaincu de l'importance de compléter une formation aux Beaux-arts avant d'exercer cette profession. Ainsi, selon lui, il faut avant tout savoir être un pédagogue en art avant de commencer

sa pratique en art-thérapie. Une de ses amies de longue date, Monique Brière, formée elle-même aux Beaux-arts de Montréal et enseignante en art pour enfants, décrit ainsi Maurice Brault : « C'est un homme exceptionnellement sensible, ce qui ne s'apprend pas : cela fait partie de sa personnalité ». L'empreinte humaniste de Maurice Brault ajoutée à son approche ouverte sur la façon d'utiliser les arts sont les fondements de son intérêt pour les problèmes humains.

Il travaillera quelques années comme pédagogue en art à l'école François-Michel à Montréal, auprès d'enfants ayant une déficience intellectuelle et divers troubles socioaffectifs. Il sera grandement influencé à ce moment par l'approche de Louise Cimon-Annett (cofondatrice de l'Atelier le Fil d'Ariane en 1971). Puis, c'est comme art-thérapeute qu'il consacrera 11 années au Centre de réadaptation Lethbridge auprès de patients de tous âges ayant de lourds handicaps physiques en plus de troubles socioaffectifs divers, sous la direction de Marika Muller (directrice du département de psychologie de l'époque). Enfin, depuis 1996 maintenant, il propose un atelier d'art-thérapie en oncologie à la Fondation québécoise du cancer. Rappelons que Maurice Brault a reçu, en 1998, la médaille de l'Ordre du Canada.

LE STUDIO LIBRE : UN CADRE BIEN SPÉCIFIQUE DANS L'ÉVENTAIL DES SERVICES OFFERTS EN ART-THÉRAPIE

En nous appuyant sur les écrits de Sarah Deco (1998) et de Case et Daley (2004), nous définirons ici les grands principes associés à l'approche du studio libre en art-thérapie. Un atelier studio accueille un groupe ouvert, ce qui signifie que de nouveaux participants peuvent s'ajouter au fur et à mesure. Souvent ouvert plusieurs heures, cet atelier permet aux participants de rester aussi longtemps qu'ils le souhaitent. Le choix du thème de la création et des médiums relève de la personne (peinture, pastels, pâte à modeler, carton, encres, argile...). Le cadre de ce type de groupe se veut donc très souple et l'attitude de l'art-thérapeute non directive. En fait, il n'interviendra qu'à la demande du patient; de cette façon, la personne est autonome dans son processus de création. Le but recherché est d'accroître le sentiment de liberté de chacun et de permettre ainsi une expression plus spontanée des émotions. Dans un tel cadre, l'intervenant ne favorise pas nécessairement l'installation d'un cadre transférentiel, il jouera plutôt le rôle de cette personne bienveillante qui accueille l'autre et lui offre la possibilité d'accomplir un geste d'expression sans craindre un jugement. Encore aujourd'hui, des clients ayant participé à ce genre d'ateliers disent à quel point ces espaces étaient bien souvent le seul endroit où ils se permettaient d'être, un lieu où ils pouvaient exprimer librement leurs perceptions, leurs émotions, sans craindre d'être évalués ou, pire, réprimandés. L'intervention de groupe en

art-thérapie changera progressivement avec la venue de nouveaux besoins de la société, par exemple, les séjours écourtés en psychiatrie à la suite de la désinstitutionnalisation (Plante, 2005) et à l'arrivée de programmes faisant la promotion d'art-thérapeutes mieux formés sur le plan de l'intervention en santé mentale (Skaife & Huet, 1998). Cela dit, au Québec, par exemple, nous retrouvons plusieurs lieux où cette approche se pratique encore, notamment les Impatients de Montréal et la Fondation québécoise du cancer.

DESCRIPTION DU LIEU, DES PARTICIPANTS ET DE L'APPROCHE À L'INTERVENTION EN ART-THÉRAPIE TELLE QU'OFFERTE PAR MAURICE BRAULT À LA FONDATION QUÉBÉCOISE DU CANCER

Présentation du lieu

Cet atelier s'adresse à des personnes en traitement ou en rémission d'un cancer et est ouvert deux fois par semaine, le mercredi et le jeudi de 9h à 15h. L'atelier est situé en face de l'hôpital Notre-Dame où plusieurs participants suivent leurs traitements. Les personnes fréquentant l'atelier sont appelées « participants » et non « patients » pour éviter d'utiliser une appellation liée à la maladie.

La dimension sociale du groupe

L'atelier, de petite taille, peut accueillir un maximum de huit personnes. Habituellement, trois à cinq personnes sont présentes en même temps à l'atelier. Parfois personne ne se connaît ou bien il s'agit de personnes qui y viennent depuis longtemps. Dans tous les cas, ils partagent un problème commun, ce qui crée rapidement un sentiment d'appartenance. Cependant, les personnes sont à des stades variés de la maladie mais aussi de leur expérience. Ces rencontres sont donc l'occasion d'échange d'informations sur des traitements, des changements liés à la maladie (perte de cheveux, perte de poids, nausées) et à ses répercussions sur le plan social (chômage, gestion des craintes ou du rejet de la famille). Dans cette optique, l'art-thérapeute cherchera à faciliter les échanges dans le groupe pour accroître chez chacun le sentiment de faire partie d'une communauté.

Définition de l'approche

S'inscrivant très bien dans la philosophie encadrant l'approche dite de studio libre, Maurice Brault conçoit l'art en lui-même comme moteur de la thérapie. Ainsi, le premier objectif est de permettre aux participants, par leurs créations, d'accroître leur sentiment de liberté pour oser exprimer spontanément leurs émotions. Pour cette raison, il revient au participant de venir et de repartir quand il le souhaite, de choisir ses moyens d'expression, son thème de création et de décider s'il veut en parler ou pas.

La souplesse du cadre de cet atelier s'inscrit donc entièrement dans la continuité des premiers groupes studios.

Le matériel utilisé

Une grande diversité de matériel d'artiste est à la disposition des participants : gouache, aquarelle, peinture tactile, pâte à modeler, pastels secs et gras, gros pinceaux, éponges, encres de couleur, papier de soie, cartons, papier à dessiner de toutes dimensions. Maurice Brault conçoit que cela constitue une véritable stimulation favorisant une expression plus diversifiée des émotions. Un pan de mur entier est réservé à l'expression sur grand format.

Les différentes étapes du processus offertes aux participants

L'accueil

Une grande importance est accordée à ce que ce moment soit avant tout centré sur la personne en tant que telle et non sur les raisons qui la font venir dans ce lieu : il y a place à nommer la maladie et à s'exprimer spontanément à propos de celle-ci, mais cette décision appartient à la personne, et cette nuance est bien importante pour Maurice Brault. D'autre part, une musique douce joue toujours en sourdine pour deux raisons : attirer les curieux et permettre une détente pendant la création.

Le premier contact avec la toile

Convaincu que l'art est accessible à tous, en tant que moyen d'expression de soi, Maurice Brault a appris à contourner la première réticence de la personne en lui proposant des exercices de base afin de déverrouiller les blocages au niveau de la pensée. Le principe est simple : faire des formes simples comme des ronds en se servant de médiums faciles à utiliser et attrayants, comme le pastel ou la gouache. L'objectif est double : familiariser l'individu avec la couleur et l'aider à surmonter sa peur de la page blanche.

L'affichage

Lorsque le dessin est achevé, Maurice Brault propose de le mettre sur un trépied. Ceci pour deux raisons : avoir plus de recul sur ce qui a été créé et surtout valoriser l'expression de la personne. Aucune remarque ne sera faite sur l'aspect esthétique du dessin puisque l'objectif n'est pas d'être performant mais d'exprimer ses émotions au moyen des couleurs. D'autre part, et c'est crucial pour Maurice Brault, aucune interprétation de l'œuvre n'est faite, car elle serait nuisible à la démarche recherchée qui est de lâcher prise. Si la personne le souhaite, son dessin peut être affiché au mur. Le mur est ainsi parsemé de créations très différentes les unes des autres et remplacées au fur et à mesure. L'intérêt recherché est de créer

un sentiment d'appartenance au lieu et de créer pour le groupe une ambiance visuelle stimulant la créativité.

Symbole de son passage : signer et dater

Une fois que l'individu a fini sa création, il est invité à la signer (véritablement ou par un surnom) et à la dater. Le but est symbolique : en posant « son empreinte », c'est son passage à l'atelier qui est reconnu. M. Brault a remarqué que ce geste final sur la création est propice à faire émerger une idée nouvelle.

L'ouverture de l'atelier sur l'extérieur

Depuis le début de sa pratique en art-thérapie, Maurice Brault a toujours cherché à ne pas se couper des apports de l'extérieur. Ainsi, il a toujours été soucieux d'être en contact avec le milieu des arts et de la psychologie pour en faire bénéficier ses participants : des déjeuners sont organisés tous les mois, invitant une personne de l'extérieur à témoigner de son vécu par rapport au cancer ou un professionnel qui présente sa pratique (écrivain, artiste, psychologue). L'objectif est de montrer que l'expression de sa créativité dépasse les portes de l'atelier. À chacune de ces occasions, chaque participant est convié, qu'il suive de près ou de loin l'atelier. Ceci a pour but de maintenir un lien entre l'atelier et le participant que celui-ci continue de s'y présenter ou non. De cette façon, la dimension sociale de l'atelier est entretenue.

**CANCER ET ART-THÉRAPIE :
LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES ATTENDUS**

La littérature à ce sujet est intéressante. Bien que peu de recherches quantitatives appuient les données proposées pour le moment, l'analyse de textes provenant de plusieurs cliniciens témoigne d'une certaine récurrence dans les thématiques. Avant tout, il faut préciser que l'art-thérapie en oncologie, décrite ici en format studio, est une approche complémentaire aux traitements mis en place (Planchon, 2004). Sa contribution apparaît significative pour huit dimensions bien spécifiques, dimensions résumées au Tableau 1 et que nous présentons ici de manière plus détaillée.

1- Résonance affective par le soutien social. Le studio libre procure aux participants un espace où la rencontre des pairs comble un besoin social (Malchiodi, 2003) et où les créations et les échanges (verbaux et non verbaux) provoquent une résonance affective et une meilleure conscience de soi. Cette rencontre, avec les créations et la parole des autres, facilite la prise de conscience de sa propre expérience (Anand et

Tableau 1

Liste des effets thérapeutiques attendus par le recours au studio libre auprès d'une clientèle ayant le cancer

- | | |
|----|---|
| 1. | Résonance affective par le soutien social |
| 2. | Expérience holistique qui humanise les traitements |
| 3. | Partenariat accru entre le participant et l'équipe traitante |
| 4. | La richesse de l'art pour combler la limite expressive des mots |
| 5. | Baromètre de l'intégration des transformations du corps |
| 6. | Une évaluation constante de la situation du participant |
| 7. | Symboliser l'invisible par le recours à la créativité |
| 8. | Les effets apaisants de l'expression par l'art |

Anand, 1997). Cela dit, contrairement à d'autres activités de groupe, l'espace d'art-thérapie n'est pas *a priori* un lieu de socialisation ou encore un groupe qui cherche à normaliser l'expérience (Luzzato & Gabriel, 2000). Il s'agit avant tout d'un espace favorisant l'introspection, un lieu qui favorise l'émergence, consciente et inconsciente, d'une imagerie personnelle et symbolique. L'approche studio propose un espace où le participant se sent à l'aise de représenter, par la création, son expérience personnelle, qu'elle soit positive ou négative. Les échanges entre les participants dépendent alors des besoins des participants. Cela dit, même si le participant désire travailler en silence, les créations sont en soi des témoignages très puissants. L'important ici est de respecter le processus individuel de chacun (Luzzato & Gabriel, 2000). Borgmann (2002) souligne l'importance de ces ateliers d'art-thérapie pour cette clientèle, particulièrement dans les premiers mois suivant l'annonce du diagnostic de cancer et à l'amorce des premiers traitements. Les proches du participant, bien souvent très éprouvés par les événements, sont souvent peu disponibles à soutenir le participant sur le plan affectif.

2- *Expérience holistique qui humanise les traitements.* Comme le précise Tracy Council (2003), le studio libre est bien souvent le seul lieu où le participant se voit offrir par un membre de l'équipe traitante une expérience sensorielle (visuelle, sonore, olfactive, etc.) très différente des habituels médicaments et aiguilles. Cet ajout offre un réconfort favorable à l'investissement du patient dans le processus de traitement, un bienfait majeur surtout lorsque le participant est terrorisé par le milieu hospitalier, lorsque ce dernier perçoit l'espace comme étant hostile et envahissant. De plus, en complémentarité à l'ensemble des traitements qui ne visent bien souvent que la maladie et les symptômes spécifiques, le participant profite d'un espace où son expérience holistique est reçue, c'est-à-dire un espace empathique à l'expression de son expérience physique, psychologique et même spirituelle (Borgmann, 2002).

3- *Partenariat accru entre le participant et l'équipe traitante.* Dans un tel cadre, l'art-thérapeute joue donc un rôle important, favorisant l'humanisation des traitements offerts, encourageant ainsi le développement d'un lien de confiance entre le participant (patient) et l'équipe d'intervenants. Le milieu passe donc d'un espace où le participant a le sentiment de subir les traitements à un espace où, par la confiance développée, il devient collaborateur au processus. Ce changement majeur de perspective encourage non seulement le client à devenir partenaire dans le processus de traitement, mais il bonifie l'estime de soi et l'encourage à se responsabiliser.

4- *La richesse de l'art pour combler la limite expressive des mots.* Recevoir un diagnostic de cancer est en soi un événement traumatisant qui menace notre propre existence. Les mots, trop rationnels, ne suffisent pas pour exprimer tout le bouleversement interne que génère cette situation, alors que l'expression par l'art offrira au participant la possibilité de proposer une certaine organisation à ce chaos (Council, 2003; Malchiodi, 2003; Moon, 1994). Cette dimension est particulièrement aidante surtout lorsque le participant présente un déficit important de la communication (la connaissance de la langue, particulièrement en milieu multiculturel, Collie, 2006), ou encore à la suite de traitements subis (p. ex., laryngectomie) (Anand et Anand, 1997). L'expression par l'art puise sa richesse non seulement dans les sensations internes, mais aussi dans la perception qu'a le client de son monde externe (Luzzatto & Gabriel, 2000; Malchiodi, 2003). Le déséquilibre psychique que provoque le cancer dans la vie du participant peut atteindre la perception qu'il a de lui-même (confusion, culpabilité, faiblesse, etc.), ou encore affecter la confiance qu'il a vis-à-vis de son environnement. Un ensemble de créations, par exemple, où transparaît le sentiment de culpabilité, de blâme, peut laisser croire que le participant perçoit le cancer comme une punition méritée (Council, 2003). Le participant profitera alors d'explications lui permettant de mieux comprendre ce qu'est réellement le cancer. Maintenir le silence au sujet de cette distorsion interne n'aidera pas le participant à vivre moins d'angoisse ni à favoriser sa collaboration aux traitements. Créer un espace de dialogue libère la parole, les émotions, les images et les fantasmes (Douesnard, 2001). Le recours au studio libre crée donc un espace qui libère l'expression du monde interne, encourage le participant à découvrir de nouvelles perspectives en lien avec le cancer, et ce, par la présence de ses propres images, celles des autres participants, mais aussi par les échanges avec l'art-thérapeute.

5- *Baromètre de l'intégration des transformations du corps.* Selon Bass (1999), le cancer, les traitements de chimiothérapie et la chirurgie portent atteinte à l'intégrité physique. Ils provoquent des altérations parfois permanentes qui mettent à l'épreuve la représentation qu'a le participant

de son propre corps. Ces altérations peuvent être mineures et temporaires (perte d'appétit, courbatures, étourdissement, etc.) ou encore majeures comme la perte de cheveux ou encore l'amputation. Ces traitements auront des répercussions fort différentes selon les participants sur le plan individuel (l'âge, la fragilité psychologique, etc.), et sur le plan familial (la façon dont la famille réagira à ces changements) (Borgmann, 2002). Ces interventions modifient beaucoup la relation plaisir et déplaisir que le patient entretient vis-à-vis de son propre corps (Bass, 1999). En s'exprimant par le dessin, le participant expose bien souvent, de manière consciente et inconsciente, la représentation de son corps, et ce, de la façon dont il traitera l'organisation picturale par la taille, la forme des objets, etc. (Bass, 1999; Sami-Ali, 1974). Ces modifications, permanentes ou non, affectent la représentation qu'a le participant de son propre corps; l'art-thérapeute sensible à cette dimension peut être témoin du décalage entre la réalité et la représentation mentale qu'en a le participant, mais aussi témoin, lorsque conscient, de l'impact sur le plan affectif. Les créations plastiques deviennent alors des indicateurs précieux, permettant de saisir à quel point les transformations vécues sont intégrées ou non par le participant (Bass, 1999).

6- *Une évaluation constante de la situation du participant.* L'art-thérapeute, membre de l'équipe soignante, peut être témoin des stratégies qu'utilise le participant pour affronter cette crise (Anand & Anand, 1997). Est-ce que le participant, par exemple, aura recours à la consommation de drogues ou d'alcool? Par un regard sur l'ensemble des créations, le déroulement chronologique des œuvres, l'art-thérapeute est sensible à déceler la désorganisation de la personne, en demeurant témoin des signes liés à des troubles de personnalité ou encore à des symptômes liés à des psychopathologies plus sévères (Anand & Anand, 1997). À cette dimension, s'ajoute aussi la possibilité que le patient exprime par l'art ses besoins, ses désirs, des informations extrêmement utiles que l'art-thérapeute pourra partager, si nécessaire, avec l'équipe. Agir ainsi permet de maintenir une collaboration empathique de l'équipe envers le client. L'art-thérapeute peut donc suivre le participant pendant l'ensemble du processus, saisir les réactions psychologiques en lien avec la maladie et évaluer sa capacité à s'adapter aux déficits, aux pertes que provoquent les traitements subis (Councill, 2003).

7- *Symboliser l'invisible par le recours à la créativité.* Pour Councill (2003), l'art-thérapie permet de donner forme à l'informe car bien souvent, autant le cancer que les traitements subis, demeurent des dimensions invisibles et donc abstraites. Les créations réalisées dans un cadre de studio libre, autant par le participant que par les autres membres du groupe, donnent accès à des représentations fort différentes de cette maladie. Ces images permettent de symboliser l'expérience, d'user de

créativité, afin de transformer les sensations internes en formes externes sur lesquelles le participant peut agir. Le recours à cette pensée visuelle ouvre aussi de nouvelles perspectives d'espoir, aidant le participant à maintenir sa collaboration avec l'équipe soignante. Par le recours à ces créations, l'art-thérapie offre aux participants la possibilité de mieux intégrer l'expérience (Councill, 2003). Pour Cathy Malchiodi (2003), l'art-thérapie offre une forme d'*empowerment* personnel. L'acte de peindre, de dessiner, de construire, sont des expériences totalement différentes qui contrastent avec la perte de contrôle que procurent habituellement le cancer et les différents traitements.

Dans de telles circonstances, l'expression par l'art peut aider les individus à retrouver un sentiment de contrôle sur leur vie, en leur offrant un processus thérapeutique dans lequel ils sont actifs, un processus qui implique un niveau de liberté, la possibilité de choisir le médium qu'ils souhaitent utiliser, le choix du style et du sujet à réaliser. Ils peuvent jouer librement avec les couleurs, les lignes, les formes et les textures. Ils peuvent créer ce qu'ils veulent. Cette liberté de choix procure un sentiment d'autonomie et de dignité à un moment de la vie où tout semble hors de contrôle (traduction libre, Malchiodi, page 353, 2003).

Grâce à l'expression plastique, de nouvelles perspectives s'offrent aux participants. Dans un tel cadre, avec le recours à la créativité, l'art augmente le répertoire des mécanismes d'adaptation (Borgmann, 2002).

8- Les effets apaisants de l'expression par l'art. Selon Delue (1999), la réalisation artistique (dessin, peinture) est une activité qui peut réduire le stress, car elle introduit une dimension relaxante. L'usage de l'art implique une expérience sensorielle diversifiée (tactile, visuelle, kinesthésique) et des gestes répétitifs qui peuvent induire la détente et le bien-être (Malchiodi, 2003). Les recherches s'appuyant sur le biofeedback (Delue, 1999) démontrent que le dessin, telle la réalisation de mandalas, produit des effets mesurables de relaxation. Ceci est utile pour diminuer les expériences subjectives liées à la douleur et favorise l'augmentation de la coopération face aux procédures médicales (Councill, 2003). De plus, l'art-thérapeute, par sa formation en art, peut contribuer au développement d'une meilleure estime de soi, par une maîtrise accrue des différents médiums offerts, tout en stimulant le plaisir que procure leur usage (Borgmann, 2002).

MÉTHODE ET DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Une part de cette étude se fonde sur une observation participante de Vanesa Piot d'une durée de sept mois. Pour appuyer sa compréhension de l'expérience, un questionnaire a été fourni à un échantillon de participants de l'atelier ($N = 35$), pris au hasard. De plus, deux entrevues,

d'approche non directive, ont été réalisées. Nous avons pu constater que plus de femmes que d'hommes participent à l'atelier. Dans ce contexte, afin d'avoir un échantillon représentatif de cette différence, l'étude était composée de 26 femmes et 9 hommes. Les participants provenaient majoritairement de la région de Montréal. La durée de participation à l'atelier était très variée, allant de quelques rencontres à une participation de plus de cinq ans. La fréquence de la participation est à considérer. La plupart des participants se présentaient une à deux fois par semaine à l'atelier alors que les autres venaient de manière sporadique. Un peu plus de la moitié des participants avaient de près ou de loin un lien avec l'art (études, pratique antérieure) par opposition aux autres qui disaient n'avoir aucune expérience en art. Nous avons retrouvé une grande variété de types de cancer chez les participants. La plupart ont commencé à fréquenter l'atelier alors qu'ils connaissaient depuis moins de six mois leur diagnostic de cancer. Sur les 35 participants approchés pour cette étude, 23 suivaient des traitements pendant la période où ils ont participé à l'atelier. Les traitements subis étaient avant tout la radiothérapie et/ou la chimiothérapie (19/23) alors que les 4 autres participants étaient traités par l'hormonothérapie.

SYNTHÈSE DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES TELS QUE PERÇUS PAR LES PARTICIPANTS DE L'ATELIER OFFERT À LA FONDATION QUÉBÉCOISE DU CANCER

Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons, lorsqu'elles sont pertinentes, les mêmes catégories proposées par la revue de littérature.

1. *Résonance affective par le soutien social.* La plupart des participants expriment à quel point cet atelier comble un besoin de contact social. En fait, 29 des 35 participants mentionnent avoir tissé des liens d'amitié qui se vivent autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'atelier. Pour plusieurs d'entre eux, l'atelier leur permettait de sortir de l'isolement. De plus, les échanges entre les personnes et la présence des créations plastiques provoquent une résonance affective significative qui aide les participants à donner une signification à leur propre expérience, des rencontres qui facilitent la prise de conscience. Plusieurs participants, dans leurs mots, appuient cette dimension :

Les personnes et leurs histoires de cette expérience-là sont importantes pour arriver à bien comprendre la sienne et bien se situer à travers ses émotions et aller de l'avant.

On vit l'empathie, l'écoute, l'encouragement. Souvent les dessins des autres traduisent mieux ou nous font découvrir les émotions enfouies ou cadenassées et nous aident à approfondir notre démarche.

C'est enrichissant (...) on sait qu'on a quelque chose en commun, qu'il y a des jours où ça va bien et d'autres ... ça va plus mal ... il y a une certaine compassion pour l'être humain et la création s'ensuit.

Le fait de rencontrer des personnes qui sont passées par ces mêmes étapes dédramatise et diminue leurs angoisses. Une participante dit à ce propos :

La présence des autres est importante, car ils ne vivent pas les mêmes choses en même temps, ni de la même manière : ça amène à porter un nouveau regard sur sa propre expérience pour mieux s'en détacher.

En conclusion pour ce point, un participant résume bien cette expérience :

Je me sentais moins seul devant le cancer.

2. Expérience holistique qui humanise les traitements. Pour la plupart des participants, le système de soins hospitaliers est un milieu qu'ils ne connaissent pas. Le local d'art-thérapie devient alors ce refuge salubre, cet espace protégé sur lequel ils peuvent compter. Ainsi, le studio libre, la présence des autres et les activités réalisées humanisent leur séjour en milieu médical. Un espace qui remet la vie, l'espoir, en perspective. Quelques participants précisent cette expérience à leur façon :

(...) la liberté dans ce qu'on fait, d'être ce qu'on est, de revenir. C'était pour moi le refuge, l'endroit où tout est possible, là où il y a de la vie malgré la maladie.

L'accueil des autres participants, le sentiment d'encouragement que cela procure, on devient quelqu'un qu'on remarque en dehors de la maladie.

L'expression graphique favorisait une coupure avec l'anxiété et l'inquiétude à venir, le poids de la fatigue découlant des traitements. C'était une halte bienfaisante, transportait l'être dans un ailleurs, hors de sentiers de la maladie.

3. Collaboration accrue entre le participant et l'équipe traitante. À ce sujet, le fait que l'atelier ne soit pas situé à l'intérieur des murs de l'hôpital ne favorise pas le lien entre l'art-thérapeute, M. Brault, et l'équipe soignante. De plus, M. Brault ne souhaite pas connaître le dossier médical de chaque patient qui participe à l'atelier. Son approche est plutôt d'offrir un terrain d'expérimentation, un espace qui stimule la créativité de chacun, cela hors du cadre hospitalier et de tout ce qui s'y réfère. Sur le plan thérapeutique, l'effet recherché est le sentiment d'« évation de la maladie », dimension rapportée par plus de la moitié des participants d'ailleurs. Cela dit, même si cet aspect n'est pas favorisé par l'approche de

l'art-thérapeute, les clients décrivent comment les échanges entre les participants du groupe et la présence des créations plastiques contribuent à développer une meilleure compréhension du traitement, à démystifier le processus thérapeutique et ainsi à favoriser leur responsabilisation. À ce sujet, une participante précise :

On apprend sur les traitements, on est en contact, je trouve cela extrêmement enrichissant d'être en contact avec d'autres personnes qui ont cette maladie (...) on reçoit beaucoup, mais on a aussi envie de donner, d'aider et de rassurer.

De plus, il est possible de percevoir dans le discours des participants comment cet atelier permet de changer leur perspective, notamment pour celui qui, dans un contexte de maladie, se sent dépossédé de sa vie, de sa dignité. Alors, le studio libre lui offre la possibilité de se ressaisir, de reprendre un certain contrôle. À ce sujet, une participante mentionne :

Tu as tellement de contraintes, de rendez-vous, de pilules à prendre [...] tu es régie, mais avoir une activité par laquelle tu es attirée, c'est toi qui décides quand tu y vas et quand tu pars, sans être obligée d'interpréter : je pense que ce cadre-là pendant les traitements est extrêmement important.

4. La richesse de l'art pour combler la limite expressive des mots. Au cœur de cet atelier, il y a l'expression par l'art, la possibilité d'exprimer autrement l'expérience de la maladie. Bien souvent, les mots ne suffisent pas à bien représenter l'expérience vécue, tant sur le plan physique que psychologique. Les participants précisent d'ailleurs comment la matière, les couleurs, les formes « ... *permettent d'exprimer autrement – de l'ordre de l'inconscient – qu'avec des mots* ». L'art-thérapie est, en ce sens, un moyen pour eux d'exprimer par l'image l'inexprimable et ainsi se soulager du poids de la maladie.

J'ai fait un collage sur la mort après avoir soigneusement choisi (...) une cible noire. Dès que j'ai commencé à coller, mon obsession morbide s'est graduellement transformée en recherche esthétique. La cible noire s'est déplacée et mon angoisse a disparu.

5. Baromètre de l'intégration des transformations du corps. Ce concept n'est pas une dimension qui émerge des entrevues réalisées. Cet aspect, qui fait référence à une compréhension plus clinique du processus, ne s'est pas nécessairement manifesté lors des entrevues. De plus, M. Brault n'insiste pas sur ce point lors de l'intervention. Il préfère avant tout proposer un cadre et un refuge où le participant peut s'évader. Cela dit, si le sujet est évoqué par un participant, il guidera ce dernier vers une démarche de création appropriée. À ce propos, une participante a précisé

comment il pouvait y avoir concordance entre l'organisation spatiale de l'image, du corps de l'œuvre et son propre corps subissant les traitements.

Pour moi, je réalisais qu'en même temps qu'on dessinait sur mon corps les zones à irradier, moi je découvrais le dessin. Cette espèce de concordance dans le temps m'apparaissait comme une poésie. (...) Je me souviens que j'aimais l'odeur des stylos des techniciens en radiothérapie et que je « capotais » sur l'odeur de la gouache à l'atelier.

Pour le moment, nous ne pouvons conclure que cette dimension n'est pas présente. Nous croyons au contraire que l'approche préconisée pour cette recherche, particulièrement l'usage de questionnaires, n'a pas favorisé l'émergence d'un tel regard sur l'expérience vécue par les participants.

6. *Symboliser l'invisible par le recours à la créativité.* Les participants mentionnent qu'être confronté à l'idée d'une mort éventuelle est une expérience traumatisante qui engendre des émotions angoissantes, souvent difficiles à verbaliser. L'art-thérapie est, en ce sens, un moyen pour eux d'exprimer par l'image l'inexprimable et de se soulager du poids de la maladie. Nous avons vu que lorsqu'un participant est bloqué dans sa création, M. Brault n'intervient pas pour donner une solution, mais pour solliciter le potentiel créatif de la personne ou parfois obtenir l'appui du groupe. Chacun a l'occasion de s'exprimer; de cette façon, les ressources des participants sont mobilisées. De plus, cette capacité de renouer avec son potentiel créatif favorise l'estime de soi, la confiance qui est soutenue par l'art-thérapeute et les autres participants. Voici quelques commentaires qui viennent appuyer ces aspects :

[l'atelier] ... est un puissant stimulant pour créer.

J'ai senti une grande liberté, aucune pression, que les bienfaits de laisser aller mon imagination.

J'ai acquis un peu plus de confiance en moi, je m'ouvre plus facilement qu'au début et me considère privilégiée de fréquenter tous ceux qui viennent dans cet oasis de paix.

7. *La personnalité de l'art-thérapeute, l'approche non directive.* Tous les participants mentionnent l'importance de la personnalité du thérapeute, du sentiment d'acceptation qu'il procure, par son accueil, sa chaleur humaine, son écoute, sa disponibilité. M. Brault, s'inscrivant dans une approche non directive à l'intervention, évitera ainsi tout discours empreint d'interprétations. Pour les participants, cette façon d'être, de les recevoir, ce regard bienveillant et collaborateur de sa part, favorisent le développement d'une plus grande liberté d'expression, d'une plus grande confiance pour oser prendre le risque de s'exprimer, ne percevant pas

d'attentes spécifiques concernant le résultat de leurs œuvres. De nombreux commentaires viennent appuyer cette conception; en voici quatre plus spécifiques en lien avec la personnalité de M. Brault, le cadre offert et aussi l'absence d'un regard interprétatif.

L'ouverture de M. Brault, ses commentaires et ses encouragements m'ont aidé à trouver ma voie.

Il nous laissait la liberté de nous exprimer, il n'intervenait pas, il ne nous arrêtait pas, même quand on parlait de maladie.

Je ne vais surtout pas à l'atelier pour qu'on m'analyse, je sentirais qu'on s'attend à un résultat, à des confidences.

Le fait qu'il n'y ait pas eu d'interprétation m'a donné plus de confiance pour m'exprimer.

8. Les effets apaisants de l'expression par l'art. Chaque questionnaire et les deux témoignages rapportent que la souplesse du cadre fait éprouver un sentiment de liberté et d'évasion par rapport aux préoccupations liées à la maladie, et ce, dès la première visite à l'atelier. D'autre part, les participants expliquent que le processus de création les recentre sur le moment présent et les éloigne de leurs préoccupations. De nombreux participants appuient ce propos, puisant dans leur propre expérience :

Le moment où je dessine (...) tout le reste n'existe plus, dans le dessin j'oublie tout, parce que le corps, les épaules relâchent, tout devient merveilleux : y'a aucun danger à dessiner.

[l'atelier] ... mon évasion. Des moments où mes pensées et gestes étaient complètement absorbés par la couleur, par le dessin. Le papier devenait le buvard de mes émotions.

L'atelier est pour moi un lieu apaisant, réconfortant, enrichissant, qui me procure beaucoup de bonheur. Cet atelier me porte vers de nouveaux horizons.

Ça me permettait de vivre l'instant présent. Quand j'y participais, j'étais souvent dans ma bulle, j'oubliais mon quotidien, mes inquiétudes.

9. L'intégration des bienfaits du processus de création dans la routine de vie des participants. Le fait de s'approprier sa guérison est essentiel, car cela crée une motivation intrinsèque qui stimule la personne à étendre les bienfaits de l'atelier à l'extérieur, à soi, mais aussi à ses proches. À ce propos, le questionnaire met en évidence que la majorité des participants continuent de créer, de dessiner, même s'ils ne vont plus à l'atelier. Certains ont même aménagé leur domicile pour se refaire un espace de

création. D'autre part, certains participants se sont engagés dans des projets personnels en lien avec l'art-thérapie. Cela a donné lieu à la réalisation d'un film sur les vécus du cancer du sein, la mise en place d'une exposition de travaux personnels ou encore la mise en place d'un projet d'aller en France pour découvrir d'autres formes d'art-thérapie. Ainsi, une réelle continuité des effets de l'atelier se retrouve dans la vie des participants. Voici quelques points qui ajoutent à ce sujet :

J'ai libéré des craintes, des peurs. Je continue d'en faire chez moi car ça me détend.

J'ai semé le goût aux autres de produire des ateliers dans ma région, lors des groupes que je mets en place, j'inclus l'art et les gens aiment cela.

Pour une participante, l'art-thérapie a transformé le sens qu'elle donnait à son cancer :

Je le remercie, c'est un cadeau, ce qu'il m'a apporté, ce cancer, c'est extraordinaire, l'atelier d'art-thérapie m'a donné l'occasion d'être qui je suis.

DISCUSSION

Les réponses issues des questionnaires sont d'une similarité flagrante, et ce, même si la durée et la fréquence de participation sont très hétérogènes. Chacun dit avoir trouvé dans l'atelier un lieu d'évasion de la maladie, une réinsertion sociale à travers le groupe, une reprise de contrôle et de liberté sur sa vie et peut-être le plus important, une meilleure estime de soi globale dans une période difficile de la vie. Ces éléments rendent compte de la pertinence de cette approche qui s'adresse à des personnes qui résident pendant un temps limité dans un service d'hébergement de la Fondation québécoise du cancer et retournent après, pour la plupart, en région éloignée.

Comme le témoigne la Figure 1, il existe une grande similarité entre les effets généralement identifiés par la littérature et les effets tels que perçus par les participants. De plus, de nouveaux concepts ont émergé de l'échange avec les participants, en plus des dimensions proposées par la théorie. Tout d'abord, la situation de l'atelier, par le fait d'être isolé de l'équipe soignante, ne favorise pas le partage de lien entre M. Brault et les intervenants. De plus, il appert que ce n'est pas la philosophie d'intervention qu'il préconise. Ce dernier ne porte pas un regard évaluatif sur l'évolution psychologique des participants. Cette attitude laisse donc place à une autre façon d'être qui peut être perçue par les participants. Bien que nous puissions croire que l'une n'exclut pas l'autre, dans le cas

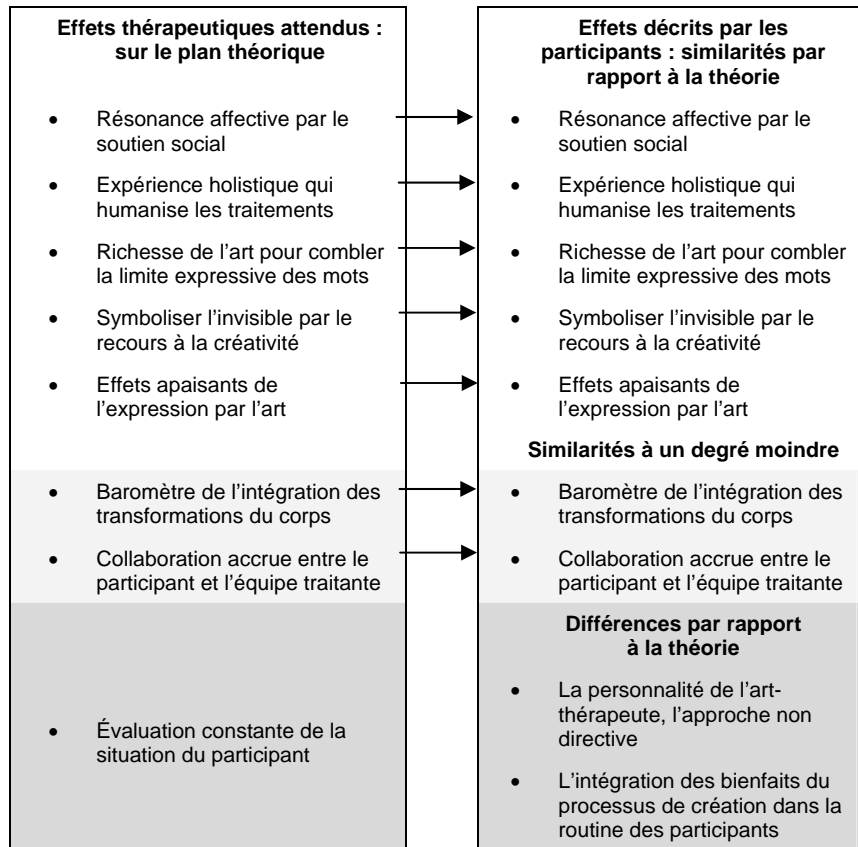


Figure 1. Comparaison entre les effets thérapeutiques attendus, reconnus par la littérature par rapport aux effets tels que décrits par les participants.

présent, les participants accordent une grande importance à l'attitude non directive et non évaluative (interprétative) de M. Brault. Pour eux, ce type d'encadrement répond à leur besoin, au désir de s'éloigner d'une perception « médicale » de leur existence. Ceci ajoute à la sensation « humanisante » que procure l'expérience de l'art.

Un ajout très important à souligner est « L'intégration des bienfaits du processus de création dans la routine de vie des participants ». Cet aspect est précieux, car il témoigne d'un réel changement dans le parcours de vie des participants, comme quoi une approche studio, ayant *a priori* l'apparence d'une approche occupationnelle pour le profane, s'avère au contraire tellement bénéfique pour les participants qu'ils désirent l'intégrer dans leur routine de vie. Une telle intégration témoigne de l'impact positif d'une telle expérience, du bien-être qu'une telle approche procure aux

participants. Changer la trajectoire d'un individu, modifier sa façon de vivre et de percevoir la vie, sont là des ingrédients qui témoignent de l'efficacité thérapeutique d'une telle approche.

Une dimension très importante de l'art-thérapie, soit la création comme « Baromètre de l'intégration des transformations du corps », n'a pu émerger des rencontres avec les participants. Comme précisé dans la présentation des résultats, nous ne pouvons affirmer que cette dimension n'a pas sa place. Nous croyons plutôt que, pour le moment, l'absence de commentaires à ce sujet de la part des participants reflète avant tout les limites de l'approche préconisée pour cette recherche. Cela dit, il serait certes pertinent de reproduire ce type de recherche lors de l'entrevue, en s'appuyant sur d'autres paramètres (entrevue qualitative plus soutenue, déroulement sur plusieurs rencontres), afin d'approfondir (vérifier) cette question.

CONCLUSION

Cet article nous a permis de mettre en lumière une facette bien particulière de l'art-thérapie, soit l'usage du studio libre. Sur les plans historique et théorique, sa contribution est immense et son influence indéniable. Ses pionniers ont largement contribué à forger l'identité propre des art-thérapeutes, ces psychothérapeutes qui maintiennent un bel équilibre entre l'expérience en art (artistes, enseignants de l'art) et la psychologie. Malheureusement, le changement de culture en psychiatrie et en psychologie a grandement entravé l'expansion de ce type de service, au détriment de groupes plus structurés et d'intervention individuelle. En effet, aujourd'hui, les lieux où s'offrent ces studio libres, sous la direction d'art-thérapeutes, ne sont que très peu nombreux au Québec. Pourtant, sous réserve des limites méthodologiques de cette recherche, qui se veut avant tout descriptive et exploratoire, il est possible de voir à quel point ce type d'atelier est nécessaire et à quel point il comble un besoin spécifique malheureusement peu considéré aujourd'hui.

Nous souhaitons remercier tous les participants qui ont accepté de participer à ce projet. Nous leur sommes très reconnaissants pour leur contribution. De plus, nous souhaitons longue vie à M. Brault, pour qui ce projet est l'accomplissement de l'expérience de toute une vie. Cet article se veut aussi un hommage à un homme exceptionnel. Ce dernier extrait d'un témoignage d'une participante résume bien l'ensemble de l'article proposé.

L'imaginaire se laisse aller totalement et peu importe le résultat auquel tu vas arriver, il y a une démarche de paix à l'intérieur de soi qui se place et s'il y a une erreur qui se crée à partir de l'erreur, on crée autre chose. Donc j'ai appris beaucoup, que dans la vie c'est ça, s'il t'arrive un pépin, à

partir de ça, tu peux peut-être choisir de nouvelles options auxquelles tu n'avais jamais pensé, de nouvelles ressources et tu crées à partir de quelque chose qui est peut-être moins agréable. Ça m'a beaucoup appris ça, parce que la tache sur un premier dessin, parfois c'est dérangeant. Tu as presque fini puis tu te dis : « ah! c'est gâché »; tu deviens insécure, mais au contraire quelqu'un va te dire : « mais si t'ajoutes ça ou ça », l'intervention des autres aussi vient te motiver et te donne une ressource, donc ça m'a appris à aller chercher des ressources, composer avec autre chose et puis de ne plus avoir peur de réaliser un dessin, ce sont des expériences. Dans le fond, l'art-thérapie, comme la vie, est une expérimentation.

RÉFÉRENCES

- Adamson, E. (1983). *Art as healing*. London, Coventure Ltd.
- Anand, S.A., & Anand, V.K. (1997). Art therapy with laryngectomy patients. *Art Therapy : Journal of the American Art Therapy Association*, 14(2), 109-117.
- Bass, H.-P. (1999). L'image du corps chez l'enfant atteint de leucémie. *Soins pédiatrie-puériculture*, 189, 9-10.
- Borgmann, E. (2002). Art therapy with three women diagnosed with cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 245-251.
- Case, C., & Dalley, T. (1992). *The handbook of art therapy*. New York : Routledge.
- Collie, K. (2006). Distance art groups for women with breast cancer : Guidelines and recommendation. *Supportive care in cancer*, 14(8), 849-858.
- Councill, T. (2003). Medical art therapy with children. In C.A. Malchiodi (Éd.), *Handbook of art therapy*. New York : Guilford Press.
- Deco, S. (1998). Return to the open studio group : Art therapy groups in acute psychiatry. In S. Skaife & V. Huet (Éds), *Art psychotherapy groups between pictures and words* (p. 88-109). London : Routledge.
- Delue, C. (1999). Physiological effects of creating mandalas. In C. Malchiodi (Éd.), *Medical art therapy with children* (pp. 33-49). Philadelphia : Jessica Kinglsey.
- Douesnard, S. (2001). Insoutenable deuil : réflexions sur l'approche du deuil et les pratiques auprès des enfants cancéreux. *Prisme*, 36, 34-43.
- Hogan, S (2001). *Healing arts : The history of art therapy*. London : Jessica Kingsley.
- Hyland-Moon, C. (2002). *Studio art therapy*. London : Jessica Kinglsey.
- Klein, J.-P. (1997). *L'art-thérapie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kramer, E. (1971). *Art as therapy with children*. New York : Schocken Books.
- Lamy, Y. (2006). *Marie Revaï : pionnière de l'art-thérapie au Québec*. Montréal : Centre d'apprentissage parallèle de Montréal.
- Lowenfeld, V. (1947). *Creative and mental growth*. New York : Macmillan.
- Luzzato, P., & Gabriel, B. (2000). The creative journey : A model for short term group art therapy with posttreatment cancer patients. *Art Therapy : Journal of the American Art Therapy Association*, 17(4), 265-269.
- Malchiodi, C.A. (2003). Using art therapy with medical support groups. In C. A. Malchiodi (Éd.) *Handbook of art therapy*. New York : Guilford Press.
- Moon, B. (1994). *Existential art therapy : The canvas mirror*. Springfield Il : Charles C. Thomas.
- Planchon, C.A. (2004). L'art-thérapie en cancérologie. *Revue francophone de psychoncologie*, 1, 33-38.
- Plante, P. (2005). *Élaboration et évaluation par l'approche phénoménologique d'un groupe d'art-thérapie s'adressant à des dyades et ayant pour objectif le renforcement du lien parent-enfant*. Thèse de doctorat inédite : Université du Québec à Montréal.
- Prinzhorn, H. (1972). *Artistry of the mentally ill*. New York : Springer-Verlan.
- Read, H. (1943). *Education through art*. London : Faber and Faber.
- Sami-Ali, M. (1974). *L'espace imaginaire*. Paris : Gallimard.

- Skaife, S., & Huet, V. (1998). *Art psychotherapy groups : Between pictures and words*. London : Routledge.
- Waller, D. (1991). Art therapy's roots in art education (p. 16-24). *Becoming a profession : The history of art therapy in Britain 1940-1982*. London and New York : Routledge.

RÉSUMÉ

Maurice Brault, un pionnier en art-thérapie au Québec, offre des ateliers depuis les années soixante-dix. Il œuvre à la Fondation québécoise du cancer depuis plus de douze ans où il propose un cadre qui s'inspire du studio libre, une approche importante ayant contribué au développement de l'art-thérapie. Cet article décrit le paradigme propre dans lequel s'inscrit cette approche, en offrant un bref regard historique et théorique du studio libre en art-thérapie. Y sont aussi exposés les bienfaits généralement reconnus par l'usage de l'art-thérapie auprès d'une clientèle en oncologie. Une description de l'atelier qu'offre M. Brault est proposée pour ensuite comparer les commentaires retenus de 35 participants à la revue de littérature. Cet article se veut aussi un hommage à cet homme au parcours singulier, membre honorifique de l'Association des art-thérapeutes du Québec.

MOTS CLÉS

art-thérapie, ateliers d'expression créatrice, studio libre, cancer

ABSTRACT

Maurice Brault, a pioneer in art therapy in Quebec, began organizing workshops in the seventies. He has been working at the Fondation québécoise du cancer for more than 12 years; there, he offers activities based on the open studio approach, which has played an important role in the development of art therapy. In this article, we describe this paradigm by providing a brief historical and theoretical overview of this framework. We also present the generally recognized benefits of art therapy applied to clients suffering from cancer. Following a description of the workshop offered by Mr. Brault, comments of 35 participants are compared to the literature in the field. Finally, his article is also a tribute to this singular man who is an honorary life-time member of the Association des art-thérapeutes du Québec.

KEY WORDS

art-therapy, visual arts, creative expression workshops, open studio, cancer

**DISSÉMINATION DES PROJETS D'EXPRESSION CRÉATRICE POUR
LES ENFANTS IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS. LE DÉFI DU TRANSFERT
DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES**

**DISSEMINATING CREATIVE EXPRESSION PROJECTS FOR IMMIGRANT AND
REGUGEE CHILDREN. THE CHALLENGE OF TRANSFERRING KNOWLEDGE AND
PRACTICES**

Anousheh Machouf¹

CSSS de la Montagne (Parc Extension)

Marie-France Gauthier

CSSS de la Montagne (Parc Extension)

Cécile Rousseau

CSSS de la Montagne (Parc Extension)

Maryse Benoit

Université de Sherbrooke

Les programmes d'expression créatrice dans les écoles sont d'une très grande utilité. Lorsque ces interventions sont menées par une équipe spécialisée d'ÉRIT², les coûts associés à celles-ci semblent poser des problèmes au système scolaire. ÉRIT a donc décidé de modifier les paradigmes de ses interventions, afin d'en assurer la continuité, en formant les enseignants et le personnel spécialisé des écoles.

L'objectif général du présent article est de présenter le processus de transfert des trois programmes d'expression créatrice dans des écoles pluriethniques du niveau primaire et secondaire. Les objectifs spécifiques sont les suivants : 1) analyser les outils de soutien permettant le transfert des programmes aux enseignants (formation, accompagnement-supervision), 2) décrire le processus d'implantation et identifier les éléments facilitant ou ceux faisant obstacle à l'implication des enseignants, ainsi que la modulation du processus d'accompagnement et de supervision en fonction de ces éléments et 3) décrire les dynamiques institutionnelles facilitant l'adoption de ces programmes pour les écoles.

Dans certains pays occidentaux, les services de santé mentale n'arrivent pas à répondre à l'ensemble des besoins des enfants et des adolescents, et ce, qu'ils appartiennent à la majorité ou à des minorités (Kataoka, Stein, Jaycox, Wong, Escudero, Tu *et al.*, 2003). Au Québec nous retrouvons cette même situation (Rousseau, Ammara, Baillargeon, Lenoir, & Roy, 2007). Certains auteurs considèrent que les écoles ont une position privilégiée pour pallier ces manques. Elles jouent un rôle central dans la promotion de la santé mentale en mettant en place des programmes encourageant l'estime de soi et la résilience, en mettant

1. Adresse de correspondance : Équipe de recherche et d'intervention transculturelles (ÉRIT), Équipe santé mentale jeunesse, CSSS de la Montagne (Parc Extension), 7085, rue Hutchison, local 204.2, Montréal (QC), H3N 1Y9. Téléphone : (514) 273-3800 poste 6585. Télécopieur : (514) 380-8147. Courriel : anousheh.machouf.dlm@ssss.gouv.qc.ca
2. Autres membres de l'ÉRIT participant aux interventions : Marc Mauduit, Alejandro Moran, Francine Nadeau et Tomas Sierra.

l'accent sur les forces et les réussites et surtout ne ciblant aucun jeune avec des problématiques spécifiques (Green, Howes, Waters, Maher, & Oberklaid, 2005). De plus, elles facilitent l'accès à des services en santé mentale (Hoover Stephan, Weist, Kataoka, Adelsheim, & Mills, 2007). Lieu de vie pour tous les enfants, l'école est aussi le miroir des forces et des tensions de la société qu'elle dessert. Les changements démographiques récents de la société québécoise ont transformé les populations scolaires et accentué le fossé entre les besoins de santé mentale identifiés au niveau des écoles et les services disponibles. Ainsi, dans la grande région montréalaise, environ 80 % des jeunes allophones fréquentaient une école de langue française en 2000-2001 et 33 % de ceux-ci parlaient une langue maternelle autre que le français ou l'anglais (Benes, 2001; Fasal, 2002). Il s'agit donc d'une population extrêmement hétérogène sur le plan culturel et quant à la diversité des expériences de vie avant la migration et durant le processus migratoire lui-même (Rousseau, Bagilishya, Heusch, Lacroix, 1999). Au Québec comme ailleurs, ces familles sous-utilisent les services de santé (Desmeules *et al.*, 2004; Laroche, 2000), dont ceux en santé mentale (Rousseau, Ammara, Baillargeon, Lenoir, & Roy, 2007). Cela pose un défi aux écoles et exige le développement de pratiques novatrices.

Les activités d'expression créatrice constituent un outil efficace pour travailler auprès des enfants immigrants, en premier lieu parce qu'elles permettent de contourner les barrières de la langue souvent présentes chez les nouveaux arrivants. Elles favorisent non seulement l'expression des expériences vécues, notamment les enjeux liés à la multiplicité des identités découlant du processus migratoire (Ballbe Ter Maat, 1997; Howard, 1991) ou encore à la discrimination raciale subie (Annoual, 1998), mais elles permettent également de donner un sens à ces expériences souvent traumatiques. Dans le cas des enfants réfugiés, les activités créatrices facilitent l'élaboration plus consciente des pertes multiples et des traumatismes, directs ou transmis de façon transgénérationnelle (Becker, Lira, Castillo, Gomez, & Kovalskys, 1990; Byers, 1996; Golub, 1989; Lykes & Farina, 1992; Miller & Billings, 1994; Rousseau & Guzder, 2008).

Depuis 15 ans, l'Équipe de recherche et d'intervention transculturelles (ÉRIT) a développé et évalué différents programmes qui misent sur la créativité pour soutenir les processus de transformation qui naissent de l'adversité à laquelle font face les jeunes immigrants. Ces programmes suscitent des pistes d'exploration et favorisent la création de liens entre les univers spatiaux-temporels découlant du processus migratoire ainsi que des multiples identités développées chez les jeunes immigrants et réfugiés (Lacroix, 2002; Rousseau, Singh, Lacroix, Bagilishya, Measham, 2004).

Un premier programme d'expression créatrice s'adresse aux enfants du primaire et utilise des contes et des mythes comme métaphores structurantes pour relancer ou favoriser le travail de l'imaginaire chez des enfants récemment arrivés au Québec (Rousseau, Lacroix, Bagilishya, Heusch, 2003). Un deuxième programme est conçu pour rejoindre les adolescents au moyen d'ateliers d'expression théâtrale (Rousseau, Gauthier, Lacroix, Moran, Viger Rojas, Alain *et al.*, 2005). Enfin, un troisième programme utilisant le jeu dans le sable a été développé pour favoriser l'expression des enfants du préscolaire (Lacroix, Rousseau, Gauthier, Singh, Giguère, & Lemzoudi, 2007).

Des essais randomisés indiquent que ces programmes sont associés à une atténuation (ou réduction), perçue par les jeunes (du secondaire) ou par les parents (d'enfants de la maternelle), de l'impact des symptômes d'intériorisation (comme les troubles du sommeil) ou d'extériorisation (comme l'agressivité) sur le quotidien des jeunes (Rousseau *et al.*, 2007; Rousseau, Benoit, Lacroix, & Gauthier, 2009). Les bénéfices les plus souvent rapportés de ces activités sont des améliorations en ce qui concerne l'estime de soi, l'expression des émotions, la résolution de problèmes et de conflits ainsi qu'une diminution des symptômes d'extériorisation et d'intériorisation chez les jeunes (Rousseau, Drapeau, Lacroix, Bagilishya, & Heusch, 2005). De plus, les enseignants qui ont participé aux activités rapportent avoir une meilleure compréhension de l'expérience pré-migratoire vécue par les enfants de la classe et par leur famille, ainsi qu'un changement de leur perception en ce qui a trait aux difficultés émotionnelles et comportementales de leurs élèves (Rousseau, Lacroix, Singh, Gauthier, & Benoit, 2005). Enfin, les résultats des études qualitatives, menées par l'ÉRIT, mettent en évidence une demande accrue pour ce type d'intervention, et ce, aussi bien de la part des enseignants que des directions d'école qui ont pu constater un changement positif chez les jeunes et dans les dynamiques des groupes qui ont participé aux ateliers. Le succès de ces programmes de prévention confirme la nécessité d'adapter culturellement et contextuellement des interventions en santé mentale, sans pour autant renoncer à les soumettre à une évaluation rigoureuse (Ngo, Langley, Kataoka, Nadeem, Escudero, & Stein, 2008). Ce succès soulève également de nouveaux défis dans la mesure où il s'agit maintenant de diffuser et de disséminer ces interventions (Graeff-Martins, Flament, Fayyad, Tyano, Jensen, & Rohde, 2008) et d'assurer leur pérennité (Buckelew, Yu, English, & Brindis, 2008).

Un des facteurs limitant la dissémination des programmes d'expression créatrice est lié à leur coût, étant donné qu'ils requièrent l'intervention d'équipes spécialisées. De plus, les demandes accrues de la part des milieux scolaires pour ces programmes font en sorte qu'il y a davantage d'ateliers à offrir, ce qui nécessite la participation d'un plus

grand nombre d'intervenants. Pour ces raisons, l'ÉRIT a mis sur pied un processus de transfert de ces programmes afin que les écoles se les approprient et puissent elles-mêmes les offrir. Ce processus implique la participation des enseignants et des intervenants scolaires qui maintiennent un contact direct avec les jeunes. Dans le but de faciliter ce transfert, l'ÉRIT a modifié ses trois programmes d'expression créatrice pour qu'ils puissent être totalement (en ce qui concerne les programmes préscolaire et primaire) ou partiellement (en ce qui concerne le programme du secondaire) dispensés par un enseignant et un intervenant scolaire ayant reçu une formation offerte par l'ÉRIT. Pendant deux ans (2008-2009), le processus de transfert des trois programmes, aux équipes scolaires – enseignants et intervenants spécialisés comme les travailleurs sociaux, orthopédagogues, psychoéducateurs, psychologues, éducateurs, etc. – a été expérimenté dans des écoles montréalaises.

DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Dans son travail auprès des jeunes immigrants et réfugiés, tel que mentionné ci-dessus, l'ÉRIT a développé plusieurs modes d'intervention, dont des programmes d'expression créatrice pour les écoles pluriethniques. Trois des programmes de l'ÉRIT ont été évalués, puis ont par la suite fait l'objet du processus de transfert à des enseignants et intervenants scolaires. Ces programmes sont les suivants.

Le Jeu dans le sable (niveau préscolaire)

Le Jeu dans le sable s'inspire de la technique thérapeutique du Jeu de sable qui se déroule dans des bacs avec du sable et des figurines que l'enfant choisit afin de représenter différents aspects de son univers ou de ses expériences. Le Jeu dans le sable permet à l'enfant de mettre en trois dimensions d'abord (dans le sable), puis en mots (en racontant une histoire inspirée de son jeu ou ce qu'il veut bien raconter), des émotions ou des situations. C'est au moyen du jeu que l'enfant peut transformer l'adversité qu'il représente et ainsi faire écho à son expérience, puis développer des stratégies de protection pour lui-même et pour ses proches et imaginer un monde autre, etc.

Art et contes (niveau primaire)

Dans ce projet en trois volets, les intervenants racontent d'abord des histoires de façon interactive et en co-construction (les jeunes proposent des éléments pour le récit). Aucun support visuel n'est offert afin d'encourager autrement le développement de l'imaginaire. À la suite de l'histoire, les jeunes dessinent librement (en lien ou non avec le conte), puis choisissent ou non de parler de leur dessin ou de raconter une histoire à partir de celui-ci. Au fil des semaines, les jeunes sont invités à imaginer un personnage qui voyage et qui suit un parcours migratoire,

pour ensuite, au dernier volet, raconter des histoires à la classe, histoires fournies par des membres de leur famille ou leur entourage.

Théâtre pluralité¹ (niveau secondaire) :

Lors de chaque atelier, les jeunes ainsi que tous les adultes participants se prêtent aux jeux et exercices théâtraux introductifs qui ont pour but de détendre l'atmosphère et de favoriser le développement de la cohésion (la dynamique) du groupe. Ces exercices permettent l'expression verbale et non verbale des émotions liées à des histoires uniques ou quotidiennes. Les jeunes et les adultes arrivent ainsi à créer un espace propice afin de raconter et de mettre en scène leur vécu tout en apprenant à se connaître, à se découvrir autrement les uns les autres et à explorer des scénarios alternatifs.

LES OUTILS DE SOUTIEN AU TRANSFERT

Formation

Les programmes élaborés et offerts par les membres de l'ÉRIT depuis ses débuts ont dû être modifiés afin de faciliter le transfert aux équipes scolaires. Ce transfert s'effectue au moyen d'une formation axée sur la pratique, préalable à l'intervention directe en classe. Les formations s'échelonnent sur six à dix-huit heures, à l'automne de chaque année scolaire, selon les divers programmes d'intervention et le niveau de connaissance de l'intervention par les professeurs. Lors des ateliers de formation, les enseignants et intervenants scolaires expérimentent directement ce que les jeunes auront à vivre. Cet apprentissage pratique amène rapidement les participants de l'équipe scolaire à entrer en contact avec leurs propres histoires personnelles et les émotions qui s'y rattachent, et leur permet d'échanger sur leur expérience. Pour chaque programme d'expression créatrice, un manuel de formation a été spécifiquement élaboré. Ces manuels sont aussi conçus pour être utilisés tout au long de chaque formation et lors des interventions.

La formation de l'équipe scolaire comprend deux volets. L'un, plus théorique, implique l'acquisition de connaissances liées aux stades de développement sensoriel, moteur, cognitif, affectif, moral et social de l'enfant, aux enjeux liés à la migration, ainsi qu'aux principes de l'intervention par les arts. L'autre volet de la formation est axé sur les pratiques et se consacre à la conception, à l'organisation et à l'animation des ateliers. Il offre des moyens concrets pour stimuler la créativité et

1. Le programme de théâtre de l'ÉRIT, dans sa version originale nommée Pluriel, incluait la participation de six intervenants : musicien, acteurs, dramathérapeute, art-thérapeute et psychologue. L'intervention avait une structure et des exercices différents. Pour les besoins de la dissémination, Pluriel a été transformé en Pluralité.

soutenir les jeunes au cours d'un processus qui devient un lieu d'échange sur leurs expériences.

La formation met l'accent sur la prise de conscience par les enseignants et les intervenants scolaires de la position de pouvoir qu'ils occupent, de leurs exigences et de leurs attentes envers eux-mêmes et envers les jeunes. Elle encourage l'équipe scolaire à créer un lien différent avec les jeunes, par son accueil, sa capacité à développer une position de non-jugement et sa propre résilience face aux récits de vie, parfois difficiles, révélés par les jeunes. Les enseignants travaillent aussi sur leur capacité à supporter le silence et à accepter «le vide, le rien, le laid» comme des formes d'expression importantes et signifiantes pour les jeunes. Le rôle de l'enseignant se modifie peu à peu pour devenir celui d'un contenant sécurisant, moins directif, qui stimule et reçoit l'expression créative des jeunes. Durant ces ateliers, il n'y a pas de souci de performance ou de résolution de problèmes.

De plus, la formation encourage l'introspection chez les enseignants et les intervenants scolaires. Elle leur permet de réfléchir aux diverses sources de tensions internes qui peuvent les accompagner et à la façon dont leurs réactions personnelles influencent leurs relations avec les jeunes, les adultes participants, ainsi qu'avec les formateurs de l'ÉRIT.

Manuel

Trois manuels de base ont été conçus pour aider à transmettre le contenu de chaque programme et à construire les ateliers. Les manuels incluent des sections sur le rationnel de l'intervention, les aspects développementaux des jeunes (cognitif, émotionnel) et les techniques associées à chaque programme d'intervention. Ces manuels consolident les notions abordées lors de la formation et offrent une possibilité pour les enseignants de réfléchir à leur pratique et à leur trajectoire personnelle et transgénérationnelle au moyen de questions qui leur sont directement adressées. Les manuels deviennent des outils de référence pour les enseignants qui ont suivi ou non la formation.

Accompagnement et supervision

Tel que mentionné ci-dessus, le processus de transfert en classe s'échelonne sur deux ans. Chaque année, à l'automne, une période de formation est donnée à l'équipe scolaire, ce qui permet d'offrir aux jeunes les ateliers lors du trimestre d'hiver. Ces ateliers se déroulent sur une période de douze semaines, à raison de soixante ou soixante-quinze minutes par semaine, selon le type d'intervention. Durant la première année de formation, l'équipe scolaire participe aux ateliers de façon active avec les jeunes, mais n'a pas la responsabilité de la conception ni du

déroulement des ateliers. Les enseignants et intervenants scolaires sont invités à proposer des activités, à diriger des sections d'atelier et à soutenir les jeunes dans l'expression de leur créativité et l'élaboration de leurs histoires racontées. Les formateurs de l'ÉRIT endossent alors un rôle de modèle et de soutien pour les enseignants et les intervenants scolaires. Lors de la deuxième année, les enseignants et intervenants scolaires sont invités à diriger eux-mêmes les ateliers en présence des formateurs. Ils sont alors responsables de la conception et du déroulement des ateliers. À ce moment, le rôle des formateurs est d'encourager et de soutenir la démarche des enseignants et des intervenants scolaires, de répondre à leurs questions et de suggérer des pistes de travail.

MÉTHODE

Le processus de transfert des programmes à l'équipe scolaire de trois écoles primaires et deux écoles secondaires de Montréal a été évalué de façon qualitative sur deux ans et dans 25 classes au total. L'évaluation qualitative est basée sur les observations participantes faites par les membres de l'ÉRIT et sur les échanges informels avec les enseignants et les intervenants scolaires après la formation et aussi au fil des douze semaines de l'intervention. Des groupes de discussion ont également eu lieu en milieu de parcours et à la fin des ateliers. Les observations ont été notées dans une grille d'analyse, par les intervenants de l'ÉRIT, après chaque atelier. Les thèmes abordés lors de ces échanges et ces rencontres se réfèrent au format des ateliers, au rôle des enseignants, à la participation des jeunes, aux techniques utilisées lors des ateliers, ainsi qu'aux modifications à leur apporter afin de les adapter aux dynamiques spécifiques de chaque groupe.

Les commentaires et l'analyse des grilles d'observations faits aux cours de la première année ont permis une reformulation du manuel pour Théâtre Pluralité et un ajustement de la formation pour ce programme. Durant la deuxième année, les interventions ont eu lieu dans quatorze classes et ont été simultanément évaluées de façon qualitative et quantitative. Seuls les résultats qualitatifs relatifs au processus de transfert des programmes aux enseignants et intervenants scolaires sont présentés dans cet article. Les résultats de la recherche quantitative feront l'objet d'un texte subséquent.

Une évaluation qualitative des ateliers par les jeunes a également été effectuée par l'intermédiaire de groupes de discussion qui ont eu lieu dans chaque classe à la fin de chaque série d'ateliers. Les thèmes abordés se réfèrent aux techniques créatrices utilisées lors des ateliers, à la participation des jeunes ainsi qu'aux suggestions qu'ils ont émises concernant le déroulement des ateliers. Les résultats de ces évaluations

ainsi que d'autres résultats qualitatifs relatifs à l'évaluation des ateliers seront communiqués dans un article ultérieur.

Les histoires et vignettes rapportées dans le présent article proviennent des observations mentionnées ci-dessus. Elles ont été modifiées pour préserver l'anonymat des enseignants et des jeunes.

RÉSULTATS

Les résultats seront présentés en trois parties selon qu'ils concernent (1) le processus de transfert des programmes d'expression créatrice ou, plus spécifiquement, la formation des équipes scolaires, (2) les éléments facilitant et ceux faisant obstacle à l'implication des enseignants, ainsi que la modulation du processus d'accompagnement et de supervision en fonction de ces éléments, soit l'intervention et (3) les dynamiques institutionnelles et personnelles facilitant l'adoption de ces programmes.

La formation

Les trois manuels, conçus pour permettre la transmission du rationnel des programmes d'intervention créatrice et les différentes techniques offertes lors des ateliers, sont surtout utilisés par les enseignants et les intervenants scolaires lors des formations et comme soutien pour structurer les ateliers. Ainsi, en ce qui concerne le manuel du programme Jeu dans le sable, il est peu utilisé lors de l'intervention en classe puisque la structure des ateliers est assez semblable de semaine en semaine. Selon les enseignants, le manuel offre une utilité principalement technique, par exemple pour identifier les types d'objets et de figurines devant servir pour l'organisation des jeux dans le sable, de même que pour la classification de ceux-ci par thème. L'équipe scolaire s'y réfère aussi pour puiser des idées de discussions thématiques à proposer aux enfants. Les thèmes proposés servent de tremplin à un échange et visent à faire émerger progressivement les sujets que les enseignants et les enfants veulent aborder.

Le manuel du programme Art et contes est utile au début de la formation et moins au cours de l'intervention. Cependant, la section des contes proposés en annexe est fréquemment consultée par les enseignants. Ces contes, qui abordent des contextes sociaux et culturels multiples, rejoignent parfois les origines ethniques des jeunes ou de leurs parents. Les enseignants sont encouragés par les formateurs de l'ÉRIT à développer une banque personnelle ou collective de contes de diverses origines.

Lors des ateliers de formation, les équipes scolaires manifestent souvent le désir de recevoir de l'information sur les techniques

d'interprétation des images créées par les enfants dans les bacs de sable, ou des dessins produits lors des ateliers Art et contes. Les manuels n'offrent pas ce genre d'information puisque l'objectif des interventions n'est pas directement thérapeutique. Il s'agit plutôt d'encourager les enseignants, à partir de la position qui est la leur, à offrir un espace d'expression aux jeunes, afin de mieux les comprendre, connaître leurs expériences de vie et saisir au fil des semaines l'évolution qui se dégage de leurs créations.

Enfin, le manuel Théâtre Pluralité est régulièrement utilisé par les enseignants pour structurer les ateliers et définir le type de jeux et de techniques théâtrales à inclure lors de la planification des ateliers. En général, les enseignants souhaitent ardemment pouvoir se référer à davantage de jeux et de techniques. Selon eux, la multiplicité des activités présentées dans ce manuel en fait un outil indispensable tout au long de l'intervention.

En référence aux trois programmes, les sessions de formation sont appréciées par les équipes scolaires pour leurs aspects techniques permettant l'acquisition de « nouvelles activités ». Cependant, certains aspects de l'intervention semblent s'intégrer plutôt au cours des ateliers, par l'intermédiaire du contact direct avec les jeunes, par l'observation des façons de faire et d'être des formateurs ainsi que par des pratiques supervisées. Ces aspects correspondent à la relation enseignants-jeunes et au changement de rôle des enseignants qui, dans le contexte des ateliers d'expression créatrice, doivent adopter davantage une position d'écoute, de disponibilité et de non-jugement plutôt qu'une position de gestion et de direction. Ces dimensions de l'intervention représentent un défi pour les enseignants, car elles leur demandent un changement de paradigme dans leur rôle avec les jeunes et dans les valeurs véhiculées par l'école.

Le fait d'expérimenter directement le processus de création lors de la formation permet aux enseignants d'imaginer ce que les enfants pourront vivre lors des ateliers. Certains enseignants qui, au début de la formation, sont plutôt perplexes par rapport à la pertinence des ateliers, s'étonnent de leur propre capacité à raconter et à partager avec leurs collègues des pages de leur vie, surtout en ce qui a trait à leur enfance. En voici quelques exemples :

1. Après avoir touché le sable, une enseignante se souvient d'un moment en famille, à la plage, dans son pays d'origine.
2. À partir d'une histoire racontée, une enseignante se rappelle de camps d'été dans son pays d'origine et des difficultés surmontées pour y avoir accès.

3. À la suite d'une improvisation théâtrale, une enseignante relate le souvenir d'une tempête de neige de son enfance qui avait transformé la ville en terrain de jeu et lui avait permis d'explorer son quartier en raquette (vignettes rapportées par les enseignantes durant les séances de formation des trois programmes de la première année).

Le processus de formation bouleverse souvent les attentes de l'équipe scolaire par rapport aux interventions, en ce qui a trait aux solutions à apporter aux problèmes vécus par les jeunes, mais aussi en ce qui concerne l'atteinte de résultats concrets par rapport aux difficultés rencontrées dans la classe de chaque participant (le respect, la discipline, la concentration, la dynamique du groupe, l'expression de la violence et les difficultés particulières des jeunes).

L'accompagnement-supervision est difficile à séparer clairement de l'intervention. En effet, nous constatons que si les retours réguliers après les ateliers servent à cimenter les liens entre les membres de l'équipe scolaire et ceux de l'ÉRIT, c'est surtout l'accompagnement continu, le «faire avec», qui permet à l'équipe scolaire de s'approprier et de maîtriser les principes de l'intervention.

Tout au long de la formation et de l'intervention, les membres de l'ÉRIT sont conscients de la position hiérarchique qu'entraîne le rôle de formateur, rappelant celui des enseignants en classe pour ce qui est du pouvoir implicite lié à la transmission des connaissances et au contrôle de la classe. Malgré cela, l'ÉRIT valorise la construction d'une relation horizontale, mettant à contribution les forces et les ressources des enseignants, afin de réduire cet écart hiérarchique et de développer chez ces derniers une meilleure capacité à mener les ateliers. La présence des formateurs est temporaire. Ceux-ci proposent de développer un nouveau regard chez l'enseignant, mais ne peuvent l'imposer. La supervision doit donc apporter un soutien aux enseignants dans ce changement de rôle, celui-ci étant indispensable à la création d'un espace sécurisant nécessaire au bon déroulement des ateliers d'expression créatrice. C'est ce qui permet aux jeunes d'établir une relation de confiance entre eux et avec les adultes présents et de partager leur vécu plus librement.

L'intervention

Dès la première année de l'intervention en classe, l'équipe scolaire se familiarise non seulement avec le processus des ateliers et les aspects techniques de ceux-ci (organisation, mise en place et conception), mais aussi avec les aspects relationnels de l'intervention se rapportant aux liens entre les différents acteurs impliqués (enseignants, jeunes, formateurs).

Le travail sur l'établissement d'un lien avec l'enfant peut prendre diverses formes : par exemple, lors des ateliers Jeu dans le sable, l'équipe scolaire a l'occasion d'observer l'impact que peut avoir le changement de la posture physique de l'adulte par rapport aux enfants (se placer au même niveau que les jeunes par exemple) sur le contenu partagé par ceux-ci.

Le rituel d'ouverture et de fermeture lors des ateliers Art et contes permet de concentrer l'attention du groupe sur le moment présent. Il implique une participation physique de la part des jeunes (mouvements et sons par exemple) et permet à l'enseignant d'expérimenter avec eux une co-construction rythmée et originale. Dans certains cas, ce rituel rassembleur provoque une certaine agitation chez les jeunes, rendant difficile la gestion de classe et dévoilant des zones de tensions, révélatrices de la dynamique de groupe. Lorsque c'est le cas, différentes solutions peuvent être explorées et l'expertise des enseignants dans la gestion de leur classe peut être mise à profit. Par exemple, à la suite de nombreux essais, une enseignante propose une forme utilisée en milieu scolaire pour le rituel d'ouverture : « Aujourd'hui, je propose qu'on passe le bâton de parole à celui qui veut proposer un mouvement et un son » (Vignette rapportée par une enseignante durant un atelier de Art et contes, deuxième année).

Dans le cas de Théâtre Pluralité, c'est plutôt l'aspect ludique du groupe qui émerge rapidement lors des jeux, et la solidarité qui s'y développe (entre les jeunes et aussi avec les adultes présents) qui surprend souvent les enseignants. La possibilité pour ceux-ci de se rapprocher des jeunes en jouant et en racontant leurs propres histoires modifie les liens préétablis.

L'accompagnement-supervision des enseignants lors des ateliers, pour les trois programmes, consiste à encourager une façon d'animer, d'écouter et de partager qui soit axée sur l'ouverture et l'absence de jugement plutôt que sur la performance et l'exactitude. Ainsi, lors des ateliers Jeu dans le sable, les enfants sont invités dans le cercle de partage à parler de leur famille, des personnes qui vivent avec eux dans la maison, du nombre de frères et de sœurs qu'ils ont, etc. Parfois, les réponses données par les enfants ne correspondent pas à leur réalité. Il est en effet important que l'enfant puisse exprimer ce qu'il ressent ou ce qu'il souhaiterait vivre. Ce mode de partage favorise la liberté de parole, la subjectivité de l'enfant ainsi que l'acceptation de ses sentiments et de ses désirs.

Lorsqu'on lui demande s'il a des frères et des sœurs, Carlo répond très rapidement qu'il y a deux autres garçons et qu'ils sont plus grands que lui. L'enseignante étonnée intervient en disant : « Mais il y a un nouveau bébé à la maison, non? ». Carlo la regarde en disant : « Non! ». L'enseignante

regarde les intervenantes avec étonnement et l'une d'elles dit : « Mais peut être qu'aujourd'hui Carlo n'a pas envie d'avoir un bébé à la maison ». Carlo espiègle, sourit (échange lors du cercle de partage d'un atelier Jeu dans le sable).

Le fait de pouvoir exprimer son besoin d'être unique ou son désir d'être le dernier de la famille apporte un nouvel élément de compréhension à l'enseignant qui connaît la réalité familiale de l'enfant, mais qui réalise aussi l'importance de permettre à l'enfant d'exprimer un désir sans être jugé. Cet exemple illustre la façon dont la pratique permet de corroborer et de rappeler le rationnel de l'intervention tout au long des ateliers.

Lors du troisième volet d'Art et contes, celui du «*souvenir*», les enseignants sont surpris de constater l'enthousiasme des jeunes face à ce volet. Ils sont parfois même étonnés par le récit des histoires et des contes rapportés par leurs élèves. Ainsi, à la suite d'une histoire racontée par une jeune adolescente, une enseignante a partagé une histoire très personnelle avec son groupe. L'enseignante a particulièrement apprécié cette séance, comme si un nouveau lien venait de se créer entre elle et ses élèves, lui permettant de parler d'un moment difficile de sa vie. Cet espace d'expression personnelle est aussi important pour l'enseignant que pour les élèves qui ont l'occasion de s'identifier à un adulte avec qui ils travaillent et de qui ils apprennent.

Pour les enseignants, assumer une nouvelle position d'écoute est souvent ce qui s'avère le plus difficile lors des ateliers. Transmettre un savoir, gérer et contrôler le comportement des élèves font partie des tâches quotidiennes de l'enseignant. Le passage à une position de réception et de participation avec les jeunes, qui implique de ne pas fournir trop rapidement des pistes de solution, exige l'acquisition de compétences nouvelles. Quelques fois, les enseignants peuvent être préoccupés par l'impact de ce changement de rôle sur les élèves, comme en témoigne les interrogations suivantes :

Pourront-ils comprendre que ma participation dans l'atelier, me plaçant dans une position d'échange plutôt que de contrôle, est spécifique à l'atelier et se limitera à celui-ci? Vont-ils me respecter par la suite? Accepteront-ils le retour à une relation plus hiérarchisée? Puis-je abandonner temporairement un certain pouvoir?

En plus du changement de position qu'expérimente l'enseignant, celui-ci prend part aux histoires des jeunes de sa classe et a accès à leurs émotions, leurs tensions et leurs conflits. Ces situations peuvent provoquer un certain malaise chez les enseignants. Ils avouent ne pas être outillés pour recevoir ce type d'échanges et réagissent parfois défensivement en démontrant une certaine fermeture aux récits des jeunes. Cette résistance

est renforcée et justifiée par le fait que le mandat des enseignants est d'abord et avant tout éducatif et pédagogique. Certains hésitent à ajouter à leur tâche, déjà très lourde, un rôle qu'ils qualifient d'intervenant social. Cependant, les jeunes ont besoin et envie d'être entendus, et répondre à ce besoin facilite leur apprentissage. Un équilibre est donc nécessaire afin de permettre le développement d'espaces d'expression sécurisants pour les jeunes, sans toutefois surcharger ou fragiliser les enseignants.

Les dynamiques institutionnelles et personnelles

L'appui des directions d'école est essentiel au bon fonctionnement de l'intervention. Cet appui se reflète dans la volonté de libérer les enseignants et les intervenants scolaires lors de la formation. L'ouverture et la reconnaissance que démontrent les directions d'école en ce qui a trait à l'implication de leurs enseignants dans les ateliers et au temps qu'ils doivent consacrer à leur planification soutiennent la motivation des enseignants.

Les ateliers d'expression créatrice demandent, de la part des enseignants, une ouverture à une autre façon de faire, mais également à une autre façon d'être avec les jeunes, pour laquelle ils n'ont pas ou peu été préparés lors de leur formation initiale. Malgré le défi que représentent ces nouveaux apprentissages, les équipes scolaires participantes ont toutes fait preuve d'une grande implication et d'une volonté à introduire une nouvelle façon de faire dans leur classe. Bien qu'elles aient un horaire et un programme chargés, elles ont toujours démontré beaucoup d'ouverture envers les intervenants de l'ÉRIT et à la mise sur pied des ateliers durant les périodes de classes.

Ce travail direct auprès des équipes scolaires a permis d'identifier trois catégories d'enseignants qui utilisent de façon distincte les ateliers.

Un premier groupe majoritaire d'enseignants se distingue par la créativité et l'autonomie de ceux-ci. À la suite de deux années de travail avec l'ÉRIT, ces enseignants sont en mesure de reproduire eux-mêmes les ateliers. Ils montrent une capacité d'innover, de créer des relations de proximité avec les jeunes et un intérêt marqué pour leurs créations et leurs histoires. Voici, à titre d'exemple, ce que dira une enseignante lors d'un atelier Jeu dans le sable : « Rahim utilise souvent la même voiture pour faire des accidents. Je comprends maintenant qu'il y a deux mois, lors de l'accident de voiture avec son père, il a dû avoir très peur pour le reproduire de semaine en semaine » (échange de l'enseignante avec l'ÉRIT lors d'un atelier de première année).

Cette enseignante, intéressée aux constructions d'images des enfants de sa classe, peut identifier des objets souvent utilisés par un même

enfant, se questionner sur ce fait, puis aborder ce sujet avec l'enfant. Elle est sensible aux « récits muets » et aux récits angoissants des enfants et peut apprécier, au fil des semaines, le processus initié par ceux-ci.

Une autre enseignante, ouverte et à l'aise dans le contact avec ses élèves, écoute le récit d'un jeune très timide, le valorise et l'encourage à poursuivre son histoire qui semble très simple. De ce fait, elle aide le jeune à donner un sens à ce qui semble ne pas en avoir.

Un troisième enseignant, qui reconnaît ses limites tout en étant capable de proximité avec les élèves, peut très bien osciller entre la position d'adulte soutenant et celle d'adulte empathique. Il est capable d'écouter les histoires difficiles des jeunes, sans être envahi par celles-ci. Il facilite l'intégration de l'expérience du jeune et lui permet d'élaborer un nouveau sens.

Un deuxième groupe d'enseignants bénéficie de la présence des intervenants de l'ÉRIT qui leur offrent un soutien leur permettant de continuer à assumer leurs nombreuses responsabilités. Ces enseignants sont intéressés par les interventions, mais ont avant tout besoin de moments de répit parce qu'ils sont en charge de classes particulièrement difficiles. Ils intègrent certains aspects de la méthode de travail et sont en mesure de mettre en place quelques éléments (activités ou techniques) inspirés des ateliers, comme en témoigne l'exemple qui suit.

Une enseignante qui éprouve de la fatigue prend une position d'observatrice au départ et s'implique peu à peu. Elle accepte même de jouer un personnage dans l'une des histoires racontées par les jeunes. Cette enseignante dit : « Je pourrais introduire certains exercices dans ma classe afin de dynamiser mon groupe lorsque les élèves seront "bloqués" et ainsi favoriser une meilleure dynamique de groupe » (échange d'une enseignante avec l'ÉRIT à la suite d'un atelier Pluralité de première année).

Finalement, un nombre limité d'enseignants sont déstabilisés par ces nouvelles interventions même s'ils souhaitent y participer. Pour ces enseignants, il est difficile de faire abstraction de la position hiérarchique qui existe entre eux et les étudiants, ainsi qu'entre eux et les intervenants de l'ÉRIT. Parfois réticents face aux interventions, ils sont néanmoins en mesure d'améliorer leur capacité d'écoute et sont parfois touchés par les interventions des jeunes. Dans ces cas, l'intervention aide l'enseignant à développer une certaine sensibilité aux préoccupations et aux difficultés que vivent les jeunes.

DISCUSSION

La transmission des ateliers aux intervenants scolaires implique pour les membres de l'ÉRIT un deuil de l'intervention « idéale », laquelle s'inspire de la culture des thérapies par les arts plutôt que de la culture éducative (Wengrower, 2001), ainsi qu'une révision de leurs attentes quant aux effets de l'intervention lorsque les ateliers sont menés par des enseignants et des intervenants scolaires spécialisés : travailleurs sociaux, orthopédagogues, psychoéducateurs, psychologues, éducateurs, etc. Des différences apparaissent en ce qui a trait aux liens créés entre les jeunes et les enseignants ainsi qu'aux thèmes abordés par les jeunes.

Par conséquent, afin que les ateliers d'expression créatrice procurent certains des effets recherchés chez les jeunes, il est nécessaire de créer un espace sécurisant puisqu'il s'agit d'un des éléments clés de l'intervention. C'est dans ce cadre que peuvent se développer l'empathie et la solidarité entre les jeunes, mais aussi entre eux et les adultes présents. Or, les ateliers impliquent, de la part des enseignants, un changement dans le rôle qu'ils exercent auprès de leurs élèves, ce qui par ailleurs, peut mettre un frein à leur ouverture à ces derniers, et leur demander de s'impliquer émotivement avec eux peut être parfois difficile. Ce changement de rôle exige une grande flexibilité de la part des enseignants. C'est pourquoi la présence d'intervenants externes à titre de soutien peut aider les enseignants à apprivoiser cette modification de rôle.

Une présence active, ouverte et rassurante de la part d'un enseignant transforme de façon durable la relation enseignant-élève. Le niveau de compréhension que l'enseignant développe par rapport au processus migratoire et/ou aux diverses situations rencontrées par les jeunes de sa classe favorise la création d'un sentiment de sécurité chez les jeunes puisqu'ils sont témoins d'une ouverture à la spécificité de leur expérience. L'enseignant, dans ce nouveau contexte relationnel, est ainsi en mesure de répondre plus adéquatement aux besoins des jeunes lorsqu'ils rencontrent des difficultés scolaires ou d'un autre ordre.

En présence de l'ÉRIT, les jeunes et l'équipe scolaire (des enseignants et des intervenants scolaires spécialisés) peuvent se permettre d'initier un nouveau mode relationnel avec les jeunes qui sera contenu par les intervenants externes de l'ÉRIT. Lorsque l'enseignant donnera les ateliers, seul ou avec un intervenant scolaire, il assumera à son tour une fonction de contenance en plus de sa position active dans les ateliers, ce qui augmentera la complexité de son rôle.

La participation des enseignants aux ateliers d'expression créatrice leur offre des outils permettant le développement d'un espace d'expression libre et non compétitif, ce qui transforme, par la suite, la dynamique de leur

classe. La création d'espaces ludiques favorise aussi l'investissement du milieu de vie qu'est l'école, tant pour les jeunes que les enseignants.

Pour ce qui est de la profondeur et de la gravité des thèmes abordés par les jeunes, la présence des intervenants de l'ÉRIT facilite souvent la possibilité d'aborder certains thèmes dans la mesure où le lien à l'intervenant externe est de courte durée et que ce que les jeunes expriment n'a aucune répercussion sur leur performance scolaire. Une certaine liberté s'installe ainsi entre les jeunes et les adultes qui ne représentent pas l'autorité scolaire. Cela facilite une expression plus directe et plus intense, moins soumise au regard de l'enseignant avec qui le jeune entretient un lien à plus long terme et avec qui il travaille dans un projet pédagogique. En l'absence d'intervenants externes, l'enseignant a accès à des thèmes moins compromettants de la part des jeunes. Cependant, en présence d'intervenants scolaires spécialisés et formés par l'ÉRIT, cette distance plus neutre et de non-jugement peut se rétablir et donner lieu à des échanges plus intimes et personnels.

CONCLUSION

Le transfert des programmes d'expression créatrice aux milieux scolaires facilite la dissémination de ces programmes dans les écoles multiethniques de Montréal, permettant ainsi à un plus grand nombre de jeunes de bénéficier de ce type d'intervention. Il est important de souligner que ces interventions sont préventives, qu'elles s'adressent à des groupes-classes et ne ciblent aucun jeune en particulier.

Pour faciliter le transfert en milieu scolaire, l'ÉRIT a dû apporter des modifications à ses programmes d'expression créatrice. Les membres de l'ÉRIT considèrent que le processus de transmission des ateliers aux enseignants et intervenants scolaires est très positif. Les ateliers Jeu dans le sable et Art et contes se sont avérés dès le départ plus faciles à transférer que les ateliers de Théâtre Pluralité, puisqu'ils requièrent moins de temps de formation et de préparation pour les enseignants. Les ateliers de Théâtre Pluralité demandent une plus grande préparation technique de la part des enseignants et sont plus complexes à maîtriser. Toutefois, le transfert de cet atelier est une réussite lorsqu'il existe, de la part de l'équipe scolaire, un intérêt pour le jeu, une capacité à intégrer un espace ludique et à affronter le ridicule. Il est important cependant que les équipes scolaires reçoivent un soutien continu, autant de la part de l'administration scolaire que de l'ÉRIT.

De plus, l'ÉRIT considère qu'un processus de transfert établi sur deux années permet aux enseignants de bien saisir le rationnel de l'intervention basé sur la création d'un espace sécurisant stimulant l'échange et le partage des expériences. Ce laps de temps permet également aux

enseignants d'appivoiser l'adoption d'une position différente avec les jeunes lors des ateliers et de trouver un équilibre dans la dualité de leur rôle. À la suite de cette période, les enseignants contrôlent mieux le processus de chaque atelier; ils sont plus à l'aise d'exprimer leur créativité et font preuve d'une plus grande spontanéité. Enfin, ayant développé une écoute différente, ils sont en mesure d'accueillir les récits de leurs élèves et de les soutenir dans leur expression.

À la suite de cette expérience de transfert des connaissances et des pratiques, il semble que la présence d'intervenants scolaires spécialisés tels les travailleurs sociaux, les orthopédagogues, les psychoéducateurs, les psychologues, les éducateurs, etc., qui assistent les enseignants, peut aider à introduire un changement de rôle chez l'enseignant et lui permettre de mener à bien ces ateliers.

Ce changement de paradigme dans le rapport de l'équipe scolaire avec les jeunes favorise l'ouverture d'un espace d'écoute et d'expression, indispensable à la réalisation des ateliers. Cette transformation permet aux jeunes, provenant de milieux culturels différents et ayant des expériences migratoires complexes, de mieux s'adapter au milieu scolaire, tout en leur offrant la possibilité d'exprimer et d'intégrer des expériences de vie qui ont parfois été très difficiles. Pour les enseignants et l'équipe scolaire, ces ateliers leur permettent d'avoir un regard différent et stimulant sur leurs élèves tout en favorisant leur propre créativité.

RÉFÉRENCES

- Annual, P. C. (1998). Art therapy and the concept of blackness. In A. R. Hiscox & A. C. Calisch (Éds), *Tapestry of cultural issues in art therapy* (pp. 13-23). London, Philadelphia : Jessica Kingsley publishers Ltd.
- Ballbe Ter Maat, M. (1997). A group art therapy experience for immigrant adolescents. *American Journal of Art Therapy*, 36(August), 11-19.
- Becker, D., Lira, E., Castillo, M. I., Gomez, E., & Kovalskys, J. (1990). Therapy with victims of political repression in Chile : The challenge of social reparation. *Journal of Social Issues*, 46(3), 133-149.
- Benes, M.-F. (2001). *L'intégration des jeunes immigrants et immigrantes à l'école québécoise*. Conférence présentée à la conférence de travail bilatérale Québec-Catalogne « Diversité culturelle, identité et langue : le rôle de l'éducation ». Catalogne.
- Buckelew, S. M., Yu, J., English, A., & Brindis, C. D. (2008). Innovations in preventive mental health care services for adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 519-525.
- Byers, J. (1996). Children of the stones : Art therapy interventions in the West Bank an Gaza. *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 13(4), 238-243.
- Desmeules, M., Gold, J., Kazanjian, A., Manuel, D., Payne, J., Vissandee, B. et al. (2004). New approaches to immigrant health assessment. *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), 122-126.
- Fasal, K. (2002). Profils d'acculturation d'élèves issus de l'immigration récente à Montréal. *Revue des sciences de l'éducation*, 28(1), 171-190.
- Golub, D. (1989). Cross-cultural dimensions of art psychotherapy : Cambodian survivors of war trauma. In H. Wadeson, J. Durkin, & D. Perach (Éds), *Advances in art therapy* (pp. 5-42). New York : Wiley.

Dissémination des projets d'expression créatrice

- Graeff-Martins, A. S., Flament, M. F., Fayyad, J., Tyano, S., Jensen, P., & Rohde, L. A. (2008). Diffusion of efficacious interventions for children and adolescents with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 335-352.
- Green, J., Howes, F., Waters, E., Maher, E., & Oberklaid, F. (2005). Promoting the social and emotional health of primary school-aged children : Reviewing the evidence base for school-based interventions. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7(3), 30-36.
- Hoover Stephan, S., Weist, M. D., Kataoka, S., Adelsheim, S., & Mills, C. (2007). Transformation of children's mental health services : The role of school mental health. *Psychiatric services*, 58(10), 1330-1338.
- Howard, G. S. (1991). A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- Kataoka, S. H., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W. *et al.* (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 311-318.
- Lacroix, L. (2002). Créativité sensorielle par l'utilisation du jeu de sable en art-thérapie. *Prisme*, 37, 32-45.
- Lacroix, L., Rousseau, C., Gauthier, M.-F., Singh, A., Giguère, N., & Lemzoudi, Y. (2007). Immigrant and refugee preschoolers' sandplay representations of tsunamis. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 99-113.
- Laroche, M. (2000). Health status and health services utilisation of Canada's immigrant and non-immigrant populations. *Canadian Public Policy*, 26(1), 51-73.
- Lykes, M. B., & Farina, J. J. (1992). *Niños y violencia política. Dossiers bibliograficos en salud mental y derechos humanos*. Buenos Aires : Editado por Centró de Documentación.
- Miller, K. E., & Billings, D. L. (1994). Playing to grow : A primary mental health intervention with Guatemalan refugee children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(3), 346-356.
- Ngo, V., Langley, A., Kataoka, S. H., Nadeem, E., Escudero, P., & Stein, B. D. (2008). Providing evidence-based practice to ethnically diverse youths : Examples from the cognitive behavioural intervention for trauma in schools (CBITS) program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 858-862.
- Rousseau, C., Ammara, G., Baillargeon, L., Lenoir, A., & Roy, D. (2007). *Repenser les services en santé mentale des jeunes. La créativité nécessaire*. Montréal : Les Publications du Québec.
- Rousseau, C., Bagilishya, D., Heusch, N., & Lacroix, L. (1999). Jouer en classe autour d'une histoire. Ateliers d'expression créatrice pour les enfants immigrants exposés à la violence sociale. *Prisme*, 25, 88-103
- Rousseau, C., Benoit, M., Gauthier, M.-F., Lacroix, L., Alain, N., Viger Rojas, M., *et al.* (2007). Classroom drama therapy program for immigrant and refugee adolescents : A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(3), 451-465.
- Rousseau, C., Benoit, M., Lacroix, L., & Gauthier, M.-F. (2009). Evaluation of a sandplay program for preschoolers in a multiethnic neighbourhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(6), 743-750.
- Rousseau, C., Drapeau, A., Lacroix, L., Bagilishya, D., & Heusch, N. (2005). Evaluation of a classroom program of creative expression workshops for refugee and immigrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 180-185.
- Rousseau, C., Gauthier, M.-F., Lacroix, L., Moran, A., Viger Rojas, M., Alain, N., *et al.* (2005). Playing with identities and transforming shared realities : Drama therapy workshops for adolescent immigrants and refugees. *The Arts in Psychotherapy*, 32, 13-27.
- Rousseau, C., & Guzder, J. (2008). School-based prevention programs for refugee children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 533-549.
- Rousseau, C., Lacroix, L., Bagilishya, D., & Heusch, N. (2003). Working with myths : Creative expression workshops for immigrant and refugee children in a school setting. *Journal of the American Art Therapy Association*, 20(1), 3-10.
- Rousseau, C., Lacroix, L., Singh, A., Gauthier, M.-F., & Benoit, M. (2005). Creative expression workshops in school : Prevention programs for immigrant and refugee children. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(3), 82-85.

- Rousseau, C., Singh, A., Lacroix, L., Bagilishya, D., & Measham, T. (2004). Creative expression workshops for immigrant and refugee children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(2), 235-238.
- Wengrower, H. (2001). Arts therapies in educational settings : An intercultural encounter. *The Arts in Psychotherapy, 28*(2001), 109-115.

RÉSUMÉ

L'Équipe de recherche et d'intervention transculturelle (ÉRIT) offre des programmes d'expression créatrice aux écoles montréalaises desservant une population d'élèves provenant de diverses origines ethniques. L'ÉRIT a instauré un processus de transfert pour trois de ses programmes afin d'augmenter le nombre d'élèves pouvant en bénéficier. La présente étude fait part des résultats qualitatifs de ce processus de transfert aux enseignants et intervenants spécialisés de trois écoles primaires et de deux écoles secondaires. L'étude montre que les équipes scolaires ont la possibilité d'intégrer ces programmes d'expression créatrice à leur programme. Cependant, le processus de transfert demande une formation et un accompagnement de la part de l'ÉRIT, ainsi qu'un soutien formel de la part du système scolaire.

MOTS CLÉS

ateliers d'expression créatrice, transfert de connaissances, écoles, enseignants, intervenants scolaires, jeunes immigrants

ABSTRACT

The transcultural research and intervention team (ERIT) offers various creative expression programs in Montreal schools providing services to students from diverse ethnic origins. In order to increase the number of students who can benefit from these programs, ÉRIT has developed and is currently implementing a knowledge transfer process in the participating schools. This study describes the qualitative results pertaining to this transfer process to the teachers and educational specialists in three elementary schools and two secondary schools. The study shows that it is possible for teachers to integrate these programs in the school curriculum. However, this requires a training and coaching period from ÉRIT as well as formal support from the school system.

KEY WORDS

creative expression workshops, knowledge transfer, schools, teachers, educational specialists, young immigrants

RÔLE ET AVENIR DU PSYCHOLOGUE SUPERVISEUR FRANÇAIS POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES AVEC AUTISME¹

**THE OCCUPATIONAL ROLE AND PROSPECTS OF FRENCH SUPERVISORY
PSYCHOLOGISTS SUPPORTING AUTISTIC PERSONS**

Marion Wolff²

Université Paris Descartes

Maria-Pilar Gattegno

Cabinet de Psychologie E.S.P.A.S.

Jean-Louis Adrien

Université Paris Descartes

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les filières françaises de psychologie voient leurs effectifs augmenter et les nouvelles perspectives d'embauche sur des postes de psychologues se raréfier. Cet article suggère une nouvelle perspective de métier encore méconnu du grand public, mais qui est appelé à se développer : la fonction de psychologue superviseur auprès d'accompagnants de personnes atteintes d'autisme. Malgré la loi française « Handicap » du 11 février 2005 en faveur de l'orientation des personnes avec handicap³, l'autisme et les syndromes associés (tels que le syndrome Asperger) rencontrent encore des difficultés à être reconnus comme des handicaps nécessitant une intervention qui ne soit pas que thérapeutique mais aussi éducative et sociale. De plus, les structures d'accompagnement sont encore très rares et parfois non reconnues pour pouvoir bénéficier de prestations d'aide à l'accompagnement et à l'intégration.

À l'inverse de la situation qui prévaut en France, l'autisme est bien connu du grand public canadien, et a peut-être même été trop médiatisé, ce qui a conduit parfois à des diagnostics abusifs (Motttron, 2004). Toutefois, il est à noter que le Québec est en avance par rapport à la France en ce qui concerne le traitement et l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme, et les associations y sont plus nombreuses et beaucoup mieux reconnues qu'en France⁴.

1. Les auteurs adressent leurs plus sincères remerciements à tous les psychologues superviseurs qui ont accepté de participer à cette étude ainsi qu'à Cécile Girard, ergonome stagiaire, qui a collaboré au recueil et à l'analyse des entretiens.
2. Adresse de correspondance : Centre biomédical des Saints-Pères, Ergonomie, Comportement et Interactions (EA 4070), 45 rue des Saints-Pères, 75 270 Paris Cedex 06, France. Téléphone : 01 42 86 20 74. Télécopieur : 01 42 96 18 58. Courriel : marion.wolff@parisdescartes.fr
3. Loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
4. Cet article fera essentiellement référence au contexte juridique, académique et professionnel français à des fins de diffusion de l'information, son objectif n'étant pas d'établir une quelconque comparaison avec tous les systèmes mis en place dans d'autres pays. Ceci pouvant d'ailleurs faire l'objet d'un autre article.

Afin de déterminer avec exactitude son rôle et ses difficultés, l'approche ergonomique a été privilégiée via des analyses approfondies d'entretiens semi-dirigés, qui ont été menés auprès de onze psychologues superviseurs. Cette approche, nécessitant la collaboration de deux disciplines telles que la psychopathologie et l'ergonomie, a déjà permis d'enrichir bon nombre d'études menées sur l'accompagnement de personnes avec autisme en vue de leur intégration scolaire ou professionnelle (Wolff, Gattegno, & Adrien, 2005a, 2005b, 2006). Notons également que l'intervention ergonomique dans ce domaine n'est pas récente, car l'ergonomie s'intéresse depuis longtemps aux problèmes d'insertion des personnes avec handicap, tous handicaps confondus (voir par exemple, Sperandio & Oltra, 2002; Sperandio & Uzan, 2004; Wolff & Sperandio, 2005). De plus, la modélisation des situations de travail est également un des champs d'investigation important de l'ergonomie, car les modèles élaborés fournissent, pour une situation de travail donnée, des représentations de comportements d'opérateurs. Cette nouvelle collaboration est ici tout à fait pertinente pour déterminer avec précision le rôle de cette nouvelle fonction de supervision.

En France, la fonction de psychologue superviseur est apparue il y a seulement quelques années avec le programme IDDEES (Intervention, Développement, Domicile, École, Entreprise, Supervision) et s'est progressivement développée avec la demande croissante de familles ayant en charge des enfants ou des jeunes adultes atteints d'autisme.

Avant d'aborder les résultats de cette étude, les origines de la fonction de psychologue superviseur pour accompagnants de personnes avec autisme seront présentées ainsi que le rôle de l'accompagnant qui doit se référer à son « superviseur ».

LE PROGRAMME INTERVENTION, DÉVELOPPEMENT, DOMICILE, ÉCOLE, ENTREPRISE, SUPERVISION (IDDEES)

Prise en charge éducative et rôle du psychologue superviseur

La prise en charge éducative des personnes avec autisme regroupe un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement appliquées tant aux enfants qu'aux adolescents, mises en œuvre afin de leur permettre un accès au savoir et à l'autonomie. Le programme IDDEES mis en place au début de ce nouveau siècle (Adrien, 2005; Gattegno, 2003, 2005; Gattegno *et al.*, 2005) a pour but le développement de projets individuels d'intégration en milieu ordinaire (école ou entreprise) d'enfants et d'adultes atteints d'autisme. Il vise à la création et à la construction de conditions permettant une meilleure régulation des apprentissages cognitifs et sociaux de ces personnes ainsi qu'à l'évolution de leur structure cognitive et émotionnelle en vue d'une intégration sociale

appropriée. Les objectifs d'un tel projet étant de permettre à la personne avec autisme de s'épanouir et de s'accomplir en favorisant ses réussites, en réduisant ses mises en échec et en encourageant l'établissement, le développement, et le maintien de liens sociaux. Le programme IDDEES est actuellement appliqué en France (Gattegno, 2003; Gattegno, Abenheim, & Adrien, 2006) par des psychologues spécialisés dans l'évaluation et la prise en charge des personnes ayant des troubles du développement. Leur connaissance de ces troubles est par conséquent cruciale pour le suivi de l'enfant, son intégration et également son évaluation. Ce sont des psychologues dits « superviseurs ». Le psychologue superviseur est la personne responsable du programme individualisé de l'enfant (ou de l'adulte), de son élaboration et de son application par l'accompagnant.

Les psychologues superviseurs sont des psychologues diplômés qui possèdent des connaissances théoriques et pratiques concernant les troubles psychologiques (Autisme, Syndrome d'Asperger, Syndrome de Rett, etc.), les troubles des apprentissages, les troubles de la communication, et également des connaissances des pratiques psychologiques telles que les bilans, les entretiens psychologiques ainsi qu'une expérience quant à l'élaboration de projets. Une pratique de « l'accompagnement » d'un minimum de deux ans (dans l'idéal : un an avec un enfant et un an avec un adulte) et un stage auprès d'un des psychologues du cabinet ESPAS¹ sont également requis. Un candidat à la supervision doit présenter sa lettre de motivation et un CV à tous les autres membres du cabinet et ne pourra intégrer celui-ci qu'après l'approbation de tous. Le rôle du superviseur se décline suivant plusieurs axes; il doit :

- réaliser tous les bilans psychologiques des enfants impliqués dans le programme;
- assurer la coordination du projet entre les différentes personnes impliquées (il se doit aussi de promouvoir le programme IDDEES auprès des écoles et des entreprises). Par ailleurs, il est responsable du recrutement, de la formation et de l'encadrement des accompagnants et a aussi un rôle important d'écoute et de soutien des parents.

D'un point de vue théorique, le programme IDDEES repose sur trois modèles. Le premier modèle est celui de la psychopathologie du développement qui fait référence au développement normal et pathologique de l'enfant (Rogé, 2003). Ce modèle permet de prendre en compte les aspects évolutifs du syndrome autistique et les dysfonctionnements particuliers des personnes atteintes de troubles du

1. Cabinet privé de psychologie ESPAS : Évaluation Soutien Programmes individuels Accompagnement Supervision – 97 avenue Charles de Gaulle. 92 200 Neuilly sur Seine, France.

comportement. Le deuxième modèle est celui proposé par Adrien (1996, 2005) qui décrit, dans une perspective développementale, les troubles de la régulation de l'activité cognitive et sociale chez les enfants avec autisme, qui ont des retentissements conséquents sur leurs apprentissages et la compréhension de leur environnement. C'est sur ces aspects que sont basés les programmes d'intégration. Le troisième modèle, quant à lui, se réfère aux principes éducatifs du programme TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communications Handicapped Children* – Traitement et éducation des enfants avec autisme ou souffrant de handicaps de communication apparentés). Ce programme, développé en Caroline du Nord dans les années 65-70 (Schopler, Reichler, & Lansing, 1988), est axé sur l'éducation et la rééducation des personnes avec autisme à partir de leur niveau de développement et de fonctionnement. Ce programme insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères (p. ex., utilisation d'emplois du temps visuels avec des pictogrammes et des photos), sur l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, sur l'individualisation des programmes et sur une bonne collaboration entre les parents et les professionnels qui entourent l'enfant pour le bon déroulement du projet. Deux types de programmes d'intégration ont été créés dans le cadre du programme IDDEES : le programme *Job Coaching* et le programme *School Coaching*.

Le « Job Coaching » est un programme d'insertion de personnes atteintes d'autisme en milieu professionnel, initialement financé par le Fond Social Européen. Il a pour but de préparer de jeunes adultes avec autisme à une insertion professionnelle dans un milieu de travail ordinaire. Il s'agit de mettre en œuvre des mesures d'accompagnement spécifiques destinées à guider la personne avec autisme dans l'accomplissement de gestes professionnels et dans la gestion des relations interpersonnelles au sein de l'entreprise (Gattegno & Rogé, 2001). Le point de départ est l'évaluation psychoéducative qui rend compte du niveau de développement, du mode de fonctionnement, des anomalies rencontrées dans les comportements sociaux ou autres troubles du comportement de cette personne afin de réaliser un Programme d'Intégration au Travail (PIT) qui cible les domaines à travailler en priorité, mais aussi la fréquence d'intégration et le type de travail offert (Gattegno, 2003, 2005; Gattegno *et al.*, 2005). Dans le cadre de ce projet, la personne avec autisme bénéficie de la présence quotidienne d'un « coach » (l'accompagnant) dans l'entreprise. Ce dernier a pour but d'adapter les consignes données sur un mode verbal en utilisant le mode visuel (par un album photo par exemple), de décomposer l'activité et d'établir des liens entre la personne intégrée et les salariés de l'entreprise.

Le *School Coaching* est un programme qui va dans la continuité du *Job Coaching*. Son objectif est d'intégrer de jeunes enfants atteints d'autisme en milieu scolaire en mettant en œuvre des mesures d'accompagnement destinées à guider l'enfant dans l'accomplissement des apprentissages scolaires et dans la gestion des relations interpersonnelles avec les autres enfants (Gattegno, 2001, 2005; Gattegno *et al.*, 2005). Tout comme dans le programme *Job Coaching*, une évaluation psychoéducative de l'enfant est intégrée afin de réaliser un *Programme d'Intégration Scolaire (PIS)* permettant de cibler ses difficultés et ses besoins pour les transposer en milieu scolaire ordinaire. L'enfant est également accompagné tous les jours à l'école par un coach. Son rôle est d'aider l'enfant à construire les apprentissages demandés par l'institutrice, d'adapter les consignes de celle-ci au niveau de compréhension et de réalisation (décomposition de la consigne par exemple) de l'enfant, de lui donner des repères temporels et spatiaux stables, notamment grâce à la construction de cartes visuelles (pictogrammes), et de réguler ses comportements sociaux en l'aidant et en l'encourageant à prendre des initiatives, à engager des interactions avec les autres enfants mais aussi en aidant les autres à s'adapter à lui (Gattegno, 2003, 2005). L'accompagnant peut utiliser plusieurs types de stratégies : physique, gestuel, gestuel et verbal ou essentiellement verbal. Il les choisit en fonction du niveau de compréhension de l'enfant et de ses besoins spécifiques. Par exemple, pour accompagner un échange d'objet avec un autre enfant, l'accompagnant oriente la tête de l'enfant vers l'objet à prendre, l'invite gestuellement à le prendre en lui tenant la main et à le donner à son camarade. Avant de faire l'exercice de calcul, il lui montre une image représentant une addition. Durant son activité de calcul, il lui indique précisément de façon gestuelle et verbale les chiffres à utiliser pour exécuter l'addition (il pointe le chiffre sur le cahier et il nomme les chiffres). A noter que ces programmes sont en accord avec le rapport de mission parlementaire (Chossy, 2003) et ceux de l'INSERM (2002, 2004) et tout à fait inscrits dans la nouvelle loi française d'orientation en faveur des personnes avec handicap (loi du 11 février 2005).

Que ce soit dans le cadre du programme *Job Coaching* ou dans celui du programme *School Coaching*, l'accompagnant est aussi présent aux côtés de la personne avec autisme à domicile (pour des séances de travail en rapport avec les activités scolaires ou professionnelles afin de les rendre plus automatiques) mais aussi dans le cadre de loisirs (cinéma, restaurant, organisation de week-end, etc.) car le but de l'accompagnement est également d'améliorer sa qualité de vie, dont l'objectif est pleinement atteint aujourd'hui au vu des derniers résultats (Cappe, Bobet, & Adrien, sous presse; Cappe, Bobet, Gattegno, Fernier, & Adrien, 2009; Gattegno, Abenhaim, & Adrien, 2006; Gattegno, Martino-Bolpaire, & Adrien, 2006).

Un quatrième modèle de référence relatif à « la valorisation des rôles sociaux » et à « la qualité de la vie » (Goode, Magerotte, & Leblanc, 2000), élaboré dans une perspective internationale, complète les trois modèles précédemment évoqués et vient renforcer le programme d'intégration IDDEES d'accompagnement. On doit également aux auteurs de ce modèle une nouvelle terminologie plus respectueuse, même si elle est moins aisée à manipuler, pour désigner les personnes avec handicap. Ainsi, dans cet article, on utilisera volontairement les termes personnes avec autisme ou atteintes d'autisme plutôt que celui d'autistes.

L'accompagnement

En France, l'accompagnement des personnes avec autisme est assuré par des étudiants en psychologie ayant un niveau minimum de 3^{ème} année de Licence (ou des psychologues déjà diplômés), dénommés « accompagnants ». Ils ont acquis de solides connaissances quant à l'autisme et peuvent ainsi réagir en conséquence pour permettre à l'enfant d'évoluer positivement et de s'intégrer le mieux possible¹. Ce travail rémunéré pouvant être à temps partiel ou à temps plein est validé comme stage par l'université dans le cadre d'une formation en psychopathologie clinique du développement. Ils sont tous sous contrat soit avec la famille, soit avec une association de parents et ils s'engagent à suivre l'enfant ou l'adulte avec autisme au minimum durant toute l'année scolaire. Plus qu'un engagement « contractuel », ils ont surtout un engagement moral à poursuivre l'accompagnement tout au long de cette année scolaire. Ce stage leur permet d'acquérir (ou de compléter) leurs connaissances théoriques vues à l'université, dans les lectures ou encore à des colloques. Les accompagnants doivent également assurer un rôle d'interface entre les différentes situations familiales et scolaires (Wolff *et al.*, 2005a, 2005b, 2006). Ceci ne peut être possible sans une formation minimale à l'autisme d'une part et d'autre part, sans certaines qualités personnelles, telles que le dynamisme, l'ajustement et l'imagination.

L'accompagnant est-il suffisamment formé? Suffisamment encadré? Quel est le rôle exact du psychologue superviseur? Afin d'appréhender au mieux cette nouvelle fonction ainsi que ses points forts et ses points faibles, une approche ergonomique a été utilisée à partir d'une analyse approfondie d'entretiens semi-dirigés dits d'explicitation (Vermersch, 2003).

1. L'Université Paris Descartes a créé en septembre 2009 un diplôme professionnel, unique en France, formant spécifiquement à ce travail « Accompagnant de personnes avec autisme et troubles apparentés ».

Les verbalisations : une mise en mots de l'action

L'objectif des verbalisations est de provoquer des indicateurs afin de tenter de mettre à jour l'implicite, le savoir-faire inconscient. Elles permettent de faire expliciter le vécu de l'action d'une personne, c'est-à-dire tout ce qui concerne les intentions de l'opérateur, les activités mentales qu'il effectue ou encore les actions qu'il envisage de faire. Cette méthode est particulièrement adaptée pour les tâches de diagnostic ou de résolution de problèmes, mais elle peut aussi être appliquée pour les analyses de Retours d'EXpérience (REX; récit d'un vécu, du partage de l'expérience). Il s'agit de demander à l'opérateur de commenter ses actions lors de l'exécution de la tâche (soit simultanément à la tâche, soit consécutivement). Toutefois, pour valider ces informations, plusieurs discours issus de différents opérateurs doivent être recueillis puis mis en relation afin de pouvoir dégager les convergences et les divergences (Vermersch, 2003).

MÉTHODE

Les participants

Les onze psychologues superviseurs des accompagnants de personnes avec autisme travaillant au cabinet ESPAS ont accepté de participer à des entretiens semi-dirigés visant à aborder les points forts et les points faibles de leur activité, ainsi que les difficultés rencontrées au quotidien. Tous sont psychologues diplômés de l'Université Paris Descartes (Paris 5) et ont effectué leur mémoire de recherche sur l'autisme. Ils ont une expérience au sein du cabinet variant de quelques mois à huit ans (deux psychologues ayant intégré le cabinet depuis le mois de janvier 2008 seulement). Les six psychologues qui ont débuté leur activité au sein du cabinet avant 2003 sont considérés comme « expérimentés » et les cinq autres psychologues, qui ont commencé après cette date seront considérés comme « débutants » (l'année 2003 étant un critère-repère adopté collectivement).

Les entretiens

Les entretiens, d'une durée variant de 45 min. à 1 h 15 min. environ, se sont déroulés au cabinet des psychologues. Tous les entretiens ont été enregistrés sur bande magnétique puis retranscrits *verbatim* (avec l'autorisation des sujets auxquels l'anonymat a été garanti). Le recueil des verbalisations a été structuré suivant un guide d'entretien visant à faire expliciter non seulement le rôle du psychologue superviseur, mais aussi les difficultés rencontrées lors de ses actions avec les accompagnants, la personne avec autisme, la famille, et les différents personnels intervenant dans l'encadrement. Ce guide est abordé ci-après.

Le guide d'entretien

Les thèmes abordés sont choisis en fonction des objectifs de la recherche énoncés précédemment. Ainsi des thèmes généraux, positifs ont été proposés (formation, organisation, supervision, recrutement), avant d'aborder des thèmes plus critiques, plus difficiles à faire évoquer (relations, difficultés, besoins). L'ensemble des corpus recueillis a été soumis à une analyse discursive.

Analyse discursive

Pour l'analyse de ces entretiens, le logiciel *Tropes* a été utilisé (Ghiglione, Landré, Bromberg, & Molette, 1998). *Tropes* est un logiciel d'analyse sémantique du discours qui s'appuie sur différents indicateurs langagiers (verbes, adverbes, adjectifs, etc.) pour déterminer d'une part le style du discours, et d'autre part les principaux univers sémantiques évoqués par les locuteurs. En ergonomie, il est utilisé régulièrement afin de mettre à jour convergences et divergences de points de vue pour les analyses du travail (pour une présentation détaillée de la méthode, voir Wolff, Burkhardt, & De la Garza, 2005). Dans un premier temps, chaque entretien a été analysé afin de déterminer le style du discours de chacun des psychologues superviseurs. Ces discours sont tous de style argumentatif (le sujet s'engage, explique ou critique, et ne se contente pas d'une simple description de la situation), ce qui les rend comparables et analysables dans leur globalité. Ensuite, l'ensemble des corpus a fait l'objet d'une étude sémantique, et un « scénario » commun d'analyse a alors été créé. Un scénario est constitué d'un certain nombre de classes sémantiques construites à partir « d'univers sémantiques communs » (de références communes). Le logiciel *Tropes* fournit automatiquement un scénario de base, qu'il faut la plupart du temps adapter en fonction du langage « opératif » utilisé (langage utilisé et compris par une même communauté professionnelle). Pour cette étude, à partir des différents discours analysés, huit « univers sémantiques » dits principaux, car récurrents dans le discours, ont été mis à jour (voici l'ensemble de ces univers avec quelques exemples de références utilisées) :

- Recrutement (annonce, CV, candidat, entretien, ...);
- Difficultés (besoins, manque d'adaptation, problèmes, ...);
- Qualités requises (adaptation, curiosité, disponibilité, motivation...);
- Relations avec accompagnants (aide, base, compréhension, réunion, ...);
- Relations avec professionnels (CCPE : Commission de circonscription du premier degré, MDPH : Maison départementale des personnes handicapées, échanges, entreprise, psychomotricien, orthophoniste, rééducateur, ergothérapeute, ...);
- Cadre familial (frères, sœurs, maison, maman, papa, ...);

- Cadre scolaire (classe, CP, lecture, enseignant, ...);
- Supervision (coordination, gestion, médiation, réseau, ...).

Par ailleurs, cinq autres univers dits « univers secondaires » ont été distingués. Ces univers représentent les thèmes qui renvoient à la fonction globale du superviseur, qui ont été évoqués dans les mêmes proportions par tous les sujets (dont non discriminants). Ci-après est présenté l'ensemble de ces univers avec quelques exemples de références utilisées :

- Formation (connaissance, diplôme, théorie, université, ...);
- Programme IDDEES (ESPAS, IDDEES, planning, ...);
- Accompagnement (accompagnant, étudiant, stagiaire, ...);
- Bilan enfant (bilan, compte rendu, évaluation, ...);
- Caractéristiques de l'autisme (apprentissage, évolution, handicap, ...).

Le scénario constitué ainsi de ces treize univers sémantiques a ensuite été appliqué à chacun des 11 entretiens. À partir des données fournies par *Tropes*, nous avons obtenu un tableau à double entrée indiquant « le nombre de fois » où un participant (les superviseurs sont représentés en lignes dans le tableau) a évoqué un thème sémantique (les univers principaux et secondaires sont représentés en colonnes dans le tableau) dans leur discours. Ces occurrences ont ensuite été rapportées au nombre d'occurrences total de chaque sujet afin d'obtenir un tableau de pourcentages permettant de traiter tous les discours à partir d'une même échelle, car aucun des entretiens ou le temps passé à l'évocation des thèmes ne sont de durée équivalente. Ce tableau de pourcentages a ensuite fait l'objet d'une analyse géométrique des données : une Analyse en Composantes Principales standard (ACP).

Analyse statistique :

Analyse en composantes principales standard (ACP)

L'objectif d'une ACP, appelée analyse des corrélations ou encore analyse géométrique des données, est de rechercher à partir de données multidimensionnelles des proximités et des différences entre groupements d'individus afin d'en faire ressortir des profils de comportements, voire de « multicompetences ». Le principe de l'ACP est de représenter les données sous forme de nuages de points dans des espaces géométriques et de fonder l'interprétation sur les proximités et les oppositions entre les points à partir d'axes factoriels qui résument ces informations (pour un exposé théorique, voir : Leroux & Rouanet, 2004; et pour des exemples d'application : Wolff, 2003).

ANALYSE DES RESULTATS

Pour les interprétations de l'ACP mise en œuvre sur le tableau de données élaboré à partir de l'analyse discursive des onze entretiens, deux types de variables ont été analysés : les variables dites « actives » (les huit univers sémantiques principaux) qui vont participer à la construction de chacun des axes et qui vont être interprétées à partir de leur contribution relative à la variance de chaque axe (CTR; voir Tableau 1) et les variables dites « supplémentaires » (les cinq univers sémantiques secondaires) qui ne participeront pas à la construction des axes mais qui donneront un complément d'informations lors de l'interprétation des variables actives. Ces dernières seront interprétées à partir de leur qualité de représentation sur chaque axe (indiquée par un « cosinus carré »; leur « CTR » est égale à zéro compte tenu que ces variables ne contribuent pas à la construction des axes; voir Tableau 2).

Les interprétations se font également à partir de la matrice des corrélations entre toutes les variables. Nous retiendrons pour l'analyse des résultats trois axes factoriels qui représentent plus de 80% de la variance totale (ce taux est estimé comme étant très satisfaisant pour les interprétations; pour un exposé détaillé de la méthode et des analyses des calculs, voir Wolff, 2003). Chacun de ces axes, représentant un rôle spécifique du superviseur, sera interprété ci-après avec l'analyse des nuages des variables. Le plan factoriel des axes 1 et 2 est illustré dans la Figure 1 représentant l'espace des variables actives et supplémentaires pour les deux premiers axes retenus.

L'axe 1 (horizontal - Figure 1) représente essentiellement le rôle du superviseur du point de vue relationnel dans la gestion des difficultés rencontrées avec les accompagnants des personnes avec autisme et le milieu scolaire. A droite de l'axe 1, sont principalement représentées la variable active « supervision » (très bien représentée sur l'axe 1 avec une CTR = 0,216) ainsi que les variables supplémentaires « formation » et « programme ». La variable « supervision » est fortement corrélée positivement avec la variable « formation » ($r = +.72$). Le superviseur a un rôle de formation auprès des accompagnants qu'il dirige et conseille régulièrement. Les superviseurs nous indiquent, par exemple, à ce propos : « *Un rôle de formation auprès de, auprès de l'accompagnant qui intervient auprès des enfants, de formation et de euh... de tutorat entre guillemets* ».

La variable « supervision » est également corrélée positivement avec la variable « programme » ($r = +.50$). En effet, le superviseur est à

Tableau 1
Coordonnées factorielles (#F), Cosinus carrés (COR) et Contributions relatives (CTR) des 8 variables actives aux axes 1, 2, et 3 (valeurs multipliées par 1000 pour plus de lisibilité)

	AXE 1			AXE 2			AXE 3		
	1#F	COR	CTR	2#F	COR	CTR	3#F	COR	CTR
Recrutement	-378	143	41	107	11	7	-740	547	413
Difficultés	-922	850	243	34	1	1	-5	0	0
Qualités	-47	2	1	909	826	508	139	19	15
Relations accompagnants	-862	744	213	-291	85	52	153	23	18
Relations avec professionnels	474	225	64	-720	519	319	-219	48	36
Cadre familial	-400	160	46	-104	11	7	745	555	419
Cadre scolaire	-786	618	177	197	39	24	-362	131	99
Supervision	870	757	216	366	134	82	-32	1	1

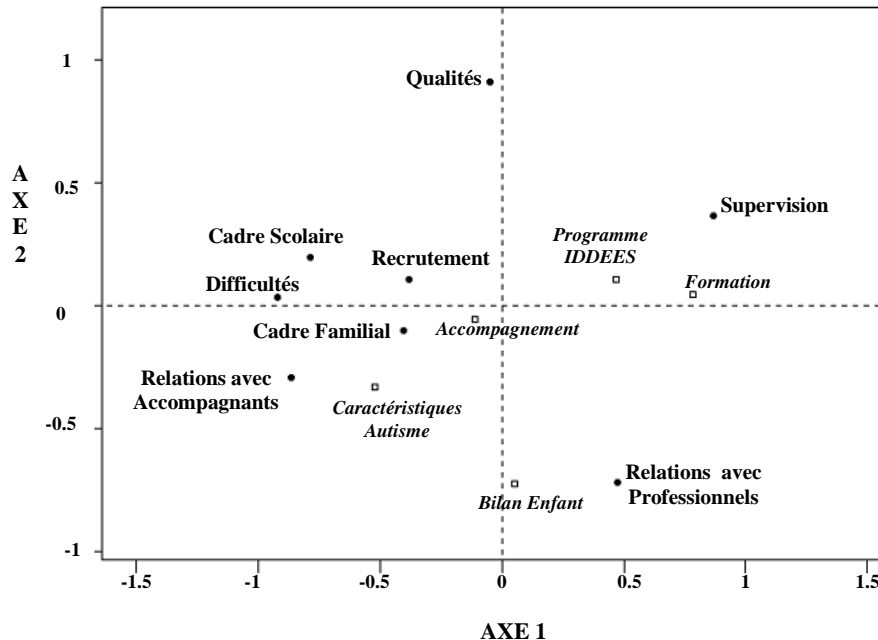
Note : Les valeurs retenues pour les interprétations sont indiquées en gras dans le tableau.

Tableau 2
Coordonnées factorielles (#F), et Cosinus carrés (COR) des 5 variables supplémentaires aux axes 1, 2, et 3 (valeurs multipliées par 1000 pour plus de lisibilité)

	AXE 1		AXE 2		AXE 3	
	1#F	COR	2#F	COR	3#F	COR
Formation	786	618	46	2	-136	18
Programme IDDEES	472	223	105	11	-29	1
Accompagnement	-108	12	-55	3	324	105
Bilan enfant	56	3	-727	528	212	45
Caractéristiques autisme	-521	272	-335	112	-185	34

Note : Les valeurs retenues pour les interprétations sont indiquées en gras dans le tableau.

l'origine de l'élaboration du projet d'intégration par le programme IDDEES, comme cité : « Pour moi le superviseur, c'est la personne qui, qui est garante du projet de l'enfant ».



Note : Rond plein et caractères gras : variable active. Carré vide et caractères italiques : variable supplémentaire

Figure 1. Nuage des univers sémantiques (variables actives et supplémentaires; plan 1-2).

Ces trois variables (« supervision », « formation » et « programme ») sont opposées aux variables actives (à gauche sur le graphique) « difficultés », « relations avec l'accompagnant », « cadre scolaire » et la variable supplémentaire « caractéristiques de l'autisme ». La variable « difficultés » est la variable qui est la mieux représentée par l'axe 1 du fait de sa forte contribution à celui-ci (CTR = 0,243). Dans leurs discours, les superviseurs ont tendance à évoquer les difficultés qu'ils rencontrent auprès des différents intervenants impliqués dans l'intégration scolaire de l'enfant.

Par exemple, nous avons recueilli : « Pour moi, plus précisément, le plus difficile à gérer c'est le sentiment d'impuissance que l'on peut avoir quand l'enfant est déscolarisé... ».

Des difficultés en lien avec la famille ont aussi été évoquées : « C'est parce que la souffrance des parents existe, que c'est très dur à gérer, surtout quand on a à faire face à des familles qui sont en grande détresse... ».

De même, des difficultés avec l'accompagnant apparaissent : « Pour moi ce qui est le moins facile à gérer c'est quand une accompagnante prend les choses sur le plan affectif ». Nous pouvons noter également que les difficultés avec le milieu scolaire sont souvent les plus soulevées par les superviseurs ($r = +.74$) : « Ce qui est le moins facile à gérer, je dirai toutes les relations avec les instances administratives ». Nous pouvons ajouter que le superviseur est présent pour pallier aux difficultés des accompagnants par les réunions hebdomadaires de supervision ainsi que des visites à domicile ou à l'école afin de s'assurer du bon déroulement du projet.

Avec l'interprétation de cet axe, le rôle du superviseur est bien identifié en tant qu'intermédiaire, voire de médiateur entre les principaux intervenants : la famille, l'accompagnant et l'école. Il est présent pour assurer la « bonne marche » du projet d'intégration en veillant à la fois aux évolutions de l'enfant mais aussi dans un rôle de soutien (« Le superviseur, c'est vraiment la personne qui est là pour faire un lien par rapport au projet de l'enfant, qui fait le lien entre l'école, les parents et l'accompagnateur, et aussi entre les différents partenaires »).

L'axe 2 (vertical – Figure 1) représente les relations qu'entretient le psychologue superviseur avec tout autre professionnel qui entoure la personne avec autisme. Il ressort une opposition entre la variable active « qualités » (en haut sur le graphique) avec la variable active « relations avec les professionnels » ($r = -.55$) et la variable supplémentaire « Bilan Enfant » ($r = -.62$) (en bas sur le graphique). Ceci tendrait à indiquer que les qualités requises pour exercer les fonctions de superviseur ne sont actuellement pas adaptées pour gérer les relations avec les divers professionnels qui interviennent régulièrement auprès de l'enfant avec autisme : médecins, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, etc. Ces lacunes ont été évoquées par les superviseurs dans leur discours : « On n'est pas toujours préparé à faire face à des situations de réunions qui sont compliquées ».

L'axe 3 (non représenté sur la Figure 1) représente le rôle du superviseur du point de vue du recrutement de l'accompagnant. Il oppose la variable active « recrutement » à la variable active « cadre familial » ainsi qu'à la variable supplémentaire « accompagnant ».

Pour ce qui est de l'analyse concernant le « nuage des individus » (les superviseurs débutants vs expérimentés), l'étude statistique indique que la dispersion intra-groupe est un peu plus prononcée chez les débutants que chez les expérimentés et si, d'une manière générale, ils partagent les mêmes points de vue, on peut constater que les superviseurs débutants semblent plus focalisés sur les relations avec les accompagnants, les

difficultés rencontrées, le cadre scolaire et les caractéristiques de l'autisme. Ils sont également plus axés sur les procédures de recrutement que les expérimentés, qui ont de par leur expérience plus de facilité à repérer des jeunes potentiels pour cette fonction.

Ces analyses ont amené à un schéma représentatif des plus fortes corrélations entre variables.

MODÉLISATION DE LA FONCTION DE PSYCHOLOGUE SUPERVISEUR

Les principales tendances issues de l'ACP peuvent être résumées à l'aide d'un schéma visant à modéliser la situation de travail (voir Figure 2 ci-après). Ce modèle fait ainsi ressortir la diversité de la fonction de psychologue superviseur ainsi que les difficultés rencontrées avec les différents acteurs impliqués dans le projet d'intégration et avec lesquels il doit constamment interagir. Il met également en exergue les inter-relations entre ces différents acteurs.

Au centre du modèle, nous avons indiqué la fonction générale du psychologue superviseur c'est-à-dire les fonctions spécifiques qu'il exerce avec toutes les personnes avec lesquelles il interagit, ainsi que son rôle : aide, soutien, résolution de problèmes. En effet, le psychologue superviseur a un rôle de coordinateur du projet de l'enfant et gère constamment des relations (plus ou moins aisées) avec et entre tous les acteurs impliqués dans ce projet. Chaque acteur avec lequel le psychologue superviseur interagit est représenté dans un encadré où figurent également les fonctions spécifiques qu'il exerce auprès de cet acteur. Les interactions superviseurs/acteurs impliqués dans le projet d'intégration IDDEES n'ont pas le même degré de difficulté et ont été hiérarchisées. Ainsi celles avec la personne avec autisme et avec l'accompagnant sont plus aisées à gérer que celles inhérentes à la famille de la personne avec autisme ou celles plus complexes encore impliquant les intervenants du milieu scolaire ou professionnel (école, entreprise, orthophoniste, autres psychologues, etc.). Les paragraphes suivants illustrent ces propos.

Après de la personne avec autisme, le psychologue superviseur exerce essentiellement un rôle d'évaluation psychologique (élaboration régulière de bilans psychologiques), afin de pouvoir sans cesse ajuster le projet d'intégration scolaire ou professionnelle. Il doit déterminer les compétences, les difficultés, les besoins de la personne avec autisme et assurer aussi un suivi régulier, afin d'être en mesure de pouvoir évaluer les

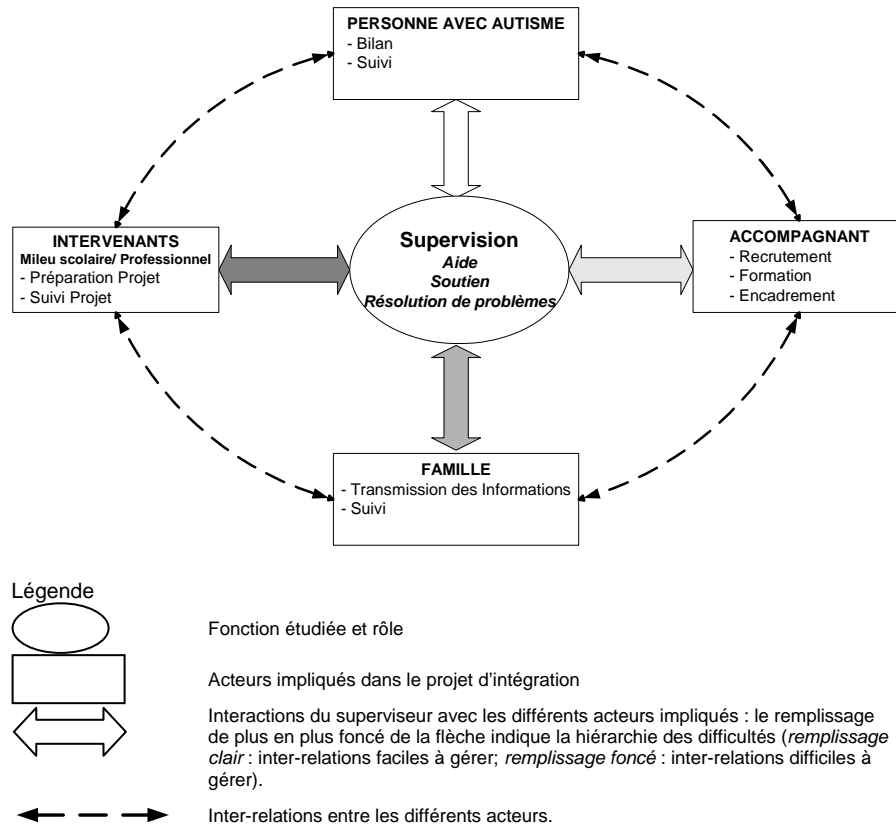


Figure 2. Modèle de la fonction de superviseur.

progrès effectués, les absences de progrès ou bien les régressions. Le discours des superviseurs ne semble pas associer ces différentes tâches à des difficultés majeures.

Avec les accompagnants, le psychologue superviseur assure un rôle très polyvalent. Il doit dans un premier temps s'occuper du recrutement (réception des CV et des lettres de motivation, passation d'entretiens et propositions aux familles). Ensuite, il doit compléter la formation universitaire de l'accompagnant spécifiquement en ce qui concerne l'autisme. Il doit également le former aux méthodes de prise en charge d'une personne atteinte d'autisme. Il est également présent pour encadrer l'accompagnant tout au long de l'année universitaire, pour l'aider à gérer non seulement son travail, mais aussi les différentes difficultés qu'il pourrait rencontrer avec la personne atteinte d'autisme et sa famille, le milieu scolaire ou encore les différents professionnels intervenant

régulièrement dans la vie de la personne avec autisme. A ce niveau, la difficulté majeure éprouvée par les psychologues superviseurs (particulièrement les débutants) se situe au niveau du recrutement. Après vérification que le candidat à l'accompagnement possède bien le niveau universitaire requis (niveau minimum : Licence 3^e année), le choix du recrutement (ou non) semble ensuite s'effectuer « de manière instinctive » – qui demanderait à être validée – selon des critères de personnalité que chaque psychologue superviseur détermine à partir de sa propre expérience. Les superviseurs, à travers leur discours, indiquent à ce propos qu'il leur est parfois très difficile d'effectuer ce choix, car les qualités exigées des candidats ne sont pas toujours aisées à percevoir au terme d'un seul entretien.

À la famille de la personne avec autisme, le psychologue superviseur doit transmettre toutes les informations concernant leur enfant : résultats des bilans, progrès ou régressions à l'école (ou en milieu professionnel lorsqu'il s'agit d'un adulte). Il a aussi un rôle de soutien et de suivi auprès des parents, que ce soit au moment de l'annonce du diagnostic de l'autisme de leur enfant ou lorsqu'il doit leur faire part des difficultés rencontrées, de l'absence de progrès de l'enfant ou de l'adulte suivi. Certains psychologues superviseurs expriment leurs difficultés à faire face à la souffrance, à la détresse de ces parents d'enfants avec handicap, pour lesquels il n'est pas aisé d'admettre que la prise en charge éducative n'aura pas un effet instantané sur les progrès de leur enfant. Le psychologue doit alors les encourager à la patience et également leur indiquer que les progrès de l'enfant/adulte risquent de n'être appréciables qu'à assez long terme et qu'il n'y a pas non plus matière à se décourager s'ils présentent quelques irrégularités au fil du temps.

Auprès de l'école, des entreprises ou autres structures professionnelles, le psychologue superviseur a plusieurs missions. En amont de l'élaboration d'un projet d'intégration, le psychologue doit présenter le programme IDDEES aux directeurs d'écoles (ou d'entreprises) ainsi qu'aux instituteurs (ou salariés de l'entreprise). Le psychologue superviseur prend part également aux réunions éducatives. Dans ces réunions, il est discuté de la situation actuelle de l'enfant ainsi que ce qui peut être projeté pour lui. Ce sont ces commissions qui décident de l'intégration possible ou non de l'enfant en milieu ordinaire. C'est à ce niveau que les psychologues superviseurs rencontrent le plus de difficultés, car leurs arguments, fondés sur une très bonne connaissance de l'autisme et sur leur expérience, sont encore trop souvent ignorés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'analyse du discours des psychologues superviseurs français a permis de mettre en évidence les multiples fonctions de ce métier et de concevoir un modèle visant à mettre en exergue non seulement le rôle complexe de cette profession, mais aussi les difficultés réelles d'interactions avec les différents acteurs intervenant dans le projet d'intégration de l'enfant ou de l'adulte atteint d'autisme. Le psychologue superviseur, dont le rôle est d'aider, de soutenir, de résoudre les problèmes, a également besoin d'être soutenu dans son travail, et de pouvoir partager ses expériences avec d'autres collègues. Dans cet objectif, des groupes de discussion (des réunions dites d'« analyse de pratiques ») ont été récemment constitués. Chacun peut y parler de ses difficultés et recevoir, par échanges d'expériences, les conseils d'un autre psychologue qui aurait auparavant vécu un cas similaire. Ces réunions mensuelles sont dirigées par une psychologue extérieure qui peut apporter un regard nouveau sur les situations délicates. Depuis peu, il existe également un système de tutorat pour les psychologues superviseurs débutants. En effet, pendant un an, ces derniers sont suivis par un psychologue superviseur « référent » (que l'on pourrait qualifier de « superviseur de superviseur ») qu'ils peuvent contacter en cas de problème, de doute.

Cette étude a montré que les psychologues superviseurs (surtout les débutants) peuvent éprouver certaines difficultés au contact d'autres professionnels qui interviennent dans la mise en place du projet d'intégration d'un enfant ou d'un adulte atteint d'autisme. Beaucoup ont évoqué une formation sur « le tas » pas toujours simple à gérer et des débuts difficiles. Il serait donc envisageable que les futurs candidats à la supervision puissent bénéficier d'une formation complémentaire pour apprendre, par exemple, quelques techniques liées au « management », à la gestion et à la direction de réunions, à la communication et à la promotion de projets. Il est en effet pas toujours très facile pour les psychologues superviseurs de promouvoir un programme d'intégration encore méconnu du grand public, malgré la récente loi du 11 février 2005 en faveur de l'intégration des personnes présentant un handicap, et de devoir affronter des équipes éducatives ou professionnelles encore méfiantes.

Enfin, il a été également constaté que les psychologues superviseurs débutants tendent à mettre l'accent sur les « qualités requises » lors de la procédure de recrutement des accompagnants. De par leur manque d'expérience, ils semblent cependant éprouver des difficultés à déceler chez un candidat potentiel la présence de certaines qualités ou caractéristiques de personnalité jugées nécessaires pour l'exercice de la fonction d'accompagnant (comme par exemple : la créativité, l'imagination,

la capacité à prendre du recul, l'adaptation aux situations). Les psychologues superviseurs plus expérimentés ont appris, au fil du temps, à reconnaître ces qualités chez un candidat (certes, avec plus ou moins de certitude) à partir d'indices (manière de parler, manière de réagir à certaines questions stratégiques, etc.) que ce dernier laisse entrevoir pendant l'entretien de recrutement. Il serait donc également envisageable, pour aider le superviseur au recrutement des accompagnants, de constituer des grilles d'observations du comportement qui pourraient servir de supports au superviseur lors de l'entretien avec le candidat. Les grilles d'observations, outils classiques de l'ergonome, pourraient être élaborées lors d'une prochaine collaboration ergonomie/psychopathologie. Nous pourrions également proposer un système de passation d'échelles d'évaluation de la personnalité, de la motivation ou d'autres critères, en adaptant les outils déjà existant et classiquement utilisés en psychologie du travail.

En conclusion, le psychologue superviseur tient une place primordiale au sein du dispositif d'intégration en milieu ordinaire de l'enfant ou de l'adulte atteint d'autisme. Il est le coordinateur du programme IDDEES, le point central, de par ses interventions lors de réunions ou sur le terrain (écoles – entreprise – domicile). Notre souhait est que cette étude puisse apporter une contribution à la valorisation d'un métier encore peu développé en France à ce jour, mais qui devrait se développer dans les années à venir, susciter des vocations et également créer réellement de nouveaux emplois pour les jeunes psychologues diplômés.

RÉFÉRENCES

- Adrien, J.-L. (1996). *Autisme du jeune enfant. Développement psychologique et régulation de l'activité*. Paris : ESF.
- Adrien, J.-L. (2005). Vers un nouveau modèle de psychopathologie de l'autisme : la dysrégulation fonctionnelle et développementale. *PsychoMédia*, 3, 37-41.
- Cappe, E., Bobet, R., & Adrien, J.-L. (sous presse). Qualité de vie et processus d'adaptation des familles d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger. *Psychiatrie de l'enfant*.
- Cappe, E., Bobet, R., Gattegno, M. P., Fernier, A., & Adrien, J.-L. (2009). Effet d'un programme spécialisé pour enfants autistes sur la qualité de vie de leurs parents. *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 139-162.
- Chossy, J.F. (2003). *La situation des personnes autistes en France : besoins et perspectives*. Rapport de mission auprès de la Secrétaire d'état aux personnes handicapées. Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.
- Gattegno, M. P. (2001). Programme *School Coaching* : intégration scolaire de jeunes enfants atteints d'autisme. *Entretiens d'Orthophonie*. Paris : ESF.
- Gattegno, M. P. (2003). L'accompagnement professionnel des personnes atteintes d'autisme. *Rencontre internationale d'Equal*. Toulouse (France), Juin.
- Gattegno, M. P. (2005). Vers des nouvelles pratiques des psychologues auprès des personnes autistes. *PsychoMédia*, 3, 42-46.
- Gattegno, M. P., Abenhaim, N., & Adrien, J.-L. (2006). Le programme IDDEES (Intervention Développement Domicile École Entreprise Supervision) pour personnes avec autisme :

- présentation, application et recherche. *Bulletin Scientifique de l'ARAPI (Association pour la Recherche sur l'Autisme et la Prévention des Inadaptations)*, 18, 10-13.
- Gattegno M. P., Fernier A., Granier-Deferre C., & Adrien J.-L. (2005). Étude des effets de l'accompagnement d'enfants autistes à l'école et à domicile sur leur développement psychologique et social (Programme IDDEES). *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant (A.N.A.E.)*, 83-84, 196-202.
- Gattegno, M. P., Martino-Bolpaire, C., & Adrien, J.-L. (2006). L'intégration professionnelle d'un adulte avec autisme par le programme IDDEES. *Bulletin Scientifique de l'ARAPI (Association pour la Recherche sur l'Autisme et la Prévention des Inadaptations)*, 18, 17-21.
- Gattegno, M. P., & Rogé, B. (2001). Programme *Job Coaching* : préparation à l'emploi et aide à l'insertion professionnelle des jeunes adultes autistes. Les phases du programme après deux ans et demi d'existence. *Approche neurologique des apprentissages chez l'enfant (A.N.A.E.)*, 2, 30-32.
- Chiglione, R., Landré, A., Bromberg, M., & Molette, P. (1998). *Analyse automatique des contenus*. Paris : Dunod.
- Goode, D., Magerotte, G., & Leblanc, R. (2000). *La qualité de vie pour les personnes présentant un handicap, perspectives internationales*. Bruxelles : De Boeck Université.
- INSERM, expertise collective (2002). *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : INSERM.
- INSERM, expertise collective (2004). *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Paris : INSERM.
- Le Roux, B., & Rouanet, H. (2004). *Geometric data analysis*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- Mottron, L. (2004). *L'autisme, une autre intelligence*. Bruxelles : Mardaga.
- Rogé, B. (2003). *Autisme, comprendre et agir : santé, éducation et insertion*. Paris : Dunod.
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Lansing, M. (1988). *Stratégies éducatives de l'autisme*. Paris : Masson.
- Sperandio, J.-C., & Oltra, R. (2002). Didacticiels pour la formation professionnelle de déficients mentaux travaillant en CAT. *Revue sciences humaines et sociales : handicap*, 96, 71-87.
- Sperandio, J.-C., & Uzan, G. (2004). Ergonomie des aides techniques informatiques pour personnes handicapées. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 479-496). Paris : PUF.
- Vermersch, P. (2003). *L'entretien d'explicitation*. (4^e édition). Paris : ESF.
- Wolff, M. (2003). Apports de l'analyse géométrique des données pour l'analyse de l'activité. In J.-C. Sperandio & M. Wolff (Eds), *Formalismes de modélisation pour l'analyse du travail et l'ergonomie* (pp. 195-227). Paris : PUF.
- Wolff, M., Burkhardt, J. M., & De la Garza, C. (2005). Analyse exploratoire de « points de vue » : une contribution pour outiller les processus de conception. *Le travail humain*, 68(3), 253-284.
- Wolff, M., Gattegno, M. P., & Adrien, J.-L. (2005a). Un modèle des accompagnants de personnes avec autisme : pour la valorisation de la profession. *Handicap : revue des sciences humaines et sociales*, 105-106, 51-69.
- Wolff, M., Gattegno, M. P., & Adrien, J.-L. (2005b). Étude de la fonction d'accompagnant de personnes avec autisme par l'analyse d'entretiens semi-dirigés. *Revue québécoise de psychologie*, 26(3), 1-22.
- Wolff, M., Gattegno, M. P., Adrien, J.-L. (2006). L'accompagnement de personnes avec autisme : une fonction à valoriser. *Bulletin scientifique de l'ARAPI (Association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations)*, 18, 14-16.
- Wolff, M., & Sperandio, J.-C. (2005). L'intégration professionnelle des personnes avec handicap : conditions, environnement, travail. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant (A.N.A.E.)*, 83-84, 183-192.

RÉSUMÉ

En France, la fonction récente de « psychologue superviseur » pour l'accompagnement de personnes avec autisme est encore méconnue du grand public; elle pourrait pourtant proposer de nouvelles perspectives d'emploi pour les étudiants en psychologie. Pour étudier ce nouveau champ d'expertise issu du programme IDDEES (Intervention, Développement, Domicile, École, Entreprise, Supervision), une approche ergonomique a été utilisée à partir d'une analyse approfondie d'entretiens menés auprès de onze psychologues superviseurs. Les résultats permettent non seulement de déterminer précisément le rôle du psychologue superviseur, mais aussi de formuler des recommandations pour tenter de pallier les difficultés rencontrées au quotidien et suggérer également des compléments de formation.

MOTS CLÉS

France, psychologue superviseur, personnes avec autisme, programme IDDEES (intervention, développement, domicile, école, entreprise, supervision).

ABSTRACT

In France, the new occupation of supervisory psychologist supporting autistic persons is still relatively unknown to the public. However, it could offer new employment prospects for psychology students. In order to study this new occupation derived from the IDDEES program (Intervention, Development, Home, School, Business, Supervision), we used an ergonomic approach based on an in-depth analysis of interviews carried out with eleven supervisory psychologists. Results offered means to not only precisely define the supervisory psychologist's role, but also make recommendations aiming to overcome difficulties encountered in day to day practice, as well as to suggest complementary training.

KEY WORDS

France, supervisory psychologist, autistic persons, IDDEES programme (intervention, development, home, school, business, supervision).

TRAITEMENT EN GROUPE DE LA DOULEUR CHRONIQUE : L'ÉCOLE INTERACTIONNELLE¹

GROUP TREATMENT OF CHRONIC PAIN: THE "INTERACTIONAL SCHOOL"

Jacques Charest²

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Juliana Barcellos de Souza

Université de Sherbrooke

Isabelle Gaumont

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Dat-Nhut Nguyen

CSSS de Rouyn-Noranda

Éric Chaize

CSSS de Rouyn-Noranda

Plus d'une personne sur quatre dans la population adulte souffre de douleur chronique non cancéreuse, c'est-à-dire une douleur continue ou intermittente qui persiste un mois au-delà de la période normale de guérison (Bonica, 1990; Sjogren, Ekholm, Peuckmann, & Gronbaek, 2009). Dans un sondage mené auprès de plus de deux mille canadiens, 27 % des hommes et 31 % de femmes font état de douleur chronique non cancéreuse d'une durée moyenne de dix ans et d'une intensité moyenne de 6,3 sur une échelle de 1 à 10 (Moulin, Clark, Speechley, & Morley-Forster, 2002). Les conséquences au plan biopsychosocial sont majeures autant pour l'individu que pour ses proches : la joie de vivre et la capacité physique sont largement affectées par les douleurs chroniques (Baune, Caniato, Garcia-Alcaraz, & Berger, 2008). À titre d'exemple, une enquête canadienne révèle que 2,4 millions d'individus âgés de 15 ans et plus (10,1 %) sont limités dans leurs activités de vie quotidienne et éprouvent de très grandes difficultés à participer aux événements familiaux et sociaux en raison d'une douleur chronique (Cossette & Duclos, 2002). Contrairement à la douleur aiguë, les moyens pharmacologiques pour soulager la douleur chronique s'avèrent très peu satisfaisants en plus d'engendrer de nouveaux problèmes liés aux inévitables effets secondaires de tout médicament pris sur une longue période de temps (Bigal & Lipton, 2009; Katz & Mazer, 2009; Mercadante, Ferrera, Villari, & Arcuri, 2003). Cette prévalence élevée de la douleur chronique (associée à la lombalgie, la fibromyalgie, l'arthrose, la cervicalgie, etc.) continue de s'accroître et d'exercer un impact considérable sur le système de santé, mettant ainsi l'accent sur l'urgence de développer des interventions qui pourraient aider à réduire son impact (Lawrence *et al.*, 2008).

1. Nous remercions les trois évaluateurs anonymes pour leurs judicieux conseils ainsi que Jean-René Chenard, initiateur de l'École interactionnelle du dos.
2. Département des sciences de la santé, 445 boul. de l'Université, Rouyn-Noranda (QC), J9X 5E4. Courriel : jacques.charest@uqat.ca

Les traitements psychologiques actuels de la douleur chronique visent essentiellement la gestion et l'adaptation aux symptômes. La majorité des études publiées à ce jour montrent l'efficacité du modèle cognitivo-comportemental en soulignant un aspect crucial : les croyances et les attentes du patient sont déterminantes dans le maintien et l'exacerbation des symptômes (Turk, Swanson, & Tunks, 2008). Les techniques utilisées encouragent donc le client à remplacer ses sentiments de passivité, de dépendance et de désespoir par l'activité, l'indépendance et l'utilisation de ses ressources personnelles. Pour sa part et sans être plus efficace que les techniques conventionnelles de relaxation, l'hypnose procure un soulagement temporaire à la majorité des individus en douleur chronique (Molton, Graham, Stoelb, & Jensen, 2007).

De plus, un effet dramatique mais évitable affecte le traitement de la douleur chronique : la santé des patients se détériore rapidement dès que le temps d'attente entre la référence et le traitement s'allonge indûment (Lynch *et al.*, 2008). Au Canada, le temps d'attente pour un rendez-vous dans une clinique de la douleur publique varie de 6 à 24 mois (Peng *et al.*, 2007). Une telle durée d'attente réduit de façon drastique la qualité de vie et le bien-être psychologique des patients. Une solution simple serait d'offrir des traitements efficaces en groupe. L'efficacité signifie ici que l'intervention en groupe diminue de façon significative la douleur tout en produisant un faible taux d'abandon. À titre de contre-exemple, une étude portant sur un programme d'autogestion du diabète de type 2 effectuée à Toronto rapporte un succès relativement élevé... mais un taux d'abandon de plus de 75 % (Gucciardi, Demelo, Offenheim, Grace, & Stewart, 2007). Même si ce traitement s'avère efficace pour améliorer la santé des participants, un taux d'adhésion au traitement de 25 % rend l'intervention inefficace. En effet, comme le précise si bien un médecin spécialiste en prévention cardiovasculaire, « pour que ton plan de traitement soit efficace, il faut que ton patient l'achète » (Dufour, 2008, p. 2). Autrement dit, une intervention qui produit l'effet escompté comporte nécessairement deux éléments : un traitement dont l'efficacité est reconnue et la collaboration du patient au traitement.

En regard de ces deux éléments, l'approche systémique et stratégique – développée au *Mental Research Institute* de Palo Alto en Californie et enrichie par la suite de nouvelles techniques thérapeutiques – offre des moyens pratiques pour améliorer l'efficacité de nos interventions thérapeutiques (Charest, 1998; Fisch & Schlanger, 2005; Fisch, Weakland, & Segal, 1986; Nardone & Watzlawick, 1993; Watzlawick, 1978, 1980, 1988, 1991, 1997, 2003; Watzlawick & Nardone, 2000; Watzlawick & Weakland, 1981; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1975). Ces moyens pratiques permettent à la fois d'orienter la prescription des tâches proposées au patient et de maximiser sa participation active au traitement.

Dans les pages qui suivent, un bref exposé de l'École interactionnelle de douleur chronique précède la présentation détaillée de sa démarche stratégique.

ÉCOLE INTERACTIONNELLE DE DOULEUR CHRONIQUE (ÉIDC)

L'École interactionnelle constitue un programme structuré pour traiter, en groupe, la douleur chronique. Son but : apprendre au patient à s'autotraitier ou, plus simplement, à agir différemment face à sa douleur. Les résultats obtenus jusqu'ici avec différents types de douleurs chroniques sont très encourageants. Ainsi, l'École interactionnelle de lombalgie (ÉIL) s'avère un traitement efficace de la lombalgie chronique sévère (Charest, Lavignolle, Chenard, Provencher, & Marchand, 1994). La description détaillée de la démarche et du matériel pédagogique requis pour l'application de l'ÉIL a fait l'objet d'un livre (Charest, Chenard, Lavignolle, & Marchand, 1996). De plus, l'information destinée aux lombalgiques et aux cliniciens est accessible sans frais à notre clinique virtuelle du dos sur Internet (<http://ecoledudos.uqat.ca>). Pour sa part, l'École interactionnelle de fibromyalgie (ÉIF) entraîne aussi des améliorations cliniques importantes et significatives à court et à long terme (un an) chez des personnes atteintes de fibromyalgie (Barcellos de Souza, Bourgault, Charest, & Marchand, 2008; Barcellos de Souza, Charest, & Marchand, 2007; Barcellos de Souza, Potvin, Goffaux, Charest, & Marchand, 2009). Qui plus est, les taux d'abandon sont remarquablement faibles, soit 12 % pour l'ÉIL et 3 % pour l'ÉIF. Enfin, les résultats préliminaires de nos recherches actuellement en cours auprès de personnes souffrant de douleurs abdominales chroniques sont tout aussi prometteurs (Duhaime, Gaumond, Nguyen, & Charest, 2009).

Déroulement

L'évaluation clinique constitue le premier contact avec le patient. D'une durée d'environ 40 minutes, l'évaluation débute par une discussion visant à connaître l'histoire du patient, sa trajectoire depuis le début des symptômes ainsi que ses attentes face à l'ÉIDC. Cette discussion est suivie par une évaluation physique (mobilité articulaire, force, équilibre) et par la vérification auprès du patient d'un diagnostic de fibromyalgie ou de lombalgie chronique posé récemment par son médecin. L'évaluation clinique s'achève par la sélection des futurs participants au groupe. Cette sélection repose sur l'application d'une tactique thérapeutique (décrite plus loin) appelée *client ou touriste*. Par la suite, les contacts se poursuivent en groupe. L'ÉIF comporte neuf rencontres hebdomadaires, onze dans le cas de l'ÉIL. L'ÉIDC comprend en plus deux semaines sans rencontre au cours du traitement pour permettre aux participants d'approfondir les techniques enseignées. Chacune des rencontres dure deux heures et se

déroule comme l'indique la Figure 1. Le groupe est constitué de huit patients. Le but de l'ÉIDC, apprendre à s'autotrainer, implique essentiellement de modifier sa façon de gérer son problème de douleur chronique. Ce changement s'effectue, d'une part, par la pratique régulière d'exercices, d'activités cardiorespiratoires, de nouvelles postures, de respirations diaphragmatiques, de variations dans l'alimentation favorisant des gains d'énergie (dans le cas de la personne fibromyalgique) et, d'autre part, par la pratique de stratégies de communication et de gestion de ses capacités avec des membres de son entourage.

À l'ÉIDC, il faut élaborer une routine motrice adaptée à la condition de chacun des clients et l'ajuster à chaque semaine selon les feedback du patient. Pour cette raison, un des animateurs est nécessairement physiothérapeute ou technicien en réadaptation physique. L'autre est psychologue, médecin, infirmière bachelière, ergothérapeute, psychoéducateur ou autre. Pour maximiser la qualité du lien thérapeutique, ces deux animateurs assument au complet le déroulement du traitement, c'est-à-dire toutes les rencontres en groupe ainsi que l'évaluation clinique où s'effectue entre autres la sélection des participants. En douleur chronique, l'adhésion au traitement dépend avant tout de la qualité de la relation entre le patient et le praticien (Dobkin, Sita, & Sewitch, 2006). De plus, les patients attribuent au praticien la responsabilité d'établir une relation de qualité à travers sa *communication* verbale (accueil, engagement, soutien émotionnel, validation, recommandation de matériel pertinent), sa communication non verbale (gestes ouverts et détendus, contacts visuels, sourires) et sa gestion de l'entretien : salle confortable (endroit propre révélant le souci du praticien pour un environnement professionnel et sécurisant), début et fin de la rencontre à l'heure prévue, etc. (Bedi, 2006). Enfin, on porte aussi une attention particulière à l'*alliance thérapeutique* qui expliquerait environ 30 % des progrès de tout traitement thérapeutique (Asay & Lambert, 1999). L'impact de l'alliance thérapeutique est maximal, d'une part, quand il existe une relation de qualité entre la personne en traitement et le praticien et, d'autre part, quand il y a accord sur les *buts* poursuivis et sur les *tâches* à faire (buts et tâches sont discutés en détail plus loin).

Chaque rencontre en groupe comporte un thème de discussion et des périodes pratiques sous supervision de différentes techniques (respiration, relaxation, routine motrice, stratégies cognitives de résolution de problèmes, etc.). L'ÉIF consacre une rencontre à chacun des neuf thèmes de discussion suivants : contrat, symptômes, préparation physique, force mentale, gestion de ses capacités, nutrition, chronicité, traitement et cheminement. Pour sa part, l'ÉIL comprend les onze rencontres suivantes : contrat, douleur aiguë, syndrome du déconditionnement

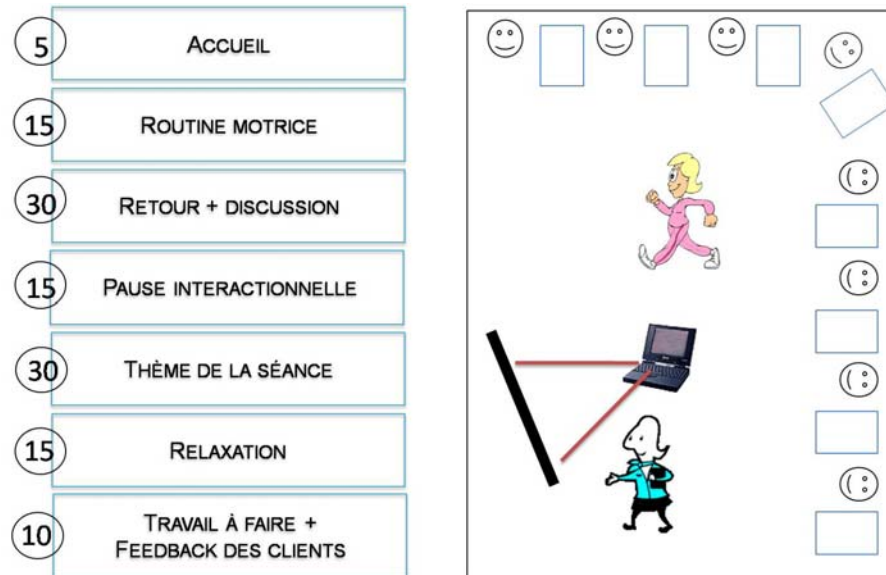


Figure 1. Thèmes et organisation des rencontres ÉIDC.

Note. La rencontre hebdomadaire en groupe dure 120 minutes (accueil 5 min, routine motrice 15 min, etc.). Constitué de huit patients et de deux praticiens, le groupe est disposé en L pour faciliter la présentation des diapositives, les échanges entre les participants et la supervision des exercices effectués en position debout, assise ou couchée sur les tapis individuels.

moteur, syndrome du déconditionnement mental, anatomie, terrain, médications, douleur chronique, traitements, chirurgie, recréer ses douleurs. De plus, chaque séance se termine par une *prescription de tâches* à réaliser d'ici la prochaine rencontre (activités physiques et mentales adaptées à chacun des patients). Enfin, un suivi a lieu quatre mois après la fin de l'ÉIDC. Une rencontre attendue! Pour le participant, il s'agit d'un moment privilégié pour partager en groupe les hauts et les bas de son parcours sur les chemins de l'amélioration. Pour le praticien, c'est l'occasion de reconnaître la démarche du patient en écoutant attentivement le compte rendu des mois écoulés depuis la dernière rencontre. C'est également une opportunité de maintenir la motivation nécessaire à la poursuite de l'entraînement physique, mental et ergonomique.

Douleur

Les professionnels de la santé reçoivent peu de formation sur la différence entre douleur aiguë et douleur chronique (Ali & Thomson, 2009). Bon nombre d'entre eux soulèvent l'incompréhension mutuelle et la suspicion d'incompétence en expliquant au patient que sa douleur

chronique « est causée soit par une lésion tissulaire qui ne guérit pas, soit par un problème de santé mentale » (Moseley, 2003, p. 184). La recherche effectuée à l'aide de nouvelles technologies, comme la résonance magnétique, montre pourtant que la douleur chronique est bel et bien réelle (Owen, Bureau, Thomas, Prato, & St Lawrence, 2008). En outre, plusieurs facteurs modulent la perception de la douleur comme, par exemple, les attentes (Goffaux, Redmond, Rainville, & Marchand, 2007), le fait de percevoir la douleur comme menaçante (Jackson, Huang, Chen, & Phillips, 2009), les émotions (Bruehl, Burns, Chung, & Quartana, 2008), l'attention (Hasenbring, 2000), la satisfaction liée à l'information fournie par le médecin (Hadjistavropoulos & Shymkiw, 2007), le contexte (Moseley & Arntz, 2007), l'exclusion sociale (Macdonald & Leary, 2005), le sexe (Gaumond & Marchand, 2006), la caféine (Marchand, Li, & Charest, 1995), etc.

La douleur est définie ici comme « une expérience émotionnelle et sensorielle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en fonction d'une telle lésion » (International Association for the Study of Pain, 1979). Au plan neurophysiologique, l'information nociceptive¹ voyage de la périphérie au cerveau en empruntant essentiellement deux voies principales (Marchand, 2009). Une des voies se projette directement vers les noyaux thalamiques latéraux qui relaient ensuite l'information vers le cortex sensoriel. Cette voie est responsable de la perception de l'intensité de la douleur ou des qualités physiques de la douleur (composante sensoridiscriminative). L'autre voie suit principalement les noyaux de la formation réticulée du tronc cérébral et les noyaux thalamiques médians pour atteindre finalement le cortex frontal et le système limbique, deux régions responsables des émotions et de la mémoire. Cette voie est responsable de la perception de l'aspect désagréable de la douleur (composante motivo-affective). Pour bien visualiser les deux composantes de la douleur, prenons l'exemple d'un mal de dos associé à un cancer des os, par rapport à une cause bénigne : à intensité égale, la douleur liée au cancer est ressentie comme plus désagréable que celle reliée à un simple problème musculaire en raison de la charge émotionnelle plus lourde qu'évoque la maladie grave. Même intimement liées, les deux composantes de la douleur varient donc indépendamment l'une de l'autre. Elles varient aussi dans la même journée. En plus, la douleur demeure toujours une expérience subjective. L'individu reste donc le seul et l'unique *expert* de sa douleur. Dans ce cas, comment savoir si l'approche thérapeutique utilisée réduit véritablement la douleur chronique? En utilisant, bien sûr, un outil de mesure fidèle. Quatre éléments principaux influencent la fidélité de la mesure de la douleur, soit

1. Le terme nociception désigne l'activité chimio-électrique de récepteurs et de fibres nerveuses provoquée par une stimulation potentiellement douloureuse ou algique avant son arrivée aux centres nerveux supérieurs.

la sensibilité de la mesure, la mémoire de la douleur, la variation de la douleur dans le temps et la mesure des composantes de la douleur.

Sensibilité de la mesure

Pour évaluer la modulation de la douleur, une échelle en 4 ou 5 niveaux (pas, un peu, moyennement, très, extrêmement) n'est pas fidèle. En général, le patient passera rapidement du premier au second descripteur à la suite d'une légère augmentation dans sa perception de la douleur, mais attendra un changement relativement important avant de passer au troisième ou au quatrième descripteur de l'échelle. Une solution simple consiste à lui substituer plutôt des échelles visuelles analogiques ou ÉVA (voir Figure 2). Dans ce cas-ci, le participant indique le niveau de sa douleur par un trait de crayon sur une ligne de 100 mm marquée à gauche des mots « aucune douleur » (0 mm) et à droite de « la plus intense imaginable » (100 mm). Le résultat est obtenu en additionnant les mesures en millimètres de chacune des échelles, puis en divisant le total par le nombre d'échelles marquées. De telles ÉVA s'avèrent fidèles et très sensibles à détecter la variation de la douleur (Marchand, 2009).

Mémoire de la douleur

Le praticien évalue souvent le niveau « d'amélioration » ou de « soulagement de la douleur » en demandant au patient, après le traitement, de comparer sa douleur actuelle à celle ressentie avant le traitement. Pourtant, la recherche confirme que la mémoire de la douleur n'est pas fidèle. En fait, nous avons tendance à exagérer l'intensité ou l'aspect désagréable de nos douleurs passées (Broderick, Schwartz, Vikingstad, Pribbernow, Grossman, & Stone, 2008). Pour éviter cette difficulté, le patient est invité à toujours évaluer sa douleur actuelle, sans établir de comparaison avec ses douleurs passées.

Variation de la douleur dans le temps

L'intensité et l'aspect désagréable de la douleur varient d'une journée à l'autre et à l'intérieur d'une même journée (Straub & Cutolo, 2007). Ainsi, la variation normale de la douleur peut mener à surestimer l'efficacité du traitement. Si l'évaluation précédant le traitement a lieu au cours d'une période douloureuse particulièrement intense, toute évaluation subséquente conduira à une fausse interprétation comme quoi le traitement réduit la douleur. Autre point important : de façon générale, la douleur est sous-estimée en clinique. La recherche effectuée dans ce domaine au cours des 40 dernières années indique en effet qu'en comparaison avec le jugement de la douleur par les patients eux-mêmes, les professionnels de la santé ont tendance à sous-estimer la douleur

	Intensité de la douleur		Aspect désagréable de la douleur	
	Aucune douleur	La plus intense imaginable	Aucunement désagréable	La plus désagréable imaginable
22 :00	_____	_____	22 :00	_____
20 :00	_____	_____	20 :00	_____
18 :00	_____	_____	18 :00	_____
16 :00	_____	_____	16 :00	_____
14 :00	_____	_____	14 :00	_____
12 :00	_____	_____	12 :00	_____
10 :00	_____	_____	10 :00	_____
08 :00	_____	_____	08 :00	_____
06 :00	_____	_____	06 :00	_____
04 :00	_____	_____	04 :00	_____
02 :00	_____	_____	02 :00	_____
00 :00	_____	_____	00 :00	_____
Nom :	_____		Date :	_____

Figure 2. Échelles d'évaluation de la douleur.

(Prkachin, Solomon, & Ross, 2007). Afin d'éliminer ces variations, le patient évalue ses douleurs à domicile, toutes les deux heures pendant trois jours consécutifs ou non, au début et à la fin de l'ÉIDC.

Mesure des composantes de la douleur

Parfois, l'intensité est plus forte; d'autres fois, c'est plutôt l'aspect désagréable qui domine. Il est possible parfois d'obtenir une amélioration plus importante dans l'une de ces composantes plutôt que l'autre, d'où l'intérêt d'évaluer les deux (Figure 2).

DÉMARCHE STRATÉGIQUE

Tel que mentionné, la démarche à l'ÉIDC est basée sur l'approche stratégique. Celle-ci se distingue radicalement des autres approches de la psychothérapie. En effet, « l'approche stratégique ne se fonde pas sur une théorie qui décrit la nature humaine en fonction de concepts de santé ou de normalité au plan mental et comportemental, en les opposant à ce qui relève de la pathologie, comme cela se produit dans les théories traditionnelles de la psychothérapie. Au lieu de cela, elle se préoccupe de la façon dont les êtres humains vivent les problèmes de l'existence, de l'interaction entre les individus, des perceptions et des relations que les individus ont en eux-mêmes, dans leur rapport à autrui et au monde » (Nardone & Watzlawick, 1993, p. 42). Dans les pages qui suivent, les principales caractéristiques de la démarche stratégique sont regroupées sous les quatre thèmes suivants : description, interaction, tactiques thérapeutiques et prescription de tâches.

Description

La démarche stratégique débute par « une description, et non un diagnostic » (Fisch & Schlanger, 2005, p. 29). En effet, contrairement à la plupart des modèles de thérapie, le praticien n'essaie pas d'établir un diagnostic du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ou d'apposer une étiquette psychiatrique pour déterminer le traitement approprié ou la meilleure démarche à adopter durant l'ÉIDC. Il ne se demande pas si le comportement résulte d'une cause cachée comme l'« hystérie », ou la « dépression », ou l'« hypocondrie », ou le « trouble de personnalité »... Plutôt, il considère que la persistance du problème résulte essentiellement d'un cercle vicieux – un circuit en boucle – entre certains comportements indésirables et des efforts inopérants (les *solutions tentées*) pour les éliminer. À travers ce lien de causalité circulaire et en dépit de tentatives bien intentionnées et souvent logiques en apparence, les solutions déployées pour résoudre le problème finissent par le maintenir. Aussi, comme l'indique le Tableau 1, le praticien stratégique

Tableau 1
Description des trois composantes de l'évaluation

<i>Questions-typiques</i>	
Plainte	Quoi? Qui? En quoi? Pourquoi maintenant? Le problème le plus prioritaire? Positions et langage du client?
Solutions tentées	Pouvez-vous m'expliquer ce que vous et ceux concernés par le problème avez fait pour essayer de le résoudre, qui a été inefficace ou pas assez efficace? Que faites-vous quand la situation problématique se présente (film sonore et couleur)?
Exceptions	Y a-t-il des moments où le problème est absent / moins sévère / moins fréquent? Comment avez-vous fait cela? Ce que vous vivez est très difficile; comment avez-vous fait pour venir me rencontrer au bureau aujourd'hui?

pense en termes de *description*, tant de la plainte que des tentatives de solutions mises en œuvre ainsi que des moments où le problème est absent ou moins sévère (exceptions). Comme nous le verrons plus loin, ces trois composantes de l'évaluation (plainte, solutions tentées et exceptions) constituent les assises de la *prescription de tâches*.

Interaction

L'interaction est au cœur du déroulement de l'ÉIDC. Les interventions stratégiques reposent en effet sur les propriétés des systèmes et les axiomes de la communication. Les propriétés des systèmes ont la particularité d'être valides pour expliquer le comportement des systèmes qu'ils soient composés d'atomes, de cellules, d'organes ou d'individus; elles sont issues de la théorie générale des systèmes (Bertalanffy, 1962). *L'équifinalité*, une des propriétés qui guident l'intervention à l'ÉIDC, signifie qu'un système ouvert – le patient en interaction – peut parvenir à un état temporellement autonome, indépendant des conditions initiales et déterminé uniquement par les paramètres actuels du système. Autrement dit, « la conception interactionnelle propose que les situations présentes, si difficiles et stressantes soient-elles, sont toujours maintenues par les comportements actuels des membres individuels de chaque système » (Weakland, 2000, p. 157). L'implication clinique est donc une recherche du « comment » plutôt que du « pourquoi », car connaître la cause hypothétique initiale de la problématique dans le passé ne procure pas

plus de solutions concrètes pour aider à régler la situation actuelle. La *totalité*, une autre propriété des systèmes, veut dire que les liens qui unissent les éléments d'un système sont si étroits qu'une modification de l'un des éléments donnera lieu à une modification de tous les autres, et du système entier. Au plan clinique, la totalité suppose qu'une modification du comportement d'un membre d'un système social (et particulièrement d'une famille à cause de son caractère durable) va nécessairement affecter les autres membres de ce système. À l'ÉIDC, les tâches prescrites sont discutées avec le patient pour évaluer leur applicabilité à sa condition actuelle, incluant leurs impacts sur les membres de son entourage.

Les interventions stratégiques reposent aussi sur les axiomes de la communication qui constituent des propriétés simples de la communication dont les implications interpersonnelles sont fondamentales. Le premier axiome – *impossible de ne pas communiquer* – étonne à première vue parce qu'on pourrait croire spontanément qu'il devrait y avoir intention pour qu'il y ait communication. Ici, communiquer signifie simplement échanger des messages. En interaction, tout comportement prend un sens et constitue ainsi une communication. Mais le comportement n'a pas de contraire. « Autrement dit, on ne peut pas ne pas avoir de comportement. [...] Il s'en suit qu'on ne peut pas *ne pas* communiquer, qu'on le veuille ou non » (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1972, p. 45). L'impossibilité de ne pas communiquer rime avec l'impossibilité de ne pas s'influencer mutuellement, un aspect essentiel au phénomène de l'interaction. Autrement dit, le praticien influence inévitablement le patient tout au long des rencontres individuelles et en groupe. En conséquence, il revient toujours au praticien d'assumer cette responsabilité de décider comment exercer son influence de la façon la plus humaine, éthique et efficace possible.

Le second axiome stipule que tout message comporte nécessairement deux aspects : *contenu* et *relation*. L'information relative à la relation signifie que chaque message communique en même temps quelque chose sur lui-même, à savoir comment celui qui reçoit le message devrait le comprendre : s'agit-il d'un ordre, d'une plaisanterie ou d'un message de réconfort? Dans le langage courant, nous faisons souvent référence à ces deux aspects du message : « Ce n'est pas ce qu'il m'a dit qui me dérange, c'est son ton! ». Ce second aspect du message, celui de la communication non verbale, façonne l'application des tactiques thérapeutiques.

Tactiques thérapeutiques

Pour mettre en œuvre la démarche stratégique, les praticiens de l'ÉIDC s'appuient sur des tactiques thérapeutiques. Une tactique thérapeutique désigne un ensemble de moyens coordonnés et pratiques

disposés conformément au but poursuivi (soit d'apprendre à s'autotrainer). Ces tactiques modifient chez le patient sa vision de lui-même. Auparavant « victime » d'un problème de douleur chronique, il se considérera peu à peu comme étant « capable de composer » avec ce problème. Au plan moteur, ces tactiques thérapeutiques l'aident à persévérer dans l'accomplissement des tâches prévues au programme. Au plan cognitif, elles favorisent l'acquisition des connaissances et la compréhension dont le patient aurait besoin pour s'engager sur les chemins de l'amélioration. Les six principales tactiques utilisées sont les suivantes : (i) positions du praticien, (ii) client ou touriste, (iii) changement minimal, (iv) recadrage, (v) échelles visuelles analogiques et (vi) épilogue.

Positions du praticien

Nos interactions s'effectuent toujours selon trois positions possibles : *expert*, *non expert* ou *égalitaire*. Dans l'interaction avec le patient, le praticien prend une position adaptée, tant aux particularités de la personne en douleur chronique qu'à la spécificité de la situation. Très connue des praticiens, la position d'expert (ou *one up*) se manifeste à travers des comportements précis : regarder moins en écoutant, se pencher légèrement le torse vers l'arrière, répondre aux questions, utiliser des termes spécialisés. Certaines personnes réagissent mieux que d'autres à une position d'autorité ou d'expert : dans ce cas, cette position est utile. L'expérience nous enseigne cependant que dans le contexte d'une interaction de longue durée, la collaboration des participants s'atténue d'habitude si le praticien se place, dès le début ou constamment, dans cette position de supériorité ou de pouvoir. Pour obtenir une collaboration pleine et entière du patient, le praticien occupe donc le plus souvent possible une position de non expert (ou *one down*) : regarder plus en écoutant, se pencher légèrement le torse vers l'avant, poser des questions, éviter l'usage de termes spécialisés. Non pas que la position *one down* possède en « elle-même un pouvoir particulier, mais simplement parce qu'elle est le moyen le plus sûr d'éviter la position de supériorité et de neutraliser la tendance qu'a le patient à mettre le praticien dans une telle position » (Fisch *et al.*, 1986, p. 59).

Deux autres raisons plaident en faveur d'occuper le plus souvent possible la position de non expert. D'une part, et tel que mentionné plus haut, le patient demeure toujours l'expert de sa situation et de sa douleur, car il est impossible d'évaluer sa douleur à sa place. D'autre part, le praticien obtient nécessairement beaucoup plus d'informations en occupant la position de non expert. En voici d'ailleurs une illustration. Au début de la première rencontre en groupe, le praticien prend une position de non expert en présentant, un à un, les thèmes de discussion à venir dans les prochaines semaines. Il pose systématiquement des questions aux participants. Pensez-vous que ce sujet de discussion puisse améliorer

vosre capacité à gérer la fibromyalgie (la lombalgie)... et pour quelles raisons? Avez-vous déjà essayé d'autres traitements... et leur efficacité? Par ses réponses, le patient révèle ses attentes, une variable extrêmement importante du changement (Kirsch, 1999). Cet échange fournit au praticien la première opportunité en groupe de moduler profondément les attentes de chacun des participants. Une opportunité qui ne se présente tout simplement pas si le clinicien occupe toujours une position d'expert.

Enfin, les praticiens de l'ÉIDC établissent une relation *égalitaire* dans leurs échanges avec les participants au cours de la pause prévue à chaque rencontre (voir Figure 1). Cette pause de quinze minutes fait partie intégrante du traitement. Elle constitue, entre autres, un moyen de continuer à exercer une influence discrète sur la suite de l'intervention thérapeutique. Les interactions égalitaires représentent une modalité de relation souvent mal connue de l'intervenant conventionnel.

Client ou touriste

Cette tactique thérapeutique consiste à évaluer si la personne est « cliente » d'un changement ou, dans le cas d'une « touriste », s'il est possible de la rendre cliente. Un *client* au sens où nous l'employons ici désigne la personne souffrant de douleur chronique qui demande activement de l'aide et répond aux critères médicaux. À titre d'exemple, dans le cas de la personne fibromyalgique, « la définition de client comprend essentiellement trois éléments :

- j'ai lutté contre mes problèmes de fibromyalgie qui me gênent considérablement;
- je n'ai pas réussi à me soulager par mes seuls efforts personnels;
- j'ai besoin de votre aide pour améliorer ma capacité à gérer ma fibromyalgie » (Barcellos de Souza *et al.*, 2007, p. 214).

La personne atteinte de douleur chronique est toutefois rarement aussi claire et concise. D'ordinaire, c'est en décrivant ses problèmes et ses efforts infructueux qu'elle révèle son statut de *client* ou encore, en répondant lors de l'évaluation clinique à des questions comme celles-ci : « Pourquoi venez-vous nous rencontrer aujourd'hui? Comment pouvez-vous modifier votre emploi du temps pour participer à l'École et réaliser les tâches prévues au programme qui exigent environ cinquante minutes par jour, six jours par semaine? Quelle assurance pouvez-vous nous donner que vous participerez à toutes les rencontres prévues? ». On ne sélectionne pas à l'ÉIDC la personne qui demeure touriste en dépit de nos tentatives pour la rendre cliente. C'est le cas par exemple de l'individu qui, au moment de l'évaluation, ne pense pas être en mesure d'investir le temps requis pour ce traitement.

Changement minimal (ou but)

Cette tactique thérapeutique détermine la cible du praticien : convenir avec le patient du plus petit changement qu'il pourra assurément atteindre et même dépasser. À la première rencontre du groupe, patients et praticiens négocient un contrat. Le patient s'engage par écrit à participer aux rencontres et à faire les activités physiques et mentales requises. En retour, les praticiens lui offrent de l'amener à faire des progrès au point d'atteindre deux objectifs personnels et d'améliorer sa capacité de gérer ses douleurs. À titre d'exemple, pour préciser le pourcentage à inscrire sur le contrat, le praticien à l'ÉIL demande à chaque participant la question suivante : « Quelle serait, pour vous, *la plus petite* diminution de la douleur que vous considéreriez comme une amélioration importante, pour justifier vos efforts au cours de ce traitement? » (Charest *et al.*, 1996, p. 150). Ou encore, formulée de façon positive, la question devient : « Quel serait le premier signe d'une amélioration? ». Dans cette discussion, il ne faut pas oublier l'état de chronicité des patients et, surtout, le fait qu'il s'agit d'un *changement minimal*. Le patient est invité à choisir un pourcentage de réduction qui se situe entre 5 et 20 %. Au patient qui opte pour le maximum (20 %), le praticien tente de négocier une réduction de pourcentage en demandant la question suivante : « En supposant que vous obteniez une réduction de 10 % au lieu de 20 %, ce résultat de 10 % signifierait-il pour vous que cela ne valait pas la peine de participer à l'École de lombalgie? ». En consacrant le temps nécessaire à cette négociation, le praticien opère un ajustement substantiel des attentes des patients. La question sur « la plus petite » diminution n'est pas facile à saisir pour la personne en douleur chronique qui souhaite (toujours) un soulagement total de sa douleur. Durant la négociation, le praticien prend soin de répéter que les progrès ne s'arrêteront pas avec la fin de l'École. Pour le moment, la tâche du praticien consiste simplement à déterminer la plus petite réduction acceptable. Le changement minimal – la plus petite réduction de douleur (ou le premier signe d'une amélioration) satisfaisante pour le patient et justifiant les efforts requis – constitue la pierre angulaire du contrat.

Les objectifs personnels à inscrire au contrat sont aussi négociés en termes de changements minimaux. En voici quelques exemples. Une personne lombalgique aimerait ne plus avoir mal au dos. Actuellement, elle dit souffrir continuellement de maux de dos. Après discussion, le patient et le praticien conviennent d'écrire au contrat l'objectif personnel suivant : « avoir peu ou pas de douleur au dos une demie journée par semaine à la fin de l'École ». Un autre souhaite pouvoir parcourir 100 km en auto sans devoir arrêter le véhicule, en sortir et marcher pour soulager son dos. Il s'arrête actuellement de trois à cinq fois pour parcourir une telle distance. On convient alors de l'objectif personnel suivant : être capable de se rendre en automobile à une ville voisine située à environ 100 km en ne

débarquant qu'une seule fois de son véhicule à cause de ses douleurs lombaires. Enfin, un autre lombalgique avait cessé totalement de jouer avec ses jeunes enfants par peur de se blesser davantage. Il voulait reprendre ses activités ludiques avec ses enfants. L'objectif personnel convenu après discussion : « ne pas avoir peur de jouer avec mes enfants deux soirs par semaine ».

Convenir d'un changement minimal comporte des avantages majeurs. Ainsi, au plan clinique et après 15 ans d'application des ÉIDC, nous constatons qu'aucun patient ne s'est encore plaint d'avoir dépassé le changement minimal convenu! Au plan scientifique, on rapporte que la poursuite tenace du soulagement de la douleur augmente la détresse et la vigilance à la douleur (Eccleston & Crombez, 2007). Une étude expérimentale démontre à cet égard que la simple augmentation du désir de soulagement (induite ici à l'aide de suggestions hypnotiques) accroît de façon significative l'aspect désagréable de la douleur (Rainville, Bao, & Chrétien, 2005). En diminuant le désir de soulagement de la douleur, le changement minimal élimine le problème de l'augmentation de la douleur associée aux efforts soutenus pour la réduire. Paul Watzlawick avait déjà décrit de façon concise cette règle de base en thérapie stipulant « que l'on ne doit jamais se fixer pour but de résoudre totalement et définitivement un problème mais que l'on doit se borner à tenter de l'améliorer ou de l'atténuer, ainsi doit-on viser par exemple à ce que le patient souffre *moins*, parvienne à allonger *un peu* son temps de sommeil, ou bien [...] que ce désagrément soit tolérable » (1980, p. 79).

Échelles visuelles analogiques

L'utilisation d'échelles visuelles analogiques (ÉVA) pour mesurer des sensations subjectives n'est pas récente : dès 1921, des chercheurs décrivent en détail cette technique (Hayes & Patterson, 1921). Plusieurs raisons plaident en faveur d'un usage régulier des ÉVA. Les échelles analogiques s'adaptent bien au contexte clinique. Faciles à comprendre et rapides à remplir, elles offrent au patient la possibilité d'introduire le degré de discrimination qui lui plaît. Elles lui fournissent aussi un moyen concret de communiquer sur son état actuel ou désiré. Pour le praticien, l'usage d'échelles analogiques permet de moduler les attentes du patient. Ainsi, en plus d'être utilisées pour mesurer la douleur (Figure 2), elles servent aussi à clarifier des objectifs personnels au contrat. Après la négociation sur le pourcentage attendu de réduction de la douleur, les participants sont invités, d'ici la prochaine rencontre, à inscrire au verso du contrat au moins cinq objectifs personnels qui les stimuleraient à poursuivre le traitement. À la seconde rencontre, après discussion avec le praticien, deux sont inscrits au contrat. On utilise alors souvent l'ÉVA ou une échelle numérique pour convenir de ces objectifs personnels. Ici, la négociation s'effectue toujours selon la logique du *changement minimal*.

En voici quelques exemples. Au début de l'École, une patiente juge son niveau d'énergie très faible. Sur une échelle numérique de 1 (aucune énergie) à 10 (le niveau d'énergie le plus élevé que je puisse imaginer), elle se situe à 1. Elle choisit comme but d'atteindre 2,5 sur cette échelle d'ici la fin du traitement. Une autre personne fibromyalgique souhaite améliorer la qualité de son sommeil sans médicaments. Elle évalue le niveau actuel de sa qualité de sommeil à 4 sur une échelle de 1 (aucune qualité de sommeil) à 10 (meilleure qualité de sommeil que je puisse imaginer). Elle se fixe alors comme objectif personnel d'atteindre 6 d'ici la fin du traitement.

Recadrage

Une autre tactique thérapeutique concerne le recadrage. Recadrer signifie fournir une explication verbale qui change le sens conceptuel ou émotionnel d'une situation tout en étant compatible avec le cadre de référence du patient. Les recadrages qui « réinterprètent la sensation douloureuse s'avèrent plus efficaces que [...] détourner l'attention de la douleur » (Shutty & Sheras, 1991, p. 638). Cette différence d'efficacité tient au fait que percevoir la douleur comme menaçante empêche de réussir les tâches de distraction (Van Damme, Crombez, Wever, & Goubert, 2008). Recadrer la douleur est déterminant puisque toute amélioration passe par le changement des croyances et des peurs qui s'y rattachent (Crombez, 1999). Les recadrages utilisés à l'ÉIL ciblent essentiellement les *douleurs*, les *améliorations* et les *rechutes*.

Dès la première rencontre en groupe, le praticien formule au moment approprié le recadrage suivant : « à nos yeux, l'effet limitatif de votre *douleur* lombaire se fonde sur l'absence de moyens pour la gérer. En retour, cette absence de moyens engendre une peur souvent plus limitative que votre douleur elle-même ». Ensuite, la première fois qu'on prescrit les activités physiques personnalisées, on recadre les attentes de la façon suivante : « Commencer un entraînement physique augmente nécessairement l'intensité de la douleur lombaire. Par conséquent, c'est un bon signe que de souffrir davantage du dos au cours des premières semaines de votre entraînement. Mais attention : si votre douleur augmente de façon importante (passer de 4 à 8 par exemple), il faut absolument arrêter l'exercice pour éviter de vous blesser. L'exercice doit se faire à l'intérieur d'une zone de confort relatif, c'est-à-dire que la douleur augmente peu (ou pas) par rapport à celle ressentie avant l'exercice ». En présentant comme normal d'éprouver une légère augmentation de douleur à la suite d'activités physiques, celle-ci apparaît tout à coup comme utile et plus tolérable. En même temps, l'incitation à demeurer dans une zone de confort relatif permet au participant de commencer à exercer un contrôle sur sa douleur.

On recadre aussi les *améliorations*. À titre d'exemple, on évite de simplement encourager le lombalgique qui fait état d'une amélioration précise l'ayant particulièrement satisfait. Plutôt, le praticien le félicite et le met aussitôt en garde contre le fait de vouloir aller trop vite en lui donnant « de bonnes raisons d'avancer lentement » (Fisch *et al.*, 1986, p. 197). Cette situation se présente invariablement avec les lombalgiques lourdement médicamenteux. Dès le début, le praticien les prévient qu'ils devront débiter le sevrage de leurs médicaments à la septième rencontre du groupe. Au moment où le lombalgique parvient à réduire de façon significative sa consommation de médicaments, le praticien intervient de la façon suivante : « Nous sommes impressionnés par la réduction de vos doses. Cependant, l'expérience nous enseigne qu'en voulant aller trop vite, vous risquez d'échouer. Nous vous recommandons donc de prendre votre temps » (Charest *et al.*, 1996, p. 29). Au lieu d'un échec, cette invitation à avancer lentement permettra à l'avenir de considérer tout recul temporaire (un ou deux retours par semaine à la dose initiale, par exemple) comme une étape normale du sevrage. On utilise le même recadrage pour ajuster le rythme des activités physiques. On rappelle régulièrement l'importance de ne pas prendre plus de 15 minutes par jour pour pratiquer la routine motrice, de ne pas se livrer à une activité cardiorespiratoire plus de cinq fois par semaine, de ne pas dépasser les exigences des programmes mis à leur disposition. On précise aux participants ce que nous enseigne l'expérience des ÉIDC : les personnes qui persistent dans leurs entraînements sont celles qui ne dépasseront pas les limites de leurs programmes.

À l'ÉIF, avancer lentement est aussi appliqué aux améliorations souvent formulées par le patient comme suit : « dès que se présente enfin une journée avec peu ou pas de douleur, j'en profite pour éponger tout le retard accumulé en mettant les bouchées doubles jusqu'à tard le soir ». Pour modifier cette habitude, plusieurs tâches sont prescrites afin d'acquérir des stratégies de gestion de ses capacités (p. ex., déléguer en acceptant les conséquences, prioriser et planifier, refuser, bouger différemment, respirer paisiblement, etc.). La prescription de ces tâches est toujours précédée du recadrage suivant : « mieux vaut trois journées d'activités modérées qu'une journée excessive suivie de deux jours d'épuisement » (Barcellos de Souza *et al.*, 2007, p. 216).

Enfin, la troisième série de recadrage s'adresse aux *rechutes*. À la dernière rencontre, le praticien se garde de rassurer les participants sur le fait que les rechutes ne se produiront plus. Au contraire, il définit la rechute comme un événement inévitable, donc « normal ». La rechute n'est plus un événement à craindre sur les chemins de l'amélioration : le patient dispose désormais de tous les moyens nécessaires pour s'autotrainer, y inclus dans les moments de crise.

Épilogue

La tactique *épilogue* s'applique lors de la dernière rencontre. Elle vise à renforcer chez le participant sa perception du contrôle qu'il a appris à exercer sur ses douleurs et les différents symptômes associés. Sur un ton amusant, le praticien demande à chacun des patients de décrire le contrôle qu'il exerce désormais sur son problème en posant la question suivante : « Avec toutes les connaissances acquises au cours de votre démarche, que pourriez-vous faire ou ne pas faire pour retrouver votre état initial... et même pire? ». En répondant, la personne s'explique ainsi le contrôle qu'elle exerce désormais sur son problème en faisant à rebours le chemin parcouru depuis le début du traitement.

Prescription de tâches

La prescription de tâches cherche à « amener le sujet à agir comme s'il vivait dans une réalité différente de celle qu'il a construite lui-même : par exemple, comme si son problème était déjà résolu » (Watzlawick, 1991, p. 80). La tâche vise toujours un *petit* changement dans la façon de composer avec le problème. Ce changement apparemment petit mais stratégique peut entraîner progressivement d'autres améliorations, de sorte que le traitement à long terme et les changements héroïques ne sont pas requis. La réalisation des tâches dépend essentiellement de l'influence du thérapeute et de la perception du client que la tâche est adéquate et pas trop difficile à réaliser (Scheel, Hanson, & Razzhavaikina, 2004). Aussi, toute prescription de tâches doit être acceptable dans le sens d'être compatible avec l'image du monde du patient et cohérente avec ses *positions*, c'est-à-dire ses croyances et ses attentes face à son problème et au changement souhaité (soit le *changement minimal* décrit plus haut). Les prescriptions *simples* et apparemment insignifiantes ont d'habitude de meilleurs résultats que les directives complexes qui laissent trop souvent place à l'erreur. Enfin, l'action concrète proposée *ne doit pas* être dégradante, dangereuse ou onéreuse au plan monétaire.

Au cours des dix dernières minutes de chacune des rencontres en groupe (voir Figure 1), on projette une diapositive intitulée *Travail à faire*. Les praticiens remettent alors à chaque participant des tâches *personnalisées* qu'il réalisera d'ici la prochaine rencontre. Ces tâches comportent des activités physiques (respiration, routine motrice, activités cardiorespiratoires, étirements, renforcements, exercices proprioceptifs, etc.) et des activités interactionnelles ou cognitives (communication avec un membre significatif de son entourage, lire, écrire, résolution de problèmes, gestion de ses capacités, etc.). Le rationnel de base est le suivant : toute prescription de tâches vise essentiellement à faire quelque chose de différent des solutions tentées et inopérantes du patient. En dépit de sa bonne volonté, les actions prises par le patient jusqu'ici pour

solutionner son problème le maintiennent. En ce sens, « le problème, c'est la solution » (Watzlawick *et al.*, 1975, p. 49). Le praticien évite donc systématiquement de prescrire une solution déjà tentée par le client. Ses interventions visent plutôt à rompre le renforcement qu'opèrent l'un sur l'autre la pseudo-solution et l'aggravation de la crise (p. ex., plus j'ai mal, plus je persiste dans mes activités physiques; plus je persiste, plus ma douleur augmente. Ou l'inverse : plus j'ai mal, plus je m'immobilise; plus je passe de temps immobile, plus j'éprouve de la douleur). Les tâches prescrites appartiennent à l'une des trois catégories suivantes : « *actions à 180 degrés, actions qui marchent déjà ou actions nouvelles* » (Charest & Perron, 2000).

Actions à 180 degrés

Cette catégorie constitue un raccourci conceptuel qui facilite la prescription de mouvements spécifiques et individualisés. Elle répond à deux constatations pratiques.

Premièrement, la patient construit sa « réalité » motrice de [patient en douleur chronique] sur un certain nombre d'actions biomécaniques : postures, mouvements statiques ou dynamiques, immobilité prolongée, [persistance malgré la douleur] etc. Deuxièmement, ces actions ont abouti de toute évidence à des solutions inadéquates. En retour, ces pseudo-solutions inopérantes maintiennent la chronicité (Charest *et al.*, 1996, p. 195).

Le praticien de l'ÉIDC prescrit donc des actions qui se situent à l'opposé (180 degrés) des solutions tentées. Imaginons un lombalgique qui dit : « J'ai de plus en plus mal au dos. Cela fait un an que je pratique la brasse. On m'avait dit que c'était bon pour le dos... et je veux continuer à nager ». La prescription à 180 degrés proposera au patient « d'abandonner la brasse (extension) pour une nage plus en flexion (crawl) ». Une autre solution tentée : « J'ai très mal au dos quand je bascule mon bassin vers l'arrière (quand je reste longtemps en cyphose lombaire) ». L'action opposée sera d'apprendre à basculer le bassin vers l'avant et à le verrouiller dans cette position. La prescription à 180 degrés constitue aussi un raccourci pratique pour élaborer les routines motrices découlant du bilan fonctionnel et du niveau de base du patient. Ainsi, si les muscles du psoas sont très contracturés, une partie de la routine motrice ciblera l'allongement des psoas. Ou encore, en présence d'abdominaux très relâchés, l'action à l'opposé sera de cibler une partie de la routine motrice sur le renforcement des abdominaux. Il en va de même à l'ÉIF. Dans l'exemple mentionné plus haut, lorsque la patiente se sent pleine d'énergie, elle fait souvent des journées excessives « pour rattraper le temps perdu ». Immanquablement, ces journées sont suivies d'une période de crise de douleur. L'action à l'opposé de la solution tentée

consiste à prescrire, à une occasion, une journée de repos ou de faible intensité durant la prochaine *phase* de bien-être physique et mental.

Actions qui marchent déjà

La prescription systématique des exceptions (ou des solutions qui marchent déjà) joue un rôle capital. Le praticien les amplifie en encourageant simplement le patient à recourir davantage à ses solutions efficaces. En reflétant ainsi au patient qu'il possède déjà des compétences et des forces pour gérer sa douleur chronique, le praticien crée des attentes positives, un élément qui influence le résultat des interventions en douleur chronique (Goossens, Vlaeyen, Hidding, Kole-Snijders, & Evers, 2005). Voici une illustration de l'utilisation des actions qui marchent déjà. À la deuxième rencontre en groupe de l'ÉIF, les praticiens s'informent des exceptions vécues dans la gestion des principaux symptômes de la fibromyalgie : sommeil perturbé, douleur, fatigue et stress. Chaque participant indique alors les solutions qui s'avèrent efficaces pour lui en partie ou à court terme face au problème de sommeil (couverture électrique ou couette en duvet, prières, faire chambre à part, ne pas se coucher en même temps que le conjoint, se lever et lire, ne plus écouter les nouvelles télévisuelles, etc.); face à la douleur (douche chaude le matin, étirements, ne pas en parler, massage, bien manger, s'isoler, réduire l'environnement sonore, etc.); face à la fatigue (s'étendre quelques minutes, acheter des repas déjà préparés, choisir des aliments qui n'exigent pas de préparation, décrocher le téléphone, faire ce qu'on aime, etc.); face au stress (avoir un animal de compagnie, rejeter les stress évitables, s'isoler pour éviter de se faire envahir, se promener en automobile, dédramatiser, etc.). Une fois la liste des exceptions établie, on demande à chaque participant d'en choisir une qu'il n'a jamais expérimentée et de l'essayer au cours de la prochaine semaine. On rappelle alors la règle d'usage suivante : ce qui marche pour une personne ne fonctionne pas nécessairement pour une autre et l'unique façon de connaître l'efficacité d'une des solutions proposées consiste à l'essayer. On annonce ainsi ouvertement aux patients qu'ils demeurent les seuls experts pour juger si une solution est utile ou non. La démarche permet également de traduire au groupe qu'il dispose de compétences pour identifier des solutions utiles dans la gestion des symptômes.

Actions nouvelles

La prescription d'actions nouvelles englobe toutes les activités nouvelles pour le patient et différentes des solutions tentées, incluant des tâches d'observation de la présence ou de l'absence des symptômes. Enfin, il est primordial d'obtenir le *feedback du patient* sur la réalisation de la tâche. Cette information cruciale permet au praticien de procéder aux ajustements nécessaires. Cette opération d'ajustement favorise en retour

l'adhésion du patient à la réalisation de la tâche prescrite. Le praticien et le patient peuvent même décider de changer de type de tâches si aucun ajustement n'est possible. Échanger sur les difficultés et les réussites du patient favorise sa persévérance dans les efforts requis pour parvenir à s'autotrainer.

CONCLUSION

L'application de l'École interactionnelle de douleur chronique se caractérise essentiellement par les interventions systémiques et stratégiques suivantes. D'abord, le praticien convient avec chacun des patients du but et de deux objectifs personnels à atteindre à la fin du traitement. But et objectifs sont formulés ici en termes de changements minimaux. Ensuite, le lien thérapeutique est maximisé, d'une part, par le fait que toutes les rencontres sont assumées par les deux mêmes praticiens et, d'autre part, grâce à la position égalitaire adoptée par le praticien au cours des échanges réalisés durant la pause de 15 minutes intégrée à chacune des rencontres en groupe. En outre, le praticien reflète continuellement les compétences et les forces du patient en adoptant le plus souvent possible une position de non expert (*one down*), en encourageant systématiquement les exceptions et en utilisant, à chaque fois que l'occasion s'y prête, l'expertise développée par la personne dans la gestion de ses symptômes. Enfin, le praticien prescrit des tâches simples, personnalisées et ajustées selon le feedback obtenu du patient à chacune des rencontres en groupe.

Pistes de recherche

Cet article décrit la démarche d'un programme structuré de traitement en groupe de la douleur chronique dont l'efficacité a déjà été démontrée auprès de patients souffrant de lombalgie chronique ou de fibromyalgie (Barcellos de Souza *et al.*, 2008; Barcellos de Souza *et al.*, 2007; Charest *et al.*, 1996; Charest *et al.*, 1994). Trois pistes principales de recherche permettraient d'améliorer cette intervention en s'adressant au format, au contenu ou à la généralisation. Au plan du *format*, comme la réduction du nombre de rencontres en groupe faciliterait l'intégration du programme dans le milieu clinique, il y a lieu de vérifier par exemple si le remplacement des 11 rencontres de 2 heures chacune à l'ÉIL par 9 rencontres de 2,5 heures aurait un impact sur l'efficacité du programme. Au plan du *contenu*, le programme s'avère efficace mais on ne connaît pas l'apport des divers éléments impliqués. Autrement dit, quels sont les ingrédients actifs du programme : l'alliance thérapeutique, l'effet du groupe, la démarche stratégique ou autre? Enfin, au plan de la généralisation, il serait très utile d'évaluer l'efficacité de l'ÉIDC pour d'autres problèmes chroniques comme, par exemple, les migraines, la

cervicalgie, les douleurs abdominales chroniques et le syndrome douloureux régional complexe.

RÉFÉRENCES

- Ali, N., & Thomson, D. (2009). A comparison of the knowledge of chronic pain and its management between final year physiotherapy and medical students. *European Journal of Pain, 13*, 38-50.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy : Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change* (pp. 23-55). Washington, DC : APA Press.
- Barcellos de Souza, J., Bourgault, P., Charest, J., & Marchand, S. (2008). Escola Interrelacional de Fibromialgia : Aprendendo a lidar com a dor - Estudo clinico randomizado [École interactionnelle de fibromyalgie: apprendre à gérer la douleur - une étude randomisée]. *Revista Brasileira de Reumatologia, 48*, 218-225.
- Barcellos de Souza, J., Charest, J., & Marchand, S. (2007). École interactionnelle de fibromyalgie : description et évaluation. *Douleur et analgésie, 20*, 213-218.
- Barcellos de Souza, J., Potvin, S., Goffaux, P., Charest, J., & Marchand, S. (2009). The deficit of pain inhibition in fibromyalgia is more pronounced in patients with comorbid depressive symptoms. *Clinical Journal of Pain, 25*, 123-127.
- Baune, B. T., Caniato, R. N., Garcia-Alcaraz, M. A., & Berger, K. (2008). Combined effects of major depression, pain and somatic disorders on general functioning in the general adult population. *Pain, 138*, 310-317.
- Bedi, R. P. (2006). Concept mapping the client's perspective on counseling alliance formation. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 26-35.
- Bertalanffy, L. V. (1962). General system theory - A critical review. In L. von Bertalanffy & A. Rapoport (Éds), *General systems* (pp. 1-20). New York : Society for General Systems Research.
- Bigal, M. E., & Lipton, R. B. (2009). Excessive opioid use and the development of chronic migraine. *Pain, 142*, 179-182.
- Bonica, J. J. (1990). Definitions and taxonomy of pain. In J. J. Bonica (Éd.), *The management of pain* (2^e éd). Philadelphia : Lea & Febiger.
- Broderick, J. E., Schwartz, J. E., Vikingstad, G., Pribbernow, M., Grossman, S., & Stone, A. A. (2008). The accuracy of pain and fatigue items across different reporting periods. *Pain, 139*, 146-157.
- Bruehl, S., Burns, J. W., Chung, O. Y., & Quartana, P. (2008). Anger management style and emotional reactivity to noxious stimuli among chronic pain patients and healthy controls : The role of endogenous opioids. *Health Psychology, 27*, 204-214.
- Charest, J. (1998). Démarche en thérapie brève : deux applications cliniques. *Revue québécoise de psychologie, 19*, 5-27.
- Charest, J., Chenard, J. R., Lavignolle, B., & Marchand, S. (1996). *Lombalgie : École interactionnelle du dos*. Paris : Masson.
- Charest, J., Lavignolle, B., Chenard, J. R., Provencher, M., & Marchand, S. (1994). École interactionnelle du dos. *Rhumatologie, 46*, 221-237.
- Charest, J., & Perron, J. C. (2000). Prescription de comportements dans un cas de dépression avec idéations suicidaires. *Revue québécoise de psychologie, 21*, 153-172.
- Cossette, L., & Duclos, É. (2002). *A profile of disability in Canada, 2001*. (Minister of Industry ed.) Ottawa : Catalogue no 89-577-XIE.
- Crombez, G. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself : Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain, 80*, 329-339.
- Dobkin, P. L., Sita, A., & Sewitch, M. J. (2006). Predictors of adherence to treatment in women with fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain, 22*, 286-294.
- Dufour, R. (2008). Le vendeur en sarrau. *Actualités psychomédicales et de la santé, 3*, 2.
- Duhaime, S., Gaumont, I., Nguyen, D. N., & Charest, J. (2009, Mars). Traitement en groupe du colon irritable et de la douleur pelvienne chronique. *Affiche présentée au 2^e rendez-vous de la gestion des maladies chroniques*. Montréal.

- Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain : A misdirected problem solving model. *Pain, 132*, 233-236.
- Fisch, R., & Schlanger, K. (2005). *Traiter les cas difficiles*. Paris : Seuil.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1986). *Tactiques du changement*. Paris : Seuil.
- Gaumont, I., & Marchand, S. (2006). La douleur est-elle sexiste? Mécanismes endogènes et hormones sexuelles. *Médecine/Sciences, 22*, 901-903.
- Goffaux, P., Redmond, W. J., Rainville, P., & Marchand, S. (2007). Descending analgesia--when the spine echoes what the brain expects. *Pain, 130*, 137-143.
- Goossens, M. E., Vlaeyen, J. W., Hidding, A., Kole-Snijders, A., & Evers, S. M. (2005). Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. *Clinical Journal of Pain, 21*, 18-26.
- Gucciardi, E., Demelo, M., Offenheim, A., Grace, S. L., & Stewart, D. E. (2007). Patient factors associated with attrition from a self-management education programme. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13*, 913-919.
- Hadjistavropoulos, H., & Shymkiw, J. (2007). Predicting readiness to self-manage pain. *Clinical Journal of Pain, 23*, 259-266.
- Hasenbring, M. (2000). Attentional control of pain and the process of chronification. *Progress in Brain Research, 129*, 525-534.
- Hayes, M. H. S., & Patterson, D. G. (1921). Experimental development of the graphic rating method. *Psychological Bulletin, 18*, 98-99.
- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms : A list of definitions and notes on usage. *Pain, 6*, 249-252.
- Jackson, T., Huang, X., Chen, H., & Phillips, H. (2009). Effects of threatening information on interpersonal responses to pain. *European Journal of Pain, 13*, 431-438.
- Katz, N., & Mazer, N. A. (2009). The impact of opioids on the endocrine system. *Clinical Journal of Pain, 25*, 170-175.
- Kirsch, I. (1999). *How expectancies shape experience*. Washington DC : American Psychological Association.
- Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick, C. G., Arnold, L. M., Choi, H., Deyo, R. A. *et al.* (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis & Rheumatism, 58*, 26-35.
- Lynch, M. E., Campbell, F., Clark, A. J., Dunbar, M. J., Goldstein, D., Peng, P. *et al.* (2008). A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain, 136*, 97-116.
- Macdonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin, 131*, 202-223.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur* (2^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation inc.
- Marchand, S., Li, J., & Charest, J. (1995). Effects of caffeine on analgesia from transcutaneous electrical nerve stimulation. *New England Journal of Medicine, 333*, 325-326.
- Mercadante, S., Ferrera, P., Villari, P., & Arcuri, E. (2003). Hyperalgesia : An emerging iatrogenic syndrome. *Journal of Pain and Symptom Management, 26*, 769-775.
- Molton, I. R., Graham, C., Stoelb, B. L., & Jensen, M. P. (2007). Current psychological approaches to the management of chronic pain. *Current Opinion in Anaesthesiology, 20*, 485-489.
- Moseley, G. L. (2003). Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain : The actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *The Journal of Pain, 4*, 184-189.
- Moseley, G. L., & Arntz, A. (2007). The context of a noxious stimulus affects the pain it evokes. *Pain, 133*, 64-71.
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada - prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research & Management, 7*, 179-184.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1993). *L'art du changement*. Paris : L'esprit du temps.

Traitement en groupe de la douleur chronique

- Owen, D. G., Bureau, Y., Thomas, A. W., Prato, F. S., & St Lawrence, K. S. (2008). Quantification of pain-induced changes in cerebral blood flow by perfusion MRI. *Pain*, 136, 85-96.
- Peng, P., Choiniere, M., Dion, D., Intrater, H., Lefort, S., Lynch, M. *et al.* (2007). Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 54, 977-984.
- Prkachin, K. M., Solomon, P. E., & Ross, J. (2007). Underestimation of pain by health-care providers : Towards a model of the process of inferring pain in others. *Canadian Journal of Nursing Research*, 39, 88-106.
- Rainville, P., Bao, Q. V., & Chrétien, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, 118, 306-318.
- Scheel, M. J., Hanson, W. E., & Razzhavaikina, T. I. (2004). The process of recommending homework in psychotherapy : A review of therapist delivery methods, client acceptability, and factors that affect compliance. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 41, 38-55.
- Shutty, M. S., & Sheras, P. (1991). Brief strategic psychotherapy with chronic pain patients : Reframing and problem resolution. *Psychotherapy*, 28, 636-642.
- Sjogren, P., Ekholm, O., Peuckmann, V., & Gronbaek, M. (2009). Epidemiology of chronic pain in Denmark : An update. *European Journal of Pain*, 13, 287-292.
- Straub, R. H., & Cutolo, M. (2007). Circadian rhythms in rheumatoid arthritis : Implications for pathophysiology and therapeutic management. *Arthritis & Rheumatism*, 56, 399-408.
- Turk, D. C., Swanson, K. S., & Tunks, E. R. (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients-when pills, scalpels, and needles are not enough. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 213-223.
- Van Damme, S., Crombez, G., Wever, K., & Goubert, L. (2008). Is distraction less effective when pain is threatening? An experimental investigation with the cold pressor task. *European Journal of Pain*, 12, 60-67.
- Watzlawick, P. (1978). *La réalité de la réalité*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P. (1980). *Le langage du changement*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P. (1991). *Les cheveux du baron de Münchhausen : Psychothérapie et « réalité »*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P. (1997). « Insight » may cause blindness. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy : The third conference* (pp. 309-321). New York : Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P. (2003). La réalité est une construction. In P. Cabin (Ed.), *La communication - État des savoirs* (pp. 135-142). Paris : Éditions Sciences Humaines.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (2000). *Stratégie de la thérapie brève*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P., & Weakland, J. H. (1981). *Sur l'interaction*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1975). *Changements : paradoxes et psychothérapie*. Paris : Seuil.
- Weakland, J. H. (2000). Thérapie systémique individuelle. In P. Watzlawick & G. Nardone (Éds), *Stratégie de la thérapie brève* (pp. 155-169). Paris : Seuil.

RÉSUMÉ

Cet article décrit le déroulement et la démarche stratégique du traitement en groupe de la douleur chronique – appelé École interactionnelle – dont l'efficacité a déjà été démontrée auprès de patients souffrant de lombalgie chronique ou de fibromyalgie. Une brève présentation du déroulement précède l'exposé détaillé de la démarche stratégique regroupée sous les quatre thèmes suivants : description (plainte, solutions tentées et exceptions), interaction, tactiques thérapeutiques et prescription de tâches. La conclusion rappelle les principales caractéristiques propres à l'École interactionnelle de douleur chronique (EIDC).

MOTS CLÉS

approche stratégique, fibromyalgie, lombalgie chronique, psychologie de la santé, traitement

ABSTRACT

This article describes the practical procedures and strategic actions involved in a group treatment of chronic pain called the Interactional School whose efficacy has already been demonstrated with patients suffering from low back pain or fibromyalgia. A brief presentation of the practical procedures precedes a detailed analysis of the strategic actions which is organized around the following four themes: Description (of the complaint, attempted solutions and exceptions), interaction, therapeutic tactics and tasks prescription. The conclusion highlights the main characteristics associated with the Interactional School of Chronic Pain (ISCP).

KEY WORDS

strategic approach, fibromyalgia, chronic low back pain, health psychology, treatment

MONOPARENTALITÉ, CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES ET PROBLÈMES DE COMPORTEMENT EXTÉRIORISÉS CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE¹

SINGLE-MOTHER AND TWO-PARENT FAMILY CHARACTERISTICS OF
PRESCHOOLERS WITH OR WITHOUT EXTERNALIZING BEHAVIOR PROBLEMS

Josée Laprise

Université de Sherbrooke

Pierrette Verlaan²

Université de Sherbrooke

Thérèse Besnard

Université de Sherbrooke

Marie-Josée Letarte

Université de Sherbrooke

France Capuano

Université du Québec à Montréal

INTRODUCTION

Selon le Conseil Supérieur de l'Éducation (CSÉ, 2001), le nombre d'élèves identifiés en milieu scolaire comme ayant des problèmes de comportement extériorisés (PCE) a triplé au cours des dernières années, passant de 0,8 % en 1984-1985 à 2,5 % en 1999-2000. Entre 9 et 15 % de ces élèves sont de niveau préscolaire (CSÉ, 2001). Ce nombre est peut-être même plus important puisque selon l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ÉLNEJ, 1997), ce serait plutôt 23,3 % des enfants canadiens âgés de quatre à sept ans qui présenteraient une ou plusieurs difficultés d'adaptation.

À l'âge préscolaire, les PCE peuvent prendre la forme de gestes agressifs, impulsifs ou d'opposition envers l'autorité (Achenbach, 1991). Pour certains élèves, ces problèmes persistent dans le temps et peuvent même s'aggraver s'ils ne sont pas traités (Broidy *et al.*, 2003). Ces élèves sont particulièrement à risque de présenter des difficultés sur le plan

1. Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien financier du premier auteur par le Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (ARUC-GRISE). L'évaluation du programme Fluppy a été réalisée en partenariat avec l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke, l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, le Centre de santé et de services sociaux de Laval, la Commission scolaire de Laval et le Centre de Psycho-Éducation du Québec. Cette évaluation a été rendue possible grâce à des subventions reçues du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), la Fondation Lucie et André Chagnon, le Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA), le Ministère de l'éducation, du loisir et du sport (MELS) ainsi que par tous les partenaires du projet.
2. Adresse de correspondance : Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation, Campus de Longueuil, 150, place Charles-Le Moyne, bureau 200, Longueuil (Québec), J4K 0A8. Téléphone : (450) 463-1835 poste 61749. Télécopieur : (450) 463-1839. Courriel : pierrette.verlaan@usherbrooke.ca

académique tout au long de leur cheminement scolaire (Vitaro, Brendgen, Larose, & Tremblay, 2005). De plus, plusieurs d'entre eux vont manifester des problèmes de délinquance et de violence à l'adolescence ou vont rencontrer des difficultés d'intégration sociale (Hill & Maughan, 2001). Les études démontrent clairement que les PCE manifestés au cours de la petite enfance prédisent la fréquence, la gravité et la persistance à l'adolescence et à l'âge adulte de ces mêmes comportements (pour une revue voir Gagnon & Vitaro, 2000). Les coûts sociaux associés à cette problématique sont énormes (Foster, Rollefson, Doksum, Noonan, Robinson, & Teich, 2005), c'est pourquoi il est important d'agir rapidement et d'essayer de prévenir précocement le développement des PCE.

MODÈLES THÉORIQUES

Différents modèles théoriques ont guidé les recherches expliquant l'étiologie des PCE (p. ex., théories de l'attachement, écosystémique, de coercition familiale). Il y a consensus entre les théoriciens que ce phénomène soit déterminé par l'interaction de facteurs multiples tels que des facteurs génétiques et des dimensions issues du contexte social. Par ailleurs, ils considèrent généralement que des pratiques parentales inadéquates augmentent les risques de voir des difficultés surgir au cours du développement, notamment des PCE (voir Dumas, 2007, pour une revue).

La théorie de coercition familiale proposée par Patterson (1982) pose les pratiques parentales comme la variable centrale expliquant le développement des PCE. Selon ce modèle, les parents d'enfants ayant des PCE adoptent des pratiques éducatives inconstantes, incohérentes et imprévisibles. Ainsi, ils ont tendance à renforcer les comportements inadéquats de leur enfant et à ne pas offrir de conséquences positives aux comportements adéquats qu'il manifeste. Ces pratiques contribuent à maintenir les comportements de l'enfant et à engendrer une escalade des PCE chez celui-ci (Granic & Patterson 2006; Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989). De plus, étant le premier agent de socialisation de l'enfant, le parent est un modèle important pour lui. Ainsi, devant l'absence de modèle convenable pour résoudre problèmes ou conflits, l'enfant transposera ses actions dans d'autres contextes. Ces comportements auront un impact sur son adaptation scolaire, sa relation avec les adultes et avec ses pairs (Granic & Patterson, 2006; Patterson *et al.*, 1989).

Le modèle de coercition familiale explique également que la qualité des pratiques parentales est directement influencée par des éléments de «stress» présents dans le vécu des parents (Granic & Patterson, 2006; Patterson, Forgatch, Yoerger, & Stoolmiller, 1998). Par exemple, les ruptures et transitions vécues dans la famille ou le fait de diriger

une famille monoparentale constitueraient des conditions de vie particulièrement stressantes.

Devant subvenir seules aux besoins de leurs enfants, les mères monoparentales ont pour la plupart un revenu plus faible que les mères de famille biparentale (Carlson & Corcoran, 2001). Similairement, Hilton, Desrochers et Devall (2001) observent que les mères monoparentales ont plus souvent un emploi moins bien rémunéré en raison d'un niveau de scolarisation moins élevé et ont ainsi un revenu plus faible que les mères de famille biparentale ou encore que les pères vivant seuls. Il semble effectivement que plusieurs femmes monoparentales soient pauvres. Par exemple, au Québec en 2001, 45,4 % des mères monoparentales avaient un revenu inférieur aux seuils de faible revenu. À titre comparatif, ce pourcentage était seulement 10,8 % pour les familles biparentales (Institut de la statistique du Québec, 2001).

Quand près de 1,4 million d'enfants vivent dans des familles monoparentales au Canada, dont 80,1 % sont dirigées par des mères (Statistique Canada, 2002), l'impact de la monoparentalité sur le développement de l'enfant ne doit pas être négligé.

FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS À LA MONOPARENTALITÉ

L'état actuel des connaissances suggère que plusieurs facteurs de risques psychosociaux sont associés à la monoparentalité (Dunifon, Kalil, & Bajracharya, 2005; Forgatch & DeGarmo, 2002; Zhan & Pandey, 2004). De fait, en plus d'avoir un revenu moins élevé, l'absence du père ou d'un conjoint fait aussi en sorte que la mère reçoit moins d'appui dans l'éducation de ses enfants. En outre, les mères monoparentales se retrouvent fréquemment seules avec leurs enfants et ont généralement un réseau social moins élargi que les mères de famille biparentale (Carlson & Corcoran, 2001; Copeland & Harbaugh, 2005; Hilton *et al.*, 2001).

Certaines caractéristiques vont venir influencer le sentiment d'efficacité de la mère monoparentale, comme le démontre l'étude de Jackson et Huang (2000), faite auprès de 188 mères monoparentales d'enfants âgés entre 3 et 5 ans. Les résultats de cette étude démontrent que les mères monoparentales qui travaillent et qui ont moins de préoccupations financières se sentent plus efficaces dans leurs habiletés parentales que celles qui ne travaillent pas. L'étude montre de plus que les mères monoparentales qui rapportent plus de symptômes dépressifs et qui ont un haut niveau de stress se perçoivent comme moins efficaces dans leurs pratiques éducatives auprès de leur enfant. Un sentiment dépressif plus élevé est d'ailleurs rapporté chez les mères monoparentales

comparativement aux mères biparentales dans certaines études (Cairney, Boyle, Offord, & Racine, 2003).

Selon le modèle de coercition familiale (Patterson, 1982), les difficultés personnelles vécues par les mères et le faible soutien affectif qu'elles reçoivent seraient une source de stress importante les rendant moins disponibles, moins affectueuses et plus irritables à l'égard de leur enfant. Subséquemment, leurs enfants seraient affectés par leurs pratiques parentales négatives. L'étude d'Éthier et La Frenière (1993) démontre d'ailleurs un lien très clair entre le stress des mères monoparentales et les conduites agressives de leur enfant; plus le stress est élevé pour ces mères, plus l'enfant manifeste des comportements perturbateurs. On note également que les mères monoparentales qui rapportent que leurs enfants ont des PCE sont des mères qui ont des pratiques parentales plus déviantes et hésitantes comparées aux mères qui ne rapportent pas de PCE chez leur enfant (Jackson & Huang, 2000). De même, Olson, Ceballo et Park (2002) indiquent que les PCE chez les enfants de mères monoparentales sont associés à des pratiques disciplinaires maternelles plus punitives, plus contrôlantes et plus intrusives à l'égard des enfants.

Dans ces études, les auteurs comparent les pratiques parentales parmi des mères monoparentales d'un sous-groupe d'enfants manifestant des PCE à un sous-groupe d'enfants normatifs (Jackson & Huang, 2000; Olson *et al.*, 2002). Il est assez bien documenté que des relations parent-enfant caractérisées par la coercition, l'hostilité ou la présence de pratiques disciplinaires inadéquates sont des signes de dysfonctionnement familial qui s'accompagnent de difficultés personnelles chez les enfants. De plus, les enfants qui vivent dans de tels contextes familiaux présentent des risques accrus de développer des PCE précocement (Gagnon & Vitaro, 2000, pour une revue). La question est maintenant de savoir si les pratiques parentales se différencient en fonction de la structure de la famille et de la présence ou non de PCE chez l'enfant.

En se référant aux conclusions des études précédemment citées, il est possible d'émettre l'hypothèse que les enfants de mère monoparentale vivent dans un environnement présentant davantage de stress que ceux de mère biparentale. Les mères de ces enfants se caractérisent par un revenu faible, un réseau de soutien limité et par la présence de symptômes dépressifs. Ces « stressseurs » psychosociaux influenceraient la qualité de leurs pratiques parentales, et conséquemment, l'apparition de PCE chez leurs enfants (Patterson, 1982).

Les résultats des études recensées convergent pour démontrer des difficultés plus importantes au niveau des pratiques parentales des mères monoparentales que chez les mères biparentales. Par exemple, Fox, Platz

et Bentley (1995) ont questionné 1 056 mères ayant au moins un enfant âgé entre un et quatre ans. Les résultats indiquent que les mères monoparentales utiliseraient davantage de mesures disciplinaires et manifesteraient moins d'affects positifs que les mères biparentales. En outre, leur enfant manifesterait plus de PCE. L'étude de Webster-Stratton (1989), effectuée auprès d'un échantillon clinique de 107 enfants âgés entre 3 et 7 ans recevant des services pour des PCE, montre que les mères monoparentales ont des pratiques parentales plus négatives et offrent moins de soutien et de stimulation à leur enfant que les mères biparentales. De plus, ces mères critiquent et contrôlent plus les comportements de leur enfant. Toutefois, contrairement à l'étude de Fox *et al.* (1995), il n'y a pas de différence entre les mères monoparentales et biparentales dans la démonstration d'affects positifs envers leurs enfants. Enfin, Shaw, Winslow et Flanagan (1999) ont effectué une étude longitudinale auprès de garçons d'âge préscolaire de mères ayant un faible revenu. Les résultats de cette étude démontrent que les mères monoparentales présenteraient plus d'hostilité envers leur garçon que les mères biparentales ou divorcées.

Ainsi, comparés aux enfants vivant auprès de deux parents, les enfants de familles monoparentales qui manifestent des PCE semblent avoir des mères moins stimulantes et plus contrôlantes (Éthier & La Frenière, 1993; Olson *et al.*, 2002; Webster-Stratton, 1989). Elles offrent également moins de soutien et de stimulation (Olson *et al.*, 2002; Webster-Stratton, 1989) et expriment moins de chaleur (Bank, Forgatch, Patterson, & Fetrow, 1993; Éthier & La Frenière, 1993). De plus, ces mères se sentent moins efficaces dans leur rôle de parent (Hilton *et al.*, 2001).

Il semble en outre que les mères seules éprouvent davantage de difficultés dans leurs pratiques parentales que celles ayant un conjoint pour les seconder. Or, il est important de noter que bien qu'on retrouve des études qui comparent les liens entre les pratiques parentales des familles monoparentales avec celles des familles biparentales auprès d'enfant manifestant des PCE, peu d'études comparent cette relation auprès d'un échantillon d'enfants qui ne manifestent pas de problèmes. Comme le mentionnent Bernier, Gagnon, Charlebois, Larivée et Tremblay (1991), un groupe d'enfants normatifs, sans PCE, permettrait d'évaluer si les pratiques des mères monoparentales et biparentales se distinguent auprès de différents sous-groupes d'enfants.

Ajoutons ici que la majorité des études n'ont eu recours qu'à une seule source d'information (soit habituellement l'enseignant) pour établir les difficultés comportementales des enfants. Or, en raison des faibles corrélations entre les informations fournies par différentes personnes sur les comportements d'un même enfant, plusieurs auteurs ont démontré la

pertinence de recourir à plus d'un informateur pour établir les difficultés comportementales des enfants (Jensen *et al.*, 1999; Mitsis, McKay, Schulz, Newcorn, & Halperin, 2000). L'utilisation d'une telle stratégie permettrait d'obtenir différents points de vue sur les difficultés présentées par les élèves.

Objectifs de l'étude

Afin de pouvoir en tenir compte dans l'offre de services, le premier objectif de la présente étude vise à comparer les caractéristiques familiales (revenu, scolarité de la mère et sentiment dépressif) et les pratiques parentales (engagement, pratique positive, sentiment d'efficacité, inconstance dans la discipline, hostilité et rejet affectif, expression des émotions, soutien à l'autonomie, qualité des instructions et contrôle) de mères monoparentales à celles de mères biparentales en fonction de la présence ou non de problèmes extériorisés chez les enfants d'âge préscolaire. Le deuxième objectif de cette étude vise à examiner la valeur prédictive de l'ensemble de ces caractéristiques familiales sur la sévérité des PCE de l'enfant. La contribution unique de la structure familiale et de chacune des dimensions des pratiques parentales sera examinée afin d'évaluer les facteurs de risque les plus fortement associés aux PCE de l'enfant.

MÉTHODOLOGIE

Description de l'échantillon

L'échantillon de cette étude a été sélectionné à partir des participants ($n = 1085$) d'un projet de recherche plus large qui évalue l'impact du programme de prévention « Fluppy » (voir Poulin, Capuano, Vitaro, & Verlaan, 2006, pour la description complète de la procédure de sélection). Ils ont été recrutés entre 2002 et 2005 parmi les élèves de maternelle de la région de Laval à partir d'une population de 2697 sujets. La majorité d'entre eux appartiennent à la classe moyenne et sont d'origine canadienne (85 %). La présente étude propose une analyse secondaire des données de ce projet de recherche et n'a retenu dans son échantillon que les familles de type monoparental et biparental¹, soit 81 % de l'échantillon total ($n = 887$).

De cet échantillon de 887 enfants, 292 (32,9 %) présentent des PCE. En ce qui a trait à la structure familiale, 783 enfants (88,3 %) vivent dans une famille biparentale et 104 enfants (11,7 %) vivent dans une famille monoparentale (voir Tableau 1). Ce pourcentage est représentatif de la

1. Les familles recomposées, les parents adoptifs, les familles d'accueil et les grands-parents ont été exclus de l'échantillon.

Tableau 1

Description de l'échantillon de l'étude selon la structure de la famille et de la présence ou non de problème de comportement extériorisés (PCE) chez l'enfant

	Sans PCE		PCE		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Famille						
Biparentale	539	68,8	244	31,2	783	88,3
Monoparentale	56	53,8	48	46,1	104	11,7
Total	595		292		887	
Sexe de l'enfant						
Garçon	352	59,2	209	71,6	561	63,2

population québécoise; les familles monoparentales du Québec représentant 15,9 % des familles (Statistique Canada, 2006).

L'âge moyen de l'ensemble des enfants est de 5,06 ans ($ÉT = 0,01$) et 63,2 % sont des garçons. Par contre, dans le groupe de familles ayant un enfant PCE, 71,6 % sont des garçons ($n = 209$), soit un ratio d'environ quatre garçons pour une fille [$X^2(1, 886) = 12,99, p < .01$], un ratio garçons/filles couramment documenté dans la littérature pour les enfants d'âge préscolaire-primaire manifestant des PCE (Offord, Boyle, & Racine, 1991), tant pour les enfants de familles biparentales que pour ceux de familles monoparentales.

Procédure

Les participants à l'étude ont été recrutés en trois cohortes successives selon les étapes et les critères suivants. Au début du mois d'octobre, les enseignants ont été invités à compléter pour chacun des élèves de leur classe un questionnaire de dépistage (voir section « Instruments d'évaluation »). Le même questionnaire a été acheminé aux mères de chacun des élèves. Les élèves dont le score total à ce questionnaire se situait au-delà du 65^e percentile à la fois en classe (enseignant) et à la maison (parent) ont été identifiés comme présentant des PCE. L'utilisation de ce double critère de dépistage est recommandée par les chercheurs en prévention puisqu'il permet d'identifier les enfants qui sont les plus susceptibles de présenter des difficultés sévères au cours des années ultérieures (Dwyer, Nicholson, & Battistutta, 2006; Lochman, 1995). Les enfants présentant un diagnostic de déficience intellectuelle, de trouble envahissant du développement ou de trouble du langage sévère ont été exclus de l'échantillon.

Par la suite, une démarche d'évaluation plus exhaustive sur les caractéristiques des enfants et leur famille a été initiée auprès des mères et des enseignants par l'envoi postal de questionnaires au groupe d'enfants PCE ainsi qu'à un groupe d'enfants fréquentant les mêmes classes mais ne présentant pas de PCE.

Finalement, afin d'examiner de manière plus approfondie les pratiques parentales et d'orienter les interventions préventives, une situation de jeu en laboratoire a été utilisée pour observer directement les pratiques parentales des mères en interaction avec leur enfant (voir section « Instruments d'évaluation »). Seules les familles d'enfant ciblé comme manifestant des PCE ont été invitées à cette évaluation puisqu'elle faisait partie intégrante de l'intervention offerte à ces familles. Des 292 familles du groupe PCE de notre échantillon, 186 (64 %) ont ainsi été filmées dont 150 dyades mère-enfants issues de familles biparentales et 36 dyades issues de familles monoparentales. Un tirage aléatoire en fonction de l'âge et du sexe des 36 enfants des familles monoparentales a été effectué afin de former un groupe équivalent d'enfants de familles biparentales ($n = 36$).

Instruments d'évaluation

Dépistage des enfants à risque

Les enfants à risque de développer des PCE ont été dépistés à l'aide de l'*Outil de dépistage des enfants à risque*, développé par Capuano, Vitaro, Poulin et Verlaan (2002). Les énoncés portent sur des symptômes apparentés aux troubles de l'opposition et de la conduite (4 énoncés) et avec ceux liés au déficit de l'attention et d'hyperactivité (6 énoncés) qui se retrouvent dans le DSM-IV (APA, 2003). Des énoncés d'agression verbale et physique (4 énoncés) ainsi qu'indirecte (4 énoncés) ont également été inclus sur la base des travaux récents suggérant que cette dernière forme d'agression caractérise particulièrement les filles (voir Verlaan & Besnard, 2006, pour une revue). Le format de réponse offre trois choix aux répondants, allant de « jamais ou pas vrai » à « souvent ou très vrai ». L'instrument présente une excellente consistance interne avec un alpha de Cronbach de .93 pour la version enseignant et de .83 pour la version parent. La corrélation entre l'évaluation de l'enseignante et celle de la mère est de .37 ($p < .01$) (Poulin *et al.*, 2006).

Problèmes de comportements extériorisés de l'enfant

Pour vérifier le deuxième objectif de recherche portant sur la prédiction des différentes caractéristiques familiales sur la sévérité des PCE chez les enfants, le *Behavior (BEH)*, une adaptation du *Preschool Behavior Questionnaire* (Tremblay, Vitaro, Gagnon, Piché, & Royer, 1992) a été utilisé. Ce questionnaire permet de mesurer, selon la perception des

mères et des enseignants, l'intensité des PCE de l'enfant. Le questionnaire est formé de 75 énoncés auxquels il faut répondre à l'aide d'une échelle de type Likert en six points allant de « jamais » à « souvent ». Il comprend 14 dimensions du comportement de l'enfant. Dans le cadre de cette étude, seules les échelles portant sur les problèmes de comportements extériorisés ont été retenues soit : l'agression indirecte (5 énoncés, p. ex., combien de fois votre enfant, lorsqu'il/elle était fâché(e) contre quelqu'un, a dit des vilaines choses dans le dos de cette personne), l'agression physique (10 énoncés, p. ex., combien de fois votre enfant s'est bagarré), l'opposition (6 énoncés, p. ex., combien de fois votre enfant a été rebelle ou a refusé d'obéir) et l'hyperactivité (11 énoncés, p. ex., combien de fois votre enfant a eu de la difficulté à attendre son tour). Ces énoncés ont été regroupés de manière à créer un seul score moyen variant de 1 à 6. Le score moyen observé pour les enseignants est de 2,11 ($ÉT = 0,87$) et celui des mères est de 2,26 ($ÉT = 0,66$). La consistance interne, autant pour les données recueillies auprès des mères ($\alpha = .94$) que pour celles obtenues de l'enseignant ($\alpha = .97$), est excellente. La corrélation entre l'évaluation de l'enseignant et celle de la mère est de .53 ($p < .001$).

Caractéristiques sociodémographiques de la famille

Une série de questions sur les variables sociodémographiques de la famille comme la structure familiale, la scolarité (« diplôme secondaire et moins » ou « études collégiales et plus ») et le revenu familial (allant de 1 = « moins de 19,999\$ » à 9 = « 100 000\$ et plus ») ont été posées aux mères. Le revenu moyen de l'échantillon se situe entre 40 000 \$ et 59 999 \$.

Sentiment dépressif de la mère

Le sentiment dépressif de la mère a été évalué à l'aide de la version française de l'échelle *CES-D* (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*; Radloff, 1977). Ce questionnaire auto-rapporté évalue le sentiment de dépression au cours de la semaine précédente. L'échelle de type Likert en trois points varie de « jamais ou rarement » à « la plupart du temps ou toujours » et comprend 20 questions (p. ex., J'étais embêtée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas). La fiabilité de la version francophone de cet instrument dans la présente étude est excellente ($\alpha = .87$). Le score moyen des mères est de 5,88 ($ÉT = 6,99$).

Pratiques parentales

Dans le but d'obtenir une perception plus complète des pratiques parentales, ces dernières ont été évaluées selon deux méthodes distinctes. Toutes les mères ont d'abord complété un questionnaire auto-rapporté à ce sujet. Par la suite, une proportion des mères d'enfants ayant un PCE ont été observées directement en situation de jeu.

Questionnaire auto-rapporté. Les pratiques parentales des mères ont été mesurées premièrement à partir d'une adaptation du questionnaire *Alabama Parenting Questionnaire* (APQ; Shelton, Frick, & Wootton, 1996) modifié par l'équipe de recherche (Capuano *et al.*, 2002) en incluant certaines échelles du *Parenting Practices Inventory* (Lochman, 1995) et du *Parental Acceptance-Rejection Questionnaire* (Rohner, Chaille, & Rohner, 1980). Le questionnaire utilisé comprend ainsi 75 énoncés qui s'étendent sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « pas du tout » à « tout à fait ». Dans cette étude, les dimensions des pratiques parentales examinées sont l'engagement du parent envers son enfant (10 énoncés, p. ex., vous complimentez votre enfant quand il/elle fait quelque chose de bien), l'utilisation de pratiques éducatives positives (5 énoncés, p. ex., vous jouez ou avez d'autres activités agréables avec votre enfant), le sentiment d'efficacité lors de l'application de la discipline (6 énoncés, p. ex., votre enfant vous obéit lorsque vous lui demandez de faire quelque chose), l'inconstance des pratiques parentales (6 énoncés, p. ex., vous décidez de ne pas punir votre enfant même s'il a enfreint une de vos règles), l'utilisation de pratiques éducatives hostiles incluant la punition corporelle (6 énoncés, p. ex., vous ridiculisez, vous vous moquez de votre enfant) et le rejet affectif (9 énoncés, p. ex., vous laissez voir à votre enfant qu'il n'est pas désiré). Les énoncés ont été regroupés de manière à créer un score moyen par échelle. La consistance interne des échelles ainsi constituées est satisfaisante variant de .60 à .79. Les corrélations entre les six échelles varient entre .04 et .45 (voir Tableau 2).

Observation directe des interactions mère-enfant. Les pratiques parentales des mères ont deuxièmement été évaluées à l'aide du jeu semi-structuré « L'épicerie », conçu par Gauvin et Rogoff (1989). Le but du jeu consiste à aller chercher divers articles dans l'épicerie miniature (71 x 61 cm) en parcourant le chemin le plus court et sans sauter par-dessus les rangées. Le jeu dure environ 20 minutes. Le niveau du jeu étant trop difficile pour les capacités développementales de l'enfant, celui-ci doit solliciter l'aide de sa mère pour accomplir la tâche. Ce contexte d'observation a été utilisée dans plusieurs autres études (La Frenière & Capuano, 1997; Verlaan & La Frenière, 1991). Une grille qualitative (voir Besnard, Verlaan, Capuano, Poulin, & Vitaro, 2009) a été utilisée pour décoder et évaluer la qualité des comportements de la mère, préalablement enregistrés sur bande vidéo. Il s'agit ici d'une évaluation de type « macro » (Johnson, 1972), c'est-à-dire que pour chacune des échelles retenues, les évaluateurs accordent une cote générale pour l'ensemble du visionnement. La grille comporte cinq échelles pour évaluer les pratiques parentales de la mère soit l'expression de ses émotions (affects négatifs vs positifs), la qualité de sa disponibilité (centrée sur l'enfant vs non-disponibilité), son encouragement à l'autonomie de l'enfant

Tableau 2

Corrélation entre les différentes échelles du questionnaire sur
les pratiques parentales et celles de l'observation directe ($n = 186$)

Pratiques parentales	Pratiques positives	Sentiment d'efficacité	Inconstance	Hostilité	Rejet affectif	Émotion	Disponibilité	Autonomie	Instruction	Contrôle
Engagement	.49**	.24*	-.04	-.23**	-.25**	.01	-.03	.00	-.06	-.02
Pratiques positives		.20**	.14	-.17*	-.08	-.02	.06	-.01	.03	.02
Sentiment efficacité			-.15*	-.34**	-.11	.21**	.08	.08	.18*	.27**
Inconstance				.11	.14	-.17*	-.17*	-.14	-.11	-.17*
Hostilité					.49**	-.06	.04	-.01	-.03	-.09
Rejet affectif						-.04	-.06	.04	.01	.01
Émotion							.54**	.50**	.42**	.64**
Disponibilité								.36**	.52**	.38**
Autonomie									.43**	.66**
Instruction										.48**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

(autonomie vs dépendance), la qualité des instructions (présence ou absence de directives et modelage) et la qualité du contrôle (demandes appropriées vs laisser-aller ou surcontrôle). Les évaluateurs accordent une cote de 1 (pôle le plus négatif) à 7 (pôle le plus positif) pour l'ensemble du visionnement, et ce, pour chacune de ces échelles.

Les données observationnelles utilisées pour la présente étude proviennent du décodage effectué par Besnard *et al.* (2009) sur l'ensemble des observations du projet de recherche initial ($n = 764$). Ces auteurs ont obtenu un accord interjuge portant sur 21 % des bandes de plus de 85 % pour chacune des échelles (de 85 % à 100 %). Ce pourcentage a été calculé pour chacune des échelles en rapportant le nombre d'accord (moins d'un point de différence sur l'échelle de Likert) sur le nombre total d'accord et de désaccord entre trois observatrices formées. L'accord inter-juges mesuré à l'aide du kappa varie de .77 à .87. Les corrélations entre les cinq échelles du présent échantillon varient entre .36 et .66 (voir Tableau 2).

Les corrélations entre les échelles des pratiques parentales mesurées à partir du questionnaire auto-rapporté par la mère et celles des pratiques parentales telles que mesurées par un observateur indépendant durant une session de jeu parent-enfant varient de -.17 à .27 (voir Tableau 2). Ces données démontrent que les deux types de mesures sont complémentaires et fournissent des renseignements différents.

RÉSULTATS

Le premier objectif de l'étude était de comparer les caractéristiques familiales, dont les pratiques parentales, des mères biparentales ou monoparentales selon que l'enfant ait un PCE ou non. Pour ce faire, quatre groupes, constitués en tenant compte de la structure familiale (monoparentale/biparentale) et de la présence ou non de PCE chez les enfants, ont été comparés au niveau de la scolarité de la mère, du revenu familial, du sentiment dépressif de la mère et des pratiques parentales.

Les résultats, présentés au Tableau 3, démontrent que les mères monoparentales ont une propension à être moins scolarisées que les mères biparentales. Elles montrent aussi des différences significatives au niveau du revenu familial et du sentiment dépressif. Plus spécifiquement, les résultats des analyses post-hoc Games-Howell ou Bonferroni (selon la présence ou non d'homogénéité) indiquent que les mères biparentales rapportent en moyenne un revenu familial plus élevé que les mères monoparentales, peu importe que les enfants aient un PCE ou non. De fait, le salaire annuel des familles biparentales se situe à environ 60,000 \$

Tableau 3
Caractéristiques familiales des mères d'enfants ayant un PCE
ou non selon la structure familiale

Caractéristiques familiales	Moyenne (ÉT)				F	X ²	Diff.
	Familles biparentales		Fam. monoparentales				
	1 Sans PCE (n = 539)	2 PCE (n = 244)	3 Sans PCE (n = 56)	4 PCE (n = 48)			
Scolarité mère							
DES et -	27,4 %	31,8 %	42,9 %	34,0 %		6,80 ^t	
DEC et +	72,6 %	68,2 %	57,1 %	66,0 %			
Revenu familial	6,09 (2,19)	5,80 (2,22)	2,70 (1,97)	2,34 (1,59)	66,07***		1, 2 > 3, 4
Sentiment dépressif	5,31 (6,66)	6,42 (6,87)	7,54 (9,36)	7,88 (7,88)	3,42*		
Pratiques parentales							
Implication parentale	4,23 (0,47)	4,02 (0,52)	4,14 (0,62)	4,06 (0,49)	8,77***		1 > 2
Pratiques positives	4,72 (0,35)	4,66 (0,39)	4,75 (0,35)	4,69 (0,35)	1,17		
Sentiment d'efficacité	3,59 (0,59)	3,17 (0,65)	3,44 (0,67)	2,96 (0,73)	30,06***		1, 3 > 4
Inconstance de la discipline	2,24 (0,55)	2,32 (0,51)	2,31 (0,52)	2,50 (0,57)	3,40*		1 < 4
Hostilité parentale	1,26 (0,29)	1,50 (0,32)	1,32 (0,33)	1,51 (0,46)	31,78***		1 < 2, 4 2 > 3
Rejet affectif	1,30 (0,22)	1,45 (0,29)	1,31 (0,32)	1,46 (0,36)	19,57***		1 < 2, 4 2, 4 > 3

* $p < .05$; *** $p < .001$; ^t = $p < .10$.

tandis que celui des familles monoparentales se situe à environ 25,000 \$. Par ailleurs, une différence significative est observée au niveau des sentiments dépressifs. Par contre, le seuil de signification des analyses post-hoc ne permet pas de distinguer significativement les groupes entre eux.

Toujours en lien avec l'objectif 1, les résultats des analyses post-hoc indiquent plusieurs différences significatives liées aux pratiques parentales auto-rapportées par les mères. Les mères biparentales ayant un enfant sans PCE se distinguent de celles qui ont un enfant qui présente des PCE.

Monoparentalité et problèmes de comportement des enfants

En effet, elles s'impliquent davantage auprès de leur enfant, présentent moins d'hostilité et rejettent moins leur enfant affectivement. Toutefois, elles ne se différencient pas des mères monoparentales, qui comme elles, ont des enfants sans PCE.

Dans le même sens, les mères d'enfant sans PCE se sentent plus efficaces dans leurs pratiques parentales que les mères ayant des enfants qui ont des PCE, et ce, peu importe la structure de la famille. En outre, les mères biparentales ayant un enfant sans PCE démontrent significativement plus de constance dans leur discipline que les mères monoparentales ayant un enfant avec des PCE.

Les résultats indiquent également que les mères biparentales ayant un enfant avec des PCE manifestent plus d'hostilité et de rejet affectif que les mères monoparentales d'enfant sans PCE. En somme, les résultats des analyses démontrent que les mères monoparentales et biparentales qui ont des enfants ne présentant pas de PCE ne se distinguent significativement sur aucune des pratiques parentales.

Le Tableau 4 illustre les résultats des analyses comparatives des pratiques parentales sur les données observationnelles. Rappelons qu'elles portent uniquement sur les familles ayant des enfants avec des PCE. Les résultats permettent de constater que les pratiques parentales des mères biparentales ne se distinguent pas significativement de celles des mères monoparentales sur toutes les échelles mesurant l'expression des émotions, la qualité de l'engagement, l'encouragement à l'autonomie, la qualité des instructions et le contrôle.

Le deuxième objectif de cette étude visait à identifier les variables prédictives de la sévérité des PCE chez les enfants selon la perception des mères et des enseignants parmi un ensemble de caractéristiques familiales (données sociodémographiques, structure familiale, pratiques parentales). Des analyses de régressions linéaires multiples de type hiérarchique ont été effectuées. La structure de la famille a d'abord été introduite dans le modèle de régression pour voir la contribution unique de cette variable à la prédiction des PCE chez l'enfant. Ensuite, les variables mesurant les caractéristiques familiales ont été introduites. Les analyses ont d'abord été réalisées pour expliquer la sévérité des PCE selon la perception des mères et puis répétées pour expliquer la sévérité des PCE selon la perception des enseignants.

Les résultats de la régression linéaire hiérarchique représentée au Tableau 5 démontrent que le modèle prédictif explique 34 % de la variance de la sévérité des PCE, selon la perception des mères. La structure de la

Tableau 4

Pratiques parentales des mères d'enfants ayant des PCE observées en situation de jeu contrôlé et selon la structure de la famille

Pratiques parentales	Moyenne (<i>ÉT</i>)		<i>t</i>
	Bi-PCE (<i>n</i> = 36)	Mono-PCE (<i>n</i> = 36)	
Mères			
Expression des émotions	5,21 (0,81)	5,04 (1,19)	0,70
Qualité de l'engagement	5,69 (0,53)	5,47 (1,13)	1,07
Encouragement à l'autonomie	5,00 (0,76)	4,65 (1,45)	1,28
Qualité des instructions	5,38 (0,72)	5,24 (1,16)	0,61
Contrôle	4,64 (1,33)	4,75 (1,27)	-0,36

Note : Bi-PCE = Famille biparentale avec enfant ayant un problème de comportement extériorisé; Mono-PCE = Famille monoparentale avec enfant ayant un problème de comportement extériorisé

Tableau 5

Analyse de régression multiple de type hiérarchique prédisant la sévérité des PCE rapportés selon les mères et les enseignants

	Mère (<i>n</i> = 752)			Enseignant (<i>n</i> = 760)		
	β	R	R ²	β	R	R ²
Étape 1		0,15	0,02***		0,10	0,01**
Structure de la famille	0,32***			0,28**		
Étape 2		0,58	0,32***		0,36	0,12***
Structure de la famille	0,19**			0,17 [†]		
Scolarité mère	-0,10*			-0,07		
Revenu familial	0,01			-0,00		
Sentiment dépressif	0,00			0,00		
Implication parentale	-0,03			-0,06		
Pratiques positives	0,07			0,13		
Sentiment d'efficacité	-0,34***			-0,20***		
Inconstance de la discipline	-0,00			-0,05		
Hostilité parentale	0,47***			0,45***		
Rejet affectif	0,26**			0,37**		
Total R ² =			0,34***			0,13***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; [†] = $p < .10$.

famille prédit significativement 2 % de la sévérité des PCE et les caractéristiques familiales avec les pratiques parentales expliquent 32 % supplémentaire de cette variance [$F(11, 741) = 34,89, p < .001$]. Plus précisément, outre la contribution de la structure familiale et de la scolarité des mères, trois pratiques parentales sont associées à la perception qu'ont les mères des problèmes de comportement de leur enfant : le sentiment d'efficacité, l'hostilité parentale et le rejet affectif. Ainsi, un sentiment d'efficacité négatif ainsi que des comportements maternels hostiles et rejetants envers leur enfant sont associés à la manifestation de PCE.

En ce qui a trait à la sévérité des PCE telle que perçue par les enseignants, le modèle explique 13 % de la variance [$F(11, 749) = 10,28, p < .001$]. La structure de la famille prédit significative 1 % de la variance des PCE des enfants. Tout comme l'évaluation des mères, les trois mêmes pratiques parentales sont associées à la perception qu'ont les enseignants des PCE chez les enfants, soit un sentiment d'efficacité plus négatif et des pratiques parentales plus hostiles et rejetantes envers leurs enfants.

DISCUSSION

Cette étude a pour but premier de comparer les caractéristiques familiales et les pratiques parentales selon la structure de la famille (monoparentale/biparentale) et la présence ou non de PCE chez l'enfant. Les résultats de notre étude convergent pour démontrer que la présence de pratiques parentales inadéquates peut être plus handicapante pour l'enfant que le fait de vivre dans une famille monoparentale. De fait, ils suggèrent que les PCE sont davantage liés à la présence de pratiques parentales inadéquates qu'à la structure de la famille.

Toutefois, un élément important caractérise la famille monoparentale en comparaison avec la famille biparentale, soit la disparité économique. Plus spécifiquement, les mères monoparentales sont légèrement moins scolarisées et ont un revenu familial significativement moindre que les mères biparentales, peu importe si leur enfant présente ou non des PCE. Ces résultats confirment, sans surprise, le fait que l'absence de salaire d'un conjoint a un effet significatif sur le revenu de la famille (Bank *et al.*, 1993). Ces résultats corroborent aussi ceux de l'étude de Hilton *et al.* (2001), qui ont observé eux aussi que les mères monoparentales disposent d'un revenu inférieur à celui des mères biparentales en raison d'un emploi moins rémunéré et d'un niveau de scolarité moins élevé. Aux États-Unis, Norton et Glick (1986), dans une étude classique, ont souligné le haut pourcentage de pauvreté, le niveau d'éducation inférieur à la moyenne et le taux important de mobilité dans les familles monoparentales.

La présence de problèmes financiers et un faible niveau d'éducation prédiraient, selon les études recensées, un sentiment dépressif élevé chez les mères monoparentales car se retrouvant seules responsables de l'éducation de leur enfant, elles doivent faire face à différentes sources de stress (Cairney *et al.*, 2003; Copeland & Harbaugh, 2005; Jackson & Scheines, 2005). Dans la présente étude, le sentiment dépressif des mères monoparentales ne se distingue pas significativement de celui des mères biparentales. Il est possible que le faible niveau de symptômes de dépression rapporté par l'ensemble des mères de l'échantillon explique, en partie, le manque de différence entre les groupes.

Les différences entre les pratiques parentales des mères monoparentales et celles des mères biparentales ont aussi été examinées en fonction de la présence ou non de PCE chez leur enfant. D'abord, les résultats à ce sujet montrent des différences significatives entre les mères de familles biparentales qui ont un enfant sans PCE et celles présentant des PCE. Les premières s'impliquent davantage auprès de leur enfant, présentent moins d'hostilité et rejettent moins leur enfant affectivement que les mères biparentales dont l'enfant présente des PCE.

Les mères biparentales qui ont un enfant avec un PCE manifestent également plus d'hostilité parentale et du rejet affectif que les mères monoparentales dont l'enfant ne présente pas de PCE. Ce résultat donne à penser que ce n'est pas tant la structure familiale qui a une influence sur les problèmes de comportements des enfants, mais bien le fait de manifester des pratiques parentales inadéquates.

Dans le même sens, toutes structures familiales confondues, les résultats de l'étude démontrent que les mères d'enfant sans PCE se sentiraient plus efficaces que les mères avec des enfants qui ont un PCE. Ces résultats corroborent aussi ceux des études de Jackson et Huang (2000) et d'Olson *et al.* (2002), faites auprès de mères monoparentales et qui soulèvent que les enfants qui ont des PCE ont des mères qui se sentent moins efficaces face à leurs pratiques parentales. Comme le mentionnent Jackson et Scheines (2005), le sentiment d'efficacité des mères aurait un impact important sur leurs pratiques parentales et sur leur bien-être psychologique, qui auraient à leur tour, un impact significatif sur l'adaptation psychosociale des enfants. Inversement, il est également possible de postuler que les comportements difficiles des enfants ont une influence sur les pratiques parentales des mères et éventuellement, sur leur sentiment d'efficacité et leur santé mentale. Des études longitudinales sont nécessaires pour mieux comprendre les liens entre ces variables.

Les résultats tirés de l'observation directe des pratiques parentales en situation de jeu contrôlé (jeu de l'épicerie) ne montrent aucune différence

entre les mères monoparentales et biparentales ayant toutes deux un enfant présentant des PCE. Ces résultats divergent de ceux de certaines études où l'on démontrait que chez les familles d'enfants ayant des PCE, les mères monoparentales étaient moins chaleureuses (Bank *et al.*, 1993; Éthier & La Frenière, 1993) et plus contrôlantes (Éthier & La Frenière, 1993; Olson *et al.*, 2002; Webster-Stratton, 1989) que les mères biparentales. Par contre, nos résultats corroborent ceux de Bernier *et al.* (1991), obtenus aussi en situation d'observation et qui ne font ressortir aucune relation significative entre la structure de la famille et le style parental (stimulant, structurant et autoritaire) des mères. Les résultats obtenus à l'aide de l'observation directe vont donc dans le même sens que ceux obtenus avec les questionnaires. En effet, à PCE égal chez l'enfant, nous n'observons pas de différence entre les mères monoparentales et biparentales au niveau des interactions parent-enfant.

En réponse au deuxième objectif qui était d'examiner les variables les plus fortement associées à la sévérité des PCE chez l'enfant, les résultats de notre étude confirment avant tout l'existence d'une continuité des difficultés de l'enfant entre les contextes de la famille et de l'école, deux importants contextes de socialisation à l'âge préscolaire. En outre, il est clair que les enfants manifestant davantage de PCE selon la perception de leur mère et celle de leur enseignant vivent une relation parent-enfant plus rejetante et hostile que les autres enfants. Le sentiment d'efficacité parentale de ces mères est également moindre. Ces résultats sont d'autant plus convaincants qu'ils proviennent de la comparaison d'informations obtenues à partir de deux sources indépendantes (les mères et les enseignants), ce qui est rarement le cas des études traitant de l'impact de la structure familiale. Par ailleurs, bien qu'il ne soit pas possible dans cette étude d'affirmer que les pratiques parentales hostiles et rejetantes soient responsables des difficultés de l'enfant à l'école et à la maison, la relation de cause à effet n'est pas à exclure non plus. D'autres études, comme celle de La Frenière et Capuano (1997), ont déjà montré, grâce à leurs plans expérimentaux, que l'amélioration des pratiques parentales provoque une augmentation des capacités d'adaptation chez l'enfant.

Outre la structure de la famille, aucune autre caractéristique personnelle de la famille, évaluée dans cette étude, n'a été reconnue comme étant un prédicteur significatif de la sévérité des PCE chez les enfants au-delà des pratiques parentales inadéquates. Patterson *et al.*, (1998) expliquent que les caractéristiques familiales sont davantage une source de stress dans le vécu familial et qu'elles ont une influence plus directe sur les pratiques parentales des mères (Patterson *et al.*, 1998) que sur les PCE des enfants. L'étude de Verlaan et Schwartzman (2002) a aussi démontré que les conflits présents dans la famille contribuent de

façon indirecte aux PCE en perturbant les pratiques parentales, qui elles ont un impact direct sur les PCE des enfants.

Les résultats de notre étude indiquent que la structure familiale n'explique qu'un petit pourcentage de la variance de PCE chez l'enfant d'âge préscolaire. Ainsi, tel qu'avancé par Fagot et Leve (1998), le fait de vivre dans une famille monoparentale représente un certain risque pour le développement de PCE. Toutefois, c'est surtout la façon dont les mères réagissent à cette réalité qui est en lien avec le développement de difficultés chez leurs enfants. Ainsi, la famille monoparentale qui réussit à répondre aux besoins de son enfant et à fournir une présence chaleureuse et un soutien à l'enfant est certainement protégée de nombreuses séquelles associées à sa structure parentale.

LIMITES ET CONCLUSION

Les résultats rapportés dans cette étude doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites méthodologiques. L'analyse des données observées a été limitée par le nombre réduit de familles monoparentales participant à l'observation dans la situation de jeu en laboratoire et par l'absence de familles ayant un enfant sans PCE. Il aurait été intéressant de comparer les résultats de l'observation directe selon que l'enfant ait ou non un PCE.

La généralisation des résultats à plus large échelle au Québec doit se faire également avec prudence puisque l'étude n'a été menée que dans des commissions scolaires d'une seule région administrative. D'autres études menées auprès d'autres échantillons et dans d'autres régions seraient nécessaires pour pouvoir tirer des conclusions fermes. L'interaction entre diverses variables et le sexe de l'enfant mériterait d'être également étudiée dans une prochaine recherche. Enfin, toutes les variables pertinentes à l'explication des PCE n'ont peut-être pas été mesurées. Par exemple, il aurait été intéressant d'évaluer le réseau social des mères pour ainsi mieux connaître l'implication du père dans l'éducation de l'enfant ou le soutien social disponible de la famille élargie (Cloutier, Bissonette, Ouellet-Laberge, & Plourde, 2004). Il a été démontré dans d'autres études que les mères qui ont un réseau social satisfaisant et supportant ont tendance à se sentir plus compétentes dans leurs pratiques parentales (Éthier & La Frenière, 1993) et rapportent moins de PCE chez leurs enfants (Olson *et al.*, 2002).

La nature des pratiques parentales du père, particulièrement quand leur enfant présente des PCE peut également contribuer au maintien ou à la résorption des difficultés de l'enfant (Besnard *et al.*, 2009). On peut penser que le type de coparentalité exercé entre les deux conjoints, que la

famille soit intacte ou séparée va également influencer la relation parent-enfant (Drapeau, Tremblay, Cyr, Godbout, & Gagné, 2008). Bien que de nombreux écrits mettent en évidence le rôle positif du père sur l'adaptation sociale des enfants (Dubeau, Clément, & Chamberland, 2005), notamment sur la gestion de l'agressivité (Paquette, 2004), la présence du père peut malheureusement être également une source de stress supplémentaire pour les mères. De plus, comme le souligne le modèle de Patterson (Granic & Patterson 2006; Patterson, 1982), les pratiques parentales sont directement influencées par des éléments de stress présent dans l'environnement familial, comme la présence de conflits conjugaux ou la durée depuis la séparation. Il serait intéressant de considérer éventuellement le niveau de « stress » des mères pour mieux comprendre leur impact dans les familles monoparentales et biparentales.

Pour ceux qui, comme nous, œuvrent pour prévenir les difficultés de comportement auprès des enfants de familles vulnérables, ces résultats indiquent que le statut de monoparentalité à lui seul ne devrait pas être un critère de sélection pour dépister les enfants à risque de développer des PCE mais plutôt de bien évaluer les pratiques parentales et le sentiment d'efficacité des mères. L'efficacité des interventions parentales pour réduire les PCE à l'enfance a été démontrée dans plusieurs études (Serketich & Dumas, 1996). Ces interventions mettent l'accent sur l'apprentissage par les parents de techniques de jeu, de méthodes disciplinaires efficaces et d'utilisation de renforcements positifs (Webster-Stratton & Hancock, 1998). Toutefois, auprès des mères subvenant seules à l'éducation de leur enfant, il sera important de considérer que celles-ci sont plus démunies économiquement et moins scolarisées que les mères biparentales. Il sera également important d'intervenir en complémentarité avec d'autres services afin de leur offrir le soutien dont elles ont besoin.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for child behavior checklist and 1991 profile*. Burlington, VT : Université du Vermont.
- American Psychiatric Association (APA) (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4^e éd.). Washington, DC : APA.
- Bank, L., Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & Fetrow, R. A. (1993). Parenting practices of single mothers : mediators of negative contextual factors. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 371-384.
- Bernier, M., Gagnon, C., Charlebois, P., Larivée, S., & Tremblay, R. E. (1991). Le style d'enseignement des mères de familles monoparentales et de familles biparentales : observation des interactions mères-fils chez les garçons à risque de délinquance. *Revue québécoise de psychologie*, 12, 3-18.
- Besnard, T., Verlaan, P., Capuano, F., Poulin, F., & Vitaro, F. (2009). Les pratiques parentales des pères et des mères et les difficultés de comportement des enfants au préscolaire : différences et similitudes. *Revue de psychoéducation*, 38(1), 42-72.
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A. et al. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency : A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.

- Capuano, F., Vitaro, F., Poulin, F., & Verlaan, P. (2002). *La prévention des problèmes de comportement à l'enfance : est-ce que l'impact d'un programme d'intervention varie en fonction de sa durée*. Demande de subvention déposée aux Instituts de Recherche en Santé du Canada.
- Cairney, J., Boyle, M., Offord, D. R., & Racine, Y. (2003). Stress, social support, and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 442-449.
- Carlson, M. J., & Corcoran, M. E. (2001). Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *Journal of Marriage and Family, 63*, 779-792.
- Cloutier, R., Bissonette, C., Ouellet-Laberge, J., & Plourde, M. (2004). Monoparentalité et développement de l'enfant. In M.-C. Saint-Jacques, D. Turcotte, S. Drapeau, & R. Cloutier (Éds), *Séparation, monoparentalité et recomposition familiale. Bilan d'une réalité complexe et pistes d'action* (p. 33-62). Laval : Les Presses de l'Université Laval.
- Conseil supérieur de l'éducation (2001). *Les élèves en difficultés de comportement à l'école primaire. Comprendre, prévenir, intervenir*. Québec : Ministère de l'Éducation.
- Copeland, D., & Harbaugh, B. L. (2005). Differences in parenting stress between married and single first time mother at six to eight weeks after birth. *Pediatric nursing, 28*, 139-152.
- Drapeau, S., Tremblay, J., Cyr, F., Godbout, É., & Gagné, M.-H. (2008). La coparentalité chez les parents séparés. Un idéal à soutenir pour l'enfant. In C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau, & E. Pouliot (Éds), *Visages multiples de la parentalité* (p. 255-281). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Dubeau, D., Clément, M.-E., & Chamberland, C. (2005). Le père, une roue du carrosse familial à ne pas oublier! État des recherches québécoises et canadiennes sur la paternité. *Enfances, Familles, Générations, 3*, 1-13.
- Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck.
- Dunifon, R., Kalil, A., & Bajracharya, A. (2005). Maternal working conditions and child well-being in welfare-leaving families. *Developmental Psychology, 41*, 851-859.
- Dwyer, S. B., Nicholson, J. M., & Battistutta, D. (2006). Parent and teacher identification of children at risk of developing internalizing or externalizing mental health problems : A comparison of screening methods. *Prevention Science, 7*, 343-357.
- Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) (1997). *Bulletin de la recherche appliquée, 3*(1). Développement des ressources humaines Canada. Statistique Canada.
- Éthier, L. S., & La Frenière, P. J. (1993). Le stress des mères monoparentales en relation avec l'agressivité de l'enfant d'âge préscolaire. *Journal international de psychologie, 28*, 273-289.
- Fagot, B. I., & Leve, L. D. (1998). Teacher rating of externalizing behavior at school entry for boys and girls : Similar early predictors and different correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 555-566.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2002). Extending and testing the social interaction learning model with divorce samples. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Éds), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (p. 235-257). Washington, DC : APA.
- Foster, S., Rollefson, M., Doksum, T., Noonan, D., Robinson, G., & Teich, J. (2005). *School mental health services in the United States, 2002-2003*. Rockville, MD : Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Fox, R. A., Platz, D. L., & Bentley, K. S. (1995). Maternal factors related to parenting practices, developmental expectations, and perceptions of child behavior problems. *The Journal of Genetic Psychology, 156*, 431-441.
- Gagnon, C., & Vitaro, F. (2000). La prévention du trouble des conduites, avec centration sur les comportements violents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 2 : Les problèmes externalisés* (p. 231-292). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Gauvin, M., & Rogoff, B. (1989). Collaborative problem solving and children's planning skills. *Developmental Psychology, 25*, 139-151.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development : A dynamic systems approach. *Psychological Review, 113*, 101-131.

Monoparentalité et problèmes de comportement des enfants

- Hill, J., & Maughan, B. (Éds). (2001). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Hilton, J. M., Desrochers, S., & Devall, E. L. (2001). Comparison of role demands, relationships and child functioning in single-mother, single-father, and intact families. *Journal of Divorce et Remariage*, 35, 29-56.
- Institut de la statistique du Québec (2001). *En 2002... j'aurai 5 ans. Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) : les nourrissons de 5 mois*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Jackson, A. P., & Huang, C-C. (2000). Parenting stress and behavior among single mothers of preschoolers : The mediating role of self-efficacy. *Journal of Social Service Research*, 26, 29-42.
- Jackson, A. P., & Scheines, R. (2005). Single mother's self-efficacy, parenting in the home environment and children's development in a two-wave study. *Social Work Research*, 29, 7-20.
- Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H. R., Dulcan, M. K., Schwab-Stone, M. E., & Lahey, B. B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder : Are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1569-1579.
- Johnson, T. (1972). A macro view of process evaluation, *Viewpoints*, 48, 79-110.
- La Frenière, P. J., & Capuano, F. (1997). Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization : Anxious-withdrawn preschooler's case. *Development and Psychopathology*, 9, 551-564.
- Lochman, J. E. (1995). Screening of child behavior problems for prevention programs at school entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 549-559.
- Mitsis, E. M., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 308-313.
- Norton, A. J., & Glick, P. C. (1986). One parent families : A social and economic profile. *Family Relations*, 35, 9-17.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. A. (1991). The epidemiology of antisocial behavior in childhood and adolescence. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Éds), *The development and treatment of childhood aggression* (p. 31-54). Hillsdale, NJ : L. Erlbaum Associates.
- Olson, S. L., Ceballos, R., & Park, C. (2002). Early problem behavior among children from low-income, mother-headed families : A multiple risk perspective. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 419-430.
- Paquette, D. (2004). Le rôle du père dans la capacité du garçon à gérer son agressivité. *Revue de psychoéducation*, 33, 61-74.
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach : Coercive family process*. Eugene, Oregon : Castalia.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S., Yoerger, K. L., & Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early trajectory for juvenile offending. *Development and Psychopathology*, 10, 531-547.
- Poulin, F., Capuano, F., Vitaro, F., & Verlaan, P. (2006). La prévention des problèmes de comportement chez les filles en début de scolarisation : Stratégies de dépistage et profil des filles identifiées. In P. Verlaan. & M. Déry. (Éds), *Les conduites antisociales des filles. Comprendre pour mieux agir*. Ste-Foy : Presse de l'université du Québec.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rohner, E. C., Chaille, C., & Rohner, R. P. (1980). Perceived parental acceptance-rejection and the development of children's locus of control. *The Journal of Psychology*, 104, 83-86.
- Serketich, W., & Dumas, J. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children : A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.

- Shaw, D. S., Winslow, E. B., & Flanagan, C. (1999). A prospective study of the effects of marital status and family relations on young children's adjustment among African American and European American families. *Child Development, 70*, 742-755.
- Shelton, K. K., Frick, P. J., & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 317-329.
- Statistique Canada (2006). Recensement de familles selon le nombre d'enfants à la maison, par province et territoire de 2006 (Canada) *Recensement de la population 2006*. Document en ligne le 15 décembre 2009 : <<http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/famil52a-fra.htm>>.
- Statistique Canada (2002). *Famille de recensement dans les ménages privés, selon la structure familiale et la présence d'enfants, provinces et territoires, Canada, Gouvernement du Canada*. Document en ligne le 15 décembre 2009 : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2008000/pdf/families-familles-fra.pdf>>.
- Tremblay, R. E., Vitaro, F., Gagnon, C., Piché, C., & Royer, N. (1992). A prosocial scale for the Preschool Behavior Questionnaire: Concurrent and predictive correlates. *International Journal of Behavioral Development, 15*, 227-245.
- Verlaan, P., & Besnard, T. (2006). Les conduites agressives indirectes : Développement, contexte et dynamiques relationnelles. In P. Verlaan & M. Déry (Éds), *Les conduites antisociales des filles : comprendre pour mieux agir* (p. 51-78). Les Presses de l'Université du Québec.
- Verlaan, P. & La Frenière, P. J. (1994). Adaptation des enfants anxieux-isolé à la garderie : caractéristiques comportementales et affectives de la relation mère-enfant. *Revue canadienne des sciences du comportement, 26*(1), 52-67.
- Verlaan, P., & Schwartzman, A. E. (2002). Mother's and father's parental adjustment : Links to externalizing behavior problems in sons and daughters. *International Journal of Behavioral Development, 26*, 212-224.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Larose, S., & Tremblay, R. E. (2005). Kindergarten disruptive behaviors, protective factors, and educational achievement by early adulthood. *Journal of Educational Psychology, 97*, 617-629.
- Webster-Stratton, C. (1989). The relationship of marital support, conflict, and divorce to parent perception, behaviors, and childhood conduct problems. *Journal of Marriage and the Family, 51*, 417-430.
- Webster-Stratton C., & Hancock, L. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods, and therapeutic processes. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Éds), *Handbook of parent training : Parents as co-therapists for children's behavior problems* (p. 98-152). Hoboken, NJ : John Wiley and Sons.
- Zhan, M., & Pandey, S. (2004). Economic well-being of single mothers : Work first or postsecondary education? *Journal of Sociology and Social Welfare, 31*, 87-112.

RÉSUMÉ

L'étude vise à comparer les caractéristiques familiales des mères monoparentales et biparentales selon que l'enfant d'âge préscolaire ($n = 887$) ait ou non un problème de comportement extériorisé (PCE) selon une approche multi-méthodes et multi-répondants. Les résultats démontrent que les mères de famille monoparentale ont un revenu moins élevé que les mères de famille biparentale. De plus, les pratiques parentales des mères dont l'enfant ne présente pas de PCE se distinguent significativement des mères qui ont un enfant avec des PCE. Ce sont surtout l'hostilité parentale, le rejet affectif et le sentiment d'efficacité qui ont plus d'influence sur les PCE de l'enfant, peu importe la structure de la famille. La discussion porte sur l'importance d'intervenir au niveau des pratiques parentales afin de prévenir les PCE chez les enfants.

Monoparentalité et problèmes de comportement des enfants

MOTS CLÉS

structure familiale, problèmes de comportement extériorisés, caractéristiques familiales, enfants d'âge préscolaire

ABSTRACT

The aim of this study was to compare single-mother and two-parent family characteristics of preschoolers ($n = 887$) with or without externalizing behavior problems (EBP). Results indicate that single mothers have a lower income than mothers in two-parent families. Furthermore, parenting practices of mothers whose children display EBP were significantly different from those of mothers of children without EBP. Specifically, regardless of the composition of the family, maternal hostility, emotional rejection and mother's self-efficacy contributed significantly to the prediction of externalizing behavior problems in preschoolers. The discussion focuses on the importance of intervention on inadequate parenting practices in order to prevent EBP in children.

KEY WORDS

family composition, externalizing behavior problems, family characteristics, preschool children

EFFET DES PRATIQUES MOTRICES SUR LA REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DE SOI CHEZ LES JEUNES ENFANTS

EFFECTS OF MOTOR PRACTICES ON SELF-REPRESENTATION IN YOUNG CHILDREN'S DRAWINGS

Patricia Souriac-Poirier¹

Université de Pau et des Pays de l'Adour (France)

INTRODUCTION

La représentation graphique de soi évolue non seulement en fonction du temps au cours de l'ontogenèse mais aussi selon les interactions de l'enfant avec son milieu environnant. Les apprentissages générés par ces échanges d'informations reposent sur des activités motrices ou de communication (langage, dessin). Nous pensons que selon le type d'activités proposées aux enfants, l'évolution de la représentation graphique de soi peut être différente.

Nous avons pu remarquer que les fillettes de quatre à six ans bénéficiant d'une séance de pratique motrice expressive hebdomadaire (expression corporelle) pendant une année scolaire réalisent des dessins de soi plus précis que celles du groupe témoin. Cependant cette supériorité ne se retrouve pas pour les enfants de six à huit ans (Souriac-Poirier, 2008).

LA REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DE SOI

La petite enfance (3-6 ans) semble être une étape particulièrement sensible en ce qui concerne la représentation graphique de soi et son interaction avec le monde physique et social (Vinay, 2007). À cet âge, les premiers essais graphiques de l'enfant correspondent au désir d'imiter l'adulte mais aussi au plaisir du mouvement, à celui de remplir la page de traces (De Meredieu, 1974). La recherche figurative se met en place en même temps que le développement du langage, par sauts qualitatifs et non progressivement. Selon Stern (1959), avec la scolarisation, l'enfant va progressivement utiliser le dessin pour communiquer par la maîtrise de différents signes graphiques, dont la manière de dessiner le corps : « bonhommes patate, route ou fleur ». Le dessin de soi devient un outil d'expression et participe à la construction identitaire selon des alternances centrifuges et centripètes (H. Wallon, 1959; P. Wallon, 2007). L'activité motrice permettrait d'objectiver le corps au sein de l'espace des objets mais en retour favoriserait l'appropriation grâce à une mise en relation de l'apparence visuelle du corps avec les expériences internes ressenties

1. Adresse de correspondance : Département STAPS de Tarbes, Université de Pau et des Pays de l'Adour, Quartier Bastillac, 65000 Tarbes (France). Téléphone : 06.16.90.68.23. Courriel : patricia.souriac@cegetel.net

(Zazzo, 1973, 1990). Elle contribuerait aussi à l'élaboration d'une identité sexuée par comparaison à autrui. D'ailleurs, Bruchon-Schweitzer (1990) incite à l'étude des expériences corporelles infantiles pouvant avoir un effet sur la construction de l'image que l'enfant a de son propre corps.

LES PRATIQUES PSYCHOMOTRICES

Il convient de s'interroger sur les différentes pratiques psychomotrices, considérées comme éducatives, qui sont le plus souvent proposées à l'école : les jeux sportifs collectifs, la motricité globale (parcours gymniques ou athlétiques) et l'expression corporelle.

Les jeux sportifs collectifs visent à la fois la maîtrise du corps propre mais aussi la prise en compte perceptive et physique du corps d'autrui, directement ou avec des objets médiateurs (ballon par exemple). Les acquisitions visées sont motrices et sociales (échanges avec des partenaires, opposition vis-à-vis d'adversaires). Les représentations graphiques de soi et celles d'autrui doivent pouvoir bénéficier de ces expériences motrices, visuelles et tactiles.

La motricité globale, souvent abordée sous forme de parcours gymniques ou athlétiques, se centre sur l'exécution motrice de déplacements nécessitant une adaptation à un environnement matériel riche. Il s'agit alors de coordonner des schèmes au sens piagétien entre perception visuelle et action incluant une grande variété de coordinations corporelles ainsi qu'une perception de l'espace environnant selon différents points de vue ce qui est favorable à une réduction de l'égocentrisme initial concernant l'appréhension de l'espace (Baldy, 2008; Bremner, Knowles, & Andreasen, 1994; Lurçat, 1976; Pêcheux, 1990).

L'expression corporelle permet l'expression de soi par une motricité spécifique signifiante et/ou esthétique qui sollicite des processus créatifs. Elle nécessite la prise en compte d'autrui en tant qu'observateur d'une production artistique ou directement acteur partenaire dans la relation motrice. Cela tend à renforcer une forme de disponibilité motrice (Blouin Le Baron, 1982).

OBJET D'ÉTUDE ET HYPOTHÈSES

Il nous semble judicieux de mesurer l'impact de ces trois types de pratiques motrices sur la représentation graphique de soi mais aussi de les comparer à une activité expressive n'impliquant pas de déplacements dans l'espace, telle que la pratique d'activités manuelles (peinture, modelage, dessin). Ces activités sollicitent l'imaginaire et la création. Elles font appel à une dextérité manuelle fine dont les progrès pourraient se répercuter sur la qualité de la représentation graphique de soi. Cependant,

elles n'impliquent pas le corps dans son ensemble dans la découverte du monde environnant et elles restent relativement individuelles dans leur mode d'expression.

Enfin, lors de l'étude précédemment citée (Souriac-Poirier, 2008), nous avons constaté que l'analyse à long terme (une année scolaire) peut générer des apprentissages multiples dont il est difficile de déterminer les impacts respectifs. Il semble donc intéressant de focaliser notre étude sur des apprentissages élaborés sur une période plus intensive (deux à trois semaines) et avec une fréquence d'exposition plus importante (quotidienne).

Nous émettons les hypothèses suivantes :

- Une pratique motrice quotidienne et intensive amènera une qualité supérieure de la reproduction graphique de soi chez les enfants de trois à cinq ans comparativement au groupe d'enfants ayant pratiqué des activités manuelles.
- La qualité de la reproduction graphique de soi devra être significativement améliorée chez le groupe d'enfants ayant pratiqué des activités motrices expressives comparativement aux autres groupes.
- La figuration d'autrui devra être significativement améliorée chez le groupe d'enfants ayant pratiqué des activités motrices de type « jeux collectifs » comparativement aux autres groupes.

MÉTHODE

Sujets

Le type de pratique proposée aux enfants permet de constituer quatre groupes expérimentaux. Chaque groupe est mixte et comprend six enfants. Ils sont âgés en moyenne de 3 ans 11 mois pour le groupe d'expression corporelle, 4 ans 1 mois pour le groupe d'activités gymniques, 4 ans 1 mois pour le groupe de jeux sportifs collectifs et 3 ans 10 mois pour le groupe d'activités manuelles.

Les groupes ont été réalisés de manière à équilibrer la répartition des sujets en fonction de l'âge, du sexe et des performances globales obtenues au pré-test et non selon des choix volontaires ou affinitaires des enfants.

Protocole de l'étude

La pratique des activités a eu lieu dans le cadre d'un centre de loisirs, à raison d'une heure par jour, cinq fois par semaine pendant deux semaines soit un cycle de dix séquences d'une heure. Les groupes

d'enfants ont été pris en charge par des étudiants en activités physiques et sportives, titulaires du diplôme d'animateur de centres de vacances, lors d'un stage de seconde année.

Nous avons mesuré la qualité des productions graphiques de soi en début (pré-test) et en fin (post-test) de la période de deux semaines de pratique. Pour chaque séquence de dessin, nous avons séparé les enfants afin qu'ils ne puissent ni communiquer, ni copier un camarade lors de la réalisation du dessin, l'imitation entre pairs étant fréquente à cet âge. Le matériel fourni était : une feuille blanche (format A4), dix feutres de couleurs assorties.

La consigne était la suivante : « Dessinez-vous en activité au centre de loisirs ». Aucune autre consigne n'était donnée pendant la réalisation des dessins à l'exception d'encouragements généraux.

Les enfants disposaient d'un temps prédéterminé de six minutes pour la réalisation de leur dessin afin de limiter les effets de la fatigue et de la déconcentration, fréquents chez les jeunes enfants. À la fin de la séquence, les enfants étaient remerciés et les dessins récupérés même si ceux-ci n'étaient pas terminés selon l'appréciation de leurs auteurs.

Tous les dessins ont ensuite été codés au dos de la feuille et analysés selon un ordre aléatoire par un éducateur formé à la cotation du dessin.

Grille d'analyse des dessins

Nous devons préciser que le dessin de soi est une transcription graphique incomplète et en partie déformée des représentations que l'enfant a de lui-même. Il permet d'appréhender les évolutions des représentations concernant le schéma corporel, l'image du corps, ou l'identité sexuée sans pour autant les définir exactement. Compte tenu de la diversité des critères pouvant servir à l'analyse des dessins de bonhomme nous nous appuyons sur notre propre grille d'analyse (Tableau 1) élaborée à partir des travaux d'auteurs reconnus. Afin d'avoir une démarche la plus précise et objective possible, la grille d'analyse comporte huit items comptant chacun pour dix points.

L'item 1 - Aspect général du dessin : cet item correspond à l'adaptation générale à la tâche, permettant de vérifier le niveau global d'interprétation et de compréhension de la tâche par le sujet.

L'item 2 - Aspects spatiaux du dessin : cet item évalue la représentation spatiale comme la taille du dessin, la position dans la page et la liaison entre les segments en s'appuyant sur les travaux de Le Camus (1983).

Tableau 1
Grille d'analyse des dessins en huit items

Items	Aspects concernés	Points accordés
1- Aspect général du dessin	Adaptation générale à la demande de la tâche : complexité et contextualisation du dessin	Rien n'est représenté ou gribouillis = 0 point; 1 personnage = 2 points; 1 personnage et un environnement quelconque = 4 points; 1 personnage et un environnement de centre de loisirs = 6 points; Plusieurs personnages sans rapports entre eux = 8 points; Plusieurs personnages avec relation ou contact = 10 points
2- Aspects spatiaux du dessin	Taille Position Liaison entre les segments	< 1/8 de la feuille = 1 point; < 1/4 de la feuille = 2 points; ~ 1/2 de la feuille = 3 points Coins = 2 points; Dessin centré = 4 points Pas de proximité = 1 point; Juxtaposition = 2 points; Inclusion = 3 points
3- Précision des détails corporels	Parties corporelles dessinées Détails du corps et du visage	Corps + tête = 1 point; Bras, jambes, mains, pieds = + 1 point par membre. Parmi yeux, nez, bouche, cheveux, orteils, cils, oreilles, genoux, coudes, pommettes, doigts, sourcil, nombril, dents, seins, sexe, poignets, chevilles, ongles... : 0 détails = 0 points; 1 ou 2 détails = 1 point; 3 ou 4 détails = 2 points; 5 ou 6 détails = 3 points; 7 ou 8 détails = 4 points; 9 détails et plus = 5 points
4- Précision de l'apparence corporelle	Détails vestimentaires Couleur	Parmi chemise, robe, pantalon, jupe, chapeau, ceinture, chaussettes, nœuds dans les cheveux, lacets... : 0 détails = 0 points; 1 ou 2 détails = 1 point; 3 ou 4 détails = 2 points; 5 ou 6 détails = 3 points; 7 ou 8 détails = 4 points; 9 détails et plus = 5 points Unique sur tout le dessin = 0 point; Deux couleurs = 1 point; Trois couleurs = 2 points; Couleurs variées, multicolore mais non adaptées = 3 points; Couleurs adaptées par endroit = 4 points; Couleurs réalistes = 5 points
5- Figuration d'un environnement matériel	Objets liés à la pratique de l'activité	Parmi ballon, tapis, ruban, foulard, table, espaliers, magnétophone, barres, plots, cerceaux... + 1 point par détail avec pour plus de 10 détails un total maximum de 10 points.
6- Figuration de l'environnement humain	Présence d'autrui	Non = 0 point; Oui mais indépendants = 2 points; Oui et en interaction (enfants ou adulte) = 5 points; Présence d'autres enfants + adulte = 10 points

Tableau 1 (suite)
Grille d'analyse des dessins en huit items

Items	Aspects concernés	Points accordés
7- Figuration du mouvement	Postures corporelles Inscriptions complémentaires	Debout, pieds au sol, bras écartés ou en bas = 1 point; Debout + une position de bras particulière = 2 points; En équilibre sur une jambe = 5 points; Assis, allongé ou de profil = 6 points; Avec une posture caractéristique d'une des activités pratiquées = 7 points; Représenté plusieurs fois à différents moments ou mouvement collectif (ronde, colonne...) = 8 points Inscription avec du sens, autre que le prénom de l'enfant (notes de musique, flèche, pointillés...) = 2 points
8- Figuration d'une identité sexuée	Identité sexuée	Non = 0 point; Oui différente du sexe de l'enfant = 2 points; Oui et en relation avec le sexe de l'enfant = 5 points; Plusieurs identités sexuées différentes mais enfant non repérable = 7 points; Plusieurs identités sexuées différentes et enfant identifiable = 10 points

L'item 3 - Précision des détails corporels : cet item évalue la représentation graphique du corps propre, tel que la présence des membres et les détails physiques du visage en s'inspirant des grilles proposées par Goodenough (1956) puis par Royer (1977, 2005).

L'item 4 - Précision de l'apparence corporelle : il s'agit de la représentation graphique de l'apparence concernant la figuration de vêtements ou accessoires (bijoux, éléments de coiffure, ceintures etc.) ainsi que l'emploi de la couleur.

L'item 5 - Figuration de l'environnement matériel : cela comprend la présence d'objets utilisés par les personnages ou en relation avec l'activité pratiquée.

L'item 6 - Figuration de l'environnement humain : il s'agit de la représentation d'autrui correspondant à la présence dans le dessin d'autres personnages (enfants ou adultes) ainsi que leur mise en relation.

L'item 7 - Figuration du mouvement : il s'appuie sur la spécificité des positions corporelles, c'est-à-dire l'évocation du mouvement comme lors de l'étude de Le Camus (1980) et par l'ajout d'inscriptions symboliques de mouvement (pointillés, flèches).

L'item 8 - Figuration d'une identité sexuée : il est jugé selon les propositions de Witkin, Dyk, Faterson et Goodenough (1962) qui consistent à relever les indices de différenciation sexuée présents dans le dessin.

Analyses statistiques

Nous avons analysé les scores totaux mesurés pour chaque dessin (obtenus par sommation des notes de chaque item) en fonction du groupe d'appartenance de l'enfant et du moment d'évaluation (pré-test vs post-test). L'analyse statistique a été faite selon une analyse de variances à mesures répétées sur le logiciel *Statistica*. Les notes par item ont donné lieu à des analyses de variances au pré-test et au post-test. Le seuil de significativité est tel que $p < .05$.

RÉSULTATS

Selon notre première hypothèse, la reproduction graphique de soi chez l'enfant de trois à cinq ans sera significativement améliorée par la pratique d'activités motrices quotidiennes. Or, nous n'observons pas d'effet du groupe d'appartenance (activité pratiquée) sur les scores totaux obtenus au dessin de soi [$F(3,20) = 2,28, n.s.$]. Par contre il y a un effet du moment de l'analyse pour tous les groupes confondus (pré-test vs post-test) [$F(1,20) = 53,92, p < .01$] avec des résultats obtenus au post-test

significativement plus élevés qu'au pré-test. Nous remarquons aussi une interaction entre le groupe d'appartenance et le moment du test [$F(3,20) = 1.47, p < .01$], voir Figure 1. La moyenne du groupe ayant pratiqué des activités manuelles est de 19,5 au pré-test et de 21,33 au post-test. Pour le groupe ayant pratiqué des jeux collectifs, le pré-test indique une moyenne de 16,5 comparativement à 22,33 au post-test. Pour le groupe ayant participé aux activités motrices globales (parcours gymniques), ainsi que pour le groupe ayant pratiqué l'expression corporelle, les moyennes au pré-test sont inférieures (respectivement 17,16 et 21,5) à celles du post-test (30,33 et 46,16).

En accord avec notre deuxième hypothèse, un test post hoc de « Neuman-Keuls » montre que le groupe « expression corporelle » se différencie significativement du groupe « activités manuelles » ($p < .02$) et du groupe « jeux collectifs » ($p < .02$). Cependant, il ne se différencie pas significativement du groupe « activités gymniques » $p = .051$. Les autres groupes ne se différencient pas entre eux.

Les analyses item par item confirment la supériorité des productions graphiques des groupes « expression corporelle » et « activités gymniques » sur les autres groupes d'activité (Tableau 2).

Nous remarquons que lors du pré-test, les quatre groupes ne présentent pas de différences significatives aux scores totaux du dessin de soi, mais une analyse par item nous permet toutefois de préciser qu'un seul item présente une différence significative. Il s'agit de l'item 3 qui traite de la précision de la figuration corporelle [$F(3,20) = 4,14, p < .02$]. Le nombre de détails corporels figurés par les enfants du groupe pratiquant l'expression corporelle est plus élevé dès le début de l'étude que ceux figurés par les autres groupes. Les autres items ne présentent pas de différences significatives entre les groupes au pré-test : ($F < 1$) pour les items 2, 4, 5, 6, 7 et [$F(3,20) = 1,84, n.s.$] pour l'item 1, [$F(3,20) = 1,05, n.s.$] pour l'item 8.

Lors du post-test, deux items ne présentent pas de différences significatives entre les groupes : l'item 4 et l'item 5. L'item 4 traite de la présence d'éléments vestimentaires et de l'usage de la couleur pour lesquels nous n'observons pas d'effet significatif de la pratique réalisée [$F(3,20) = 1,17, n.s.$]. De même aucune différence entre les groupes n'est retrouvée à l'item 5 qui analyse la présence d'un environnement matériel dans le dessin ($F < 1$).

Par contre lors du post-test, six items sur huit présentent des différences significatives entre les groupes : les items 1, 2, 3, 6, 7 et 8.

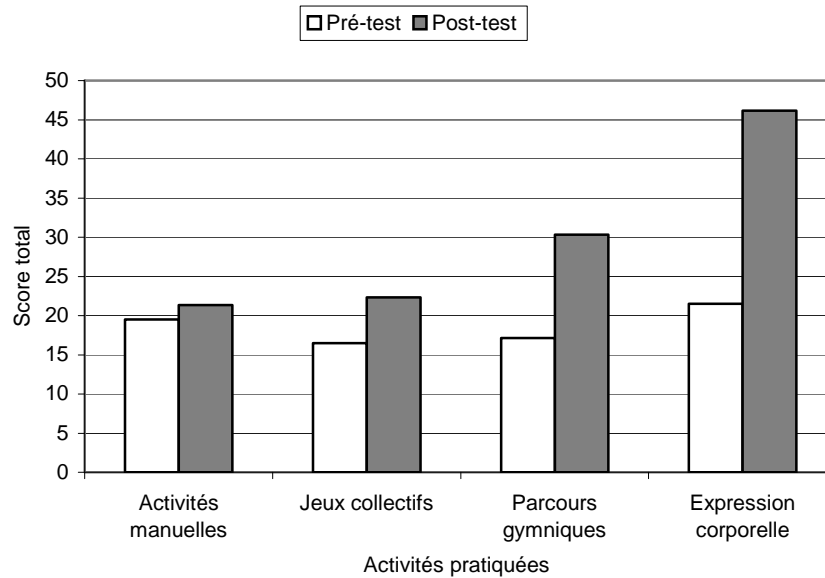


Figure 1. Effet de la pratique sur le dessin de soi en activité.

Tout d'abord, il s'agit de l'appréhension de la demande de la tâche [$F(3,20) = 3,38, p < .04$]. Le groupe ayant pratiqué des « activités gymniques » présente un score moyen supérieur au groupe « expression corporelle », lui-même supérieur au groupe « jeux collectifs » et au groupe « activités manuelles ». Un test post hoc de Duncan montre que le groupe ayant pratiqué des parcours gymniques se différencie significativement des autres groupes ($p = .015$) mais que les autres groupes ne se différencient pas entre eux ($p > .05$).

Des différences sont aussi repérables dans l'item 2 concernant les aspects spatiaux du dessin [$F(3,20) = 5,18, p < .01$] avec le groupe ayant pratiqué l'expression corporelle qui obtient des résultats plus élevés que le groupe « activités gymniques », le groupe « activités manuelles » et le groupe « jeux collectifs ». Le test post hoc montre que seul le groupe « jeux collectifs » se différencie par ses résultats significativement inférieurs aux autres groupes ($p < .01$ avec le groupe « expression corporelle », $p = .01$ avec le groupe « activités manuelles », $p = .02$ avec le groupe « activités gymniques »).

Les résultats obtenus à l'item 3 sur la précision des détails corporels figurés sont significativement différents entre les groupes [$F(3,20) = 6,59, p < .01$]. Le groupe « expression corporelle » présente une figuration du dessin de soi nettement plus détaillée que le groupe « activités

Tableau 2
Moyenne des points attribués aux items et écarts types, par groupe et en fonction du moment du test

Groupes		1		2		3		4		5		6		7		8		Total	
		Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test
Activités manuelles	<i>M</i>	1,66	2,00	7,83	8,5	2,33	1,18	1,66	1,83	0,83	0,83	0	0	1,00	1,00	4,16	4,16	19,5	21,33
	<i>Et</i>	1,5	1,26	1,6	1,04	2,58	2,89	2,73	2,13	2,04	2,04	0	0	1,09	1,09	4,91	4,91	12,91	12,46
Jeux collectifs	<i>M</i>	2,00	3,66	7,16	7,33	2,33	3,16	0,66	1,33	0	1,33	0	1,66	1	1,66	3,33	3,33	16,5	22,33
	<i>Et</i>	1,78	3,44	1,32	0,81	2,16	2,92	0,81	1,63	0	1,63	0	2,58	1,09	2,58	5,16	5,16	10,25	16,19
Parcours gymniques	<i>M</i>	3,66	7,33	8	8,66	4,16	5	0,66	1,5	0	1,5	0	5,00	0,66	2,00	0	0	17,16	30,33
	<i>Et</i>	0,81	2,73	1,09	0,51	2,78	2,28	0,81	1,04	0	1,04	0	3,16	1,03	0	0	0	3,43	9,35
Expression corporelle	<i>M</i>	2,33	6,00	7,66	9,00	6,5	8,66	1	3,16	0	3,33	0	4,16	0,66	4,33	3,33	7,50	21,5	46,16
	<i>Et</i>	1,96	4,38	0,51	0,63	1,87	1,75	1,54	2,4	0	5,16	0	4,91	1,03	3,67	5,16	4,18	6,47	13,93

gymniques », le groupe « jeux collectifs » ou le groupe « activités manuelles ». Ceci est confirmé par une analyse post hoc de Duncan selon laquelle le groupe « expression corporelle » obtient des résultats significativement plus élevés que les autres groupes ($p < .01$ avec les groupes « activités manuelles » et « jeux collectifs », $p = .04$ avec le groupe « activités gymniques »); les autres groupes ne se différenciant pas entre eux. Une analyse de variance à mesures répétées pour cet item permet de confirmer qu'il y a bien un effet du groupe d'appartenance [$F(3,20) = 5,49$, $p < .01$], un effet du moment du test [$F(3,20) = 38,36$, $p < .01$] et une interaction entre le groupe d'appartenance et le moment du test [$F(3,20) = 3,7$, $p < .03$] (voir Figure 2).

Pour l'item 7, qui concerne la figuration du mouvement, nous remarquons une différence significative [$F(3,20) = 3,73$, $p < .03$] en faveur du groupe ayant pratiqué de l'expression corporelle par rapport aux autres groupes. Ces différences sont confirmées par le test post hoc entre le groupe « expression corporelle » et les groupes « jeux collectifs » ($p = .02$) et « activités manuelles » ($p = .04$) mais pas avec le groupe « activités gymniques »; les autres groupes ne se différenciant pas entre eux ($p > .05$).

L'item 8, qui permet de repérer la figuration d'une identité sexuée dans le dessin, présente une différence significative entre les groupes [$F(3,20) = 3,33$, $p < .05$]. Le groupe ayant pratiqué des activités gymniques ne figure jamais d'identité sexuée différenciée ($M = 0$) contrairement aux enfants du groupe « jeux collectifs » ($M = 3,33$), du groupe « activités manuelles » ($M = 4,16$) et du groupe « expression corporelle » ($M = 7,5$). Un test post hoc de Duncan montre que seuls les groupes « activités gymniques » d'une part et « expression corporelle » d'autre part se différencient significativement ($p = .04$).

Pour l'item 6 sur la présence d'un environnement humain dans le dessin et contrairement à nos attentes formulées dans la troisième hypothèse, le groupe ayant pratiqué des « jeux collectifs » ne présente pas de meilleurs résultats que les autres groupes. Nous observons une différence significative [$F(3,20) = 3,09$, $p = .05$] mais cela concerne le groupe ayant pratiqué des parcours gymniques qui présente un score moyen supérieur au groupe « expression corporelle » et trois fois plus élevé que celui du groupe « jeux collectifs ». Le groupe « activités manuelles » ne figure jamais d'environnement humain autour du dessin du bonhomme. Un test post hoc de Duncan montre que le groupe ayant pratiqué des activités manuelles a des résultats significativement inférieurs au groupe « activités gymniques » ($p = .02$) et au groupe « expression corporelle » ($p = .04$) mais pas au groupe « jeux collectifs » ($p = .37$) et que les autres groupes ne se différencient pas entre eux ($p > .05$).

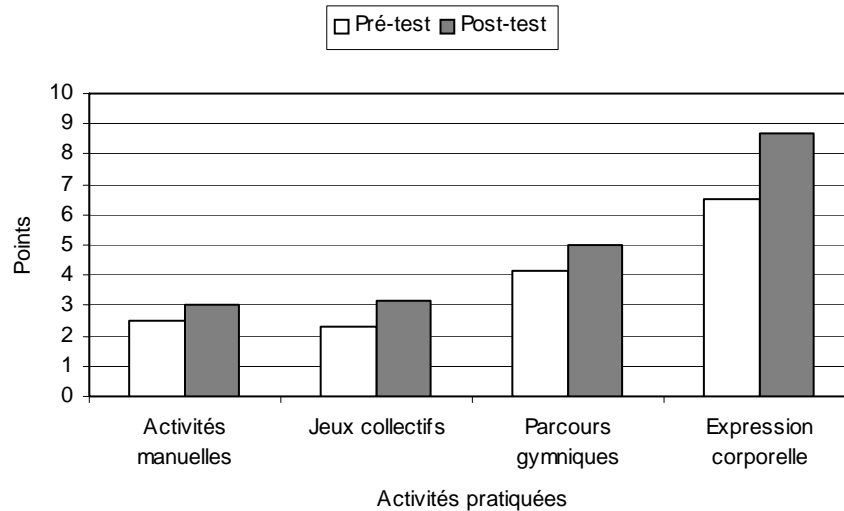


Figure 2. Effet de la pratique sur la présence de détails corporels lors du dessin de soi (item 3).

DISCUSSION

Par ces résultats, nous pouvons dire que la pratique d'activités éducatives a un effet sur la qualité de la représentation de soi dans un contexte précis. En effet, tous les groupes ont progressé en deux semaines, rappelant l'intérêt d'un accompagnement éducatif régulier pour favoriser les progrès de la représentation graphique de soi et donc très probablement la construction identitaire de l'enfant, tel un étayage au sens de Bruner (1983).

De plus, les pratiques motrices, notamment la pratique d'activités gymniques et d'expression corporelle apparaissent comme plus favorables aux progrès graphiques pour cette étape de la petite enfance que les activités manuelles, ce qui concorde avec les propos de Tap (1997) selon qui une des caractéristiques essentielles de la construction de l'identité personnelle est la réalisation de soi par l'action, « faire et en faisant “se faire” » (p. 9).

Plus précisément, nous avons pu démontrer que le groupe ayant participé aux activités d'expression corporelle se distingue en ce qui concerne la représentation de soi. Ces enfants présentent des progrès supérieurs pour la figuration des aspects spatiaux, ce qui est en accord avec les travaux de Zazzo (1990), des détails corporels, du mouvement et de l'identité sexuée. Nous pouvons supposer que l'expression corporelle

constitue un excellent support pour la découverte active de l'environnement spatial par le jeune enfant. Cela lui permet, au sein d'un espace sécurisé et grâce à un support affectif et imaginaire, d'explorer selon différents points de vue une même scène visuelle, d'élaborer des déplacements vers des orientations variées ou encore d'utiliser la pesanteur pour découvrir la notion de niveaux. Les supports musicaux et les appuis thématiques constituent de puissants ressorts motivationnels pour soutenir ces phases d'expérimentation active. Cette implication affective peut expliquer en partie la présence plus importante d'indices spatiaux ou de figurations du mouvement dans les dessins de ce groupe. Le groupe ayant pratiqué l'expression corporelle présente la plus forte augmentation à l'item qui traite des détails corporels figurés (parties du corps et éléments du visage) avec, en moyenne, un élément supplémentaire contre un demi ou moins pour les autres groupes. Ceci peut s'expliquer par l'importance accordée en expression corporelle à la découverte du corps et notamment à celle des différents segments et à leur mobilisation par de la dissociation segmentaire par exemple. À cette occasion, les parties du corps sont à la fois nommées, montrées, touchées, mobilisées ce qui renforce une confluence de multiples perceptions favorables à la fois à une intégration et à une mémorisation des perceptions. La verbalisation constitue en ce sens un excellent support d'apprentissage pour ces enfants de trois à cinq ans qui passent progressivement d'un développement de l'intelligence centré sur la motricité à un développement centré sur le langage (Piaget, 1950). Enfin, ce groupe présente aussi la plus forte différenciation sexuelle dans ses dessins. Il faut remarquer que l'expression corporelle est une activité de communication par le corps, ce qui nécessite une éducation du regard. La mixité dans le groupe n'est pas considérée comme un élément de ségrégation (enfant plus ou moins fort, grand ou habile) mais plutôt comme une richesse à découvrir. Chacun se montre aux autres et se découvre aussi dans le regard des autres. Jouer à former des couples (une fille et un garçon) ou des groupes (les filles face aux garçons) comme dans les danses traditionnelles permet à chacun de se définir dans la complémentarité. Ceci, reprenant le plaidoyer de Bertrand et Dumont (1979), tend à conforter la présence des activités d'expression corporelle dans les programmes des écoles maternelles ainsi que dans les autres services médicaux-éducatifs.

Le groupe ayant participé aux activités de parcours gymniques présente des résultats supérieurs aux autres groupes pour les items qui concernent l'appréhension globale de la demande de la tâche et la figuration d'un environnement humain. Ils réalisent des dessins de soi plus contextualisés que les autres groupes. L'adulte y est plus fréquemment dessiné car il constitue une aide ou du moins une parade dans les parties les plus acrobatiques et donc affectivement fortes des parcours. La file

d'attente au départ du parcours est aussi figurée. Elle peut représenter un moment de partage d'émotions entre enfants (verbalisations) ou une montée de l'activation et de l'excitation générée par l'envie de montrer aux autres (et à soi-même) ce dont chacun est capable.

Contrairement à ce que nous pensions, les jeux collectifs ne permettent pas de développer la représentation graphique d'autrui. En effet, il n'apparaît pas de différences sur cet item entre les enfants ayant pratiqué des activités manuelles, dont la réalisation était principalement individuelle, et ceux ayant pratiqué des jeux collectifs. L'orientation vers le but de victoire semble pour cet âge occulter les moyens de type collectif. L'égoцентризм inhérent au développement enfantin de cette tranche d'âge semble constituer un frein à la prise en compte d'autrui dans le jeu. L'enfant est emporté par l'enjeu, au détriment de la découverte des partenaires et adversaires. Ce n'est que vers huit ans que les moyens collectifs seront mis à profit vers des buts collectivement choisis (Durand, 2006).

Les groupes « activités gymniques » et « expression corporelle » ne se distinguent pas significativement dans les scores totaux du dessin de soi, ce qui peut laisser penser que ces deux activités concourent de manière équivalente à l'amélioration de la représentation graphique de soi. Elles partagent en effet un certain nombre d'objectifs expressifs ou artistiques, ainsi que des éléments moteurs (gestuelle commune telle que des sauts, des déplacements au sol, des tours, etc.). Pour Paillard (1987), elles appartiennent au groupement constitué par les activités de production de formes corporelles et sont aussi appelées morphocinétiques (avec la danse, le patinage artistique, la nage synchronisée etc.) par opposition aux activités topocinétiques dont les actions du pratiquant visent la maîtrise et la transformation de l'environnement. Cependant, tels qu'ils sont proposés aux jeunes enfants, les parcours gymniques s'apparentent plus, dans leurs logiques internes, à une maîtrise des actions du corps face à un environnement varié, ce qui tend à les rapprocher des topocinèses. Ces deux activités ne sont donc pas équivalentes mais semblent permettre des apprentissages vicariants.

Enfin, les enfants ayant participé aux activités manuelles ont exercé leur dextérité fine (manipulation de feutres, de pinceaux, modelages variés) mais cela n'a pas permis une amélioration de la représentation graphique de soi en deux semaines. Il semble fort probable que ces apprentissages qui constituent une part importante des compétences développées à l'école maternelle et élémentaire nécessitent beaucoup plus de temps et une maturité plus importante pour se retrouver dans le dessin de soi.

Ainsi, nous avons montré que grâce à un contrôle moteur plus précis, à une intégration des perceptions visuelles, tactiles, kinesthésiques, par les supports affectifs forts qu'elles constituent, les activités motrices et tout particulièrement l'expression corporelle concourent à une meilleure figuration graphique de soi et donc probablement au développement de l'identité corporelle. Il est possible que cette étape de trois à cinq ans constitue notamment une période privilégiée d'élaboration du schéma corporel, cette appréhension des positions respectives des segments du corps, permettant d'unifier les perceptions du corps d'autrui et celles de son propre corps en un système commun (Reed & Farah, 1995).

Nous remarquons toutefois qu'il serait souhaitable dans une étude ultérieure que ce soit le même éducateur qui se charge de tous les groupes, ce qui n'était pas possible d'un point de vue organisationnel au sein de ce centre de loisirs. Les animateurs ne connaissaient pas les objectifs de la recherche, cependant ces précautions ne permettent pas d'écartier l'éventualité d'un « effet maître » (Trouilloud, Sarrazin, Bressoux et Bois, 2006), chaque éducateur ayant ses propres conceptions de l'activité encadrée, des apprenants et ses propres compétences et stratégies pédagogiques.

RÉFÉRENCES

- Baldy, R. (2008). *Dessine-moi un bonhomme. Dessins d'enfants et développement cognitif*. Paris : In Press.
- Bertrand, M., & Dumont, M. [alias Pinok et Matho]. (1979). *Expression corporelle : mouvement et pensée*. Paris : Vrin.
- Blouin Le Baron, J. (1982). L'expression corporelle, ses courants, ses publics. *Revue EP.S*, 178, 58-62.
- Bremner, J. G., Knowles, L., & Andreasen, G. (1994). Processes underlying young children's spatial orientation during movement. *Journal of Experimental Child Psychology*, 57, 355-376.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris : PUF.
- Bruner, J. (1983). *Le développement de l'enfant : savoir dire, savoir faire*. Paris : PUF.
- Cadopi, M., & Bonnery, C. (1990). *Apprentissage de la danse: psychologie cognitive des activités physiques d'expression*. Paris : Actio.
- De Meredieu, F. (1974). *Le dessin de l'enfant*. Paris : Éditions universitaires.
- Durand, M. (2006). *L'enfant et le sport*. Paris : PUF.
- Goodenough, F. (1956). *L'intelligence d'après le dessin, le test du bonhomme*. Paris : PUF.
- Le Camus, C. (1980). Genèse de la représentation graphique du corps en mouvement, *Annales*, 16(2), 69-84.
- Le Camus, C. (1983). Existe-t-il une identité graphique chez l'enfant? *La psychomotricité*, 7, 111-114.
- Lurçat, L. (1976). *L'enfant et l'espace : le rôle du corps*. Paris : PUF.
- Paillard, J. (1987). Comment le corps bâtit l'espace. *Science et Vie, Hors série*, 38-43.
- Pêcheux, M. G. (1990). *Le développement des rapports des enfants à l'espace*. Paris : Nathan Université.
- Piaget, J. (1950). Perception et intelligence. *Bulletin du groupe d'étude de psychologie de l'Université de Paris*, 4(1-2), 25-34.
- Reed, C. L., & Farah, M. J. (1995). The psychological reality of the body schema: a test with normal participants. *Journal of Experimental Psychology : Human Perception and Performance*, 21(2), 334-343.

Pratiques motrices et représentation graphique de soi

- Royer, J. (1977). *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme*. Bruxelles : Éditest.
- Royer, J. (2005). *Ce que nous disent les dessins d'enfants*. Nancy : Martin Média.
- Souriac-Poirier, P. (2008). Effet d'une pratique motrice expressive sur l'évolution du dessin de soi chez des filles de quatre à huit ans. *Bulletin de psychologie*, 61(4), 367-375.
- Stern, A. (1959). *Compréhension de l'art enfantin*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Tap, P. (1997). Marquer sa différence. *Sciences humaines*, 15, 9-10.
- Trouilloud, D., Sarrazin, P., Bressoux, P., & Bois, J. (2006). Relation between teachers' early expectations and students' later perceived competence in physical education classes : Autonomy-supportive climate as a moderator. *Journal of Educational Psychology*, 98(1), 75-86.
- Vinay, A. (2007). *Les dessins dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod.
- Wallon, H. (1959). Kinesthésie et image visuelle du corps propre. *Enfance*, 3-4, 252-263.
- Wallon, P. P. (2007). *Le dessin d'enfant*. Paris : PUF.
- Witkin, H. A., Dyk, R. B., Faterson, M. F., & Goodenough, D. R. (1962). *Psychological differentiation*. New York : Wiley et Sons.
- Zazzo, R. (1973). La genèse de la conscience de soi. *Psychologie de la connaissance de soi*, Synopsium. Paris : PUF.
- Zazzo, R. (1990). Le geste graphique et la structuration de l'espace, *Enfance*, 3-4, 204-22.

RÉSUMÉ

Nous comparons l'impact de trois pratiques d'éveil psychomoteur (jeux collectifs, activités gymniques, expression corporelle) et d'activités manuelles sur la représentation graphique de soi. Nous avons constitué 4 groupes d'enfants de trois à cinq ans, aux scores équivalents à une grille d'analyse des dessins, puis nous avons comparé les résultats après 10 séquences de pratique en deux semaines. L'expression corporelle améliore significativement la représentation graphique du corps propre, de l'identité sexuée, la prise en compte de l'environnement spatial et du mouvement. Les activités gymniques sont favorables à la représentation d'autrui. La discussion montre l'importance pour les jeunes enfants de la pratique d'activités motrices expressives.

MOTS CLÉS

représentation de soi, dessins, éveil psychomoteur, expression corporelle, petite enfance

ABSTRACT

We compare the impact of three psychomotor development practices (collective games, gymnastic activities, corporal expression) and manual activities on self-representation in young children's drawings. We formed four groups of 3 to 5 year old having the same score on a drawing analysis scale, then we compared the results after 10 practice sessions over a two-week period. Corporal expression significantly improved self-body, sexual identity, respect of spatial environment and of motion representation. Gymnastics is the best activity to improve the representation of others. The discussion shows the importance of practicing expressive motor activities for young children.

KEY WORDS

self-representation, drawings, psychomotor development, corporal expression, preschool children
