

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2013

2013 TOU3 1529

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Elodie GLORIES-DAUPTAIN

le 28 juin 2013

**ENJEUX D'UN ATELIER DE DANSE CONTEMPORAINE POUR DES
ADOLESCENTS SUIVIS EN PEDOPSYCHIATRIE, DANS LE CADRE
DU PROGRAMME « CULTURE-SANTE »**

Directeur de thèse : Dr Franck HAZANE

JURY

Président :	Pr Jean-Philippe RAYNAUD
1er assesseur :	Pr Laurent SCHMITT
2ème assesseur :	Pr Yves ROLLAND
3ème assesseur :	Dr Franck HAZANE
Suppléant :	Dr Bernard BENSIDOUN
Membre Invité :	Dr Laurence CARPENTIER
Membre Invité :	Dr Barbara BERNHEIM



P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hépatologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDJ S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
 Dr STILLMUNKES A.
 Dr BRILLAC Th.
 Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
 Dr BISMUTH M.
 Dr BOYER P.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Dès l'externat, votre enseignement universitaire a éveillé mon intérêt pour notre discipline. Vous avez accompagné mon parcours d'interne avec disponibilité et bienveillance, je vous en remercie.

A Monsieur le Professeur Laurent Schmitt

Pour votre accueil dans le service universitaire de psychiatrie.

A Monsieur le Professeur Yves Rolland

Pour m'avoir enseigné durant l'externat la médecine clinique avec humanité.

A monsieur le Docteur Franck Hazane

Je te remercie d'avoir dirigé ma thèse. Ton aide pertinente et enthousiaste m'a encouragée tout au long de ce travail. Sois assuré de ma gratitude et de ma profonde estime.

A Monsieur Bernard Bensidoun

Pour l'exemple que constitue votre engagement, pour vos encouragements et votre confiance, votre sensibilité et la clarté de vos enseignements illustrés de références culturelles.

A madame le Docteur Laurence Carpentier

Pour m'avoir accordé votre confiance en me permettant de poursuivre mon parcours de médecin au sein de votre secteur. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A madame le Docteur Barbara Bernheim

Pour avoir accepté de juger mon travail.

Aux acteurs du projet "Tu danses ?"

Merci à l'équipe du CDC, aux chorégraphes Isabelle Saulle et Adolfo Vargas, à la DRAC et à l'ARS, à Xavier Collal, à Christine Cuq, aux équipes de soin, notamment à Michel Santamaria pour sa précieuse aide, et surtout aux adolescents et à leurs familles. Je remercie aussi les danse-thérapeutes rencontrés ainsi qu'Anne Lelièvre.

A l'accompagnement universitaire et hospitalier

A Gisèle Payeur et Per Abasolo.

Aux équipes et aux médecins qui m'ont accueillie au cours de l'internat A l'UF1 et au Dr Karine Faure, au CMPEA de Gaillac et au Dr Maria Puech-Morel et à l'HDJ d'Albi, à l'UF2 et au Dr François Granier, merci pour vos percutants commentaires, à la Villa Ancely et au Dr Cécile Garrido et au Dr Franck Hazane, à l'HDJ de la MGEN et aux Dr Betty Therrat, Dr Jean-Louis Maurette et Dr Sven Thomas, à la PMI et aux Dr Marie-Hélène Persil, Dr Monique Cheynier et Dr Karine Pariente, au CRA et au Dr Anne-Laure Toureille, à l'HDJ des Bourdettes, au CMP de Castanet, à l'équipe de périnatalité de Sarrus et à l'accueillante équipe du CATTP Arthur Rimbaud.

A mon entourage

A mes collègues et amis de promotion et aux internes rencontrés tout au long de ces cinq années. A mes amis et ma famille pour leur soutien et leur affection.

A Gaspard, souvent sur ton tapis d'éveil pendant ma rédaction. A Antoine, pour tes conseils experts, ta confiance et ta compréhension, cher chéri-cook.

Enjeux d'un atelier de danse contemporaine
pour des adolescents suivis en pédopsychiatrie,
dans le cadre du programme "Culture-Santé"

Elodie Glories Dauplain

13 juin 2013

Table des matières

1	Abstract	7
2	Introduction	9
3	Créativité et psychiatrie	11
3.1	Ouverture du soin psychiatrique à l'art	11
3.1.1	Artiste ou psychotique	11
3.1.2	L'art dans les hôpitaux	13
3.1.3	L'art comme distraction	13
3.1.4	L'art comme moyen d'expression	14
3.1.5	Collections des médecins	16
3.1.6	Surréalisme, Art brut	16
3.1.7	L'art comme support de soin	16
3.1.8	Psychiatrie de l'enfant	17
3.2	La créativité	17
3.2.1	Sublimation	17
3.2.2	Créativité	19
3.2.3	Symbolisation	19
3.2.4	Transitionnalité	20
3.2.5	Elan esthétique, action de la forme	21
3.3	Symbolisations plurielles	22
3.3.1	Evolution des représentations du lien entre corps et pensée	22
3.3.2	La vie psychique s'organise à partir du corps	24
3.3.3	Représentations du corps	27
3.3.4	Tonus et construction identitaire	29
3.4	Soin psychique avec médiation	30
3.4.1	La médiation thérapeutique	30
3.4.2	Deux cadres de soin médiatisé	31
3.4.3	Fonctions du thérapeute	33
3.4.4	Indications	34

3.4.5	L'art-thérapie	36
3.5	Exemples de soins culturels animés par des artistes	40
4	Programme national Culture et Santé	43
4.1	Cadre légal "Culture et santé"	43
4.1.1	Convention "Culture à l'hôpital"	44
4.1.2	La loi HPST prévoit un volet culturel	45
4.1.3	Seconde convention "Culture et Santé"	45
4.1.4	Convention régionale Midi-Pyrénées	46
4.2	Exemples de projets	48
4.2.1	Centre d'arts contemporains du 3bisF	48
4.2.2	Le service culturel du CHS Le Vinatier	49
4.2.3	Projet photographique et éditorial pour adolescents en psychiatrie	50
4.2.4	Danse au CHU de Montpellier	50
4.2.5	Danse contemporaine en psychiatrie à Uzès	50
4.2.6	Opéra chorégraphique contemporain en psychiatrie	52
4.3	Effets attendus	52
4.3.1	Pour l'institution	53
4.3.2	Pour les personnes hospitalisées	54
4.3.3	Pour les professionnels de santé	56
5	Adolescence et révolution corporelle	59
5.1	La puberté ou quand le corps échappe	59
5.1.1	Changements physiques	60
5.1.2	Remaniements psychiques	60
5.1.3	Maturation cérébrale et développement cognitif	63
5.2	Préoccupations corporelles des adolescents	65
5.3	Expression corporelle des troubles psychiques	66
5.3.1	Plaintes corporelles	66
5.3.2	Dépression	66
5.3.3	Insatisfaction corporelle	67
5.3.4	Addictions, troubles du comportement alimentaire	67
5.3.5	Schizophrénie, traitements antipsychotiques	68
5.3.6	Trouble du spectre autistique	69
5.3.7	Automutilation, tentative de suicide	69
5.3.8	Conduites à risque, passages à l'acte, destructivité	69
6	"Tu dances?" Ateliers de danse pour adolescents suivis en pédopsychiatrie	71
6.1	Le cas de la danse-thérapie	71

6.1.1	La danse	71
6.1.2	Origines de la danse-thérapie	78
6.1.3	Contenu des danse-thérapies	81
6.1.4	Indications de la danse-thérapie	87
6.1.5	Témoignages de danse-thérapeutes	91
6.2	Partenariat entre le CDC et le CHU de Toulouse	92
6.3	Elaboration du projet "Tu danses ?"	96
6.3.1	Population	96
6.3.2	Groupe de réflexion multidisciplinaire	96
6.3.3	Choix du chorégraphe	96
6.3.4	Objectifs	98
6.3.5	Réflexions sur la forme et le contenu	98
6.3.6	Communication visuelle	99
6.3.7	Financement	100
6.4	Observation des ateliers	102
6.4.1	Saison 2012	102
6.4.2	Saison 2013	114
6.5	Bilans associant les acteurs du projet	119
6.5.1	Premier bilan intermédiaire 2012	119
6.5.2	Deuxième bilan intermédiaire 2012	121
6.5.3	Bilan de la saison 2012	122
6.5.4	Réunion préliminaire à la saison 2013	125
6.5.5	Bilan intermédiaire de la saison 2013	126
7	Analyse des enjeux des ateliers "Tu danses ?"	129
7.1	Approche	129
7.1.1	Évaluer un projet artistique, dans la littérature	129
7.1.2	Méthodes	131
7.2	Résultats	132
7.2.1	Entretiens préliminaires	132
7.2.2	Représentations des adolescents	137
7.2.3	Représentations des parents	151
7.2.4	Représentations des soignants	156
7.2.5	Représentations des chorégraphes	164
7.3	Discussion	168
7.3.1	Valeur de la pratique de la danse contemporaine chez les adolescents	168
7.3.2	L'articulation entre les deux univers, de la santé et de l'art, peut générer des difficultés	169
7.3.3	Décalage de regards	172

8 Perspectives	177
9 Conclusion	179
10 Annexes	181
10.1 Réponses aux questionnaires	181
10.1.1 Adolescents	181
10.1.2 Parents	206
10.1.3 Soignants	214
10.2 Dossier administratif DRAC-ARS concernant les projets Culture- santé	226

Chapitre 1

Abstract

Une trentaine d'adolescents suivis en pédopsychiatrie partagent l'expérience de deux saisons d'ateliers de danse contemporaine avec leurs soignants. Il ne s'agit pas de danse-thérapie car ce sont deux danseurs-chorégraphes qui animent les ateliers en dehors de l'hôpital, dans un studio professionnel du centre-ville. Il ne s'agit pas non plus d'une simple animation. L'intervention artistique de qualité relève d'un jumelage "Culture et santé" entre le CHU et le Centre de développement Chorégraphique de Toulouse. Après avoir envisagé les spécificités de chaque mode d'utilisation de l'art dans le soin, nous avons analysé de façon qualitative et transversale les enjeux pour les différents acteurs (patients, familles, équipes de soin, chorégraphes). Des effets significatifs sont démontrés pour chacun d'eux. L'artiste introduit son ambition esthétique, sans recherche immédiate de soin. Le soignant prend une nouvelle place. Le jeune échappe à la réduction identitaire assignée par son statut de malade. La rencontre des deux mondes nourrit, valorise et déstigmatise.

Mots-clés : adolescence, art, culture, danse, créativité, transitionnalité, stade du miroir, regard, relation.

Chapitre 2

Introduction

Dans un studio professionnel de danse, des jeunes malades et leurs soignants suivent un chorégraphe. Assistons-nous à un atelier de danse ou à un soin de danse-thérapie ? Ces deux dispositifs sont en apparence identiques, mais diffèrent profondément dans leurs cadres et objectifs respectifs. Les projets Culture et Santé associent artistes et soignants dans des actions qui ne sont ni des animations, ni un soin direct. Cette interaction originale entre deux champs, hôpital et culture, qu'à priori tout éloigne, conduit à s'interroger sur le sens du soin.

L'Organisation mondiale de la santé (1946) définit la santé non seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Le Larousse définit le verbe soigner comme "s'occuper du bien-être de quelqu'un", ce qui fait autant référence à la disposition d'une personne vis-à-vis d'une autre, qu'à l'emploi de compétences. De même, l'étymologie du mot hôpital renvoie à l'accueil des malades, des mourants, des indigents.

Depuis Hippocrate jusqu'à la Renaissance, la médecine mêle étroitement interventions sur le corps et sur l'esprit, l'absence de remèdes curatifs renforçant probablement l'approche globale. Le chirurgien du XVI^e siècle Ambroise Paré déclare "Je le soignai, Dieu le guérit". A partir du siècle des Lumières, des révolutions thérapeutiques éradiquent des épidémies, réduisent la mortalité infantile, allongent l'espérance de vie. Alors qu'autrefois l'hôpital accueillait les exclus, les fous, les pauvres, les malades aisés étant soignés à leur domicile, il devient un modèle de soin curatif attractif.

La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît au patient le respect de sa dignité, et incite à une prise en charge globale qui intègre son vécu psychique et sa qualité de vie. Elle souligne ainsi les compétences humaines des personnels hospitaliers. L'alliance thérapeutique [72] place le patient en position d'acteur

impliqué dans le choix du traitement, grâce à son consentement éclairé. Il acquiert également une place participative dans l'institution hospitalière. Son expérience de malade est une richesse à valoriser comme un "savoir expérientiel", relaté dans diverses autobiographies modernes (blog, réseaux sociaux). En revanche, la volonté de mieux maîtriser les dépenses de santé conduit les praticiens à privilégier la dimension technique du soin, moins coûteuse en temps, et d'une grande efficacité. Dans le même temps, ils réduisent leur investissement personnel dans la relation humaine de soin.

Pour le philosophe Frédéric Worms [193], le "soin médical" ou *cure* comprend un volet de "prendre soin" ou *care*, deux concepts du pédiatre psychanalyste britannique Donald W. Winnicott. Il rappelle que le patient vit chaque épreuve localisée comme une épreuve totale, et prend l'exemple d'une patiente âgée qui se casse le col du fémur. Le problème physiologique réparé, sa détresse reste entière : dépendance, perte des normes de vie, souffrance, corps abimé, identité bouleversée. Cette patiente sollicite une attention individuelle pour partager son épreuve, reprendre confiance, et retrouver un respect social. Pour Worms, la logique de connaissance et de maîtrise à l'œuvre dans la médecine risque de minimiser la prise en compte de l'épreuve subjective de la maladie. Or la médecine signifie en latin le "lit" individuel, tandis que le soin hospitalier, divisé en tâches, fragmenté en spécialités d'organes, est pensé en terme de nombre de lits, au pluriel, c'est-à-dire en besoins techniques. Penser un soin individuel, relationnel devient un luxe, rappelant l'antique distinction entre soin collectif pour les esclaves et soin individuel pour les hommes libres.

Qu'il s'agisse de complément au soin ou de psychothérapie par l'art, de médiations thérapeutiques ou d'art-thérapie, le processus de créativité est fréquemment utilisé en psychiatrie. Les projets "Culture et santé", contrairement aux approches précédentes, ne sont pas directement considérés comme un soin. À l'ère des choix thérapeutiques par la preuve scientifique (evidence based medicine), comment évaluer l'intervention artistique à l'hôpital ?

Le service de pédopsychiatrie du Centre hospitalo-universitaire de Toulouse organise des ateliers de danse contemporaine pour ses adolescents. En effet, les préoccupations adolescentes sont souvent en lien avec les changements physiques imposés par la puberté. La danse peut permettre d'apprivoiser ce corps en mutation. Quels sont les effets de ces ateliers de danse pour les différents acteurs concernés ?

Chapitre 3

Créativité et psychiatrie

L'utilisation du processus artistique dans le soin psychique s'est progressivement développée, jusqu'à l'élaboration d'un soin fondé sur la médiation artistique. Le soin s'appuie particulièrement sur le développement de la créativité individuelle.

3.1 Ouverture du soin psychiatrique à l'art

Il existe un lien étroit entre l'artiste, le fou et la psychiatrie. Son développement est-il lié à la proposition d'activités culturelles aux malades, faute de traitement curatif efficace, ou bien à la tendance hypercréative intrinsèque du sujet maniaque ou délirant ?

3.1.1 Artiste ou psychotique

Nombre d'artistes reconnus ont côtoyé la folie. Le psychanalyste René Roussillon [152] explique que la sublimation est un des moyens de transformer les pulsions, que le sujet ait des troubles psychiques ou non. Elle n'est pas suffisante pour garantir la santé mentale.

La déraison permet-elle d'accéder à une audace conférant au génie ? C'est ce que laissent entendre des auteurs comme Friedrich Nietzsche, "c'est la démence qui fraye la voie de la pensée neuve, qui lève l'interdit" [135], ou Gérard de Nerval [42], "il me semblait tout savoir, tout comprendre, l'imagination m'apportait des délices infinis". Vincent Van Gogh aurait-il peint avec autant d'intensité, notamment dans l'utilisation des couleurs, sans sa personnalité torturée ? La représentation picturale qui figure l'angoisse existentielle dans *Le cri* serait-elle si juste si Edvard Munch n'était pas dépressif, soigné par sismothérapies, alors qu'il peignait ce tableau ? Des souffrances effroyables



FIGURE 3.1 – *Le cri*, Edward Munch, lithographie, 1895

peuvent générer des formes esthétiques et expressives.

A l'inverse, pour l'artiste professionnel, la recherche laborieuse de l'inspiration peut-elle générer des troubles psychiques, tels que des addictions, des états maniaques ou mélancoliques ? Arthur Rimbaud, souffrant pendant l'écriture d'*Une saison en enfer*, semble indiquer que la créativité intensive rend malade : "Ma santé fut menacée. La terreur venait. Je tombais dans des sommeils de plusieurs jours, et, levé, je continuais les rêves les plus tristes. J'étais mûr pour le trépas et, par une route de dangers, ma faiblesse me menait aux confins du monde". Alors qu'il écrit *Ulysse*, James Joyce écrit : "une feuille transparente me sépare de la folie". Nietzsche note qu'"il se pourrait que la constitution foncière de l'existence implique qu'on ne puisse en avoir une pleine connaissance sans périr". L'art révèle à l'artiste sa condi-

tion tragique d'homme qu'il assume avec lucidité, s'affranchissant parfois des convenances sociales.

Ces deux représentations se sont succédées au cours de l'Histoire. Les artistes sont perçus comme fous à l'époque asilaire, d'ailleurs quelques uns séjournent dans des institutions psychiatriques. Par la suite, l'intérêt des médecins et de la société pour l'art des aliénés va modifier radicalement les représentations. Leur "authenticité" en fait des génies, notamment au travers de l'Art brut. Les biographies d'artistes révélant leurs fêlures intimes rencontrent un succès populaire. On peut citer les films sur Camille Claudel incarnée notamment par Isabelle Adjani (1988) puis Juliette Binoche (2013), ou sur Sydney Pollock, incarné par Ed Harris (2003). Des liens entre art et psychose, la question devient celle de ses liens avec la perversion dans l'art corporel ou body-art [127].

Pour Charlotte Waddell [184], très peu d'études scientifiques de qualité apportent la preuve d'un lien entre créativité et maladie mentale.

3.1.2 L'art dans les hôpitaux

La présence de l'art dans l'hôpital est très ancienne. En Turquie, les vestiges du centre de soin de Pergame, dédié au dieu grec de la médecine Asclepios, comprennent une bibliothèque et un théâtre. A l'époque de l'empereur Hadrien, médecins, prêtres, philosophes, savants et artistes collaborent à la prise en charge des pèlerins-curistes. Le soin est corporel : hygiène alimentaire, activité physique, cures de sommeil, bains de soleil, de boue, massages, thermalisme ; et spirituel : prière, philosophie, astrologie, analyse des rêves, jeux, musique, spectacles. La médecine gréco-romaine antique est centrée sur la relation médecin-malade.

Au Moyen-Âge, le soin est organisé par les ordres religieux. L'Eglise commande aux plus grands artistes des triptyques qui ornent les salles communes. Ces œuvres visent à consoler le malade, l'aider à accepter sa souffrance, le préparer à une issue souvent fatale, et lui donner l'espoir d'une rédemption, la maladie étant considérée comme une punition divine.

3.1.3 L'art comme distraction

Historiquement, l'art a d'abord intégré la prise en charge psychique comme activité occupationnelle. Dans les asiles du XIX^e siècle, le traitement moral, préconisé par l'aliéniste Philippe Pinel, libère les aliénés de leurs chaînes. Les activités s'appuient sur ce qu'il reste au patient de raison et de capacités adaptatives. Elles sont l'indispensable complément de l'abandon de toute méthode de contention. Le travail détourne des pensées délirantes [132]. La no-

tion d'un soin de réadaptation sociale apparaît, donnant plus tard naissance à l'ergothérapie. Pinel préconise aussi le divertissement par les spectacles. L'hôpital de la Salpêtrière organise le bal des folles et des hystériques, ainsi que des concerts ouverts au public. A l'asile de Charenton, le marquis de Sade dirige des spectacles mensuels, véritables pièces de théâtre, à la demande du directeur. Ces représentations publiques sont jouées à la fois par des acteurs professionnels, des infirmiers et des aliénés [103]. La Maison de santé du docteur Esprit Blanche accueille de nombreux artistes, dont Gustave Flaubert, Guy de Maupassant, et Gérard de Nerval. Il organise les diners du samedi, réunissant artistes internés et extérieurs. Les milieux de la folie et de l'art s'y côtoient étroitement.

3.1.4 L'art comme moyen d'expression

L'art psychopathologique

L'expression cathartique soulage en libérant les émotions et les conflits intimes. Les symptômes psychiques, la souffrance, les fantasmes peuvent donc être révélés dans la production. Dans une perspective nosographique et classificatoire, Paul-Max Simon (1876) [167], chef médical de l'asile de Bron, caractérise les dessins d'aliénés en fonction du type de pathologie mentale de l'auteur. Les productions sont légendées de façon objective selon des critères picturaux (format, matière, couleur, thèmes, détails...) pour étayer le diagnostic psychiatrique.

L'art au service de la science

En 1889, deux études, *Les démoniaques dans l'art* et *Les difformes et les malades dans l'art*, tentent de montrer que l'hystérie est une maladie ancienne dont on trouve la trace iconographique dès le V^e siècle, à travers les représentations de possédés démoniaques.

Le neurologue Jean-Martin Charcot s'intéresse aux expressions plastiques des hystériques. Il utilise également la photographie, inventée quelques années auparavant, pour la recherche médicale. Pour lui la photographie est un moyen privilégié de représenter objectivement l'état de patients en crise. Le corps est alors considéré comme une représentation de l'état de l'âme. Les aliénés sont donc peints ou pris en photo pour décrire, nommer et classer les différentes maladies mentales. En 1875 est créé le service photographique de la Salpêtrière qui conserve les clichés photographiques et les portraits de malades.

L'art est toujours actuellement utilisé comme outil de formation médicale. Une initiative originale de plusieurs facultés de médecine américaines, dont l'école de Yale avec son *Medical Humanities & the Art Council*¹, vise à restaurer la valeur de l'observation pour établir un diagnostic clinique, avant le recours à des techniques perfectionnées d'imagerie. L'étude de tableaux représentant des patients, au Centre d'Art Britannique de Yale, a fait la preuve de son efficacité dans la formation clinique des médecins.

Investigation psychanalytique

L'expression artistique ou verbale dans la psychanalyse permet une révélation de soi. Cette production, considérée comme manifestation de l'inconscient au même titre que le rêve, donne lieu à interprétation. Sigmund Freud note que "le rêve est dans la même situation que les arts plastiques pour représenter les relations logiques entre les pensées qui les composent" [61]. Des psychanalystes ont étudié les œuvres d'artistes célèbres croisées avec leur biographie afin de révéler leurs conflits intimes. Freud [58] livre une première pathographie dans *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Il y fait notamment l'hypothèse que la motivation profonde des recherches du savant s'origine dans la sublimation de son homosexualité.

La revue *Imago* traite de l'application de la psychanalyse aux sciences humaines, de l'interprétation psychanalytique des œuvres. Le séminaire parisien Babel, aujourd'hui Babylone, lie psychanalyse, littérature et arts.

Psychopathologie de l'expression

En 1950, en marge du premier Congrès mondial de psychiatrie, une exposition internationale d'art psychopathologique a lieu à l'hôpital Saint Anne, à la Sorbonne et à la maison de santé de Charenton. Elle réunit plus de 2000 œuvres de 350 malades, en provenance de 17 pays.

Les Professeurs Jean Delay et Robert Volmat, dont cette exposition a constitué le sujet de thèse, créent en 1959 la *Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression* (SIPE). Cinq ans plus tard la *Société Française de Psychopathologie de l'Expression* (SFPE) est fondée. Depuis 1997, SIPE et SFPE ont accolé l'art-thérapie à leur dénomination. Actuellement ces sociétés sont présidées par des psychiatres toulousains, respectivement les Pr Laurent Schmitt et Dr François Granier.

1. medicine.yale.edu/humanities/index.aspx

3.1.5 Collections des médecins

Le psychiatre américain Benjamin Rush s'intéresse aux qualités esthétiques des productions des aliénés et les collectionne dès 1800. Le musée de la folie (1905) réunit des œuvres de patients psychiatriques à Villejuif. Le psychiatre allemand et artiste Hanz Prinzhorn publie *Expressions de la folie* [141] (1922), une étude de cinq mille productions produites dans des hôpitaux psychiatriques de toute l'Europe. Dès lors, la passion des médecins pour "l'Art des fous" se développe notamment en Suisse et en Allemagne.

3.1.6 Surréalisme, Art brut

"L'Art des fous" sert de modèle pour l'émergence de nouveaux courants picturaux. L'écrivain André Breton s'en inspire [18] pour le développement du surréalisme qui trouve dans la psychanalyse les moyens de sortir de la figuration avec "l'automatisme psychique pur". Dubuffet, avec la *Compagnie de l'art brut* (1948), invente un "art hors les normes". Comme dans l'art des aliénés, l'ignorance des codes culturels due à l'enfermement ou à la marginalité, et la pauvreté des matériaux utilisés garantissent une authenticité totale. La folie est idéalisée comme pureté primitive, "inspiration à l'état pur". Selon le psychiatre Alfred Bader, "le but de l'artiste moderne et le résultat obtenu par le schizophrène se rencontrent : la création d'un résumé de l'essentiel". Pour le poète Jean Cocteau, "l'artiste doit être un schizophrène au petit pied" pour transcrire son monde interne.

Ces courants se réfèrent à la liberté de ton des aliénés, alors que ces derniers sont paradoxalement doublement enfermés, dans l'enceinte asilaire, et dans leur pathologie. Le monde de l'art s'intéresse à leurs productions esthétiques et ignore leur souffrance.

3.1.7 L'art comme support de soin

En 1937, l'hôpital psychiatrique remplace l'asile. Un mouvement d'ouverture est initié vers la cité, d'autant que les chimiothérapies efficaces, apparues dans les années cinquante, facilitent les prises en charge ambulatoires.

Dans les années quatre-vingt, les ateliers d'expression et de création se multiplient dans les institutions psychiatriques. Robert Volmat [183] distingue déjà trois catégories d'ateliers : avec technique associative (s'inspirant de la psychothérapie analytique), le traitement institutionnel (sans technique associative) et des ateliers à méthode mixte (thérapie occupationnelle). Selon le psychiatre François Granier [73], la véritable origine de la créativité du

patient n'est pas l'enfermement comme le supposait Dubuffet, mais la prison intérieure que représente la maladie mentale.

3.1.8 Psychiatrie de l'enfant

Le registre exclusivement verbal n'est pas suffisant pour travailler avec l'enfant. La psychothérapie de l'enfant est une forme d'accompagnement à la symbolisation [102] sous forme de jeu, dans lequel l'enfant déploie implicitement ses conflits intimes. Les psychanalystes d'enfant ont introduit le dessin en séance pour suppléer aux associations verbales, notamment Anna Freud, Mélanie Klein, et D. W. Winnicott avec sa technique du "squiggle". Les professionnels font preuve de créativité, inventant des médiations adaptées aux différents âges du jeune patient.

La clinique contemporaine des troubles du développement de l'enfant comprend fréquemment des signes tels que l'agitation, l'intérêt électif pour les écrans, l'échec scolaire, la pauvreté imaginaire et symbolique. Elle s'inscrit souvent dans un contexte de carence familiale éducative et culturelle. La société, souffrant du même manquement symbolique, ne peut pas suppléer la famille sur ce point. Les professionnels du Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents de Gaillac ont élaboré une réponse originale, culturelle, "un peu à côté de la commande sociale d'enfants formatés". Un cabinet de curiosités, voir Fig. 3.2, est installé dans la salle d'attente. Des ateliers cliniques "d'acculturation" proposent de la lecture intensive et du jeu, repris dans un courrier adressé aux enfants plusieurs fois par mois. Catherine Scarpulla [159], psychologue clinicienne au CMPEA, explique que ce meuble énigmatique est conçu comme une machine à fabriquer des pensées et des surprises, avec par exemple le Tiroir des bouts du vaste monde, De la nuit qui fabrique et détient l'œuf, Le Tiroir des lettres perdues, Tiroir des fouilles. L'impact émotionnel et esthétique des tiroirs répond à l'énigme de l'intérieur de la mère [125]. Ce cabinet de curiosités opère dès l'espace d'accueil, préparant le soin qui suit.

3.2 La créativité

3.2.1 Sublimation

Selon Freud, la vie en société n'empêche pas le désir mais contraint à trouver d'autres modes de réalisation pour satisfaire les pulsions sexuelles et agressives menaçant l'ordre intérieur et extérieur [63]. La sublimation témoigne d'un processus de transformation [152] de la pulsion, par son "inhi-



Au bonheur des mères, gants très blancs d'enfants très sages, contre les bêtises et pour écrire finement.



Tiroir de la bête sans babil, terriblement habile, de l'animal sans nom, dont on ne sait pas si il est mort ou vivant (Ne pas caresser, ne pas nourrir).



Au fil de l'histoire, pour les enfants qui veulent en découdre.

FIGURE 3.2 – Quelques tiroirs du cabinet de curiosités du CMPEA de Gaillac, site web : www.acacia.fr

bition quant au but". Elle est le résultat du renoncement pulsionnel réussi, permettant de différer la satisfaction [57]. Ce qu'on ne peut agir, on peut toujours le dire, ou bien encore le penser et donc le réaliser de façon métaphorique. L'acquisition de cette tolérance à la frustration durant la phase de latence [33] fonde l'humanisation du petit enfant.

Pour Paul Denis, le discours maternel, accompagnant les soins corporels, est une invitation à l'investissement du langage, premier objet de la sublimation [43]. L'acquis des liens entre langage et corps prépare l'intégration psychique des changements pubertaires pour que se déploie la sexualité adulte.

3.2.2 Créativité

Parmi les modalités de sublimation, la pulsion peut prendre comme nouvel objet l'activité représentative. En effet, l'irreprésentable fondamental pousse à la représentation, sorte d'interprétation interne. La créativité s'origine dans les désirs refoulés et les fantasmes inconscients. S. et C. Botella considèrent que "la voie figurative est un moyen d'inhiber la production des affects désagréables, par le déplacement de l'énergie sur la puissance sensorielle de la représentation". Elle se situe dans l'aire de l'illusion, du trouvé-créé" de Winnicott.

Didier Anzieu [2] divise le travail de création en cinq phases : une crise intérieure initiale induit un mouvement régressif qui rend disponible, permettant de saisir un représentant psychique inconscient, de le transcrire dans un code organisateur par le choix d'un matériau et d'une forme, d'effectuer une composition, et enfin de le produire au dehors de soi. Chaque étape comporte une dynamique, une économie et des résistances spécifiques. La psychanalyste Hanna Ségel considère la création comme une relation à trois termes, entre l'artiste, l'œuvre et l'objet d'inspiration.

3.2.3 Symbolisation

La production artistique symbolise à la fois l'union et la séparation d'avec l'objet, comme un "objet transitionnel" [33, 41].

L'élaboration de la première phase de la position dépressive [65] permet de se séparer de l'objet aimé, tout en conservant son image introjectée. Ce travail de deuil nécessite d'abord de réparer l'objet abimé. Parfois des artistes semblent répéter le même motif, comme les dix-sept façades de la cathédrale de Rouen peintes par Claude Monet. Jeanne Cogeval y perçoit une tentative de résoudre la position dépressive centrale, de renouer avec l'objet aimé [33].

3.2.4 Transitionnalité

Winnicott est l'auteur du concept de transitionnalité [189, 191]. La créativité appartient aux phénomènes transitionnels, intermédiaires entre le monde psychique intérieur du sujet et la réalité perceptive extérieure.

Objet transitionnel

Le bébé utilise l'objet transitionnel pour son développement psychique. Cet objet n'est ni un concept mental ni un objet externe, c'est une possession. L'objet transitionnel ou "doudou" est souvent une peluche. Au-delà de cette apparence accessible aux parents, le bébé lui attribue des qualités subjectives, tels que l'odeur, la texture ou des souvenirs. Lors des déplacements, notamment à la crèche, le doudou sert de défense face à l'angoisse, la dépressivité et la frustration des séparations, notamment au coucher.

Au début de la vie, le bébé est dans un vécu de contrôle magique du sein et du maternage. En effet sa mère assure une adéquation parfaite à ses besoins. L'illusion de toute-puissance cède lors du sevrage. La mère juste "suffisamment" bonne s'efface progressivement. Elle s'adapte moins parfaitement à ses besoins, suivant la capacité croissante qu'acquiert l'enfant de faire face à la défaillance de l'environnement. Le bébé découvre alors la réalité extérieure. L'objet transitionnel a alors une fonction précieuse d'étape transitoire entre le monde psychique et l'adaptation au monde réel. Mélanie Klein [104] explique que "l'adaptation croissante à la réalité (...) aboutit à une relation plus confiante avec le monde externe et le monde interne".

Aire transitionnelle

La croissance psychique est la constitution progressive d'un Moi capable d'affronter la réalité extérieure, avec une base narcissique souple [33]. Winnicott explique que "l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et nul être humain ne parvient à se libérer de la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors". Cette tension est soulagée grâce à l'existence d'une aire neutre qui n'est pas contestée, intermédiaire, "à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure". Dans cet espace de repos, le sujet n'a plus besoin de "maintenir la réalité intérieure et la réalité extérieure distinctes et néanmoins étroitement reliées l'une à l'autre". Vivre implique l'aptitude à nouer des liens avec les autres mais aussi avec son monde intérieur. L'objet transitionnel, progressivement désinvesti, est remplacé par une large aire d'expériences "entre le pouce et l'ours en peluche", par exemple les doigts du bébé portés à sa bouche ou caressant sa peau, la sucette, un mot, une mélodie, un geste habituel, un jeu,

un coin de couverture, des gazouillis, une poupée, les berceuses chantonnées par l'enfant au coucher.

Phénomènes transitionnels

Les phénomènes transitionnels persistent toute la vie et diffusent vers l'espace socio-culturel, au travers de constructions plus élaborées comme la religion, l'art, les activités culturelles, la vie imaginaire, le travail scientifique créatif. Pour Rose Gaetner [132], la créativité c'est tout ce qui permet de s'évader de la banalité du quotidien, telles les rêveries diurnes. Winnicott remarque que "ne rien faire c'est avoir acquis la capacité d'être seul" [189].

Du jeu à la psychothérapie

Freud note qu'à travers le jeu l'enfant exprime des faits essentiels. En observant son petit-fils de 18 mois et son jeu de la bobine ou "fort-da", il perçoit l'expression de la condition de dépendance de l'enfant à une mère qui apparaît et disparaît, et sa propre destinée, l'"être là" et le néant [131]. Mélanie Klein [113] utilise le jeu chez l'enfant en psychothérapie psychanalytique comme équivalent de la chaîne associative chez l'adulte : "l'action, plus primitive que la pensée ou la parole, constitue la trame de son comportement".

Winnicott oppose le jeu avec règles, ou "game" (jeux de société par exemple), et le jeu libre et créatif, ou "play", comme le jeu de faire semblant. Le jeu, au sens de "play", appartient aux phénomènes transitionnels. "Si, dans le jeu, une imagination riche est utilisée, et si le plaisir qui dérive du jeu dépend d'une perception exacte de la réalité extérieure (...) le jeu montre que cet enfant est capable (...) d'élaborer une manière personnelle de vivre". Il insiste sur le fait que "la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires (de créativité) se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie à qui a-t-on affaire? A deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire" [191]. Jouer c'est agir dans la réalité, mais aussi construire le monde dans l'illusion que c'est le sujet qui le crée.

3.2.5 Elan esthétique, action de la forme

Michelle Luquet écrit, à propos du beau dans les séances avec l'enfant, qu'"il y a dans l'élan esthétique une proximité avec l'élan (psychanalytique) de la démarche qui est également lié à la recherche du sentiment d'unité et

à la suppression de la douleur de clivage" [116]. D'après Laurence Kahn, la forme est "source d'un gain de plaisir spécifique, dont on peut se demander s'il ne tient pas à l'instant du surgissement de la forme entre le dire et le fait psychique" [96]. La figurabilité est paradoxale : "distinguer le présenté du représenté, s'enfoncer dans la faille entre l'énigme des moyens de la représentation et l'opacité de la référence." Donald Meltzer définit ainsi le conflit esthétique : "impact esthétique de l'extérieur de la mère, "belle", accessible aux organes des sens, face à son intérieur énigmatique qui doit être interprété et élaboré par l'imagination créative. Toute œuvre d'art ou de littérature, comme toute analyse, témoigne de sa persistance durant toute la vie" [125].

Quel bénéfice à assister à un opéra ou à un concert, à danser ? Pour le philosophe Charles Pépin [137], le bénéfice tient à l'émotion esthétique et à sa résonance intime avec l'histoire du sujet. L'émotion esthétique recentre sur soi, car la beauté dépend d'un critère individuel, dégagé des normes sociales. Elle transcende le dualisme cartésien car c'est le corps, à travers l'émotion, qui pense l'esthétique. Ouverture identitaire vers d'autres valeurs, elle permet de dépasser l'altérité, de sortir de l'assignation réductrice à un statut social, en révélant plus de complexité que l'image donnée sur la scène sociale. Enfin, elle se veut accueil du mystère de la vie interne, échappant aux rationalisations et explications simplicatrices. L'émotion est brève, mais suffisante pour donner l'espoir de renouer avec sa complexité, son ambiguïté.

3.3 Symbolisations plurielles

L'activité de penser s'étaye sur une dimension corporelle, à travers l'action, l'émotion et la mémoire corporelle.

3.3.1 Evolution des représentations du lien entre corps et pensée

Aristote décrit l'indissociabilité de l'âme et du corps. Hippocrate, pour éviter les troubles psychiques, préconise l'équilibre des rapports entre corps et esprit grâce à la pratique du sport, des arts, des sciences et grâce à la médecine. Dans la Grèce antique, la séparation de l'âme et du corps n'intervient qu'à la mort, lorsque la dépouille est soustraite au regard des vivants. En l'absence de sépulture, l'esprit, resté lié au corps, est condamné à la souffrance éternelle. Ainsi, Homère dans *L'Illiade* et Sophocle avec *Antigone* décrivent l'outrage constitué par l'absence d'enterrement.

Au Moyen-Âge, la jouissance charnelle est une entrave à la spiritualité. Pour Saint Augustin, le péché originel ayant chassé l'Homme du paradis, l'homme doit combattre l'emprise du plaisir corporel pour préserver sa volonté.

Les dissections humaines font apparaître le corps comme une mécanique d'organes. Descartes et son *cogito ergo sum*, "je pense, donc je suis", sépare la pensée et la conscience du corps matériel. La médecine occidentale est influencée par ce dualisme cartésien. L'âme a une existence biologique, pensée de façon rationnelle par la science, comme localisée dans la glande pinéale. La découverte du potentiel d'action électrique le désigne comme l'agent qui anime le corps. La médecine explore le corps physiologique grâce aux progrès scientifiques : rayons X, invention de l'électroencéphalogramme ou du microscope.

Darwin propose la théorie de l'évolution. La résolution des énigmes universelles est prévue à court terme grâce aux progrès de la science. En réaction à ce rationalisme, le courant artistique romantique, incluant Victor Hugo, J.W. von Goethe, Charles Stendhal, exalte l'expression personnelle du mystère et du fantastique, de l'imagination et de la sensibilité. Ainsi Alphonse de Lamartine, dans le *Le Lac*, médite sur la souffrance générée par la fuite du temps : "Ô temps, suspends ton vol ! et vous, heures propices, Suspendez votre cours ! (...) L'homme n'a point de port, le temps n'a point de rive ; Il coule, et nous passons !".

Au XX^e siècle, la psychanalyse, les sciences cognitives et comportementales, la psychosomatique sont des courants proposant une approche intégrative du lien corps esprit. Pour Freud, "Le Moi est avant tout une entité corporelle" [59, 62]. Selon Winnicott, il n'existe pas de séparation entre soma et psyché. Sa notion de "holding" définit les conditions du portage physique du nouveau-né, en même temps que son portage psychique, c'est-à-dire l'avoir dans la tête, se préoccuper de lui. "L'enfant a besoin d'expériences du corps et d'éprouvés qui partent de son corps pour se construire un psychisme à lui".

Antonio Damasio, professeur de neurosciences et directeur de l'Institut pour l'étude neurologique de l'émotion et de la créativité de l'Université de Californie du Sud, lie neurobiologie et sciences humaines dans ses hypothèses sur le fonctionnement cérébral. L'être humain est un organisme biologiquement complexe intégrant les processus mentaux. Les pensées immatérielles sont des événements biologiques, en interaction avec l'environnement, notamment relationnel. Au-delà du patrimoine génétique, ce qui importe dans l'apparition d'une maladie c'est l'expression des gènes, modelée par l'histoire de l'organisme individuel. "L'esprit humain dépend de l'entrée en fonctionnement global des neurones dans le cadre des ensembles qu'ils forment, depuis

les circuits locaux microscopiques jusqu'aux systèmes macroscopiques". Le fonctionnement neuronal dépend de facteurs locaux et globaux, tels les taux sanguins d'hormones. Cette complexité n'est pas réductible, sous peine d'erreurs simplifatrices.

Dans son ouvrage *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*, Damasio critique l'héritage cartésien de la science et de la médecine occidentale. Il contredit le dualisme raison-émotion, ou néocortex-régions profondes du cerveau, et l'hypothèse de certains neuroscientifiques, selon laquelle les processus mentaux pourraient être expliqués seulement en termes de phénomènes cérébraux, ignorant le reste de l'organisme et l'environnement social et culturel [37]. Encore aujourd'hui, l'impact psychique des maladies ou les répercussions des troubles psychiques sur le corps sont peu pris en compte. "Si la solution médicamenteuse proposée pour remédier à la souffrance dans la sphère sociale et individuelle ne tient aucun compte des causes des conflits dans le domaine en question, il est probable que son efficacité ne durera pas longtemps. Elle aura peut-être remédié à un symptôme, mais ne se sera pas attaquée aux racines du malaise."

Toujours selon Damasio, l'enseignement des facultés de Médecine est centré sur la physiologie, le diagnostic et le traitement des maladies d'organes. Il omet souvent la dimension humaine, malgré l'intérêt de certains médecins pour les arts, la littérature et la philosophie. Dans cet apprentissage, le cerveau apparaît comme organe, "mais son produit le plus précieux, le phénomène mental, n'a guère préoccupé la médecine classique et, en fait, n'a pas constitué un centre d'intérêt prioritaire pour la spécialité médicale consacrée à l'étude des maladies du cerveau, la neurologie". L'esprit est pris en charge par la philosophie et la religion, jusqu'à l'apparition de la psychologie et de la psychiatrie. "La médecine a été très longue à comprendre que la façon dont les gens ressentent leur état de santé est un facteur majeur dans l'issue d'un traitement." Cela pourrait expliquer selon Damasio le succès des médecines alternatives malgré leur faible efficacité.

3.3.2 La vie psychique s'organise à partir du corps

Le pédiatre et pédopsychiatre Bernard Golse définit la naissance de la vie psychique comme la mise en place des processus de symbolisation [69, 68]. Il rappelle que le bébé arrive dans un monde où langage et pensée le précèdent. S. Bydlowski considère, d'après les connaissances et hypothèses actuelles, que la pensée apparaît progressivement et qu'elle n'est pas fournie d'emblée [24]. Un des premiers travaux de la psyché est de réfléchir son activité. Pour Anzieu cette réflexivité s'enracinerait dans le fonctionnement de la peau : pouvoir simultanément toucher et être touché permettrait le passage vers la capacité

de se penser pensant [3].

Pour Freud, la pensée est d'abord corporelle, c'est-à-dire sensori-motrice. John Locke, philosophe du XVII^e siècle pense aussi que "rien n'est dans la pensée qui ne fut d'abord dans les sens". Comment un éprouvé corporel peut-il au cours du développement se transformer en un vécu mentalisé ? La danse, processus corporel et émotionnel, peut-elle nourrir un travail psychique ?

Double ancrage, corporel et interactif

La mise en place d'une activité autonome de pensée s'ancre dans les sensations corporelles et dans la relation à l'autre [67]. Jocelyne Vaysse ajoute que "le mouvement est profondément inscrit dans le corps, comme porteur en germe du développement de la pensée bien en-deçà de la parole" [181]. Pour le bébé, le corps est le lieu d'expression de sa souffrance et des dysfonctionnements relationnels. S. Bydlowski considère même que le corps du bébé est un équivalent de sa scène psychique [24]. Pour lui, penser, agir et ressentir sont indissociables. Or son immaturité le plonge dans une situation de détresse. "Un bébé, ça n'existe pas" dit Winnicott [189]. Il dépend d'un adulte qui subvient à ses besoins pour l'alimentation, le portage-"holding", la manipulation-"handling", le regard. Sa pensée se construit dans la répétition de ces soins. Elle intervient lorsque l'enfant, pour supporter la frustration et l'attente, recourt à l'hallucination comme représentation sensorielle de l'objet. Son corps se remémore le sein, sa chaleur, son odeur... lui permettant de patienter jusqu'à la tétée suivante.

L'ancrage interactif renvoie à la nécessité du détour par l'autre pour donner forme et sens aux sensations, comme le souligne Albert Ciccone [32]. Le bébé n'est en effet pas en mesure, malgré ses compétences précoces, de décoder seul le bombardement perceptif dans lequel il est plongé. Selon Wilfred Bion, la mère filtre et métabolise (grâce à la fonction alpha) les ressentis impensables (éléments bêta) du bébé, en leur donnant du sens. Le bébé pense d'abord avec l'appareil à penser d'un adulte, avant d'intérioriser cette expérience et de construire son propre appareil à penser. La relation entre le bébé et l'adulte privilégié sert de modèle pour les relations que l'enfant construira tout au long de sa vie.

Symbolisations plurielles

Les "conditions de la symbolisation" ou la "symbolisation primaire" d'Anzieu et Roussillon sont ancrées dans le corps. Didier Houzel considère qu'elles contribuent à créer une enveloppe psychique [86]. Pour Piera Aulagnier [6], les symbolisations primaires s'autosymbolisent en même temps qu'elles tra-

vailent à symboliser. Un travail de symbolisation secondaire par le langage advient ultérieurement. Dépassant la hiérarchie entre symbolisations primaire et secondaire, Jean José Baranes [7] considère plutôt les symbolisations plurielles, "travaillant de manière simultanée et hétérogène, dans une hétérochronie des registres psychiques". La complémentarité des différents registres de symbolisation se vérifie à tous les âges de la vie [140].

Face aux évolutions de la clinique contemporaine, Baranes pense que la fonction du psychanalyste ne dépend plus exclusivement du registre verbal. Le travail est "co-pensé sinon même co-éprouvé, s'appuyant sur une mémoire sensorielle du corps et visant à créer un espace de jeu pour le Je" [7]. Sullivan (1996) s'exprime ainsi à propos du psychodrame : "les mouvements, postures et attitudes que le patient manifeste d'emblée ou qu'il voit s'accomplir devant lui, éveillent ce que certains appellent une mémoire du corps comme retranscription des images motrices, comme évocation immédiate et affective, mémoire du corps qui a au moins autant de valeur que la mémoire des mots. Un des enjeux consiste à faire advenir à la figuration des expériences primitives non symbolisées".

Développement émotionnel

L'accordage affectif décrit par Daniel Stern permet à l'enfant d'être informé de l'état émotionnel de son partenaire interactif, lequel s'accorde à l'état émotionnel du bébé. Ainsi l'accès à ses propres émotions exige un détour par l'autre. Affects et émotions sont co-construits [24]. Par ce biais les réponses de l'adulte confortent les assises narcissiques du bébé et favorisent l'instauration d'un "sentiment continu d'exister" [191].

Les émotions ont un rôle important dans le développement de la vie psychique. L'enfant est très tôt compétent pour décoder le style interactif de l'adulte, et ses variations en fonction des émotions. Les contenants émotionnels précèderaient donc les contenants de pensée [24].

Le corps lie fonctions neurophysiologiques et composante relationnelle. Henri Wallon indique que les réactions posturales du bébé peuvent être appréhendées autant comme des signaux de communication que comme des messages affectifs. Sur un fond tonique permanent, les réactions toniques qui s'impriment dans la relation mère-enfant témoignent d'une communication tonico-émotionnelle.

Intersubjectivité

La subjectivité la plus intime, celle du vrai self et de la créativité, ne provient pas exclusivement de soi. Elle passe par la reconnaissance par l'autre,

cofondateur du sentiment de soi. La subjectivation s'ancre donc paradoxalement dans des expériences intersubjectives.

Le processus de subjectivation est une étape développementale de différenciation et de croissance psychique permettant à l'être humain de devenir un sujet capable de se penser et de se nommer comme tel, avec l'acquisition du "je" [69]. L'intersubjectivité renvoie au processus permettant de se penser comme séparé de l'autre, tout en attribuant à l'autre la même capacité à se sentir distinct. Cette distinction entre le bébé et son environnement serait soit un processus secondaire, après un état initial d'indifférenciation primaire mère bébé (psychanalyse), soit une acquisition graduelle à partir de noyaux d'intersubjectivité primaire (psychologie du développement).

Transsubjectivité

La notion de transsubjectivité, développée par Daniel Marcelli [119], fait apparaître la dimension asymétrique des relations précoces. L'adulte, détenteur du sens, le transmet à son enfant, au travers d'interprétations attributives identifiantes. En retour, le bébé manifeste une véritable appétence pour le regard humain [121]. "L'engagement transsubjectif du regard de la mère dans le regard en attente du bébé semble indispensable, véritable empreinte humaine, humanisante". Simon Baron-Cohen fait l'hypothèse de l'existence d'un détecteur de direction du regard, à la condition que "celui-ci a impérieusement besoin de recevoir l'empreinte du regard de l'autre pour s'activer". Pour Nicole Catheline et Daniel Marcelli, la pulsion, cherchant le maintien de sa poussée plutôt que la réalisation des instincts, s'étayerait sur l'engagement par le regard et la transsubjectivité [25] plutôt que sur les besoins physiologiques [60].

3.3.3 Représentations du corps

Le terme de corps, "véhicule de l'être au monde" [126], recouvre des concepts divers. La langue allemande distingue même le corps sensible, "Leib", du corps anatomique, "Körper".

Schéma corporel

Le schéma corporel relève du registre sensorimoteur. Cadre spatial de référence, il se construit dans l'action. Il est constitué des projections corticales de la sensorialité proprioceptive et extéroceptive, provenant des systèmes vestibulaire, kinesthésique, proprioceptif, tactile, visuel [51]. Ce schéma interne donne un sentiment d'unité de soi.

Image du corps

Pour Schilder, neuropsychiatre et philosophe, elle est "l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous mêmes" [160]. Pour Freud, l'image du corps est liée au narcissisme, à l'investissement libidinal du moi. Françoise Dolto préfère la notion d'"image inconsciente du corps", véritable "incarnation symbolique du sujet désirant" [47]. Ce corps subjectif est constitué de la mémoire des expériences affectives.

L'image du corps a un triple fondement, physiologique, libidinal et sociologique [160]. Elle est à la base des attitudes émotionnelles envers son corps. Ce processus est dynamique, les images précédentes influencent l'image actuelle. Elle est modulée en permanence, en fonction d'expériences internes : perceptions, émotions, mémoire, désir, plaisir, douleur ; ou externes, en relation avec le monde environnant. Danser modifie donc l'image du corps. La découverte des neurones miroirs valide cette vision interactive et labile de l'image du corps. L'être humain perçoit autrui en activant à bas bruit ses propres systèmes d'action [114]. L'image de son propre corps est aussi ce qui permet d'accéder à l'image de l'autre.

Stade du miroir

Pour Jacques Lacan, l'image du corps est mentale, indépendante de la sensation. Elle appartient au registre imaginaire et symbolique. Elle a une fonction structurante car l'image engendre le moi.

Le stade du miroir, entre 6 et 18 mois, est ce moment jubilatoire où le petit enfant transforme son angoisse d'un corps morcelé en perception d'une image unifiée dans le reflet du miroir. La reconnaissance réciproque est essentielle au développement identitaire, selon Serge Lebovici "en regardant sa mère, le bébé voit deux choses, les prunelles de sa mère, sa mère en train de le regarder". Ce stade a fonction d'étape symbolique fondatrice, passage du moi au sujet. Il fonde son identification ambiguë à l'image -illusion- qui peut se révéler aliénante. Le regard maternel, au travers des sentiments que la mère éprouve pour le bébé et ce qu'elle comprend de ses sentiments à lui, offre le premier miroir.

Limites du corps

L'image du corps implique la reconnaissance d'une limite qui assure une image stabilisatrice et une enveloppe protectrice. Toute entité vivante, de la simple cellule à un individu complexe, voire un groupe humain, a nécessairement érigé une limite, différenciant un dedans et un dehors. Le dedans

bénéficie d'une dynamique d'échanges actifs avec le dehors, à condition que la limite soit suffisamment ouverte mais pas trop. Elle assure une fonction de filtre qui opère une rétention. Il y a un lien étroit entre limite et tonus.

L'idée qu'il existe des correspondances entre les propriétés physiques de la peau et certaines fonctions psychiques a été développé par Didier Anzieu [3]. Le "Moi-peau" est l'enveloppe psychique qui double l'organe peau. Il présente une fonction de contenance, de barrière soi/non-soi, de pare-excitant, une fonction tonique. A l'adolescence, l'image du corps est incertaine, se heurtant à la difficulté d'une reconnaissance des limites, avec des fréquentes dysmorphophobies, inquiétudes hypochondriaques ou sentiments d'étrangeté.

Les cartes d'état du corps

Pour Damasio, le système nerveux construit en permanence une carte d'état du corps, proche du concept d'image du corps [36]. L'élaboration d'un sentiment de soi dépend directement d'afférences corporelles. Les informations intéroceptives des viscères et des organes sensoriels, les facteurs biologiques (température, glycémie, taux d'hormones, état de vascularisation, tension des membranes, des muscles lisses ou striés...) déterminent un état, plus ou moins proche de l'état basal, conditionnant un sentiment diffus d'arrière-plan de bien ou de mal-être, de tension ou de détente.

A un second niveau, l'image de soi est modulée en fonction des interactions avec le monde, induisant des émotions telles que peur, surprise, dégoût, tristesse, joie, colère. Un dernier niveau prend en compte la mémoire dans l'intégration du sentiment de soi. L'histoire subjective du sujet, son récit autobiographique génèrent un niveau d'émotions plus complexes, liées à l'intime, comme la pudeur, la honte, la tendresse. La représentation du corps est modulée par les modifications de l'équilibre biologique, notamment lors de l'activité physique. Il s'en suit une modification positive de l'état émotionnel d'arrière-plan [35]. On trouve là le fondement biologique du plaisir intrinsèque de la danse.

3.3.4 Tonus et construction identitaire

La subjectivation s'appuie sur l'édification tonico-posturale, en particulier la verticalisation. A la naissance, l'hypotonie axiale est contenue par une hypertonie périphérique, notamment dans les muscles rotateurs internes et fléchisseurs. Lorsque le bébé se verticalise dix à quinze mois plus tard, un axe central s'est construit, libérant la périphérie.

Pour Wallon [185], Ajurriaguerra, et Bullinger, la modulation constante du tonus est la trame de fond des interactions comportementales et affectives.

Il s'agit du dialogue tonique ou tonico-émotionnel. Le tonus du bébé est sous l'influence de capteurs périphériques de gravité et de pression, et centraux liés à son état affectif. Lorsqu'il est frustré, il se crispe. Au contraire, la satisfaction des besoins entraîne une détente musculaire.

Un trouble psychique peut entraîner une mal-organisation corporelle, au niveau de la posture (corps figé ou éclaté), de l'axe, du geste (explosif), de la démarche (corps flottant, lourd, pataud, lent ou hypermobile), de la tonicité. Sur le plan tonique, la psychopathologie peut générer une monotonie ou à l'inverse une hypertonie extrême, véritable carapace, qui isole certes de la douleur, mais aussi de la perception de soi. Ainsi, certains patients psychotiques ou autistes s'automutilent, à la recherche d'une perception.

3.4 Soin psychique avec médiation

En psychiatrie, la parole est l'élément central du dispositif diagnostique et thérapeutique. La spécificité du soin avec médiation est d'engager un travail psychique, en-deçà des mots, grâce aux symbolisations plurielles. Il prend en compte le langage du corps, de l'affect, de l'acte et le processus de créativité. Le soin institutionnel en fait un axe majeur de la prise en charge. C'est toujours une proposition de rencontre, aire intermédiaire entre soi et l'autre [25], mais autour d'un objet d'investissement qui permet d'aménager la réalité de l'altérité. L'objet médiateur n'a pas de portée thérapeutique en lui-même. C'est le dispositif qui assure l'intention thérapeutique. Comprendre en quoi ces dispositifs soignent, nous permet d'apporter des éléments de réflexion à la question des bénéfices du programme Culture et Santé.

3.4.1 La médiation thérapeutique

Une simple activité devient une médiation potentielle lorsqu'un décalage volontaire dans son utilisation la détourne de son but initial. La médiation signifie "entre les deux", élément tiers. Son utilisation révèle un espace transitionnel qui n'appartient ni au patient ni au soignant, mais aux deux à la fois.

Aire transitionnelle

Selon Kant, l'art est un mélange de jeu libre et de travail avec des règles [41]. La médiation intègre à la fois des règles et une dimension ludique, articulant le réel et l'imaginaire. Elle propose de résoudre les conflits par un objet transitionnel, plutôt que par son corps propre ou par une personne

tierce. Véritable "transformation silencieuse" [93], la médiation opère dans la continuité et non dans la conflictualité. Elle apaise la dimension pulsionnelle et l'excitation.

Créativité et vrai-self

Nicole Catheline et Daniel Marcelli expliquent que "le geste créatif donne à celui qui en est l'actant (...) le sentiment (...) d'en être le sujet, (littéralement) celui qui réside sous ce jet" [25]. Alors que la réalité entrave l'expression du vrai-self, créer donne l'illusion d'un auto-engendrement, à travers "l'objet trouvé-créé". La créativité renforce le sentiment d'être soi.

Médium malléable

Dans la lignée de Winnicott, Marion Milner [130], analyste d'enfant, observe que l'enfant utilise les jouets comme un artiste utilise sa matière première. Elle définit le concept de médium comme "une substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens".

René Roussillon définit les cinq qualités de ce médium : sensibilité extrême, indestructibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité, animation propre. Ces propriétés sont paradoxales : le médium doit prendre la forme induite par l'enfant, tout en restant capable de reprendre sa forme initiale ; il est inanimé et pourtant l'enfant doit pouvoir le sentir vivant pour en faire un support de représentation. Son indestructibilité offre l'expérience de survie à l'anéantissement due à la destruction de l'objet.

Le médium malléable porte une double potentialité de support à la représentation, car il représente aussi la représentation elle-même [151]. Ce travail de représentation est un précurseur à la symbolisation [31, 20].

3.4.2 Deux cadres de soin médiatisé

Les initiatives de soin médiatisé sont très diverses, tant en terme de pratiques que de cadre théorique de référence. Ces soins s'inscrivent souvent dans les propositions d'un service de psychiatrie hospitalier. Des ateliers ont plus rarement lieu dans la cité, soutenant l'inclusion sociale des patients. Schématiquement, deux types de dispositifs s'opposent.

Les ateliers institutionnels à médiation s'inscrivent entre ces deux positions extrêmes qui définissent un continuum (cf Fig. 3.3). En fonction de l'identité professionnelle de l'animateur, l'atelier tendra plus ou moins vers l'une de ces deux positions.

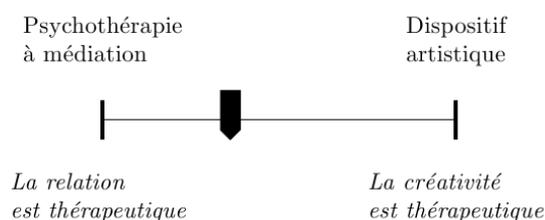


FIGURE 3.3 – Étendue des dispositifs intégrant l'art dans le soin : les Thérapies à médiation

Médiations thérapeutiques

La visée thérapeutique est directe en référence au champ de la psychothérapie psychanalytique [4, 29]. La dynamique transférentielle, l'interprétation permettent un réaménagement des conflits psychiques [154]. Par rapport au cadre de la psychothérapie verbale, l'associativité par le corps et l'acte est prise en compte. Le clinicien est engagé par son corps pour transformer les projections en messages signifiants. Les productions sont intimes car elles représentent des liens transférentiels établis à l'intérieur du groupe [41]. Elles ne sont donc généralement pas exposées. Ces groupes sont fermés ou semi-ouverts. L'appareil psychique groupal [95] introduit la possibilité de compenser. L'illusion groupale repose sur un fantasme d'auto-engendrement et l'expulsion de l'adulte. René Kaës définit le groupe thérapeutique comme une entité psychique constituée par la somme des individus et par leurs interactions. Il a une fonction de contenance, de filtrage et de pare-excitation, comme le Moi-Peau d'Anzieu. Il favorise l'émergence d'expressions individuelles et groupales, réactivant un sentiment d'exister et le désir d'échanger avec autrui [41].

Dispositifs artistiques

Dans les dispositifs artistiques, le procédé thérapeutique repose sur la créativité, pouvant enclencher un processus de symbolisation. Il ne s'agit ni d'interpréter les productions, ni d'exploiter le transfert. Ces groupes sont ouverts, constitués non pas autour de l'illusion groupale, mais autour du partage de l'objet médiateur. Les participants, dont les soignants, sont dans la co-création et les productions sont parfois exposées. L'animation s'effectue par des spécialistes de la médiation, parfois des artistes.

Ces dispositifs sont particulièrement indiqués en cas de défaillance nar-

cissique. Jean-Bernard Chapelier explique que l'intégration dans un groupe suscite la résurgence de fantasmes archaïques de vide, de morcellement et de persécution [28]. Le sujet s'en défend par la projection ("je ne suis pas fou comme eux"), la peur de l'échec, de faire sous le regard de l'autre, l'inhibition, l'agitation ou par des attitudes de prestance. La médiation crée plus facilement une enveloppe groupale. Le soutien narcissique apporté vise notamment la relance des processus de pensée chez l'adolescent. Une fois le groupe constitué, la médiation devient secondaire et laisse place à un groupe de parole. Le recours à la médiation est toujours possible comme pour tout objet transitionnel, notamment en cas de retour de l'angoisse.

Par exemple, les ateliers du service Arts et thérapie du CHS Clermont de l'Oise sont animés par des artistes et des soignants. A la Maison des adolescents ou Maison de Solenn du CHU Cochin à Paris, c'est le terme de "soins culturels" [10] qui est choisi, valorisant la dimension artistique. Ils sont animés par un professionnel de l'activité et par un soignant.

3.4.3 Fonctions du thérapeute

Les ateliers sont assurés en général par des infirmiers, des éducateurs, des intervenants extérieurs ou par des art-thérapeutes.

Empathie, sollicitude

Pour Paul Ricoeur, l'éthique ou recherche de la vie bonne pour soi [111], implique l'échange avec autrui. L'éthique du soin engage au minimum des qualités d'empathie (capacité à se mettre à la place d'autrui), sinon de sollicitude (attention soutenue portée au sujet plus faible). Le thérapeute utilise son insight, sa capacité à être en relation avec lui-même et avec les autres, pour être en compréhension c'est-à-dire "prendre avec soi".

Discrétion

Le philosophe et sinologue François Jullien note dans son ouvrage *Les transformations silencieuses* : "plutôt que de prétendre projeter immédiatement son action sur le cours des choses et de l'y imposer, induire, c'est savoir engager discrètement un processus de loin, mais tel qu'il soit porté de lui-même à se développer; et que, s'infiltrant dans la situation, il parvienne, peu à peu et sans que l'on s'en rende compte, à silencieusement la transformer" [93]. L'objectif est que le patient puisse finalement trouver la capacité de se prendre lui-même en charge.

Fonction réfléchissante

Le soin médiatisé s'effectue sous le regard du thérapeute. Il vise l'acquisition d'une capacité réflexive, se sentir, se penser. Winnicott relève que "la psychothérapie ne consiste pas à donner des interprétations (...) c'est de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte. C'est un dérivé complexe du visage qui réfléchit ce qui est là pour être vu" [191]. Le reflet du patient renvoyé par le soignant doit être suffisamment juste pour que le sujet se reconnaisse, mais suffisamment différent pour que sujet et image ne se confondent pas. "L'investissement de l'objet se superpose à l'investissement de soi-même, sans antagonisme, pour autant que l'investissement de l'objet vienne refléter au sujet ses propres états". Cet espace d'indistinction entre soi et l'autre permet une transformation. Comme dans la théorie de l'attachement de John Bowlby, s'attacher et explorer ne sont pas antagonistes, ils se renforcent.

Attention conjointe

L'objet médiateur concentre l'attention. Le soignant s'exhibe à prendre plaisir. Son intérêt réside dans le fait que le patient prenne plaisir à son tour avec la médiation. Quand le patient s'autorise à manifester son intérêt en présence d'un tiers, alors l'aire transitionnelle se déploie et les investissements de tous se recouvrent.

3.4.4 Indications

Les indications du soin avec médiation sont larges, privilégiant les difficultés dans l'expression ou dans la relation. L'intérêt du patient pour l'art participe à l'indication. Néanmoins, une certaine distance avec la médiation choisie est nécessaire pour permettre l'instauration du processus thérapeutique. En général, le soin à médiation ou l'art-thérapie est un dispositif proposé par un médecin.

En fonction de la psychopathologie

1. Psychose, schizophrénie

Le soin s'inscrit au long cours, à l'exception des périodes de crise. L'espace tiers sécurisant étaye la fragilité narcissique majeure [112]. L'objet médiateur décentre de la relation à l'autre, qui devient moins menaçante pour l'intégrité du Moi (crainte de la fusion, de l'intrusion ou de l'abandon). L'indestructibilité du médium malléable vient faire obs-

tacle à l'envahissement psychique par la pulsion de mort et aux vécus infantiles de destruction et d'agonie [41].

2. Organisation limite de la personnalité

La créativité permet de lutter contre la tendance à la destructivité, aux affects négatifs et aux sentiments de vide et d'ennui. L'objet médiateur évite le risque de dépendance ou de rejet, car la relation est au cœur de la problématique. Les agirs désordonnés peuvent se transformer en faire organisés. Roussillon [153] précise que, pour ces personnalités, l'analyse verbale des conflits peut parfois s'avérer contre-productive.

3. Etat dépressif

En dehors des périodes d'inhibition intense, le soin médiatisé permet l'élaboration de deuils psychiques. Le narcissisme est soutenu par la relation étayante et contenant, et par l'absence de recherche de performance et d'efficacité.

4. Pathologies névrotiques,

Le soin médiatisé est particulièrement indiqué en cas de réserves à une thérapie verbale, comme un insight faible ou une inhibition importante.

5. Troubles du comportement alimentaire

La médiation permet de contourner les difficultés que constituent le déni, l'évitement, la séduction ou la rationalisation, fréquentes dans le tableau du trouble du comportement alimentaire.

6. Les états démentiels et les évolutions déficitaires

Les cognitions et les fonctions supérieures sont améliorées.

7. Le traumatisme

La médiation permet d'aborder le traumatisme psychique de façon détournée et non intrusive, en respectant les mécanismes de défense adaptatifs. Une étude luxembourgeoise a démontré son bénéfice pour des populations en voie d'exclusion et de marginalisation, pour lesquelles l'anamnèse a relevé des événements traumatogènes répétés depuis l'enfance [162]. La médiation permet d'intégrer les parties clivées et de sortir de la répétition figée.

L'adolescence

L'insoumission caractéristique de l'adolescence est un potentiel de créativité. La fragilité narcissique de l'adolescent rend le commerce avec l'objet dangereux pour le Moi. Il s'appuie donc sur la relation aux pairs, sur son monde interne et sa créativité qui le rapproche de son vrai-self et de l'acceptation de soi. La créativité est un moyen constructif de faire face aux

reviviscences du conflit œdipien et des angoisses archaïques. Elle œuvre à l'élaboration des nouvelles phases des positions schizo-paranoïde et dépressive.

Le soin à médiation limite le risque de dépendance, l'excitation mobilisée par la proximité et la réactivation œdipienne face aux imagos parentales. Il rompt la répétition symptomatique et favorise la reprise des processus de pensée. Il évite la menace de la passivité. Le médium malléable accueillant les mouvements agressifs, il contient le risque de débordement. La médiation, en concentrant les regards, aide à la tolérance des membres du groupe car plus les adolescents présentent des failles narcissiques, plus ils sont critiques envers les autres.

Individuel ou groupal

La thérapie analytique individuelle de l'adolescent préfère la traduction des pensées que l'interprétation, évitant de renforcer le clivage. Le transfert demeure le principal moteur du changement [131]. Néanmoins la proximité relationnelle du travail duel peut poser problème avec un risque d'érotisation et d'agressivité, d'identification adhésive.

Winnicott considère les adolescents comme des "isolés rassemblés" [190]. La "bande" spontanée des loisirs ou des soirées constitue une enveloppe contenant et rassurante face aux besoins causés par les processus physiques et psychiques en cours. La relation aux pairs prend de l'importance, en relais du désengagement des liens familiaux. Sa quête objectale trouve un nouvel espace identificatoire [29]. Le groupe constitue une scène imaginaire, dans laquelle se nouent des liens, permettant de jouer des conflits comme l'agressivité, la séduction ou la rivalité. Des parties de l'adolescent peuvent s'externaliser dans le groupe, ce qui diminue le clivage, l'omnipotence, les angoisses de persécution. Le groupe suscite régression et expérience de la réciprocité des affects.

Toutes ces raisons font que le soin groupal peut être préféré dans un premier temps au soin individuel chez l'adolescent.

3.4.5 L'art-thérapie

L'art-thérapie naît entre les deux guerres dans les pays anglo-saxons. Elle peut être considérée comme une situation particulière de soin à médiation, médiations ici exclusivement artistiques. Elle exploite le potentiel artistique du patient à visée thérapeutique, utilisant la qualité bouleversante et transgressive de l'art. Dans les années trente, la psychologue et artiste américaine Margaret Naumburg introduit le concept d'art-thérapie [134]. Ce courant

n'apparaît en France que dans les années soixante, succédant à la psychopathologie de l'expression. Initialement répandue en psychiatrie, elle explose dans les années quatre-vingt dix, s'étendant aux champs de la médecine, du social, du pédagogique, et du culturel voire du développement personnel. Comme dans le soin avec médiation, les dispositifs sont hétérogènes, allant du cadre artistique à la psychothérapie à médiation artistique.

L'art-thérapie n'a pas de définition consensuelle. Il est plus aisé de l'aborder d'abord en négatif, par ce qu'elle n'est pas [175]. Elle n'est :

- ni de l'art, car elle n'a pas de finalité esthétique pour un public, et n'est pas un processus solitaire ;
- ni un enseignement artistique ;
- ni un test projectif dévoilant la psychopathologie ;
- ni pure subjectivité, car elle est contrainte par la matière ;
- ni catharsis ni décharge ;
- ni une rééducation psychomotrice ;
- ni une thérapie corporelle ;
- ni une thérapie verbale ;
- ni une thérapie occupationnelle, ni ergothérapie, ni sociothérapie ;
- ni une thérapie visant la réduction des symptômes.

L'art-thérapie accompagne une personne en souffrance psychique vers une transformation de ses difficultés en enrichissement personnel. Elle est déjà le dépassement des problématiques par leur mise en scène. Il ne s'agit pas d'une autobiographie à la première personne, comme dans le cas des thérapies verbales, mais d'un récit fictif à la troisième personne par le biais des productions. Selon Jean-Pierre Klein, l'art-thérapie "ne révèle pas ce qui était ou qui est, mais amorce un mouvement vers ce qui peut être" [102]. Elle place le patient en position d'acteur. Créer, se créer soi-même, permet un processus d'internalisation créatrice. La médiation permet d'approcher ses énigmes intimes qui deviennent un matériau : "l'homme objet de souffrance devient sujet de son inspiration" [103]. Elle permet de représenter simultanément des pensées contraires, c'est-à-dire d'élaborer l'ambivalence, utile pour gérer les séparations et les conflits.

Le processus de transformation positive de soi s'appuie sur la création suivie. Les productions forment un itinéraire symbolique. L'objectif n'est "pas d'expliquer le passé, mais d'ouvrir à des anticipations imaginaires de soi à travers des figurations dont la personne suit l'évolution, intéressée et détachée à la fois, distancée jusqu'à ce qu'elle élise inconsciemment l'œuvre émanée d'elle comme modèle identificatoire, comme éclairer dont elle peut emprunter la trace" [103]. "Quand on dit qu'on s'exprime dans une œuvre d'art, cela est un leurre total car ce serait dire ce qu'on était avant. Or, faire œuvre c'est exister, à travers l'œuvre, en avant de soi (...) la conquête du soi

consiste en devenir autre et non pas revenir au même" [117]. "L'art-thérapie n'est pas subordination du procédé artistique à une visée thérapeutique, mais interrogation sur les conditions de la créativité en thérapie pour qu'elle opère un processus éventuel de transformation de la personne qui crée" [103].

L'œuvre s'efface devant le processus. "Lorsqu'à l'occasion un de mes patients produit des choses belles et artistiques qui pourraient, telles quelles, être exposées dans des galeries d'art moderne, je les considère exactement comme si elles étaient sans valeur dans une perspective purement artistique. Cette indifférence esthétique est même essentielle, sinon, les patients s'imagineraient être des artistes et le but de ces productions serait complètement manqué. Il ne s'agit point d'art, plus précisément il ne doit point s'agir d'art ; il s'agit de quelque chose qui diffère de l'art et même le surpasse, à savoir d'une efficacité vivante sur le malade lui-même", Jung [94].

Contrairement au soin à médiation, l'art-thérapeute a une compétence artistique conséquente. Son ambition artistique incite au dépassement de soi. Il évite que l'excitation ne déborde le patient, et ne le rende "esclave de la quantité" cf. Michel De M'Usan.

Exposition

La production est un prolongement de soi, au point que l'œuvre elle-même n'agit pas toujours en miroir réflexif. Le patient n'en est pas l'auteur exclusif, elle est produite en co-création. Elle est le troisième terme d'une relation triangulaire, entre patient, soignant et production. La production est donc polysémique par essence.

Le dispositif d'art-thérapie ne prévoit pas à priori d'exhiber les productions. Exposer crée des exigences distinctes de celles du soin, comme le respect d'un thème, ou la tentation de séduire le public avec une "jolie" forme esthétique. Le secret médical s'impose au contenu d'une psychothérapie. Le matériel produit est à la fois clinique et esthétique. La production appartient-elle au dossier médical, est-elle soumise au secret ? Le droit sur la propriété artistique s'applique sur les productions d'ateliers. Il faut donc l'accord du patient ou de son représentant légal pour exposer ses œuvres. Exposer, "disposer de manière à mettre en vue", soulève de nombreuses questions, dont les réponses ne font pas l'unanimité.

Lorsque l'exposition fait partie du projet de soin, quelles en sont les motivations ? Exposer ses productions au regard d'un public peut contribuer à renforcer l'assise narcissique, à étayer la subjectivation. Les auteurs sont associés à la confrontation au public notamment par des visites guidées. Pour le dispositif intime d'atelier, c'est l'occasion d'une ouverture à un tiers extérieur. Le thérapeute peut invoquer en séance ce tiers constitué par le public.

Avec le projet d'exposer, l'art-thérapie peut devenir, au-delà d'un projet de soin, un projet de vie, adapté notamment aux patients chroniques déficitaires. La temporalité, l'identité du patient est scandée par son statut de créatif et par le rythme des expositions. Au-delà des bénéfices individuels, l'exposition sert une ambition sociale et politique. Obtenir la reconnaissance des citoyens fait lien social. Le message délivré par l'exposition est à la fois sensible et objectif. Il contribue à la destigmatisation des malades et de la maladie [73]. L'œuvre devient initiatrice d'un échange, les patients peuvent s'exprimer au sujet de leur maladie.

La matérialité des œuvres, leur trace, y compris pour les arts vivants et éphémères, pose question. Des catalogues d'exposition sont édités. Des archives audiovisuelles constituées. La reconnaissance peut alors s'inscrire dans le temps. Pour les patients, c'est aussi l'occasion de renouer avec des émotions, de s'inscrire dans une temporalité.

Formation

Pour devenir art-thérapeute, il est recommandé d'avoir une expérience de psychothérapeute, une compétence artistique et d'être formé à l'art-thérapie. En France, la profession n'a pas de reconnaissance légale au travers d'un diplôme d'Etat, contrairement à la Grande Bretagne qui a reconnu l'art-thérapie comme profession paramédicale en 1997. L'hôpital demande souvent des diplômes de soignants, ce qui exclue d'emblée les artistes formés à l'art-thérapie. Pour les infirmiers, un décret de 1993 prévoit leur compétence à participer au sein d'une équipe pluridisciplinaire aux techniques de médiation à visée thérapeutique. L'art-thérapie est enseignée dans le cadre universitaire sous forme de diplômes universitaires. Dans les programmes de ces formations figurent essentiellement des cours théoriques sur les concepts psychanalytiques et des biographies commentées d'artistes ayant bénéficié de soins psychiatriques. Les formateurs sont essentiellement des psychologues, très peu d'artistes interviennent. L'objectif n'est ni de former des psychothérapeutes, ni de former des artistes, mais plutôt de travailler sur les spécificités des liens entre l'art et la clinique. Il existe un véritable marché, une multitude de formations diverses. De la même façon, les pratiques et les références théoriques sur le terrain sont très diverses. Une étude de J.L.Sudres et P.Moron, G.Roux (2002) [176] distingue les profils des praticiens art-thérapeutes et ceux se réclamant de pratiques "art et psy" sans revendiquer ce statut d'art-thérapeute.

Recherche

Le gold standard en matière de recherche sur l'efficacité des psychothérapies est l'essai randomisé sans double aveugle, le double aveugle étant inapplicable dans le cas des psychothérapies. L'évaluation est complexe car les échantillons de populations sont souvent réduits et hétérogènes. Un facteur de confusion important est lié au manque de spécificité car les patients chroniques bénéficient souvent de plusieurs thérapies intriquées simultanées. La tendance dans l'évaluation des interventions d'art-thérapie est plutôt de constituer des études qualitatives, avec des difficultés dans le choix du paramètre le plus pertinent pour mesurer le changement, dans le choix de l'outil, avec la question de sa standardisation, de sa validation, de sa fiabilité et de sa fidélité.

Diane Waller, art-thérapeute britannique, conseillère officielle en art-thérapie auprès du ministère, a travaillé sur plusieurs essais cliniques de qualité pour démontrer l'efficacité de l'art-thérapie. Un essai contrôlé randomisé multicentrique (2006) [155] a démontré l'efficacité de l'art-thérapie pour des personnes âgées atteintes de démence, en comparaison à des activités occupationnelles non centrées sur l'expression émotionnelle.

Meekums [124] analyse la position des art-thérapeutes britanniques quant à la recherche. Il souligne en particulier leur fréquente posture de "Robin des Bois" : devant la difficulté de mener des essais cliniques en art-thérapie, ils ont tendance à rejeter les recherches avec preuve (la "loi" admise, imposé par le "shériff"), et leurs études se regroupent dans une littérature spécialisée (les "bois"). Cette situation coupe l'art thérapie de la communauté médicale, et pourrait compromettre la possibilité de démontrer son efficacité, nécessaire à sa pleine intégration dans le soin reconnu et financé par l'état britannique (demander une audience au "roi").

L'identité de l'art-thérapeute associe celle de l'artiste à celle du scientifique. La discipline tend à mieux investir le domaine de la recherche.

3.5 Exemples de soins culturels animés par des artistes

Ces deux exemples correspondent à des dispositifs artistiques, c'est-à-dire que leur animation est assurée par un artiste professionnel, comme dans le cas du projet "Tu danses?".

1. Atelier thérapeutique de danse urbaine

Au CHS Gérard Marchant de Toulouse, un danseur professionnel anime un atelier hebdomadaire de danse durant une heure. Il s'agit d'un

3.5. EXEMPLES DE SOINS CULTURELS ANIMÉS PAR DES ARTISTES⁴¹

groupe ouvert. Il s'adresse à des patients hospitalisés, parfois accompagnés par leurs soignants, ou ambulatoires, adressés sur prescription médicale.

L'atelier auquel nous assistons commence avec la participation de quatre patients, rejoints vingt minutes plus tard par trois autres. Il se déroule comme un cours de danse, avec un échauffement, puis différents exercices, notamment pour travailler la notion d'espace. L'animateur adapte en permanence ses consignes en fonction des patients présents, de leurs réactions et de leurs capacités. La musique est rythmée, rapide, pour susciter l'envie de bouger. Pour le danseur, la fiabilité du cadre spatio-temporel, les spécificités de la danse, notamment en tant que moyen d'expression infra-verbal, la relation de respect qu'il entretient avec chacun sont les principaux éléments bénéfiques de ce groupe.

Il s'agit là d'un soin culturel ou dispositif artistique. D'ailleurs le danseur anime seul l'atelier, se définissant comme un professeur de danse et non comme un soignant. C'est le dispositif plus global qui assure la dimension de soin. Une équipe pluridisciplinaire gère les ateliers (médecin, cadre de santé, infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes) et propose un projet personnel de soins médiatisés : prise en charge individuelle ou collective, rythme des séances, choix de la médiation. Les objectifs sont d'améliorer l'état psychique du patient, d'optimiser ses capacités d'investissement physique, intellectuel, affectif et créatif, de sociabiliser, d'autonomiser, de développer l'expression et l'éprouvé corporel et d'exprimer les conflits.

2. Le Carrefour des Expressions à Limoux

Il s'agit de thérapies médiatisées de type soin culturel, animées par des artistes et organisées par deux art-thérapeutes. Un spectacle, issu de la création commune, est présenté chaque année. Ce choix du donner à voir a été posé suite à la demande des patients. Les soignés en attendent une reconnaissance de l'autre, de leurs proches. Les artistes extérieurs n'abordent pas directement la question du soin. Ils ne restent pas à la verbalisation clôturant la séance. Cependant ils sont invités lors des séances mensuelles de régulation des affects et des conflits avec le psychiatre référent de l'atelier, ou lors de la venue du superviseur extérieur. Les artistes portent le projet artistique en tenant compte à la fois des difficultés des patients (inhibition, ralentissement iatrogène) et des exigences de la création collective.

Chapitre 4

Programme national Culture et Santé

Les projets Culture et santé sont un moyen original d'ouvrir l'hôpital à la culture. Ces initiatives comportent à la fois une ambition artistique et une élaboration sur mesure, en fonction de l'âge et de la pathologie des patients bénéficiaires, en collaboration étroite avec les équipes de soin. En théorie, les projets artistiques à l'hôpital et l'art-thérapie sont bien distincts, mais les expériences pratiques sont beaucoup plus nuancées [136].

Nous pouvons noter que cette dynamique d'ouverture de la culture à l'hôpital est un modèle pour d'autres champs. En effet, la Ministre actuelle de la Culture, Aurélie Filippetti, oeuvre à une ouverture de la même façon de la culture à l'école.

4.1 Cadre légal "Culture et santé"

Des informations de ce chapitre sont issues du site internet du Ministère de la Culture¹ et d'un entretien téléphonique avec Xavier Collal, chargé interministériel du programme Culture et Santé.

Les ministères de la Santé et de la Culture se rapprochent initialement pour la création de bibliothèques hospitalières, dès 1946. En 1993, un protocole interministériel accentue leur collaboration pour la préservation du patrimoine hospitalier. Depuis quinze ans, un dispositif national permet d'intégrer l'action culturelle dans l'hôpital. La présence de l'art à l'hôpital s'est progressivement institutionnalisée et professionnalisée. Quelle est la raison qui pousse l'hôpital, dont l'objectif premier est de guérir ou soulager les malades, à établir des jumelages avec des établissements culturels et à ouvrir

1. <http://www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/hopital/>

ses portes à des artistes ?

4.1.1 Convention "Culture à l'hôpital"

Cette première convention interministérielle est signée le 4 mai 1999 par la Ministre de la Culture et de la Communication, Catherine Trautmann, et le Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action sociale, Bernard Kouchner. Elle suggère à l'hôpital, au-delà de sa fonction de "réparation" [14], de s'ouvrir sur la cité en organisant des jumelages pour bénéficier des ressources culturelles de proximité. Il ne s'agit pas de revendiquer, mais de légitimer la présence artistique dans les lieux de soin. Elle concerne tous les champs culturels et artistiques : le spectacle vivant, l'architecture, le patrimoine, les arts plastiques, les musées, le livre et la lecture, la presse écrite, le cinéma, la musique ou encore les pratiques numériques.

Un processus de professionnalisation de la culture dans les hôpitaux est engagé, avec la création de la fonction de responsable culturel hospitalier. Ce dernier assure la coordination entre deux milieux éloignés, la culture et le soin. Il initie une dynamique structurée au sein de l'établissement avec l'organisation d'une commission culture et la présentation des projets devant les instances administratives et médicales. C'est parfois le chargé de communication hospitalier qui assume cette charge. Cette superposition des rôles révèle l'importance de l'engagement artistique en terme d'image pour l'hôpital. Le CHU de Toulouse a été précurseur dans ce domaine, le premier délégué culturel ayant été nommé en 1997. La première commission culturelle d'établissement s'est tenue à l'Hôpital des Enfants, en partenariat avec l'association Hôpital Sourire.

Le partenariat interministériel se concrétise en région, par des conventions signées entre les Directions Régionales des Affaires Culturelles (DRAC) et les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Les collectivités locales, ville, département, région sont invitées à s'y associer. La plupart des conventions régionales organisent des appels à projets pour structurer les démarches en vue d'une subvention.

Le financement est apporté par l'établissement de soins, la subvention DRAC-ARH et peut être complété par le mécénat. Le "Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital", dispositif original de mécénat, apporte des crédits complémentaires. Il réunit des grands groupes industriels et commerciaux (laboratoires pharmaceutiques, Roche, Sanofi Aventis, Servier, Air France, Hachette, EDF, Carrefour, Fondation France Telecom, Fondation Ronald McDonald, Fondation Suez, Fondation MACSF...) engagés dans la solidarité et la proximité. En 2006, un protocole d'accord entre les ministères et le Cercle des partenaires permet d'élargir le Cercle et précise les modalités de

ce partenariat. Le partenaire s'engage pour une période triennale sur une participation financière de 5060 euros par an et par jumelage sélectionné. L'entreprise devient alors son partenaire exclusif. Le protocole précise que les œuvres réalisées demeurent la propriété de l'établissement de santé. Les projets les plus ambitieux peuvent répondre au dispositif de la commande publique.

Les soignants ont la mission d'enquêter sur les conséquences et les appréciations des interventions artistiques. Bertrand Maon [118], dans son mémoire du Conservatoire national des Arts et Métiers, a tenté de dégager les conditions de l'élaboration d'un réseau culture-santé en Midi-Pyrénées. Des expériences similaires se développent dans les pays voisins. Les Premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital ont été organisées en 2001. La convention fixe des orientations nationales en énonçant des recommandations spécifiques pour l'ouverture de bibliothèques hospitalières.

La commission culture de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU est créée en 2002. En 2010 elle publie l'ouvrage *Humanités, 10 ans d'arts et de culture dans les CHU* [44], exposant des expériences culturelles des hôpitaux de toute la France.

4.1.2 La loi HPST prévoit un volet culturel

La place de la culture dans le système de santé a été fortement réaffirmée dans la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires. La loi prévoit qu'un volet social et culturel figure dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et dans les projets d'établissements de santé. Les Agences Régionales de Santé (ARS), créées à cette occasion, sont chargées en lien avec les DRAC et les collectivités territoriales qui le souhaitent, d'encourager et de favoriser la mise en œuvre d'un volet culturel au sein des établissements.

4.1.3 Seconde convention "Culture et Santé"

L'accord interministériel est réaffirmé, dix ans après la première convention, le 6 mai 2010, par Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, et Frédéric Mitterrand, ministre de la Culture et de la Communication. Cette convention est plus ambitieuse, engageant les établissements avec l'intégration d'un volet culturel dans les projets d'établissements et les CPOM.

Sur le plan régional, un comité de pilotage réunit la DRAC et l'ARS. Les collectivités territoriales y sont invitées. Il est chargé de suivre le développement de la politique culturelle des établissements de santé. La validation par ce comité permet un financement DRAC-ARS des projets. Un référent

Culture-Santé est identifié au sein de la DRAC et de l'ARS. Le comité de pilotage a aussi une mission d'évaluation des projets, en fonction d'indicateurs nationaux et d'indicateurs propres au projet. Un comité de suivi et d'évaluation interministériel fait chaque année la synthèse des évaluations territoriales. Les indicateurs nationaux portent essentiellement sur la formalisation du projet : nomination d'un délégué culturel, intégration au projet d'établissement et au CPOM, jumelage, évaluation par les deux établissements partenaires, question de la pérennité. En 2013, toutes les régions, sauf une, ont signé une convention régionale. Près de deux cent jumelages, plus de quatre cent projets sont en cours.

La nouvelle convention favorise le mécénat. Elle encourage la création d'une fondation pour réunir, administrer et distribuer les contributions de donateurs privés. La création de cercles régionaux de mécènes et la recherche d'un mécénat de proximité pour chaque hôpital sont encouragées. En matière de qualification, les ministères s'engagent à inclure dans les formations continues des professions de santé des modules pédagogiques spécifiques. Le ministère de la Culture élabore des séminaires thématiques pour les référents culturels hospitaliers. Concernant l'espace, la convention préconise l'aménagement de bibliothèques, de lieux adaptés pour des ateliers culturels, la projection de films et la présentation de spectacles au sein des hôpitaux. Elle prévoit la création d'un site internet dédié au rayonnement et à la visibilité de la thématique "culture et santé" et au partage des expériences. La création d'un pôle européen de la Culture à l'hôpital est proposée. Un poste de chargé interministériel Culture-Santé est créé pour veiller à la bonne exécution de la convention et coordonner l'animation du réseau régional et local. Pour la première fois, la convention s'étend aux établissements médicaux-sociaux, à titre expérimental, au sein de quatre régions pilotes.

4.1.4 Convention régionale Midi-Pyrénées

La première convention régionale Midi-Pyrénées est signée le 22 mars 2000, quelques mois après la convention nationale. Elle prévoit l'organisation d'appels à projet chaque année. Entre 2000 et 2012, 171 projets ont été financés. La seconde convention Midi-Pyrénées est signée, deux ans après la convention nationale, le 22 novembre 2012 entre le directeur régional de la DRAC, M. Paillarse et le directeur général de l'ARS, M. Chastel, en présence du chargé interministériel des projets Culture et Santé, M. Collal. Elle prévoit le déploiement de nouveaux moyens : ouverture au médico-social, rééquilibrage territorial, budget en hausse très significative. Chaque année, une journée d'information et d'échange, des journées de formation sur des thématiques artistiques, seront organisées pour les différents acteurs. Le comité

de pilotage régional est constitué par le directeur de la DRAC, le directeur général de l'ARS, un représentant de la Fédération Hospitalière de France (FHF), un représentant de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP réunissant sanitaire, social et médico-social), un représentant des usagers, un représentant d'une structure culturelle labellisée, un représentant d'une association culturelle et les deux conseillers Culture-Santé de la DRAC et de l'ARS. La coordination régionale des projets est assurée par le conseiller action culturelle de la DRAC, Martine Cécillon, et par le responsable culturel de l'ARS, Muriel Amilhat-Guelfi.

Deux axes sont privilégiés dans la sélection régionale des projets. Tout d'abord la qualité artistique : "cette complicité entre médecine et art ne peut s'établir qu'à partir d'une grande exigence de qualité. La culture à l'hôpital doit se placer bien au-delà du simple divertissement, face à la maladie et aux angoisses existentielles" [21]. La qualité artistique est garantie par la DRAC. Le second axe est l'inscription dans la durée, grâce aux jumelages, à l'inscription dans le projet d'établissement et dans le CPOM d'un volet culturel cohérent et à la nomination d'un référent culturel. Le projet doit être réfléchi et concerté, co-construit, puis présenté aux instances décisionnelles et consultatives, à la direction, aux équipes médicales, et paramédicales et aux personnels administratifs. Les initiatives isolées et ponctuelles ne sont pas prises en compte. La question du public est indissociable du projet culturel et doit conduire à une réflexion sur la diffusion vers différents publics.

Toute action terminée doit être évaluée selon des critères quantitatifs : nombre de partenaires, nombre d'intervenants, nombre de patients et de personnels concernés, restitutions prévues à un public, jumelage ; et qualitatifs : atouts et difficultés rencontrés, effets identifiables au niveau des participants, soignants, intervenants, équipes culturelles, institution et public extérieur.

Une enquête, menée en juillet 2012 auprès des établissements de santé et des structures culturelles, a permis de mesurer les attentes et les besoins des différents acteurs. Elle a montré "que l'action culturelle a des effets significatifs. La place de l'artiste à l'hôpital est reconnue très majoritairement comme donnant du sens par l'ensemble des répondants hospitaliers. Cette présence et l'action menée auprès du patient apportent : une reconnexion avec sa sensibilité, une rupture de l'isolement que crée l'hospitalisation, une vision du soin plus humaine que technique, un enrichissement des pratiques professionnelles, renouvelant les modalités relationnelles entre soignant et soigné mais aussi entre artiste et public hospitalier" (extrait de la Convention régionale triennale Culture-Santé 2013-2015 Midi-Pyrénées).

Les centres culturels ont répondu unanimement que l'artiste avait toute sa place dans l'hôpital, ce qui témoigne d'une évolution dans les représentations,

puisque ce n'était pas le cas dix ans en arrière. La majorité des structures méconnaît le dispositif Culture-Santé. Ceux qui n'ont jamais participé à ce type de projets représentent les deux tiers de l'ensemble. Ils imputent leur non-participation au manque de temps et de moyens humains et financiers. Concernant les structures sanitaires, la moitié a déjà participé à ces projets. Ceux qui ne l'ont pas fait l'imputent aussi essentiellement aux manques de moyens et de temps. Pour tous les établissements hospitaliers de la région, l'artiste a sa place dans l'hôpital. Ceux qui ont participé à un projet Culture-Santé citent les bénéfices suivants : nouveau regard sur les pratiques, ouverture de l'hôpital au grand public. Selon eux, ce sont d'abord les patients qui adhèrent le plus au projet, puis les soignants, artistes et direction, puis les familles, enfin le grand public. Ils constatent que l'adhésion du médecin de l'unité est grandement facilitatrice pour le développement du projet. La reconnaissance médicale et administrative permet de pérenniser ces projets.

Le manque de moyens est relevé à la fois par les établissements de soin et par les structures culturelles. DRAC et ARS proposent une mutualisation des projets, construite sur la complémentarité entre établissements.

4.2 Exemples de projets

Les interventions Culture-santé sont diverses en terme de public, de vecteur artistique, de modalité (ateliers, expositions), de durée ou de lieu investi : représentations au chevet, expositions dans le hall d'accueil, les salles d'attente ou enclave culturelle des bibliothèques. Les exemples suivants sont sélectionnés en fonction de leur proximité avec notre sujet : projets en psychiatrie, autour de la danse ou touchant une population adolescente.

4.2.1 Centre d'arts contemporains du 3bisF

Des Centres d'Art sont apparus dans les hôpitaux psychiatriques avec l'ouverture du traitement de la folie dans la cité. La circulation s'opère dans les deux sens : les patients vivent en ville, les citoyens pénètrent dans l'hôpital psychiatrique. Ces centres proposent en général des activités artistiques, ouvertes en premier lieu aux patients, mais aussi aux soignants et aux citoyens. Les artistes, sensibles aux questions de société, apportent leur contribution aux débats actuels sur la folie et son traitement.

Le Centre d'arts contemporains 3bisF² accueille des artistes en résidence de création dans les murs de l'hôpital psychiatrique Montperrin à Aix-en-Provence depuis 1982. Il occupe deux pavillons qui constituaient un secteur

2. Site web : www.3bisf.com

d'hospitalisation fermé pour femmes, anciennement nommé 3 bis Femmes. Situé à proximité du centre ville, fait rare pour un hôpital psychiatrique, il est ouvert à tous les publics. Les soignants détachés au 3bisF adoptent une position "non thérapeutique à priori". La participation n'est pas soumise à une indication médicale. Le préalable à tout projet reste l'acceptation d'une non maîtrise de ce qui va se passer. Il ne s'agit pas pour l'artiste de transmettre une technique mais de développer un projet personnel, en articulation avec la singularité de l'environnement, le plus souvent sous forme d'ateliers fréquentés par des patients comme par des habitants.

Venue pour finaliser l'écriture d'un roman, Cyrille Martinez s'est inspirée des mots des patients de Montperrin. C'est une jeune femme schizophrène qui a livré les premières lignes du texte. "On raconte que c'est une langue morte, mais c'est surtout une langue morte de rire. Gargantua n'est pas si gros. C'est moi Gargantua. Il pense le contraire de ce qu'il dit. C'est ironique ou pas. J'avais mangé de la soupe de lettres et après, forcément j'ai grossi..." (*Libération*, 21 février 2004).

Christine Quoiraud, danseuse, a effectué quatre résidences au 3bisF. En 2002, elle propose des marches tous les matins dans les allées de l'hôpital et jusqu'au sommet de la montagne Sainte-Victoire. Elle parle de corps différents, apparemment plus lourds, de leurs réactions très précises, percutantes et d'échanges dont le souvenir persiste au-delà de l'atelier.

4.2.2 Le service culturel du CHS Le Vinatier

La ferme du Vinatier³, service culturel de l'hôpital psychiatrique Le Vinatier, est une interface originale reliant l'hôpital à la cité, intégrée à la politique d'établissement dès sa création en 1997. Elle organise des résidences d'artistes, des ateliers de création artistique pour les patients, des formations artistiques pour les personnels, la participation aux manifestations culturelles phares locales ou nationales comme la Fête du Livre de Bron, la Biennale de la danse ou la Fête de la Musique.

Les objectifs énoncés sont les suivants : lutter contre les préjugés sur la maladie mentale, favoriser l'expression des patients et leur ouverture sur la vie culturelle, contribuer à l'insertion de l'établissement dans son environnement urbain, créer les conditions d'une meilleure coopération entre professionnels et usagers.

3. Site web : www.ch-le-vinatier.fr/ferme/

4.2.3 Projet photographique et éditorial pour adolescents en psychiatrie

En 2003, dans le cadre d'une convention de jumelage, le CHU de Limoges et l'Arthotèque du Limousin ont invité Marc Pataut à réaliser un projet photographique et éditorial auprès d'adolescents hospitalisés en pédo-psychiatrie [44]. L'artiste a partagé le quotidien des adolescents durant quelques jours, puis les a aidés à se représenter grâce à la photographie. Un ouvrage intitulé *Toujours ou jamais* a été publié en 2009. Il réunit des portraits de l'artiste, des images et des textes des adolescents. Un historien et critique d'art, un ethnologue et un psychiatre apportent leurs commentaires. L'objectif est de diffuser largement ce livre, au-delà du champ social auquel les œuvres produites à l'hôpital sont souvent cantonnées.

4.2.4 Danse au CHU de Montpellier

La compagnie *L'Impact*, dirigée par Nancy Teissier, a été en résidence trois ans au sein du CHRU de Montpellier [44]. Elle crée un laboratoire de recherche du mouvement qui organise des échanges entre patients, personnels hospitaliers et public extérieur. Ce laboratoire produit des créations chorégraphiques en s'inspirant notamment des gestes de soin. Il ouvre sur la production d'événements ponctuels de type performance. Des ateliers hebdomadaires de danse sont proposés en neurologie, en gériatrie et en psychiatrie. Un atelier hebdomadaire est destiné aux soignants.

Une deuxième initiative de danse au CHU de Montpellier conduit Anabelle Guérédrat de la compagnie *Art-incidence* à animer un atelier chorégraphique pour les patients et le personnel d'un service de gériatrie et de psychiatrie. Ce travail s'articule autour des cinq sens, à partir des sensations des participants. En pratique les ateliers sont à la fois le lieu d'apprentissages chorégraphiques et d'improvisations dansées.

4.2.5 Danse contemporaine en psychiatrie à Uzès

Depuis 2004, le Centre de développement chorégraphique "Uzès danse"⁴ mène un partenariat original avec l'hôpital psychiatrique le Mas Careiron. Le CDC ne possédant pas de locaux, ses spectacles sont présentés dans des structures partenaires de la région. En 2013, le pavillon Mistral du Mas Careiron, une fois réhabilité, devrait se transformer en un espace de résidence de création et de recherche où patients, artistes et publics pourraient se rencontrer.

4. Site web : www.uzesdanse.fr

La collaboration entre les deux structures se traduit déjà par l'invitation des patients à des spectacles (théâtre, cinéma, festival Uzès danse) et par l'offre d'un tarif réduit toute l'année aux patients et personnels. Après chaque invitation, un temps de discussion réunit artistes et participants. Les sorties sans accompagnement encadré par l'hôpital permettent aux patients d'avoir une démarche autonome de spectateur.

Chaque année, l'artiste associé à Uzès Danse dirige des ateliers représentant soixante-dix heures de pratique pour 25 à 30 personnes, patients, personnels et habitants, prenant part au processus de création d'un spectacle. Ces ateliers fonctionnent sur le principe du volontariat : "Personne ne vient sur prescription médicale, c'est un lieu de liberté. Les patients sont sensibles à cette différence, convaincus qu'ils posent un acte de personne à part entière sans étiquette de malade. Les membres du personnel qui accompagnent les patients ont le sentiment de parcourir eux aussi un chemin personnel et artistique".

L'artiste Christophe Haleb a souhaité mettre en forme le partage de six années d'ateliers avec les participants et les interprètes de la compagnie la Zouze. Il s'agit d'une création s'intéressant aux corps ordinaires, ce qui a priori n'est pas prestigieux. La présentation à l'extérieur a révélé la complicité existant entre les interprètes professionnels et les participants amateurs. La création *Atlas but not list* a été présentée dans le cadre du festival Uzès danse 2012. Au-delà des quarante minutes de la représentation, cette création prend part à un dispositif plus large d'exposition vivante qui sera présentée en septembre 2013 dans le cadre de "Marseille-Provence, Capitale européenne de la culture". "Des bras se tendent, des mains se touchent, des corps se penchent ou se soutiennent, s'enchevêtrent. Les contacts ont quelque chose de très attentionné, une humanité inclusive se construit, qui permet que des singularités trouvent leur place dans la masse grouillante. Les jeux sont brouillés entre l'étrangeté et le familier, entre la vulnérabilité et la force. Étonnamment, le réconfort vient des performeurs en fragilité. Des gestes parfois brusques, difficilement maîtrisés, apportent un apaisement incroyable. Une voix se lève, mal assurée pour dire le désir avec une infinie pudeur. Des états de corps ordinaires se révèlent porteurs d'une indicible poésie. (...) La danse circule à travers les regards, le toucher, fait irruption dans des constellations de personnes qui ont appris à se rencontrer à travers des différences que la société contemporaine considère trop souvent comme insurmontables" (*Libération*).

A la sortie de la représentation, un des patients rayonne : "C'est le soin de la tête. Je ne sais pas pourquoi je me suis embarqué dans cette expérience mais je me suis investi jusqu'au bout. Il fallait être opiniâtre. On a créé un

groupe et c'était pas facile. Il y a d'autres activités et j'entendais dire : "Pourquoi tu vas à la danse, ils font n'importe quoi." Mais non, c'est pas n'importe quoi. La danse contemporaine, c'est quelque chose à vivre." Même écho du côté du personnel : "C'est un travail à long terme avec des rendez-vous à respecter. C'est contraignant, mais le jeu en vaut la chandelle. Christophe et les danseurs sont avec nous depuis six ans. Nous avons confiance dans leur exigence artistique. Ce ne sont pas des animateurs. Ce n'est pas la fête des écoles. Il n'y a pas l'ombre d'une condescendance, et ça va dans le sens de ce qu'il y a de plus beau dans le mot intégration. Personnel, patients, danseurs, tout a été fait d'un commun accord. Il faudrait que cela soit un modèle pour les centres hospitaliers, car nous sommes privilégiés".

4.2.6 Opéra chorégraphique contemporain en psychiatrie

*Cette section est tirée du site internet du CHS de Rouffach*⁵

Nieke Swennen, de la compagnie *Invivo*, travaille avec des interprètes issus d'univers différents : professionnels du spectacle (danseurs, comédiens, compositeurs, musiciens, techniciens) et personnes en situation de grande vulnérabilité, en marge de la société. Par cette mixité, l'artiste évoque l'humain dans ses différences, sans recourir aux discours. Nieke Swennen est accueilli en résidence au sein de l'hôpital de Rouffach. Il anime des ateliers de danse pour des adolescents et des adultes du service de psychiatrie, avec l'objectif final de créer un opéra chorégraphique contemporain, intitulé *La chambre d'ange*. Les séances de quatre heures ont lieu durant quinze semaines, de février à mai 2009. Des danseurs professionnels de la Cie *Invivo* et des Ballets du Rhin sont progressivement invités à partager ces ateliers. Un mois de résidence supplémentaire précède les présentations, en septembre 2009 à l'Opéra théâtre de Limoges puis à La Filature. Sur scène, la création associe douze danseurs d'âge et de techniques différentes, parmi lesquels quatre danseurs de formation classique, quatre danseurs de formation contemporaine et quatre "patients-danseurs" des ateliers d'immersion en psychiatrie. Ce projet a bénéficié d'un partenariat avec les entreprises Janssen-Cilag et EDF.

4.3 Effets attendus

Les bénéfices attendus par les ministères de la Santé et de la Culture, par chaque direction hospitalière qui s'engage dans une collaboration avec

5. <http://http://www.ch-rouffach.fr/culture-hopital/?p=60#more-60>

le milieu de la culture, visent l'ensemble de la communauté hospitalière : personnes hospitalisées, familles, professionnels de santé.

4.3.1 Pour l'institution

Elargir l'accès à la culture des publics empêchés

La culture a vocation à s'étendre à tous les espaces de la société pour créer de nouveaux liens entre les citoyens. L'hôpital, lieu de mixité sociale, permet d'atteindre des publics éloignés ou non-initiés. La rencontre avec le champ culturel peut ensuite se pérenniser au retour à domicile. L'hospitalisation en elle-même prive de l'accès à la culture, alors que les citoyens initiés à la sensibilité artistique pourraient y trouver un réconfort.

Ouverture sur la cité

L'hôpital ne se conçoit plus comme un lieu cloisonné, mais comme pleinement intégré à la vie de la cité. En accueillant des artistes, il renforce sa fonction de lieu d'échanges. L'hospitalisation est une épreuve de durée limitée dans une trajectoire provisoirement ralentie. Elle ne doit pas priver le sujet de son statut de citoyen. Néanmoins, elle brouille ses repères familiers, elle l'isole. Aussi les projets culturels permettent d'atténuer la rupture brutale avec la vie sociale, affective et professionnelle. La présence de l'artiste à l'hôpital est naturelle si l'on considère l'art comme porteur des grandes questions de l'humanité. Les questions autour de la mort, de la maladie, de la folie ne concernent pas seulement les soignants, mais toute la société, représentée par l'artiste.

Par exemple, à Grenoble, deux festivals littéraires régionaux "L'échappée noire" et "Ecrivains en Grésivaudan" ont investi le CHU, au travers de lectures, de rencontres avec des auteurs, de prêts de livres. L'ouverture d'une médiathèque de la cité (CHU de Lille), d'une antenne de bibliothèque municipale (CHU de Nîmes) permettent au patient de se retrouver citoyen au sein de l'espace hospitalier.

Qualité de l'accueil

Le droit fondamental de la personne, énoncé dans la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, comprend l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs familles. La nouvelle convention interministérielle incite à la prise en compte de la question esthétique de l'environnement : qualité architecturale, du bâti, de la signalétique, du mobilier, aménagement d'espaces semi-public. Faisant

référence au caractère ponctuel des projets, des critiques font allusion à un "effet vitrine". Néanmoins les projets architecturaux par exemple apportent un bénéfice dans la durée. "La qualité de l'accueil et de l'environnement participent à la prise en charge du patient car il est une personne à part entière, dont les besoins ne se limitent pas aux soins. Le droit des usagers est aussi celui de rester un citoyen comme les autres durant son séjour hospitalier" [40]. L'hôpital est un lieu de vie qui se voudrait beau et réconfortant. La dimension esthétique peut contribuer à atténuer l'inquiétude des visiteurs. Au CHRU de Lille, une médiathèque de la cité a été créée au cœur de l'hôpital. L'entrée de l'hôpital a été modernisée par l'artiste Katsuhito Nishikawa.

Déstigmatiser

L'hôpital est-il un lieu de santé ou de maladie ? Art et culture peuvent modifier l'image du soin, de la maladie et des malades. Roselyne Bachelot, ancien Ministre de la Santé, affirme que "l'art et la culture offrent à l'hôpital la possibilité d'apparaître sous un jour nouveau". Le service de soins palliatifs de l'hôpital Ducuing à Toulouse a organisé une résidence d'artistes pour changer les représentations associées à son activité, pour en faire un lieu de vie jusqu'au moment de la mort, et non un mouvoir.

4.3.2 Pour les personnes hospitalisées

Accès à un loisir ordinaire

La maladie ou le handicap peuvent restreindre l'accès aux activités ordinaires de loisirs, comme par exemple les activités proposées dans les MJC, Maisons des jeunes et de la culture. Ces projets proposent un espace qui ressemble à celui des citoyens ordinaires. Le cadre du projet Culture-santé permet d'associer une animation artistique et la présence de soignants qui veillent à l'adaptation étroite des propositions aux fragilités du sujet. Nous verrons plus loin par exemple les effets bénéfiques d'une activité comme la danse. Le projet "Tu dances ?" permet à des jeunes entravés d'en bénéficier au même titre que des adolescents ordinaires.

Une place renouvelée

La maladie rend vulnérable et crée une asymétrie dans la relation de soin. Dans son travail, l'artiste envisage le patient au-delà de son corps dysfonctionnant, comme un sujet dont les besoins ne se limitent pas aux seuls soins techniques. Il valorise la dimension relationnelle du soin. Le témoignage d'une patiente, à propos de l'unité de lecture mobile du CHR d'Orléans, est

significatif : "Les comédiens ne nous regardent pas comme des malades. Je me sens moins malade quand ils viennent" [44].

L'art élargit l'horizon au-delà des murs de l'hôpital et permet de se situer dans un contexte de valeurs plus larges. A l'hôpital le temps s'étire. Cet état d'attente d'un examen, d'un diagnostic, d'une visite, crée une disponibilité particulière propice aux rencontres et à une réflexion sur soi.

Lorsque l'issue est fatale, le soin privé de l'arsenal curatif mise tout sur la qualité de vie et le réconfort pour les patients, les familles et les soignants. Initialement en pédiatrie et en psychiatrie, le champ d'intervention des projets Culture-santé s'est élargi notamment aux services prenant en charge le stade terminal des maladies, en gériatrie ou en cancérologie. Ils participent alors au dispositif global de qualité de vie.

Reconstruction de soi

La maladie altère le corps. Les questions de la souffrance et de la mort angoissent. Les certitudes, les espoirs, les valeurs qui caractérisaient une personne du temps de sa santé sont bouleversés. C'est une situation de non-vie [136]. Pour affronter la maladie, le patient doit pouvoir retrouver un nouvel équilibre, intégrant cette nouvelle composante de lui.

L'art est une façon de nourrir sa reconstruction, de retrouver une identité qui n'exclut pas la maladie, de rechercher un nouveau projet existentiel. Il permet de reconquérir un pan d'autonomie et de restaurer l'estime de soi. La maladie peut être l'occasion d'une redécouverte de soi, d'une forme de santé plus élevée, en dépassant l'opposition maladie/santé. De plus, l'acceptation de la maladie permet une meilleure adhésion au traitement.

Volet culturel intégré au soin global

Dans leur article de 2004 [21], Bubion Y., directeur d'hôpital, Glorion B., président du conseil national de l'ordre des médecins et Galaverna O., docteur en neurosciences considèrent que ce programme "rend le séjour hospitalier plus efficace, pour notamment calmer la douleur, (...) aider dans la démarche de guérison". Selon eux, il modifie le décours de la maladie.

Pour Roselyne Bachelot "l'art aide à mieux se soigner", "améliore la prise en charge globale". Frédéric Mitterrand rappelle "Que les arts, et plus généralement la culture, aient une incidence et même une influence sur la santé, nous le savons depuis fort longtemps (...) Apollon n'était-il pas à la fois le dieu des arts et un dieu guérisseur ? (...) Cette fenêtre ouverte sur l'esthétique et l'émotion peut contribuer à faire naître un désir d'art et de culture et par là aider à retrouver l'énergie et les forces de vivre nécessaires pour lutter".

Elle peut être "auxiliaire, médiateur et même, peut être, un levier essentiel de guérison".

Au CHU de Toulouse, un projet pilote prévoit l'ouverture d'un hôpital d'un genre nouveau, de Santé publique, répondant aux nouvelles missions de prévention et de promotion de la Santé. Il porte un intérêt aux différentes façons de prendre soin, au-delà du seul modèle curatif, et s'adresse aux citoyens, avant même qu'ils ne soient malades. Dans ce nouvel axe de recherche, le gérontopôle toulousain a créé un hôpital de jour des fragilités, destiné à prévenir l'évolution vers la dépendance chez des personnes à risque. Ces dernières y bénéficient d'un bilan médical complet, préconisant des axes privilégiés de prise en charge, dont la participation hebdomadaire à des ateliers culturels (danse, musique). Les premiers constats sont en faveur d'un bénéfice net, notamment en matière d'intégration sociale.

4.3.3 Pour les professionnels de santé

Les divers bénéfices pour les personnels hospitaliers sont illustrés ci-après par l'exemple du service gériatrique du CHU de Toulouse.

Enrichir les pratiques professionnelles

Le soignant ne se réduit pas à sa seule fonction hospitalière, comme le patient ne se réduit pas à son statut de malade. Les clowns professionnels qui interviennent dans ce service font désormais partie des outils de la prise en charge. Ils peuvent intervenir en cas de crise d'agitation chez des patients déments, ou pour diminuer l'angoisse lors d'un geste technique ou douloureux, comme lors d'une prise de sang.

Néanmoins, les projets Culture-santé soulèvent localement des résistances : crainte d'une compétition financière entre l'art-thérapie et la culture à l'hôpital, incompréhensions quant à la participation financière de l'ARS alors que ces projets touchent peu de patients, de façon ponctuelle, avec un objectif qui se défend d'être thérapeutique.

Dynamique institutionnelle

La présence culturelle améliore le lien social entre les professionnels de santé. Elle décloisonne les différents métiers hospitaliers et les diverses unités. La fête de la musique est un exemple de manifestation culturelle réunissant tous les usagers de gériatrie, leurs familles, les habitants du quartier. Les soignants participent en famille, y compris en dehors de leurs horaires de

travail. Chacun vient à la fête, en tant que personne, sans référence, ni à son statut de malade, ni à sa fonction hospitalière.

Valoriser les soignants

Une intervention artistique est destinée dans ce service spécifiquement aux soignants. Des cours de danse hebdomadaires, hors horaires de travail, centrés sur le corps, la détente, le bien-être, sont proposés aux personnels volontaires. Ce groupe est un succès, ayant parfois rassemblé jusqu'à une trentaine de personnels, dont des médecins, des cadres, des infirmiers ou des gestionnaires. L'artiste apporte une attention bienveillante aux soignants, qui eux-mêmes portent attention aux patients.

Chapitre 5

Adolescence et révolution corporelle

Mon corps est le lieu de ma présence au monde, il est le point de rencontre et de convergence, par lui j'existe à l'autre. Paul Valéry

Le projet "Tu dances ?" présenté ici s'adresse à des adolescents suivis en pédopsychiatrie au CHU de Toulouse. Ces ateliers constituent une modalité particulière de réponse notamment aux questions concernant les difficultés dans la relation de l'adolescent à son corps.

5.1 La puberté ou quand le corps échappe

L'adolescence, d'"adolescere" grandir en latin, constitue une période de transition entre le temps de l'enfance et celui de l'âge adulte. Seule la puberté est universelle. Le phénomène de l'adolescence est culturel. Parmi les populations de l'Afrique de l'Est par exemple, le passage de l'enfance à l'âge adulte est plus brutal et collectif : des rituels initiatiques actent le changement de statut pour des promotions entières. Selon Françoise Héritier, "l'objectif est de canaliser les pulsions, de détourner l'agressivité, de supprimer l'angoisse en supprimant les possibilités de choix" [82]. Dans les sociétés occidentales, l'adolescence est reconnue comme un temps de transformation progressive, physique, au travers des modifications pubertaires, et psychique, processus dénommé "le pubertaire" [79] par Philippe Gutton.

Il n'existe pas d'échappatoire : le jeune, impuissant, perd le contrôle de

son corps. De plus, le résultat de cette transformation n'est pas anticipable. L'avenir, inconnu, est angoissant. L'adolescence menace le sentiment de continuité existentielle. Comment changer en restant le même ? Le "quand je serai grand" de l'enfant devient "qui suis-je, qui vais-je devenir ?" [140]. C'est une période douloureuse à haut potentiel conflictuel, entre soi et les autres, soi et soi : le jeune oscille entre régression protectrice et désir de changement et d'autonomie.

5.1.1 Changements physiques

La puberté est déclenchée par la sécrétion pulsatile hypothalamique de l'hormone LH-RH, induisant en cascade la sécrétion hypophysaire de LH et FSH, puis des stéroïdes gonadiques, testostérone et estradiol. Ces imprégnations hormonales modèlent l'apparition des caractères sexuels secondaires définitifs.

La réalité du sexuel sépare les deux sexes. Chez la fille, les glandes mammaires, puis la pilosité ("puberté" vient du latin "pubes") pubienne puis axillaire, se développent vers l'âge de 11 ans. La vulve se modifie. Deux ans plus tard en moyenne, apparaissent les premières règles. Les contours de la silhouette s'arrondissent au niveau des cuisses, du ventre, des seins, des mollets, des hanches. Chez le garçon, le premier signe pubertaire est l'augmentation du volume testiculaire, vers 13 ans. Se développent ensuite la pilosité pubienne puis axillaire, enfin faciale accompagnée de la mue de la voix.

La poussée de croissance, accélération de la vitesse de croissance jusqu'à la taille définitive, entraîne une perte relative des repères spatiaux, avec une répercussion sur le plan du schéma corporel. La force musculaire augmente. Cette maturation physiologique active de nouvelles fonctions : reproduction, orgasme, fertilité, destructivité. Le jeune acquiert les capacités physiques de tuer et de faire l'amour. L'avènement de la sexualité génitale promet une nouvelle modalité d'épanouissement dans la rencontre avec l'autre. Le corps qui était une évidence pendant l'enfance, devient un questionnement voire un malaise à l'adolescence.

5.1.2 Remaniements psychiques

Les bouleversements pubertaires sont intégrés progressivement. Cette adaptation demande beaucoup d'énergie. En attendant que la personnalité adulte se modèle au gré des expériences, la maturité du corps contraste avec une immaturité psychique relative.

Explosion libidinale

La maturation génitale entraîne une "poussée" du dedans. Cette excitation sexuelle plonge le jeune dans un état de tension physique et psychique dont l'évolution dépend de sa tolérance aux pulsions. L'énergie libre, c'est-à-dire sans objet, cherche un moyen de décharge [120]. La fonction pare-excitation du Moi peut être fragilisée. Une des réponses à l'exigence pulsionnelle est la régression vers les pulsions pré-génitales. Ensuite avec la maturité, ces pulsions partielles sont regroupées sous le primat du génital. En parallèle de la maturation qui aboutit à l'appropriation d'un corps pubère, les identifications sexuées s'achèvent.

Sur le plan narcissique, des préoccupations identitaires

L'adolescent perd la gratification parentale, source narcissique de base dans l'enfance. Son équilibre narcissique vacille. Il doit affronter les doutes, la non-reconnaissance de soi, voire l'étrangeté. Il s'en défend par un hyperinvestissement de soi (stations devant la glace, sensibilité à son image) ou le recours à l'Idéal du Moi. Des mouvements contradictoires de régression et d'affirmation agressive de soi alternent.

Le jeune balance entre deux risques identitaires, ressembler et se différencier. Il endosse souvent une succession d'identités provisoires à l'essai, avec à chaque fois un style relationnel et comportemental dans lequel il s'investit totalement. La recherche de conformité, typique des années collège, renforce le sentiment d'identité, mais peut aussi produire de la confusion. Le corps se pare des rituels d'appartenance, notamment sous la forme d'une mode uniformisante. Souvent des paires d'amis se constituent, l'autre devenant un double rassurant de soi. Le besoin d'originalité des années lycée, avec la revendication du droit à la différence, soutient au contraire l'individualité. Le risque est alors la peur du rejet, un sentiment de perte. Le corps devient instrument de différenciation : extravagances (cheveux, piercing, tatouage, vêtements) [38], modification du langage (verlan, rap), de la gestuelle (tenue du corps, nonchalance, violence). La créativité personnelle s'affiche : "il s'est trouvé un look", éloigné des standards parentaux.

La souffrance générée par le conflit opposant le besoin de l'autre à la solitude de l'existence est en éveil durant toute la vie. Il est réactivé lors des séparations, comme à l'adolescence. Le cœur du travail psychique de l'adolescent est de parvenir à un équilibre narcissico-objectal : s'estimer et se respecter, tout en investissant de nouvelles relations. La relation d'objet enrichit à son tour la dimension narcissique. Un déséquilibre narcissico-objectal peut pencher soit du côté de la défaillance narcissique, soit du côté du narcissisme

pathologique avec un désintérêt pour l'extérieur et une image de soi grandiose. Philippe Jeammet [90] décrit "l'écart narcissico-objectal" paradoxal de l'adolescent, c'est-à-dire que plus son assise narcissique est vulnérable, plus son besoin objectal est intense et plus l'objet est perçu comme menaçant. En d'autres termes, plus l'insécurité interne est importante, plus la différence est vécue comme un risque. Les brèches narcissiques sont parfois en lien avec une défaillance précoce suite à des expériences répétées de discontinuité ou de ruptures traumatiques. La relation d'objet menaçant l'intégrité narcissique et l'identité, l'adolescent a recours à l'auto-agressivité ou à l'opposition.

Sur le plan objectal, des remaniements identificatoires

L'irruption de la sexualité génitale ravive les fantasmes infantiles. Elle contraint le sujet à prendre son autonomie, d'autant que la dépendance de l'adolescent aux figures parentales est une menace pour son affirmation identitaire. D'après Peter Blos, le processus d'adolescence correspond à un processus de séparation-individuation [12]. Le jeune enfant s'était progressivement individué, se dégageant par étapes du corps maternel. L'objet contenant de la petite enfance est devenu un objet contenu ou objet interne, pris au dedans de façon suffisamment stable. L'adolescent, quant à lui, se dégage du lien aux objets œdipiens internalisés, notamment grâce aux conflits et à l'opposition, pour s'attacher à de nouveaux objets extrafamiliaux. Cette prise de distance est un condensé fantasmatique de l'agressivité liée à toute croissance : "grandir est par nature un acte agressif" dit Winnicott.

Ce rejet des bases identificatoires de l'enfance n'empêche pas qu'il ait besoin de vérifier la disponibilité des objets primaires d'attachement. Le système comportemental d'attachement est remplacé par un modèle intériorisé. L'objectif de l'attachement adolescent est d'accéder à une dimension de réciprocité. Recevoir de la sécurité de la part d'une figure d'attachement, donner à l'autre soutien et amour. L'appétence objectale de l'adolescent traduit sa recherche d'identifications différenciatrices : investissements amicaux et recherche de modèles. Les problématiques d'autonomie et de dépendance font osciller le jeune entre crainte de l'abandon et intrusion. La présence de l'adulte est envahissante, son éloignement suscite le rappel.

Un deuil

L'acquisition de nouvelles connaissances, lors de chaque étape du développement, s'accompagne de la perte d'un équilibre et de la recherche d'une nouvelle position psychique. L'entrée au collège représente symboliquement la sortie de l'enfance, le renoncement à l'idéal mégalomaniaque infantile, à la

toute-puissance. Le détachement de l'autorité parentale s'accompagne de la perte du refuge maternel et des objets œdipiens. L'espace de la famille perd son importance au profit de la cité. Le corps est souvent perçu par l'adolescent comme non familial, voire étranger, car il n'est ni le corps connu de l'enfance, ni le corps idéalisé.

Réaménagement défensif

"Les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle. Pendant ce temps-là ils sont très en danger", Françoise Dolto à propos de la mue psychique des adolescents [48]. L'adolescent fait appel à certains mécanismes de défense psychiques, considérés ailleurs comme pathologiques, tels clivage, projection ou déni. Durant cette période c'est leur caractère répétitif et rigide qui est inquiétant, car il peut entraver la maturation globale.

Dans le recours à l'intellectualisation ou à l'ascétisme, le jeune lutte contre les pulsions corporelles. Il refuse la sensation de plaisir, s'impose des privations alimentaires ou une activité physique intensive. La maîtrise est un mode de défense lié à la pulsion d'emprise. La puberté désigne le corps comme objet à contrôler. A côté des défenses contre les pulsions, des mécanismes de défense psychiques permettent de lutter contre le lien aux objets infantiles : déplacement de la libido, régression, retrait de la libido sur soi et renversement de l'affect. Le clivage protège de l'ambivalence face aux imagos parentales. Il se manifeste par de brusques passages d'une position extrême à une autre. L'adolescent se contredit. La projection est une tentative de rejeter son mal-être sur l'extérieur. Enfin la mise en acte, répétition sans issue, protège de la souffrance psychique. Le conflit interne devient externe. L'objectif de l'adolescence est enfin d'atteindre la possibilité d'un certain renoncement pulsionnel, au profit d'un développement des capacités de sublimation.

5.1.3 Maturation cérébrale et développement cognitif

Laurent Holzer note que le cerveau ne se développe pas de manière linéaire [84]. A l'âge de 6 ans, il a atteint 95% de sa taille adulte. Les remaniements se font par élagage synaptique, d'abord à la fin de la grossesse, puis à l'adolescence. Plus précisément la destruction massive des jonctions inter-neuronales crée une simplification et une réorganisation de la connectivité. Cette perte anatomique se double d'un gain fonctionnel. Les connexions inutilisées disparaissent, selon la règle du "use it or lose it". 30 000 synapses sont supprimées par seconde. Les circuits cérébraux se spécialisent en fonction des stimulations, de l'environnement et des apprentissages. La dernière

zone à entrer dans ce processus de maturation est le cortex préfrontal, siège des fonctions exécutives de l'organisation, la planification de l'action, la motivation, le contrôle de l'impulsivité et la récompense.

Les difficultés de cet âge, en particulier le défaut de contrôle comportemental et émotionnel, pourraient en partie s'expliquer par la "désynchronisation entre l'émergence pubertaire des mouvements émotionnels, de la recherche de sensations, et la capacité de les contenir par un cortex préfrontal parvenu à maturation". D'autant que l'âge de démarrage de la puberté est de plus en plus précoce. En l'espace d'un siècle l'âge des premières règles est passé de 16-17 ans à 12-13 ans en moyenne. L'écart se creuse entre maturation biologique précoce et maturation émotionnelle et intellectuelle qui reste corrélée à l'âge chronologique. "Le résultat est que les sociétés prennent le relais de la nature en imposant aux adolescents une période d'infertilité non plus naturelle, mais culturelle", grâce aux moyens contraceptifs notamment [82].

Les performances cognitives sont améliorées de façon très significative. La vitesse de traitement de l'information est augmentée par cent grâce à une augmentation de la myélinisation. Les fonctions exécutives progressent : pensée abstraite, planification, organisation, prise de décision, inhibition des impulsions, prise en compte des conséquences de ses actions. Il s'agit d'affinement des capacités, plutôt que d'émergence de nouvelles fonctions. La pensée évolue, notamment grâce à l'accès à l'abstraction. L'acquisition de l'intelligence opératoire formelle permet de raisonner par hypothèses, d'envisager l'ensemble des cas possibles. Piaget [88] situe le début de la pensée abstraite vers l'âge de 10 ans, deux ans avant l'âge moyen de début de la puberté. Nicole Catheline et Daniel Marcelli expliquent que le développement de ce type de pensée dépend des assises narcissiques, pour supporter la remise en question de la façon de penser infantile "où la pensée de l'un était identique à celle de l'autre" [25]. Elle tient aussi au plaisir à penser, et à la disponibilité psychique. L'excès d'angoisse ou d'excitation inhibe le développement d'une pensée autonome. Les métacognitions permettent de pouvoir penser ses pensées. Alors que l'enfant apprenait de l'adulte une façon de penser le monde, le jeune peut développer son propre système de pensée. C'est la pensée réflexive. La contre-partie est l'irruption du doute, "l'intranquillité de la pensée" [25] : quelle pensée est juste, laquelle est bonne ou mauvaise ?

5.2 Étude des préoccupations corporelles dans le discours adolescent

Afin de mettre en place une clinique du signe en prévention du risque suicidaire, le comité scientifique de l'École des Parents et des Educateurs d'Ile-de-France, aux côtés de Philippe Jeammet, a sollicité des linguistes et des sémioticiens pour réaliser une investigation des sphères discursives de l'adolescent [71].

L'ensemble des 60 561 contributions écrites aux forums du site de prévention Fil santé jeunes et des 5227 mails adressés aux écoutants de l'association a été analysé. Les contributions aux forums sont des dialogues entre jeunes sans contraintes, ce qui garantit une expression très libre. Le corps apparaît comme un objet de discours à part entière, présent dans plus de 65% des mots contenus dans les mails. Les changements physiques de la puberté augmentent en effet les préoccupations corporelles. Les chercheurs ont dégagé trois axes thématiques autour des questions concernant le corps.

Thème du corps réel, en mutation

La puberté et ses changements physiques induisent un morcellement du corps dans le discours : les *fesses*, les *cuisse*s, les *seins*... Ils plongent le sujet dans la peur de l'anormalité. Le signifiant *normal* représente 10% des mots employés dans les mails. Au niveau social, le jeune subit une grande pression normative, alors qu'à cet âge l'écart-type par rapport la moyenne des morphologies est très grand. La puberté engage vers la possibilité d'une expérience amoureuse, et crée de l'anticipation, de l'envie, du désir. Elle peut aussi induire de la souffrance, avec la constitution de complexes physiques ou un sentiment d'étrangeté face à soi.

Corps sexué, corps imaginaire

Les thèmes abordés sont centrés sur la séduction, l'expérience de l'amour et de la sexualité. C'est la seule partie du discours qui est tournée vers l'autre. La quête amoureuse peut générer un mal-être : sentiment de monstruosité, de solitude, d'étrangeté dans le regard de l'autre.

Corps souffrance, corps symbolique

Les adolescents utilisent des métaphores pour s'exprimer à ce sujet. L'expression d'une violence préoccupante à l'encontre de soi apparaît dans les contenus écrits. Ce mal-être est important, car il représente 30% du contenu

des messages du forum. Les jeunes parlent de pathologies, d'anorexie, de boulimie, de dépression, scarifications, tentative de suicide. Les chercheurs repèrent dans le discours un fantasme obsessionnel de contrôle de soi. La tentative de maîtrise de l'apparence peut s'appliquer à la tenue vestimentaire.

5.3 Expression corporelle des troubles psychiques à l'adolescence

L'adolescent est "mal dans sa peau", en réaction aux changements physiques pubertaires. Son corps est utilisé comme un objet transitoire aux pulsions libidinales et agressives. Il devient moyen d'expression des conflits et moyen de relation privilégié comme chez le bébé. Le corps est surinvesti, méconnu, déguisé, détesté, dévalorisé, objet de honte, de culpabilité, fuit, caché, érigé en symbole, persécuté... C'est la répétition rigide d'un comportement pathologique induisant un risque d'escalade ou la répercussion sur le fonctionnement global, relationnel et social, qui signent une dangerosité pour l'avenir psychique. "Le corps vivant et médiateur qui porte à la négociation avec le monde, devient le monde étriqué dans lequel le malade tend à se confiner" [114]. Que l'on prenne un point de vue neurobiologique ou psychanalytique, le corps est impliqué dans les différentes théories psychopathologiques. La question corporelle est ainsi à l'origine de nombreuses décompensations ou aggravations de difficultés.

5.3.1 Plaintes corporelles

L'angoisse s'exprime fréquemment en termes de plaintes corporelles : des somatisations sous forme de migraines, douleurs abdominales ou dorsales, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires ou des problèmes dermatologiques. Le corps a "à dire" [181].

5.3.2 Dépression

Le point de vue dynamique de Mélanie Klein et de Winnicott considère le mouvement dépressif comme inhérent à la vie mentale [188]. A leur suite, Jammes Gammill [65] ajoute qu'à chaque période de la vie correspond une ré-élaboration de la position dépressive qui continue "tout au long de l'enfance et de l'âge adulte" [105]. Pour Jacques Dayan [39], la capacité dépressive est un processus sain qui appartient au processus maturatif ordinaire de l'adolescence. Elle favorise la redistribution des investissements, véritable

"ré-affectation". Cette dépressivité adolescente, caractérisée par une humeur morose et/ou un découragement passager, serait liée au processus d'élaboration des deuils. Elle permet d'intégrer les pulsions conflictuelles, pour aboutir à la constitution d'un moi cohérent en protégeant des acmé d'angoisse.

L'état dépressif pathologique est distinct de cette dépressivité maturative. Il s'agit là au contraire d'identification à la mort avec des idées suicidaires et de dépressivité de déliaison non constructive. A l'adolescence, l'épisode dépressif majeur n'est pas rare. Certains symptômes apparaissent au niveau corporel comme chez l'adulte : perte ou gain de poids et/ou de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement, fatigue ou perte d'énergie. A cet âge, la tristesse peut être remplacée par une irritabilité.

5.3.3 Insatisfaction corporelle

Il ne s'agit pas d'un trouble individualisé. L'insatisfaction corporelle constitue néanmoins un facteur de risque important pour le développement de troubles du comportement alimentaire et de dépression [173]. Les recherches sur l'image du corps des adolescentes montrent une progression des perceptions déformées du corps malgré un IMC normal.

En 2010, une étude de Rousseau et Al. [150] explore le rôle des influences socio-culturelles médiatiques envers la minceur concernant l'insatisfaction corporelle chez les adolescentes. Elle révèle l'importance du processus d'internalisation de l'idéal de minceur comme prédicteur positif de l'insatisfaction corporelle. Les adolescentes sont en majorité conscientes que les photographies des mannequins dans les magazines sont retouchées, mais paradoxalement les trois quart d'entre elles souhaitent ressembler à ces modèles. Plus de la moitié des quasi huit cent adolescentes ayant participé, considère que les mannequins ont un IMC normal, alors qu'il est bien inférieur à la norme. Afin d'accéder à l'idéal de minceur, les adolescentes développent des stratégies nocives de contrôle de poids [169].

5.3.4 Addictions, troubles du comportement alimentaire

L'addiction est une solution à la recherche de l'objet apportant la complétude. Alternative fragilisante, elle restreint le monde à la satisfaction fournie par l'objet toxicomaniaque [179]. Elle évite la dépressivité adolescente, instaurant un déni du corps désirant [39]. Le corps est sous emprise, ses besoins sont niés. La rencontre avec l'autre est évitée ce qui évite l'insatisfaction relationnelle.

L'anorexie mentale est une forme d'addiction à la faim. Une pseudo-maitrise des appétits, intenses chez l'anorexique, nie le corps et ses contraintes.

Le corps, toujours trop gros de sa féminité [39], doit se réduire, devenir une abstraction et disparaître. Il est haï, source de persécution. Le tableau du syndrome anorexique est assez stéréotypé : aménorrhée associée à l'amaigrissement, stratégies alimentaires restrictives, préoccupations idéiques centrées sur l'alimentation, hyperactivité physique permanente, isolement social, hyperinvestissement de la scolarité.

A l'adolescence, la question de la corpulence ou de l'absorption alimentaire résout ou dissimule des difficultés adaptatives internes ou externes. Le mal-être de l'adolescente apparaît fréquemment dans le champ des troubles alimentaires (prévalence totale de 8,8% [120]), depuis la plainte subjective centrée sur le poids jusqu'aux symptômes anorexiques ou boulimiques [169]. La difficulté identitaire se traite par l'idéalité confrontée à la norme. Les adolescentes cherchent à modeler leur corps pour le conformer à l'idéal féminin qui leur est opposé tous les jours. Pour Philippe Jeammet "une des dimensions du symptôme psychopathologique paraît bien être une tentative d'annulation du temps" : grandir est impossible, les limites sont niées.

5.3.5 Schizophrénie, traitements antipsychotiques

La schizophrénie est caractérisée par une faille identitaire (angoisses de dépersonnalisation, perte d'ancrage dans la réalité) et une faille relationnelle (angoisses de fusion, d'invasion, de persécution, repli sur soi). Le défaut de construction des limites corporelles entraîne une représentation morcelée du corps, sans cohérence. Pour Winnicott, la psychose est la faillite de la résidence dans le corps. Didier Anzieu propose une approche des failles précoces dans l'organisation du Moi corporel chez ces patients, grâce à sa théorie des enveloppes psychiques.

Les épisodes délirants aigus peuvent être l'expression d'angoisses corporelles, comme lors des délires à thématique sexuelle.

Les traitements antipsychotiques ou neuroleptiques ont des effets sur l'organisme. Certains effets secondaires sont transitoires : somnolence, étourdissements, tachycardie, vue brouillée, bouche sèche, difficultés sexuelles, spasmes musculaires, tremblements. Les antipsychotiques de deuxième génération entraînent souvent une prise de poids et des troubles métaboliques, plus rarement une gynécomastie ou une galactorrhée. Le syndrome extrapyramidal, plus fréquent avec les neuroleptiques de première génération, entraîne divers troubles toniques : akinésies, tremblements, dyskinésies, akathisies (crises dystoniques du tronc), syndrome des jambes sans repos. Ces traitements ont révolutionné la prise en charge de la psychose. Néanmoins leurs effets secondaires ont des répercussions importantes sur le corps physiologique et sur les représentations corporelles.

5.3.6 Trouble du spectre autistique

Le travail adolescent intégratif et identitaire est plus difficile chez les jeunes qui se sont développés sur un mode autistique ou psychotique, avec un socle narcissique plus fragile. Sur le plan corporel, ces jeunes ont notamment des troubles tonico-posturaux, avec une rigidité ou un échappement des gestes. Les adolescents présentant un trouble du spectre autistique présentent souvent des particularités sensorielles. Leurs distorsions perceptives spécifiques peuvent transformer des expériences anodines en stimuli insupportables.

5.3.7 Automutilation, tentative de suicide

Selon Fanny Dargent, les scarifications constituent une réponse active à un conflit [38]. Jacqueline Chasseguet-Smirgel explique que le corps réel est attaqué, traduisant la perte d'activité symbolique [30]. Les tentatives de suicide sont souvent sous-tendues par des facteurs de risque et par des situations de conflit ou de rupture qui n'ont pu trouver d'autres voies de résolution que l'atteinte corporelle. Souffrance intense et faible tolérance à celle-ci augmentent le risque de passage à l'acte, auto ou hétéroagressif, ou le recours à des addictions.

5.3.8 Conduites à risque, passages à l'acte, destructivité

L'adolescent recherche des éprouvés intenses et dangereux de l'ordre de la sensation plus que de l'émotion, comme dans la pratique de sports extrêmes ou d'une sexualité sauvage [177]. L'agir peut devenir un mode prévalent de gestion des conflits. L'impulsivité est liée à l'excitation pulsionnelle, la frustration induite par cette excitation, l'angoisse, la lutte contre la passivité, les modifications instrumentales, l'immaturité relative du cortex pré-frontal. L'adolescent, en difficulté pour gérer ses contraintes internes, supporte mal les contraintes externes. Certains jeunes recherchent du lien, en le rendant paradoxalement violent. La destructivité à l'œuvre génère des crises clastiques, des conduites délictueuses, des fugues. Selon Grégory Michel, ces conduites sont responsables, à long terme, d'une morbidité et d'une mortalité considérables. Le risque de la violence est de générer des ruptures graves, préjudiciables pour l'avenir du jeune. "Quand le psychisme n'a pas accédé à l'illusion de sa continuité, quand la pulsion n'est pas garantie dans le maintien de sa poussée, alors le corps est vite pris en otage et son fonctionnement perverti par des manœuvres de privation ou d'auto-sabotage destinées à secourir la pérennité de cette poussée pulsionnelle grâce à l'étayage procuré par la perception des

sensations corporelles" [128] : atteindre la maturité psychique adulte revient à dépasser cette violence instinctuelle, pour interposer la pensée de l'autre dans l'attente d'un désir partagé.

Chapitre 6

"Tu dances ?" Ateliers de danse pour adolescents suivis en pédopsychiatrie

La danse est le plus sublime, le plus émouvant, le plus beau de tous les arts, parce qu'elle n'est pas une simple traduction ou abstraction de la vie ; c'est la vie elle-même.

Havelock Ellis, *La danse de la vie*.

6.1 Le cas de la danse-thérapie

"Tu dances ?" n'est pas une proposition de danse-thérapie. Qu'il s'agisse d'un dispositif artistique de danse ou de danse-thérapie, la danse est l'objet médiateur dans la relation à l'autre. Qu'est-ce qui distingue le projet artistique de la danse-thérapie ?

6.1.1 La danse

La danse est l'art du corps en mouvement. Elle satisfait tant le sens artistique que l'exaltation nerveuse ou musculaire. Deux études montrent qu'elle est populaire chez les jeunes femmes [75, 186].

Un sport ?

La danse est une activité physique avec des effets communs à ceux d'une pratique sportive, tant physiques que psychiques. Le Pr Rivière, chef du service hospitalier d'exploration respiratoire fonctionnelle et de médecine du sport du CHU de Toulouse, explicite les bénéfices d'une pratique sportive

régulière [148]. Outre les gains sur le plan cardiovasculaire, métabolique, locomoteur et respiratoire, la lutte contre la sédentarité et l'obésité, il dégage des intérêts psychiques et cognitifs : maîtrise du corps, sociabilité, estime de soi, attention, compréhension, mémorisation, orientation spatio-temporelle et coordination. D'autres études ont montré que l'exercice physique était une stratégie efficace de prévention et de traitement de la dépression et de l'anxiété chez les jeunes [92, 145, 174]. Il suscite des émotions et des pensées positives et il améliore la confiance dans la résolution des problèmes [22, 52]. L'activité physique améliore aussi l'estime de soi [123, 164]. En 2003, une étude de Seznec et al. montre le mécanisme de renforcement positif, par reconnaissance individuelle et sociale, de la pratique intensive d'une activité sportive comme le vélo [166]. Les interventions organisées sur le temps de loisirs et sans compétition, comme la danse, sont efficaces pour augmenter l'exercice chez les jeunes [100]. Le neuroscientifique Kukstas défend l'idée d'une pratique physique modérée mais intégrée au niveau sensoriel et proprioceptif, expérience d'un corps sensible plutôt que la recherche addictive de performance, pour "nous rendre plus sensibles aux messages du corps, en augmentant les flux d'informations entre le corps et le cerveau" [109].

Le handicap est défini par une limitation de l'activité sociale subie en raison d'une altération durable de fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques. Pourtant la pratique d'une activité sportive permet une insertion sociale pour des publics empêchés. La loi du 11 février 2005 de compensation du handicap prévoit l'accessibilité pour tous à la vie sociale et culturelle de la cité. Comment permettre à des publics empêchés de bénéficier d'une pratique physique ?

Effets physiques

Parmi les effets physiques de la danse, le plus évident est qu'elle met en action. Bouger va à l'encontre de la crainte adolescente de passivité. L'agir est contenu par un cadre protecteur et sécurisé, évitant les passages à l'acte. La danse suscite une meilleure prise sur le réel. En effet la motricité permet de distinguer réalité et hallucination et d'investir l'objet réel du dehors plutôt que l'objet halluciné, comme lors de la petite enfance. Les attitudes corporelles et les perceptions physiques sont améliorées par une pratique régulière de la danse [22]. Danser développe les coordinations, l'intégration sensorielle, le contrôle musculaire, l'équilibre, le contrôle visuo-tonico-moteur, les repères spatio-temporels et diminue les tensions, permettant de plus larges capacités de mouvements. Elle assouplit le fonctionnement corporel, l'harmonie des segments, l'ancrage au sol. Elle développe la disponibilité corporelle à partir du travail de l'axe du corps, l'aisance, la fluidité et la spontanéité.

La danse peut parfois amener à la transe. Cet état d'exaltation est une sorte d'auto-hypnose qui transporte hors de soi et hors du monde réel. La valse par rotation, ou encore la danse techno souvent associée à l'ingestion de drogues psychostimulantes, peuvent constituer de véritables transes. Le tournoiement est utilisé à toutes les époques pour entraîner un état de conscience modifié dont on peut revenir. Encore aujourd'hui, les membres de l'ordre religieux Mevlevi utilisent une transe obtenue par tournoiement pour prier. La danse permet alors d'entrer en communication avec le divin.

Communication infra-verbale

L'expression du corps est la forme la plus primaire d'expression de soi. Le bébé aime déjà bouger, produire des sons et des rythmes. Le corps est à la fois matière et instrument pour représenter l'intérieur de soi. Les gestes dansés forment un énoncé qui transcrit les émotions, l'imaginaire et les fantasmes. La communication avec autrui s'enrichit de ce dialogue infra-verbal. Le philosophe Maurice Merleau-Ponty observe que "notre corps n'est pas seulement un espace expressif parmi tous les autres (...) il est l'origine de tous les autres, le mouvement même d'expression, ce qui projette au dehors les significations en leur donnant un lieu, ce qui fait qu'elles se mettent à exister comme des choses, sous nos mains, sous nos yeux".

Effets psychiques

Concernant le narcissisme, la danse est une activité auto-érotique qui donne du plaisir par le corps. Processus auto-calmant, elle développe le corps-plaisir. La maîtrise des mouvements est accessible à chacun, c'est une expérience valorisante. En dépassant ses inhibitions, le sujet se découvre de nouvelles possibilités. Pour danser, il s'affirme en occupant une place dans l'espace. L'improvisation renforce aussi la confiance dans son autonomie.

La danse permet de se sentir vivre et bouger, elle accroit la perception de la réalité sensori-motrice. Le renforcement de la conscience de soi améliore celle que le sujet a d'autrui. Les interactions sont facilitées. L'enrichissement proprioceptif renforce la cohérence de la représentation du corps (image du corps) et permet d'intérioriser ces appuis, de s'éprouver comme un sujet incarné, de retrouver une intentionnalité du corps. Selon D. Stern, les pensées se construiraient à partir du mouvement imaginé. Le système sensori-moteur aurait un rôle essentiel dans l'imagination, la construction des concepts et dans le langage [172]. Schilder pense que la façon de bouger est l'expression directe de l'image du corps [161]. Fran Levy ajoute qu'un enrichissement du répertoire des mouvements enrichirait la personnalité et l'image du corps [115].

Une étude en cross-over montre l'impact positif d'une intervention de six semaines de danse aérobic sur l'insatisfaction corporelle chez cinquante adolescentes britanniques âgées de 13 à 14 ans [22]. La danse peut modifier les représentations de soi. Pour Nietzsche, la danse est une métaphore de la pensée. Au-delà du corps biologique, elle considère le corps métaphorique, symbole notamment du temps qui passe. Le dépassement de soi permet de sublimer les conflits. Danser est libérateur. L'agressivité et la libido trouvent une voie de décharge.

L'enseignement des techniques de danse se fait par imitation, c'est-à-dire identification au corps du professeur et transposition du mouvement sur soi par introjection. L'appropriation du mouvement nourrit le jeu expressif.

La peau assure la fonction de limite et de contenant. De la même façon que la membrane est vitale à l'échelon de la cellule, la barrière de la peau organise une perméabilité sélective, au niveau émotionnel, cognitif et sensoriel. C'est la rencontre avec le monde extérieur qui nécessite d'organiser cette limite protectrice mais poreuse permettant de se nourrir de l'altérité. La danse procure des sensations au niveau de la surface du corps et renforce la matrice psychique du "Moi-peau" d'Anzieu. Danser confronte aussi au conflit opposant la toute puissance psychique et les limites du corps [180].

Enfin la danse a des effets significatifs de réduction du stress [13, 81]. En 2013 une étude randomisée contrôlée suédoise menée sur trois ans démontre l'efficacité d'une intervention de danse chez 112 adolescentes âgées de 13 à 18 ans souffrant d'un mal-être [50]. Elles sont recrutées par l'infirmière scolaire lorsqu'elles présentent des somatisations, céphalées, douleurs dorsales ou abdominales, ou des plaintes de fatigue, d'inquiétude ou de stress. Le constat initial est celui de la nécessité d'une prise en charge pour des jeunes présentant des affects dépressifs et/ou une faible estime d'eux-mêmes sans tableau clinique constitué relevant d'un soin classique en pédopsychiatrie. Des cours de danse d'une durée de 1h15 sont menés de façon bihebdomadaire pendant huit mois. Ils sont structurés en différentes phases : échauffement, pratique, étirements et relaxation, suivis de cinq minutes de réflexion pour clôturer la séance. L'état de santé globale est mesuré grâce à un auto-questionnaire (échelle de 0 à 5) à 8, 12 et 20 mois. Le bénéfice est maintenu un an après la fin de l'intervention. Par ailleurs 91% des jeunes qualifient "d'expérience positive" leur participation à ce programme, le taux de participation était bon à très bon. Pour les auteurs, l'activité de danse a été vécue comme un moment de plaisir et une opportunité relationnelle (nouvelles rencontres, partage d'intérêts, donne de l'attention au jeune), sans pression ni contrainte scolaire. Ils concluent à la possibilité de prévenir, voire traiter, le mal-être adolescent grâce à la pratique de la danse.

Dimension sociale

La danse permet l'intégration sociale. Elle facilite les relations garçons filles, notamment à l'adolescence. Dans une boum ou en boîte de nuit, les corps dansent à la recherche d'une rencontre amoureuse. Le CDC Toulouse/Midi-Pyrénées a construit un projet mêlant social et artistique [142], pour favoriser l'intégration sociale d'adolescents issus de quartiers peu favorisés de Toulouse, Castres et Montauban. Des chorégraphes professionnels mènent des ateliers de danse durant une année, avec la finalité d'un spectacle présenté en tournée.

Effets négatifs ?

Les danseuses classiques constituent un groupe à risque largement repéré dans la littérature. En 2005, Doumenc, Sudres et Sztulman tentent de préciser les différences entre danseuses amatrices et professionnelles quant à leur poids actuel et idéal et quant au développement de conduites pathologiques telles que les troubles du comportement alimentaire, une insatisfaction corporelle intense ou des préoccupations exagérées pour la nourriture [49]. En 1996, une étude de M.Sanchez-Cardenas et C.Paruit Portes fait état de tentatives de suicide chez des élèves danseuses [156]. En 2003 J.Barbé et J.C.Seznec étudient l'impact de la pratique intensive de la danse classique sur les processus de maturation chez sept jeunes adolescentes [8]. Des danseurs célèbres ont par ailleurs sombré dans la psychose (cf. les Cahiers de Nijinski).

La pratique sportive est un outil d'épanouissement pour la maturation psychique, notamment grâce au renforcement de la connaissance et de l'affirmation de soi. Néanmoins, son investissement intensif peut engager, surtout en période de remaniements fragilisants, vers un exercice excessif, potentiellement addictif et mortifère, véritable trouble adaptatif. L'ivresse est alors poursuivie jusqu'à l'épuisement, niant les limites du corps. Il ne suffit donc pas de bouger ni de danser pour qu'un processus de soin s'enclenche, nous y reviendrons dans la partie consacrée à la danse-thérapie.

Histoire de la danse occidentale

Véritable patrimoine culturel, la danse est le reflet des civilisations, des modes et des idéologies. Tout groupe humain, tout individu, se définit par la façon dont il danse, ou dont il apprécie et privilégie telle manière de danser.

Les œuvres rupestres du paléolithique témoignent de danses sous forme apparente de transes sacrées. La première représentation de danseur, tournoyant sur lui-même, aurait quatorze mille ans [15, 16]. La danse est donc un des plus anciens langages humains. Pour les hindous, la danse est plus

ancienne que le monde lui-même car c'est précisément en dansant que Shiva créa le cosmos.

Des vestiges grecs ou égyptiens témoignent aussi de la pratique de la danse. Dans la Grèce antique, la danse est un évènement cérémoniel et un rite religieux adressé à une entité supérieure. Elle a une place considérable dans le quotidien : elle participe aussi bien à l'éducation des enfants qu'à l'entraînement militaire.

Au Moyen-Âge, l'occident chrétien met progressivement un terme aux danses populaires, désignées comme causes des désordres sociaux et des égarements moraux. "Où il y danse, il y a diable" caricature St Jean Chrysostome. Les danses sont aseptisées et intégrées aux fêtes religieuses.

A la Renaissance, la danse endosse un rôle politique et sert la propagande monarchique. Le ballet de cour, allégorie du pouvoir royal, se fait démonstration de la légitimité du roi. Avec l'instauration d'une monarchie absolue de droit divin, la légitimité du roi n'est plus contestée. L'intention de la danse dans ce contexte devient purement esthétique, succession artificielle de beaux gestes. La forme, alliant grâce et légèreté, prime sur le fond. La maîtrise corporelle du danseur sert un idéal de rigueur technique et esthétique, grâce à un entraînement constant et intensif. La beauté devient un canon fixe, conforme à la définition royale. Les gestes sont figés et répertoriés en tant que tels, sans signification propre, en 1700 dans le traité de *Chorégraphie ou Art de noter la danse*. Son auteur, Feuillet, établit 460 pas en partant de cinq positions de base. La danse intègre le théâtre de Molière et de Lully dans les comédies ballets. Lui-même danseur dans *Cassandre*, Louis XIV fonde l'Académie royale de danse en 1661 dès la première année de son règne. Le métier de danseur est reconnu et rémunéré en 1672 avec la naissance de l'Académie royale de musique et de danse, bientôt appelée l'Opéra. Un répertoire de ballets classiques se constitue.

Au XIX^e siècle le ballet romantique sert l'expression de sentiments intimes et fantastiques. Le ballet *La Sylphide* par exemple tente d'exprimer l'irréel. Habituellement les danseuses sont vêtues sur scène de tutus : vision féminine ambivalente, autant désirable qu'inaccessible, vivante que fantasmagorique, sensuelle qu'évanescence. Dans *Giselle*, les fiancées mortes que rejoint Giselle sont des "femmes fatales" qui séduisent les hommes et les font danser jusqu'à ce qu'ils en meurent. En opposition au mouvement précédent, l'école académique prône la virtuosité aux dépens de l'expressivité. Le corps du danseur cherche à atteindre la perfection du mouvement, à s'ériger avec grâce par les sauts, à s'éloigner du sol pour devenir aérien.

Les Ballets Russes de Diaghilev bousculent l'académisme. Le danseur chorégraphe Vaslav Nijinski révèle la force archaïque du corps retrouvant la liberté instinctuelle dans ses créations *L'Après-Midi d'un Faune* en 1912, et le

Sacre du Printemps en 1913. Stravinsky écrit au sujet du *Sacre du Printemps*, pièce charnière de l'histoire de la danse : "j'entrevis dans mon imagination le spectacle d'un grand rite sacré païen : les vieux sages, assis en cercle et observant la danse à la mort d'une jeune fille qu'ils sacrifient pour leur rendre propice le dieu du printemps". Kandinsky note que le ballet n'a servi qu'à exprimer des sentiments matériels comme l'amour ou la peur alors que la danse néoclassique est capable de provoquer des vibrations plus subtiles [97].

L'industrialisation et l'urbanisation du XX^e siècle changent profondément la société. Les mœurs sont libérées et le corps s'émancipe. Le terme de "danse moderne" regroupe des initiatives personnelles en rupture avec la tradition de la danse classique. Pour l'américaine Isadora Duncan, danser c'est exprimer sa vie intérieure. Le corps devient l'interprète de l'âme. La Denishawn's School crée en 1915 la danse moderne, intégrant différents courants de l'époque, artistique, ésotérique, philosophique et psychanalytique.

Née en Europe et aux États-Unis après la Seconde Guerre mondiale, la "danse contemporaine" ne correspond ni à une rupture avec la danse moderne ni à des repères temporels précis. La danse contemporaine ne se reconnaît comme telle qu'à travers les créateurs qui s'en revendiquent. Les propositions sont diverses et personnelles puisqu'elles naissent du refus des grammaires prédéfinies. Leur socle commun est l'expression de soi sans artifice et l'ambition de soulever des questions universelles comme le corps ou le mouvement. Pour le chorégraphe américain Merce Cunningham, la danse devient un mouvement naturel, sans finalité, aussi peu stylisé que possible. Il fait appel au hasard, ne donne ni sujet ni intention. L'aléatoire permet de bousculer le spectateur pour susciter des émotions. La danse-théâtre utilise la théâtralité dans l'écriture chorégraphique. Pina Bausch et sa compagnie le Tanztheater Wuppertal en sont dès 1974 les grands promoteurs en Europe. Maguy Marin dans son ballet *Groos Land* prend en défaut l'idéal de minceur qui fait loi pour tous les chorégraphes. Mathilde Monnier a fait danser des adultes psychotiques et des soignants. Maurice Béjart démocratise la danse, grâce à une esthétique simple et puissante.

Dans les années 1980, avec l'émergence de la Nouvelle danse française, un réseau de Centres chorégraphiques nationaux est créé afin de répondre aux besoins d'équipements novateurs pour la création chorégraphique française. Ils sont dirigés par un chorégraphe qui y établit sa compagnie. Il s'agit d'une mesure de décentralisation culturelle. Leurs missions sont relatives à la production, la diffusion de pièces chorégraphiques et la sensibilisation à la danse. Le premier Centre de développement chorégraphique, celui de Toulouse¹, entre en activité en 1995. Il est dirigé par Annie Bozzini. Le CDC est

1. Site web : www.cdctoulouse.com

un lieu d'accueil, de recherche, de travail et d'échange pour des compagnies régionales, des équipes nationales et internationales. Il assure le rayonnement des créations chorégraphiques et organise des festivals, des résidences d'artistes, propose des formations professionnelles. Un projet d'envergure est en cours, la création d'une Cité de la danse, au sein de l'ensemble patrimonial de l'hôpital de La Grave [178]. Des collaborations ont été créées entre hôpital et CDC, comme nous le développerons plus loin.

6.1.2 Origines de la danse-thérapie

Au XX^e siècle des danseurs décident de travailler avec les patients psychiatriques. A l'époque où les neuroleptiques n'existent pas, ces malades sont doublement enfermés, dans les murs de l'asile et dans leur monde intérieur. Les formes de danse-thérapie sont diverses et ramifiées en fonction du courant de danse à partir duquel elles ont émergé. Elles diffèrent tant au niveau de leurs sources théoriques, en général psychanalytiques (Jung, Sullivan, Adler, Freud, Lacan), que de leur filiation artistique. En effet, si c'est la danse moderne qui a historiquement le plus influencé cette discipline, certains se réclament de la danse classique et d'autres font référence au courant primitiviste rattaché au jazz. Les courants de danse moderne et contemporaine portent en eux une dimension de développement personnel créant les conditions pour l'émergence naturelle de la danse-thérapie.

Filiation de la danse moderne

A la fin du XIX^e siècle, François Delsarte développe une nouvelle façon d'appréhender le corps. Dépassant la domination du psychique, le corps global est en lien avec les émotions et les pensées. "Le simple mouvement dit tout mon être. C'est tout l'homme que le geste. C'est pour cela qu'il est persuasif, c'est l'agent direct de l'âme, et cela dit tout". Selon lui, le mouvement incarne la personnalité. Ses idées inspirent les pionniers de la danse moderne, en particulier Ted Schawn et Ruth St Denis qui fondent en 1915 l'école Denischawn, où a notamment étudié Marian Chace.

Marian Chace (1896-1970) est professeur de danse à Washington. Dans les années 1930, son regard de professeur évolue : "en observant le mode non-verbal communicationnel des sujets qui prenaient leurs premiers cours de danse, je commençais à comprendre et à percevoir les besoins pour lesquels ils demandaient de l'aide. Au lieu de m'en sentir dépitée, j'essayais au contraire d'empathiser avec eux en tant qu'individus. Mon enseignement était à l'évidence en train de se modifier. Inconsciemment l'intérêt et l'attention que j'accordais à tous mes élèves, se transformaient en l'apport d'un soutien

offert à des individus aussi bien qu'à des danseurs". Elle s'inspire de son élève Wilhelm Reich qui lie conflits psychiques et "cuirasse musculaire" [144]. Les distorsions posturales ou gestuelles révéleraient une mauvaise adaptation aux conflits internes.

Elle instaure des groupes de danse en hôpital psychiatrique pour favoriser l'expression et la communication non-verbale, ouvrant à la symbolisation : "extériorisation des sentiments internes qui ne peuvent être exprimés par un discours rationnel mais peuvent être partagés dans une action rythmique, symbolique". Elle reflète les gestes des participants et réagit corporellement à leurs improvisations. Son "empathie par le mouvement" lui donne accès aux émotions ressenties par les patients [158]. Ce travail aboutit notamment à la création d'une comédie musicale *Hôtel Ste Elisabeth*, véritable parodie de l'institution psychiatrique. Les patients y vantent les "mérites" de ce complexe "hôtelier" "ludique". Un des psychiatres de l'hôpital décrit : "les patients ont la possibilité de faire un pas hors de leur monde rétréci et pour certains atteindre l'extérieur, ou les autres. Leurs mouvements semblent libres, faciles, confortables (...) exprimant en déplacement et rythme ce qu'ils ne peuvent exprimer en mots ou en comportements sociaux conventionnels". Marian Chace est sensible à la dimension d'intégration sociale [27], tout comme le psychiatre psychanalyste Harry Stack Sullivan qui a également travaillé à Ste Elisabeth.

Elle nomme son approche la Dance Movement Therapy (DMT) qui prévoit l'utilisation psychothérapeutique du mouvement comme processus pour promouvoir l'intégration physique, émotionnelle et psychique d'un individu [157]. L'American Dance Therapy Association (ADTA), fondée en 1965, atteint une visibilité mondiale avec la publication d'une revue et l'organisation d'un congrès annuel aux Etats-Unis. En 1976 la discipline obtient un statut spécifique au sein de l'art-thérapie. L'ADTA crée un diplôme d'état en danse-thérapie obtenu en trois ans. L'enseignement repose sur l'apprentissage de techniques de danse, de l'analyse des mouvements, de la psychologie clinique et de la psychopathologie psychanalytique, ainsi que sur des stages pratiques en institution.

L'autre courant fondateur de la danse moderne est l'expressionnisme allemand dont Rudolf von Laban fut le théoricien. Il figure l'affrontement tragique entre le monde interne et externe. Le courant de danse-thérapie influencé par la danse moderne expressionniste s'inspire des idées jungiennes qui mentionnent notamment que le mouvement serait une forme d'expression inconsciente. Le psychiatre Eugen Bleuler, auteur des concepts de dissociation et de schizophrénie, invite la danseuse Trudi Schoop dans sa clinique à Zürich. Elle observe les phénomènes dissociatifs, centrant son attention sur la sphère corporelle : mimiques dissociées des postures, torses "agressifs et fiers

montés sur des bassins fermés". Le travail de Trudi Schoop vise l'expressivité et l'harmonisation de l'image du corps. Elle émigre en Californie du sud où elle travaille avec des schizophrènes hospitalisés.

La danseuse Mary Starks Whitehouse définit la technique du "mouvement authentique" centré sur la sensation et sa mise en forme selon "l'imagination active" jungienne. Le mouvement jaillirait d'une dynamique interne en lien avec une sensation comme une association libre. La difficulté est de se laisser bouger plutôt que de bouger. Dans ce dispositif, le *mover*, ou bougeur, ferme les yeux pour se rendre disponible à ses images intérieures, avant de se lancer dans une séquence de mouvements. Le *witness*, ou témoin, laisse résonner en lui cette improvisation et se lance à son tour dans le mouvement. Il restitue ensuite son expérience au *mover*. Cette technique relève cependant plus du champ du développement personnel que de celui de la thérapie car elle nécessite des moyens d'expression relativement préservés.

La personnalité se manifestant dans le mouvement, Rudolf von Laban imagine un effet de celui-ci sur celle-là : "des actions réparatrices peuvent éveiller des qualités perdues". Irmgard Bartenieff crée une échelle d'évaluation fonctionnelle du mouvement, liant intention psychique et expression physique en fonction de quatre paramètres que sont l'espace, le temps, le poids et le flux [110]. A sa suite, Judith Kestenberg relie les qualités du mouvement aux stades freudiens de développement avec l'échelle de profil psychopathologique [99]. Laura Sheelen, kinésithérapeute formée à la danse moderne, classique et au théâtre, crée des ateliers "mythodrames" dans lesquels les participants endossent un rôle, incarnation symbolique de l'idéal d'un "corps glorieux" pour relativiser la dimension narcissique de la danse.

Filiation de la danse classique et références freudiennes

La psychanalyste new-yorkaise Elaine V. Siegel perçoit dans les tensions musculaires un compromis entre fonction défensive et besoin d'exprimer le refoulé. La danse-thérapie permettrait d'améliorer l'image de soi, de revenir sur les points de fixation et de les "dé-somatiser", conceptions se rapprochant des théories psychosomatiques de Marty [180]. La verbalisation post-séance serait nécessaire pour tendre à la symbolisation. La référence à la technique de danse classique procurerait un ancrage dans la culture et la mise en scène d'un Moi idéal.

La psychomotricienne et danseuse Rose Gaetner introduit la danse dans diverses institutions psychiatriques parisiennes entre 1951 et 1990. Elle travaille à l'hôpital de Maison Blanche, en psychiatrie adulte à l'hôpital Sainte Anne et à l'hôpital de jour pour enfants psychotiques Santos Dumont. Elle fait référence aux concepts du stade du miroir et du dialogue tonico-émotionnel

d'Henri Wallon et de Julian de Ajuriaguerra. Son approche est fondée sur l'esthétique classique avec sa recherche du beau et de l'harmonie. Contrairement à la plupart des dispositifs de danse-thérapie, les patients n'improvisent pas. Ils imitent les mouvements improvisés par la thérapeute. Sur le plan psychopathologique, sa principale référence est freudienne centrée sur la restauration narcissique et les dialectiques être/aimer être, être regardé/se regarder. Elle considère aussi la charge érotique de la danse, mise en scène par la tenue vestimentaire.

Danse populaire primitiviste

Dès 1977 France Schott-Billmann associe psychanalyse lacanienne, danse et anthropologie. Les objectifs sont de canaliser les pulsions, réorganiser la dimension symbolique et dialoguer avec l'Autre [165]. L'expression primitive est créée par le danseur haïtien HERNIS Duplan. Cette danse collective dynamique joue des universels de la danse et des relations précoces : sur un rythme binaire, elle reprend des mouvements répétitifs de gestes contraires fondamentaux tels que donner-reprendre, lier-séparer, ouvrir-fermer. Le groupe, figurant la mère, berce et porte le danseur.

La répétition de gestes opposés rappelle des jeux précoces à potentiel symboligène. Le jeu du "fort-da" s'enracine dans une expérience corporelle motrice et vocale. Le jeu du coucou-caché permet également par l'alternance des séquences, de supporter l'absence et de gagner en autonomie. La maturation nécessite la castration : dans ces oppositions, on est l'un ou l'autre, séparés et distingués. Au-delà, la coupure fait aussi lien. En effet, la subjectivation s'origine dans l'apparition de l'élément tiers que représente le langage.

Actuellement en France

La Société Française de Psychothérapie par la Danse, créée en 1984, est affiliée à l'Association Européenne de Danse-Thérapie. La dénomination simplifiée "danse-thérapie" fait l'économie du signifiant "mouvement", présent dans la "dance movement therapy" américaine. Il n'existe aujourd'hui en Europe aucun diplôme d'état. Ce sont des diplômes universitaires qui forment à la danse-thérapie.

6.1.3 Contenu des danse-thérapies

Le paragraphe précédent indique qu'historiquement la danse-thérapie relève de techniques et de cadres théoriques variés. Cette diversité s'organise autour du fondamental d'une relation d'aide par la danse, prenant pour objet

le corps global comme unité psychocorporelle. Il ne s'agit pas seulement de recourir à la médiation corporelle pour mobiliser la sphère psychique, mais de mettre en circulation et en résonance les sphères corporelle et psychique [114]. La danse "ré-unit".

Groupe thérapeutique à médiation corporelle

La médiation corporelle a ceci de particulier qu'elle prend comme objet de médiation le corps-même du sujet, ou plutôt son investissement. Selon Stern, le cœur du processus thérapeutique est basé sur l'analyse des interactions dans l'ici et le maintenant du soin [171]. C'est le cas dans la séance de danse-thérapie, où les mouvements d'une personne à un instant donné représentent la façon dont elle vit les relations à elle-même et aux autres. La danse fait appel à la mémoire sensorielle et affective. Elle permet de lier expériences, éprouvés et pensées. L'expressivité est un moyen d'accéder à la symbolisation, représentation de la présence manquante.

La danse-thérapie s'exerce souvent en groupe. Comme nous l'avons développé plus haut, le groupe à médiation est particulièrement contenant car il se constitue autour d'un objet partagé. La danse organise les échanges, elle n'est pas le but mais le moyen. Le cadre spatio-temporel définit les limites entre le dedans et le dehors du jeu. La sécurité des participants s'appuie sur des règles implicites, telle l'interdit de se faire mal. Le cadre théorique garantit la dimension thérapeutique, grâce notamment au jeu identificatoire, à l'élaboration du transfert et du contre-transfert, comme pour les psychothérapies verbales. Il s'agit plus de construire un espace psychique interne que de donner des interprétations.

Empathie, résonance motrice, neurones miroirs

La résonance motrice signifie que le seul stimulus de voir une tierce personne effectuer un geste, induit chez l'observateur l'activation des zones cérébrales chargées de la préparation à la motricité intentionnelle, ou circuit des neurones miroirs. Dès le début de la vie, le bébé peut imiter les mimiques et tirer la langue par exemple. Au cours du développement, ces aires sont inhibées et d'ailleurs les syncinésies d'imitation de l'enfant disparaissent [131], excepté dans certaines situations pathologiques où les comportements en écho, écho-praxie ou écholalie, persistent. L'imitation involontaire peut aussi s'observer en thérapie en face à face.

Les neurones miroirs sont activés aussi bien lorsqu'un individu exécute une action que lorsqu'il observe un autre individu exécuter la même action, ou même lorsqu'il imagine une telle action [149, 26]. Les aires cérébrales

impliquées dans la perception et la production de mouvement sont aussi celles de la compréhension de l'intention du mouvement [122]. Ce processus permettrait de comprendre l'état émotionnel d'autrui, socle de l'empathie. Il serait à la base du système de l'attachement.

Le processus thérapeutique de la danse-thérapie serait lié au concept de "mirroring" ou action en miroir [11]. La danse permet une situation en miroir à travers le corps du thérapeute : pour Ajuriaguerra "le miroir c'est l'autre". Des études variées tentent d'identifier ce lien avec plus ou moins de clarté [85, 192]. L'empathie par le mouvement, développée par Marian Chace, consiste à refléter le mouvement de l'autre, pour comprendre ses émotions intimes à travers ses gestes. Ce phénomène est favorisé par une relation particulière entre les deux individus, notamment si l'observateur nourrit une identification forte à l'égard de la tierce personne. Lors d'un ballet, le spectateur s'identifie au corps du danseur.

Engagement corporel du soignant

Selon que le danse-thérapeute soit issu du milieu de la danse ou du soin (psychomotricien, psychologue, éducateur, médecin...), son regard sur le patient diffère. Le soignant a été formé à repérer et agir sur les fragilités. L'artiste s'intéresse au sujet dansant, aux parties saines de sa personnalité.

Danser avec le groupe permet un dialogue infra-verbal, une co-construction de sens. Le danse-thérapeute a souvent l'expérience d'un travail psychocorporel personnel, car sa conscience corporelle est son principal outil. Le narcissisme du thérapeute peut se communiquer au groupe : donner envie de s'exhiber, de plaire, d'être aimé. Le thérapeute assume une fonction parexcitante en maintenant un équilibre entre excitation minimale et évitement des débordements. Souvent il s'agit de co-thérapie. Deux thérapeutes s'intègrent mieux dans le groupe qu'un seul. Cela favorise aussi la différenciation des rôles, et donc des investissements variés en fonction de la personnalité des patients.

Contenu des séances

Les séances sont souvent structurées. La constance de cette trame rend le déroulement de l'atelier en partie anticipable, renforçant le sentiment de confiance et de sécurité des participants. Le portage est assuré par la voix et le regard du thérapeute et des membres du groupe. La danse-thérapie engage dans une exploration corporelle signifiante de soi, des autres, de l'environnement. Les séances s'appuient sur des explorations énergétiques, rythmiques et spatiales.

Parfois un apprentissage technique structuré, en référence à un courant de danse spécifique, permet d'améliorer la connaissance du corps. Une partie de la séance est axée sur la créativité et le jeu, grâce aux improvisations, mises en scène de l'imaginaire et des fantasmes. Le risque de l'improvisation est un appauvrissement progressif dû à la répétition rigide. Pour l'éviter, le thérapeute nourrit l'imaginaire des patients grâce à l'utilisation de thèmes ou d'accessoires. Ces derniers permettent aussi de se décentrer de soi vers un focus externe.

Le groupe s'organise souvent en cercle. Des personnes peuvent ainsi sortir sans désorganiser le reste du groupe. Cette structure est stable et souple à la fois, elle donne une place à chacun. A tour de rôle, chacun peut devenir le leader du groupe, celui qui construit et organise une séquence de mouvements.

Objectifs des séances

Les effets sont atteints progressivement à différents niveaux, ici différenciés, mais en pratique fortement intriqués les uns aux autres. La plupart reprennent les effets de la danse précités qui sont utilisés ici dans un cadre thérapeutique, au sein d'une relation d'aide.

Reconnaître l'existence du corps, comme le sien et comme un tout, est réaffirmé grâce à la reviviscence du stade du miroir [17]. La danse-thérapie mobilise de façon positive l'image du corps [53]. V. Cros dans son mémoire de DU art-thérapie [34], objective l'amélioration de l'image corporelle chez des adolescents hospitalisés pour décompensation psychiatrique dans une unité post-aigüe.

L'objectif est aussi d'éviter la répétition en assouplissant le mode de défense face au stress. La pathologie enferme dans un style répétitif, rigide et monotone, sans possibilité de jeu diversifié au niveau émotionnel et tonique. La danse-thérapie permet alors un travail d'acceptation des fluctuations fondamentales, oscillant entre l'ordre/le geste maîtrisé/ l'impression/le repli sur soi et le désordre/le geste libéré/l'expression/l'ouverture à l'autre. Le jeu de la statue par exemple donne la consigne de passer d'un état en mouvement actif à une attitude figée et contenue.

La danse-thérapie améliore ensuite les liens entre vie psychique subjective et contraintes externes. Elle prévoit des exercices sur les contours, comme un effleurage du corps [181], des jeux d'interaction, une réorganisation tonique et posturale.

Au-delà des gains individuels, la danse a aussi des effets sur la conscience d'appartenir à un groupe et sur les interactions groupales. Dans un service de CHU américain d'hospitalisation de crise pour enfants, une étude a montré que la danse-thérapie améliore la cohérence groupale, grâce à l'implication

active "dans l'ici et maintenant", au travail de synchronisation temporelle et spatiale, à l'amélioration de la conscience de soi et des autres [53]. Les nouvelles compétences émotionnelles et sociales profitent aussi au jeune à l'école et dans sa famille. Les effets négatifs induits par l'hospitalisation brève que sont les changements permanents au niveau des équipes et des patients et la diversité clinique des problématiques sont minimisés. Claire Schmais décrit les difficultés à promouvoir la cohésion dans un groupe rassemblant des patients isolés, et l'efficacité de la danse-thérapie pour créer malgré tout un contact signifiant [163]. L'efficacité de la danse-thérapie en matière de cohésion est également abordée chez l'adulte [46, 83, 133, 163]. Pour Yalom, la cohésion permet un sentiment de sécurité, de confiance et de respect avec absence de jugement et tolérance de l'altérité nécessaires pour travailler ensuite des objectifs thérapeutiques [194].

Une séance de danse-thérapie est décrite, réunissant sept enfants âgés de 5 à 8 ans, hospitalisés dans ce service de crise, souffrant diversement de dépression, de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, d'anxiété, de psychose, de stress post-traumatique, de trouble des conduites, d'antécédents d'abus physique ou sexuel [53]. Leurs comportements sont donc très variés : renfermés, isolés ou collés, méfiants, intrusifs, impulsifs, bruyants, opposants, provocants, déconcentrés, désorganisés, agités, avec parfois une auto ou hétéro-agressivité physique ou verbale. Pour commencer, les participants s'assoient sur des chaises disposées en cercle. Une chanson de bienvenue est entonnée, nommant chacun des participants, pour développer la conscience de soi, et des autres, la valeur de chacun et l'expérience de faire partie d'un ensemble plus large. Une balle en mousse est mise en circulation. Chacun la serre à son tour, avec plus ou moins d'intensité, et nomme l'émotion qu'il ressent. Ensuite chacun l'applique sur différentes parties de son corps, travail de conscience de son corps, d'image du corps.

Débutent alors un travail d'interaction : la balle entre les pieds, la consigne est de trouver un moyen de la faire passer à son voisin sans utiliser les mains. Cela engendre de l'animation, de l'entraide, un gain de tolérance à la frustration (attendre son tour, se soumettre à la contrainte), un travail sur la proximité (ni trop loin ni trop près) et provoque un contact oculaire entre participants. Les jeunes frappent leurs pieds au sol puis leurs mains en suivant le rythme d'un tambour. Ils apprennent à moduler l'énergie déployée, développant le contrôle de l'impulsivité. La résolution claire du mouvement, comme avec le tambour, donne un sentiment de maîtrise de soi, prérequis pour gérer ses émotions et ses peurs [70]. Ils expérimentent la position de leader, en impulsant le rythme à suivre. Un travail d'improvisation a lieu par deux en miroir (conscience de soi et de l'autre, interaction), les autres

encourageant en tapant des mains, toujours actifs.

La séance se termine avec le cercle de chaises, plus serré qu'au départ. Un animateur guide l'expérience du miroir, impulsant des gestes calmes qui recentrent sur soi. Chacun improvise un geste d'au revoir, repris par le groupe. La séance se clôture par une respiration lente profonde.

Verbalisation

La verbalisation est facultative dans une séance de danse-thérapie. Lorsqu'elle a lieu, elle permet de parler de son expérience corporelle, de nommer les émotions ressenties, de remémorer et d'élaborer des vécus. Cela favoriserait les représentations de mots et l'intégration cognitive. L'après coup du sens, la résonance avec l'histoire personnelle, avec "les empreintes corporelles blessées par des situations traumatiques ou conflictuelles" [181] est souvent repris ailleurs, dans un espace de psychothérapie individuelle.

Musique

Le rythme est un facteur d'engagement corporel qui facilite la mise en mouvement. Le temps de suspension, entre deux événements, devient tension et attente. Le silence n'est pas un arrêt mais une transition, une tension active.

L'article du docteur Rauscher de l'université de Californie, publié dans le journal *Nature* en 1993, montre qu'écouter de la musique classique augmente le Quotient Intellectuel de 36 étudiants en psychologie [143]. Le QI est mesuré avant et après dix minutes d'exposition, soit au silence, soit à de la musique de relaxation, soit à une sonate pour pianos de Mozart. Le sous-groupe des étudiants exposés à la musique classique obtient des résultats supérieurs de QI, alors que les résultats des autres ne sont pas modifiés. Cet effet Mozart n'a jamais été reproduit. Une méta-analyse ne retrouve pas de corrélation entre l'écoute de la musique et les performances cognitives [138].

Transition avec l'extérieur

Le début et la fin de la séance correspondent à des temps particuliers de transition avec le monde extérieur, scandés par la possibilité de verbalisation et de détente. Se séparer s'apprend, en séance comme dans la vie. Souvent la séance démarre par un échauffement musculaire, préparation physique et émotionnelle à l'atelier. La séance se termine parfois par la répétition de mouvements simples, repris à l'unisson. Cette danse collective donne un sentiment de réalisation personnelle et donne au groupe un sentiment de cohésion, facilitant la séparation ultérieure. Les rituels de clôture baissent le

niveau d'énergie pour atteindre un état de calme, parfois grâce à un temps de relaxation régressif.

Spectateurs

Le regard tient une place privilégiée puisqu'il y a toujours au moins les spectateurs que représentent les autres participants.

Parfois la fin des ateliers se concrétise par la présentation d'un spectacle. Le désir de montrer, voire de se montrer, suscite à la fois peur et plaisir. La préparation du spectacle est structurante au niveau de l'assiduité, de l'énergie, de l'implication. Le jour de la présentation la gestion de l'excitation est travaillée, le spectacle nécessitant à la fois contrôle et lâcher prise. L'expérience de la scène permet de communiquer l'étonnement et l'émotion au public, en général composé des familles, des autres patients et des équipes de soin.

6.1.4 Indications de la danse-thérapie

Les enfants découvrent le monde et se construisent sur le plan émotionnel, social, physique, cognitif et communicationnel, grâce aux expériences corporelles. Les états pathologiques qui mettent à mal la construction identitaire appellent un retour au travail d'organisation corporelle. Malgré les difficultés précitées dans le paragraphe sur la recherche en art-thérapie, des études montrent un impact positif de la danse-thérapie sur différents troubles psychiatriques et développementaux, ainsi que dans le champ social (délinquance) et médical, notamment dans la prise en charge des cancers.

Troubles du comportement alimentaire

Rice, Hardenbergh et Hornyak observent une façon de se mouvoir propre aux patientes souffrant d'anorexie, avec une posture rigide, une respiration superficielle, des mouvements symétriques, l'emploi compulsif de l'exercice physique [146]. Ils montrent que la danse-thérapie assouplit ce style tonique. Les mêmes résultats ont été obtenus avec des patients souffrant de boulimie [170]. Sophie Galitzine témoigne de son parcours personnel et professionnel de danseuse et d'art-thérapeute [64]. Elle souffre de boulimie depuis l'âge de 16 ans. Plusieurs thérapies (psychothérapie analytique individuelle, psychodrame analytique, groupe de parole de patients boulimiques) ont amendé ses symptômes et amélioré sa connaissance d'elle-même. Elle s'appuie sur la danse pour nourrir sa créativité et transmettre. La danse "apprend la puissante simplicité que d'être au monde (...) mon corps est ma terre". "Un temps

pour un rien nécessaire (...) ne pas courir tout le temps et étouffer le silence par l'avoir". Danser permet de conserver le lien à son corps "être et faire avec tout ce qui constitue mon être et pas seulement ma tête" sinon "ma tête seule a toute la place pour régner et se fabriquer de nouveaux maux". "Avant le faire, j'écoute et je ne me propulse plus dans l'extériorité immédiatement".

Anxiété

L'angoisse peut entraver les capacités de l'individu à fonctionner et à interagir. Brooks et Stark montrent qu'une intervention de danse-thérapie diminue significativement l'anxiété et les symptômes de dépression chez des patients hospitalisés en psychiatrie [19]. Kline obtient aussi une diminution significative des traits anxieux et de la tension musculaire chez des patients suivis en psychiatrie ambulatoire [106]. Les effets de la danse-thérapie sur l'anxiété sont confirmés dans la méta-analyse de Ritter et Low en 1996 [147]. En 2009, une étude allemande propose l'association d'une approche corporelle à une thérapie verbale afin d'intervenir directement sur l'expérience traumatique corporelle de nombreux réfugiés qui ont subi des viols, la guerre, des tortures [107].

Dépression

Deux essais randomisés démontrent l'efficacité de la danse-thérapie chez des jeunes filles présentant un état dépressif. En 2005, Young-Ja Jeong, Myeong Soo Lee, Min-Cheol Park évaluent l'évolution de l'état psychique et les variations neuro-hormonales chez quarante adolescents présentant une dépression légère, après trois séances hebdomadaires durant douze semaines de danse-thérapie [91]. Le groupe contrôle est en attente de l'intervention. Les tests psychométriques montrent une amélioration de l'état psychique. Le taux de sérotonine plasmatique est augmenté, et celui de dopamine diminué. Tous les résultats sont statistiquement significatifs. La danse-thérapie pourrait stabiliser l'activation du système nerveux sympathique et avoir un effet positif sur la dépression légère. En 2006 les suédois Groenlund, Renck et Vaboe valident le fait que les symptômes dépressifs à l'adolescence sont soulagés par une intervention de trois mois de danse-thérapie [76]. En 2007 Koch, Morlinghaus et Fuchs démontrent les effets de la danse dans le traitement des dépressions [108]. Dans cette étude, trente et un patients, suivis dans le service de psychiatrie du CHU de Heidelberg en Allemagne, sont répartis en trois groupes : un groupe bénéficie de l'intervention de danse-thérapie, face à deux groupes témoin, dont l'un propose une intervention physique aspécifique (vélo d'appartement) et l'autre de la musique seule. Les symptômes

de dépression sont améliorés de façon significative grâce à l'intervention de danse. Les auteurs notent aussi une augmentation de la vitalité et des émotions positives. En 2006, une étude pilote de Gunther et Hölter montre les effets d'une intervention intensive de deux à trois mois de danse-thérapie chez des patients déprimés [78]. Les quarante-cinq patients, recrutés dans un centre thérapeutique de jour, bénéficient d'effets positifs sur la perception d'eux-mêmes, de leur corps, de leur relation à l'autre, de leur biographie.

Abus sexuel

Goodill montre l'intérêt d'une intervention de danse-thérapie dans la ré-appropriation du corps et la récupération d'un sentiment de contrôle chez des enfants victimes d'abus sexuels [70]. Lors des séances de danse-thérapie, des règles sont établies quant au toucher et à la proximité pour sécuriser notamment les jeunes ayant été victimes d'abus physiques ou sexuels et pour aider au repérage des limites entre soi et l'autre [53].

Trouble limite

Le nourrissage proprioceptif permet d'intérioriser des appuis. Chez les jeunes agités et excités, risquant d'exploser de l'intérieur, le thérapeute pré-digère leurs ressentis, selon la théorie de fonction alpha du psychanalyste Wilfred Bion, transformant ces décharges motrices en symbolisation. La contenance corporelle s'ajoute à l'enveloppe du langage pour contenir la destructivité.

Autisme

La psychomotricienne Laurence Auguste rapporte l'expérience de la danse-thérapie chez des enfants autistes [5]. La proposition de danse n'est pas évidente pour ce public, le champ d'activité motrice de l'autiste se réduisant parfois à des stéréotypies rigides. La danse représente une liberté qui peut angoisser, confrontant au vide. Leur désir, orienté surtout vers la préservation et la recherche d'immuabilité, nécessite une approche particulièrement rassurante, avec des ritualisations et des répétitions.

La pauvreté émotionnelle, relationnelle et la difficulté de mentalisation, peuvent bénéficier d'une amélioration grâce à la danse-thérapie. Une hypothèse énonce l'échec précoce de l'imitation, impliquant la capacité d'empathie, comme le principal facteur causal de l'autisme chez l'enfant. Le travail de danse-thérapie est l'occasion de développer cette faculté.

Psychose

Les troubles du développement indiquent un travail corporel, pour reconstruire les bases d'une identité solide. Les patients psychotiques présentent différentes difficultés indiquant un travail de danse-thérapie : manque d'attention, de concentration, de mémorisation, image du corps non unifiée (régressée ou morcelée), peu de motivation pour les apprentissages. Le schéma corporel est parfois altéré, entraînant des difficultés de repérage dans le temps et l'espace, de coordination fine et globale. La distorsion entre image du corps et corps réel constitue un obstacle à la mentalisation. La danse permet de s'éprouver comme une unité cohérente, contenue par la peau, ancrant la réalité psychique dans la réalité du corps. Un sujet qui connaît mieux et agit mieux son corps, même dans le cas de pathologies psychiatriques lourdes, communique mieux. Sa pensée est plus organisée.

En 2000 Kipp, Herda et Schwarz explorent les effets de l'ergothérapie et de la danse-thérapie chez des patients psychotiques, déprimés ou atteints d'autres troubles psychiques [101]. Ils trouvent des effets positifs pour les deux méthodes. La danse-thérapie améliore néanmoins plus l'image du corps et les émotions que l'ergothérapie. Gunning et Holmes montrent une amélioration des performances motrices après une intervention de danse-thérapie chez des enfants psychotiques [77].

Retard mental

Franklin montre qu'un an de danse-thérapie améliore plus l'image du corps qu'un programme d'éducation physique (groupe contrôle) chez des sujets avec retard mental [56].

Cancers

Healy montre qu'un programme de danse répond à une certaine attente chez les femmes opérées d'un cancer du sein, en leur permettant d'intégrer les changements physiques dans leur image du corps [89]. En 2000, une étude propose de mesurer les effets d'une intervention de danse-thérapie de trois heures hebdomadaires pendant six semaines, sur l'adaptation psychique chez trente trois femmes atteintes d'un cancer du sein [45]. Elles sont réparties en deux groupes randomisés. Le groupe contrôle est en attente de démarrer l'intervention six semaines plus tard. Les résultats ne montrent pas d'amélioration dans l'ajustement psychique pour le groupe qui suit l'intervention. L'auteur explique ces résultats par la trop brève durée de l'intervention et par la trop faible sensibilité des instruments. L'amélioration est plus importante pour les femmes dont le cancer est le moins avancé. Le principal effet

rapporté est le soutien social avec la possibilité de discuter de leur pathologie, de partager une expérience de plaisir avec leur corps. En 2009, Lisa Ibanez démontre l'efficacité de la danse-thérapie dans le cadre d'un groupe hebdomadaire de soutien durant six mois chez des enfants et adolescents, âgés de 6 à 17 ans, atteints d'un cancer [87].

Délinquance

L'art-thérapie est utilisée pour réduire les comportements violents dans les prisons et pour diminuer les récidives à la sortie. La créativité aide les prisonniers à transformer les comportements négatifs en stratégies positives [129]. Pour diminuer la récidive de jeunes délinquants en milieu surveillé, un programme d'art-thérapie est instauré, comprenant un volet de danse-thérapie [168]. Il renforce les facteurs de protection, comme l'estime de soi, l'adaptabilité, la maîtrise de soi. La danse-thérapie permet une expression maîtrisée des émotions, une régulation de l'angoisse et de l'agressivité.

6.1.5 Témoignages de danse-thérapeutes

Monsieur A est danseur professionnel et art-thérapeute. Il travaille dans une compagnie de danse contemporaine en résidence dans deux théâtres. La profession initiale du directeur de cette compagnie conduit le groupe vers des recherches autour des questions de la maladie, de la mort. Mr A commence à s'impliquer à ce titre dans l'animation d'ateliers dansés pour des personnes handicapées ou en souffrance psychique.

Mr A organise un atelier danse dans un foyer pour adolescents avec des difficultés sociales. La danse libère beaucoup d'énergie, de solidarité.

Il anime un atelier danse dans un IMPro Arts du spectacle, destiné à des adolescents présentant un syndrome d'Asperger. Il s'agit d'une formation professionnalisante. Certains jeunes sont ensuite embauchés, en tant qu'artistes autistes, dans des compagnies spécifiques. Il se dit étonné de leurs facultés pour utiliser le corps, le regard.

Il organise un dernier atelier danse dans un foyer de vie où la population est hétérogène. Le groupe réunit une personne âgée, deux adultes autistes, un adulte Asperger et une personne tétraplégique qui mobilise seulement ses yeux sur la musique. Mr A utilise ses mouvements oculaires pour les traduire en mouvements dansés devant elle, elle peut ainsi "danser" à travers le corps de l'animateur. Ce groupe a souhaité réaliser un spectacle, ce qui leur a permis de déployer une intensité, une énergie très particulière.

Enfin et plus près de notre sujet, il anime un atelier culturel de danse hebdomadaire auprès d'adolescents du service de pédopsychiatrie d'un hôpi-

tal général. Une infirmière du service est co-animatrice. Le groupe est ouvert. Une des limites à un travail de fond est d'ailleurs semble-t-il le peu de régularité des adolescents. Il accueille jusqu'à huit patients, hospitalisés ou suivis en ambulatoire.

La séance dure deux heures et démarre par un temps de verbalisation. Les jeunes s'expriment sur les événements écoulés depuis la dernière séance. L'atelier débute souvent par une phase de relaxation pour favoriser la concentration sur les ressentis corporels. Le regard a une grande importance. D'ailleurs les thérapeutes souhaiteraient proposer un support vidéo. Après le temps de groupe, ils prennent un temps pour partager leurs impressions. Une supervision mensuelle est organisée pour tous les intervenants d'ateliers culturels (théâtre, photo, relaxation...) en présence de l'équipe soignante.

La frontière est mince entre son activité d'animation d'un atelier de danse auprès de publics empêchés et son activité de danse-thérapeute donc de soin. Mr A défend une position d'art-thérapeute dans ces ateliers en pédopsychiatrie car son animation se déroule ici dans un contexte de soin hospitalier. Cependant le personnel hospitalier ne lui accorde que le statut d'intervenant artistique. Ce conflit rejoint notre sujet d'étude : quel statut pour les interventions artistiques à l'hôpital ?

Monsieur B est danseur chorégraphe depuis quinze ans. Une blessure physique, comme le danse-thérapeute précédent, le conduit à remettre en question son désir professionnel. Il décide alors de valider un master danse-thérapie. Il danse dans une compagnie qui propose des spectacles improvisés, interactifs avec la participation active d'un public familial. Un de leur spectacle consiste notamment en une improvisation intégrant la participation de bébés capables de ramper. Les danseurs tentent dans ce spectacle de saisir quels gestes suscitent l'engagement des bébés. L'objectif qui sous-tend ces spectacles est d'acquérir la capacité de dépasser l'angoisse, l'improvisation confrontant souvent son auteur au sentiment d'échec. Un des objectifs secondaires est le développement d'un lien, grâce à l'engagement corporel. La frontière entre le soin et l'art est ici mince, quoi qu'il en soit les objectifs des deux champs semblent en partie se rejoindre.

6.2 Partenariat entre le CDC et le CHU de Toulouse

Le projet "Tu danses ?" est né en 2010 de la volonté partagée du Centre de développement chorégraphique et du Centre hospitalier universitaire de Toulouse d'élaborer une proposition d'ateliers de danse pour des adolescents



FIGURE 6.1 – Extrait du film *Les Rêves dansants, sur les pas de Pina Bausch*, réalisé par Anne Linsel et Rainer Hoffmann, 2010

en souffrance psychique, dans le cadre du programme Culture et santé.

Les Rêves dansants

Le film *Les Rêves dansants, sur les pas de Pina Bausch* [1] explore la métamorphose par le corps d'une classe d'adolescents. Au-delà de la performance artistique et de l'expérience de transmission, il soulève une réflexion sur la jeunesse. Ce documentaire retrace l'initiative de la chorégraphe allemande Pina Bausch, qui entreprend une troisième reprise de son spectacle *Kontakthof*, non plus avec sa troupe, ni avec des personnes âgées, mais avec 43 adolescents âgés de 14 à 18 ans qui n'ont ni expérience ni culture de la danse. En particulier ils ne savent pas qui est Pina Bausch. Ces jeunes s'entraînent durant un an et demi, à raison d'une ou deux séances par semaine. Ils sont guidés par deux danseuses, dont Bénédicte Billiet [80], inexpérimentées pour ce type de projet mais passionnées par la danse, et notamment par le travail de Pina Bausch. Elles les accompagnent avec respect et parce qu'ils comptent pour elles, ils se mettent à compter pour eux-mêmes. Grâce à la danse, ils découvrent une façon de partager la proximité corporelle, sans s'effrayer de l'autre [80]. Ils adoptent progressivement les exigences de la danse, sans que cela ne les empêche d'éprouver du plaisir. Ce film est à l'origine de l'idée d'un atelier de danse pour des adolescents présentant des difficultés

psychiques au CHU de Toulouse.

CDC et service gériatrie du CHU de Toulouse

Le corps, au centre de la culture de l'hôpital et de la culture chorégraphique, inspire au CDC le projet de travailler en milieu hospitalier. Le CDC a par ailleurs pour mission de sensibiliser tous les publics à la danse contemporaine.

La collaboration entre le CDC et le CHU aboutit, au sein du service de gériatrie, au projet "Dancing", pour la reconsidération du corps vieillissant. Pendant deux ans, des séquences dansées sont proposées au chevet de près de 300 patients hospitalisés en gériatrie. Les pièces dansées *Hors champs* sont créées par la compagnie Voie E, sur une musique des années 1930 pour favoriser l'émergence de souvenirs et d'émotions. Par ailleurs des ateliers hebdomadaires de "réveil corporel", travail sur les perceptions et la conscience du corps, sont menés par la compagnie Ida Zart auprès d'un groupe d'une dizaine de patients résidents à l'hôpital Garonne. Un recueil de témoignage atteste du gain sur la santé physique et psychique des personnes : plaisir à participer, diminution des douleurs articulaires, amélioration de la confiance dans les déplacements et au niveau des capacités mnésiques. Les participants insistent sur les qualités des artistes les ayant accompagnés, ainsi que sur l'ambiance du groupe.

En 2012 le projet évolue sur le terrain de la prévention, le gérontopôle ayant ouvert le premier hôpital de jour des fragilités, dont la mission est de prévenir la dépendance. Un volet culturel est intégré au projet de soin. La culture est pensée comme un complément au soin et prescrite par le médecin au sein d'un plan personnalisé d'intervention. Un atelier de danse hebdomadaire, "Let's Dance", est suivi par une dizaine de patients depuis un an. "Ces activités ont pour but de prévenir ou freiner le développement de pathologies susceptibles de mener à la dépendance" [182]. Elles devraient se tenir dans la cité, dans les locaux du CDC.

Le Sucre du printemps

*Le Sucre du printemps*², nouvelle lecture du ballet du *Sacre du printemps*, est un ballet évolutif créé pour la première fois en janvier 2010 au Centre de Développement Chorégraphique Toulouse/Midi-Pyrénées avec 27 danseurs âgés de 11 à 21 ans et la chorégraphe Marion Muzac. Ces danseurs pratiquent les danses actuelles de manière individuelle et autodidacte. Ils sont

2. Site web : www.cdctoulouse.com/1-25474-Le-Sucre-du-Printemps-de-Marion-Muzac-et-Rachel-Garcia.php



FIGURE 6.2 – *Le sucre du printemps*, site web : theatre-chaillot.fr

confrontés pour la première fois à la création collective. *Le Sucre du Printemps* est un projet liant les danses actuelles et une pièce de répertoire. *Le Sacre du printemps*, créé en 1913 pour les Ballets russes par Nijinski et Stravinsky, symbolise les préoccupations agitant l'adolescence : émancipation, liberté, impuissance face à la conformité et la fatalité. Le sacrifice de l'élue qui conclut la pièce peut être entendu comme la transition, parfois douloureuse, du monde de l'enfance à celui des adultes. Une partition et un DVD pédagogique ont été édités dans l'idée de transmettre l'aventure artistique vécue par ces jeunes et de permettre à d'autres de s'approprier facilement l'écriture. Dès l'été 2011, une équipe de danseurs portée par la Tanzhaus NRW de Düsseldorf en Allemagne a recréé un *Sucre* à l'aide de ce dispositif.

Un nouveau *Sucre*³ est joué au théâtre national de Chaillot en 2013. Il est le résultat d'une année d'ateliers pour une trentaine d'adolescents âgés de 10 à 20 ans, venant de Seine-Saint-Denis et de la ville de Paris. Marion Muzac, pédagogue et chorégraphe, et Rachel Garcia, plasticienne et scénographe, proposent une nouvelle célébration du printemps grâce à la mise en scène des univers chorégraphiques et visuels livrés par les adolescents. L'objectif de ce travail est la création commune d'une culture qui leur ressemble, une sorte de nouveau folklore, autour des rituels de danse isolés que chacun pratique au quotidien dans l'intimité ou en milieu urbain.

3. Site web : www.theatre-chaillot.fr/danse/marion-muzac-rachel-garcia/le-sucre-du-printemps

6.3 Elaboration du projet "Tu dances?"

6.3.1 Population

Les adolescents, âgés de 11 à 18 ans, sont suivis dans le service universitaire de psychiatrie infanto-juvénile du CHU de Toulouse. Ils sont hospitalisés à temps plein, en hospitalisation de jour ou suivis en ambulatoire. Leur souffrance psychique est prise en charge de façon multidisciplinaire. Ils présentent des troubles variés, principalement anorexie mentale et schizophrénie, ou troubles anxieux, dépressifs, troubles de la personnalité, troubles de la relation. Ils sont empêchés psychiquement par l'inhibition, l'angoisse, des dysmorphophobies, des altérations des fonctions exécutives, avec des difficultés d'organisation, de planification, de concentration et d'attention. Ils sont aussi entravés corporellement, désorganisés au niveau moteur, du fait de leur pathologie, des effets secondaires des traitements ou de leur poids extrême. Le groupe est hétérogène en terme de pathologie, évitant le phénomène de résonance et d'amplification des troubles. Les adolescents présentent des compétences motrices, relationnelles et cognitives diverses.

Deux services sont concernés. La villa Ancely, unité d'hospitalisation temps plein, hôpital de jour et consultations, accueille plutôt des décompensations aiguës de l'adolescence. L'Accueil psychothérapeutique de jour pour adolescents (APJA) est une unité d'hospitalisation de jour, plutôt destinée à des jeunes ayant développé des troubles psychiques dès l'enfance. En hospitalisation, le soin s'appuie sur des prises en charge individuelles et des groupes thérapeutiques à médiation.

6.3.2 Groupe de réflexion multidisciplinaire

Un groupe de réflexion d'une quinzaine de personnes se réunit régulièrement dès la fin de l'année 2010 pour co-construire ce projet. Il associe la directrice du CDC Annie Bozzini, sa secrétaire générale Sandrine Teste, les chorégraphes, la déléguée culturelle du CHU en charge des services de psychiatrie Christine Cuq, une partie des deux équipes de soin : médecins, infirmiers, éducateurs, psychologues, psychomotriciens, cadres de santé et l'interne en psychiatrie qui effectue son doctorat sur le sujet, Elodie Glories.

6.3.3 Choix du chorégraphe

Le groupe de réflexion se donne la double contrainte de choisir un projet artistique ambitieux et de veiller à la souplesse et aux capacités d'adaptation

du chorégraphe quant aux possibilités des jeunes concernés. La réussite du projet semble en grande partie liée aux qualités relationnelles de l'artiste.

Un appel à candidatures est diffusé au sein des réseaux artistiques régionaux. Six candidats répondent, trois sont reçus par le groupe de réflexion. Quatre chorégraphes sur six ont déjà une expérience d'ateliers auprès de populations empêchées. Sur les quatre, deux candidats ont travaillé en hôpital psychiatrique adulte, dont un au 3bisF. Les deux autres ont animé un atelier de danse auprès de populations handicapées dont un en Institut médico-éducatif (IME), donc auprès de jeunes. Un autre chorégraphe mentionne une expérience antérieure auprès d'adolescents. Ces danseurs ont donc déjà présenté l'envie et la curiosité de transmettre leur art à des publics spécifiques, jeunes, et en difficulté psychique. La moitié des candidats propose une intervention à plusieurs, deux ou trois, associant parfois musicien et danseur.

Le CDC veille à la qualité artistique. Les soignants ont le souci de l'adaptation aux difficultés des jeunes. Parfois, les chorégraphes semblent manquer de repères dans ce qu'ils peuvent proposer ou pas, certainement par manque de représentations claires du soin et de la maladie mentale. Certains proposent des massages alors que pour certains adolescents toucher et se laisser toucher est très angoissant. Un chorégraphe suggère des séquences durant des journées entières, ce qui ne paraît pas compatible avec la fatigabilité des adolescents. Un autre s'appuie sur une technique d'exploration du corps particulière qui semble rigide, peu souple dans son contenu.

Le choix du groupe se porte sur la compagnie Manifeste, constituée des deux chorégraphes Isabelle Saulle et Adolfo Vargas. Ils se sont rencontrés dans leur travail de création avec Maguy Marin et forment en 2001 une "association Manifeste"⁴ dont le projet principal est l'échange effectif entre interprètes. Isabelle Saulle détient le diplôme d'état d'enseignement de la danse, elle intervient régulièrement dans plusieurs centres de formation.

Ils ont déjà expérimenté un travail en milieu psychiatrique. En 2008, ils sont en résidence de création au 3bisF, lieu d'art contemporain installé au cœur de l'hôpital psychiatrique de Montperrin. Ils animent des ateliers de pratique artistique "Avec nos mots et nos corps". Ils expriment leur projet ainsi : "Quelle est-elle, cette réalité, celle qui nous aveugle et que l'on veut fuir parfois à n'importe quel prix? N'y a-t-il pas autant de réalités que de mondes vivants, innombrables qui se croisent et s'ignorent dans le même territoire. En quatre rendez-vous de deux heures chacun, nous allons croiser en alternance deux formes d'écriture ; celle des mots et celle du corps pour explorer et fabriquer des "réalités" personnelles et collectives, reproduites ou imaginées... Concentration, création, friction et réaction". Ils travaillent sur

4. Site web : www.associationmanifeste.com

l'émergence de l'expression particulière que chacun, avec ses particularités uniques, peut développer.

Leur proposition actuelle s'organise en dix ateliers de danse de deux heures. Ils développent deux axes de travail : "qu'est ce que mon corps sait faire?" et "mon corps en réaction et en action". La première question vise la reconnaissance des qualités du corps de chacun. Il suggèrent des jeux d'imitation/d'appropriation, d'auto-dérision, d'écoute/attention. L'espace peut d'appréhender comme une matière, par les déplacements. Le corps y inscrit des trajectoires, avec une énergie. Ils imaginent l'exploration des références culturelles communes en danse et en musique : caricaturer les danses, déplacer une danse sur un autre type de musique. Ils prévoient aussi des jeux physiques avec des règles (un regarde, l'autre mime) et un travail de chœur pour développer la sensation d'unisson. Le deuxième axe de travail est centré sur l'action et la réaction. Ils souhaitent inciter à des improvisations, en réaction à une lecture ou à la musique. La finalité des ateliers serait d'aboutir à une installation-terrain de jeu avec micros et caméra, où les acteurs deviendraient dans un second temps spectateurs, et vice-versa.

6.3.4 Objectifs

Les ateliers de danse n'ont *a priori* pas d'intention thérapeutique directe. Au-delà d'une simple sensibilisation à la danse, les chorégraphes ont l'ambition de transmettre leur passion. Ils imaginent que découvrir cet art peut redonner espoir, montrer d'autres voies. Les adolescents ne recevront pas d'injonction ni de participation ni de résultat, le cadre est bien différent des contraintes imposées par l'école ou le soin.

6.3.5 Réflexions sur la forme et le contenu

Les questions soulevées au sein du groupe de réflexion montrent bien l'écart entre les milieux du soin et de la danse. Les candidats chorégraphes ont des représentations de la psychiatrie floues ou parfois éloignées de la réalité. Un candidat utilise le terme "internés" pour désigner les adolescents. Ils s'interrogent sur les moyens qu'ils peuvent déployer. Doivent-ils limiter leur ambition artistique ? Peuvent-ils proposer des contacts physiques entre adolescents, ou avec eux ? Comment doivent-ils gérer les angoisses, les troubles corporels ? Quelle est la place des soignants ? Sont-ils spectateurs ou danseurs, au même titre que les jeunes ? Pour les chorégraphes tous les participants doivent danser, au risque de nuire à la dynamique groupale. Les soignants se questionnent plutôt sur la façon de susciter l'adhésion des jeunes.

Le groupe réfléchit au cadre spatio-temporel le plus adéquat. Le personnel du CDC propose que les ateliers aient lieu dans ses locaux, en centre ville, dans un studio professionnel de danse. Cette suggestion remporte l'unanimité, confortant la dimension artistique, particulièrement valorisante dans cet espace, et permettant un travail hors les murs hospitaliers. Le rythme hebdomadaire semble nécessaire pour inscrire l'engagement des jeunes dans la durée. La longueur des séances doit être juste suffisante, tenant compte de la fatigabilité. Le nombre maximum de jeunes participants est fixé à vingt. Ce chiffre paraît élevé pour les soignants qui pratiquent des thérapies groupales avec cinq ou six patients. Pour les danseurs, l'intérêt de réunir autant d'adolescents est d'encourager un véritable élan groupal. Les médecins proposent aux adolescents, pour lesquels cela semble opportun, les ateliers. Leur participation est libre. Elle est différenciée de l'engagement demandé dans le soin. Soignants et danseurs s'entendent quant à la place des parents. Tous ont le souci de protéger un espace exclusif pour les adolescents. Les parents seront informés des ateliers lors des consultations avec les soignants.

Le groupe interroge la question de la trace, notamment l'idée d'une représentation finale. Le projet donne la priorité à la constitution d'un groupe, non pas d'un objet. Les chorégraphes suggèrent néanmoins l'ouverture de la dernière séance aux proches, sous réserve de l'accord des adolescents. Le groupe interroge la possibilité de filmer. L'idée serait de valoriser le projet au sein du CHU grâce à un reportage diffusé sur la chaîne de télévision interne. Finalement le groupe n'y voit pas d'intérêt immédiat pour les jeunes.

Il s'agit enfin de nommer le projet. Beaucoup de propositions affluent, mettant en valeur la médiation de la danse, et un langage adolescent : "La piste, Allez dansez maintenant, CADO, Dance room, Dance party, Dance club, D'A corps, Happy hours, de 5 à 7, L'espace traversé, Correspondance". Finalement le projet se nomme "Tu dances ?", invitation clairement formulée.

6.3.6 Communication visuelle

Des supports de communication visuelle apparaissent judicieux pour présenter le projet aux adolescents avec des outils concrets, afin d'éveiller leur curiosité en attendant les premières séances. Des élèves du lycée des Arènes, avec le soutien de leurs professeurs, répondent à cette commande. Ce partenariat permet d'œuvrer vers une destigmatisation de la pathologie psychiatrique, puisque les lycéens viennent rencontrer les participants. Une élève en section Arts appliqués du BTS Communication visuelle réalise l'identité visuelle de la plaquette d'information.

L'équipe du CDC a expérimenté des projets dansés éphémères avec des jeunes, et souligne l'importance qu'ils accordent au fait de garder un sou-



FIGURE 6.3 – Couverture du cahier-souvenir du projet "Tu dances?" 2012

venir des ateliers. Le groupe s'accorde sur le principe d'une trace partagée qui appartiendrait aux adolescents. L'idée d'un blog est proposée, moyen de communication qui pourrait dépasser le cadre strict de l'atelier, mais peu adapté aux habitudes de ces adolescents. Finalement le groupe de réflexion opte pour la création d'un journal de bord. Certains imaginent des cahiers individuels, d'autres un ouvrage collectif. Les lycéens des Arènes conçoivent un grand cahier de bord que les participants remplissent au cours des ateliers. Un livret souvenir, reprenant des photos et des illustrations du carnet de bord (cf. Fig. 6.3), est édité et distribué à tous les participants à la fin de la saison.

6.3.7 Financement

La convention régionale Culture-santé 2012 prévoit que l'établissement hospitalier, aidé éventuellement par le mécénat et les collectivités territoriales, finance 40% du budget total. Locaux, personnels, temps de coordination sont partagés par les deux structures. L'ARS et la DRAC versent chacune 30% du budget total. En 2012 le projet des quinze ateliers a coûté moins de 8000 euros. Le CDC et l'association toulousaine Hôpital Sourire participent au financement. L'association toulousaine Hôpital Sourire, née de l'initiative de soignants pour améliorer le vécu de l'hospitalisation des en-



FIGURE 6.4 – Cahier de bord du projet "Tu dances ?" 2012

fants, finance de nombreuses activités culturelles ludiques, éducatives ou la création d'une salle de spectacles, des interventions d'artistes au chevet des enfants, une chaîne de télévision interne.

6.4 Observation des ateliers

6.4.1 Saison 2012

Quinze ateliers ont lieu le mardi de 17h à 18h30 pendant quatre mois, entre fin février et début juillet 2012, dans les locaux du CDC en centre-ville.

Présentation des ateliers

Les chorégraphes viennent présenter leur projet directement aux jeunes dans le service de la villa Ancely. C'est l'occasion pour les danseurs de se représenter dans la réalité ce qu'est une unité de soin psychiatrique pour adolescents. Le projet est aussi présenté par le médecin ou les soignants participants aux ateliers, notamment grâce à l'affiche créée par les lycéens des Arènes, reproduite dans les Fig. 6.5 et 6.6. Ce sont généralement les médecins référents qui proposent aux jeunes la participation aux ateliers, lors d'une consultation avec les parents. Le premier atelier débute par la présentation officielle des chorégraphes, de la salle de l'atelier, de l'équipe du CDC.

Constitution du groupe

Le groupe réunit quatorze jeunes, dont cinq garçons et neuf filles. Motiver des garçons sur un projet de danse n'apparaît pas si difficile. Six sont soignés en hôpital de jour, à l'APJA, à l'hôpital de jour St Léon ou dans celui de la villa Ancely. Trois sont hospitalisés à temps plein. Cinq sont suivis en consultation. Au fil des séances, leur modalité de soin se modifie, certains sont hospitalisés alors que d'autres sortent d'hospitalisation pour être suivis en ambulatoire. Les adolescents hospitalisés passent leurs journées ensemble et se connaissent assez bien. Ceux qui sont suivis en ambulatoire se sentent au départ isolés de cette dynamique.

Des soignants les accompagnent, il s'agit de deux psychomotriciens, deux éducatrices, deux infirmières et l'interne-doctorante sur ce sujet, dont un seul homme. Comme pour les adolescents, les soignants se connaissent bien au sein de chaque unité. Constituer un groupe à partir de ces différentes personnalités, jeunes et adultes, soignants et artistes, de deux services de



FIGURE 6.5 – Affiche du projet "Tu danses ?" 2012, recto

TU DANSES ?

Ce sont de nouveaux ateliers d'expression corporelle artistique et de danse contemporaine* proposés par deux chorégraphes - Isabelle Saulle et Adolfo Vargas - en direction d'un groupe d'adolescents rencontrés à la Villa Ancely ou accueillis à l'APJA (Accueil Psychopathologique de Jour pour Adolescents). Des éducateurs spécialisés, psychomotriciens, infirmières, accompagneront les adolescents et participeront aux ateliers.

* Sous réserve d'acceptation du financement de la Direction des Affaires Culturelles et de l'Agence Régionale de Santé.

ISABELLE SAULLE ET ADOLFO VARGAS

L'association Manifeste est une compagnie de danse contemporaine toulousaine créée par Isabelle Saulle et Adolfo Vargas en 2001, dans laquelle ils développent un travail de création en association avec d'autres artistes ou des amateurs. Ils ont été interprètes dans de grandes compagnies comme celle de Maguy Marin. Ils viennent de créer une pièce pour l'espace public intitulée Point de vue sur coin de rue qui est leur septième création. Suite à un appel à projet, Isabelle Saulle et Adolfo Vargas ont été choisis pour développer le projet Tu Danse ?
www.associationmanifeste.com

LES OBJECTIFS

- CRÉER UNE ACTIVITÉ LUDIQUE HORS LES MURS DE L'HÔPITAL EN STIMULANT ET GARDANT LE CONTACT AVEC L'EXTÉRIEUR.
- COMMUNIQUER ET S'EXPRIMER À L'AIDE D'UNE NOUVELLE MÉDIATION.
- DÉCOUVRIR UNE ACTIVITÉ ARTISTIQUE DISPENSÉE PAR DES PROFESSIONNELS TOUT EN ÉTANT ACCOMPAGNÉ.
- RETROUVER CONFIANCE EN SOI, RÉINVESTIR SON CORPS AU TRAVERS DU MOUVEMENT.

TU DANSES ?

INFORMATIONS PRATIQUES

POUR QUI ?

Un groupe de 20 adolescents maximum de la Villa Ancely ou accueillis à l'APJA. Au 1^{er} an niveau en danse n'est requis.

QUAND ?

15 ateliers de février à juin 2012, tous les mardis de 17h00 à 18h30.

LIEU DES ATELIERS

Au studio du CDC
Centre de Développement Chorégraphique
Toulouse / Midi-Pyrénées
5 avenue Etienne Billières
31 300 Toulouse

RENSEIGNEMENTS

Christine CUIQ
Attachée Culturelle
Hôpital des enfants - Paule de Vignerot
Psychiatrie - Hôpital Purpan
Tél : 05 34 55 85 68

LE PROJET CULTUREL DU CHU TOULOUSE

Le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse développe depuis 1999 des actions culturelles suite à un convention signé entre le Ministère de la Culture et de la Santé pour assurer un meilleur accueil des personnes hospitalisées, garder un lien avec la vie sociale et stimuler la part de créativité de chacun pour surmonter les épreuves de la maladie. Ces activités artistiques et culturelles destinées à l'ensemble des patients accueillis au sein des différents sites hospitaliers du CHU sont très diversifiées : musique, écriture, théâtre, cirque, arts plastiques, danse... C'est ainsi qu'en 2012 les équipes culturelle, médicale et éducatives de psychiatrie ont imaginé un projet de danse contemporaine avec les adolescents accueillis dans leurs services et ont sollicité le CDC pour la réalisation du projet Tu Danse ?

CDC

Le Centre de Développement Chorégraphique Toulouse / Midi-Pyrénées est une structure culturelle de Toulouse qui assure depuis 16 ans au rayonnement de la danse contemporaine sur le plan régional, national et international. Diffusion de spectacles, Festival International CDC, école professionnelle, résidences européennes d'artistes, actions de médiation, production, telles sont les principales missions du CDC. Il met aussi en place depuis deux ans des actions culturelles au CHU de Toulouse, en direction des services gériatrie avec le projet Dancing.
www.cdc.toulouse.com

FIGURE 6.6 – Affiche du projet "Tu dances ?" 2012, verso

soin, est un véritable défi. La difficulté d'improviser avec son corps réunit soignants et adolescents.

La mise à disposition de l'appareil photographique du service de soin permet aux adolescents de s'extraire du groupe si besoin, tout en conservant une place. Lorsqu'un jeune se sent en difficulté, un soignant propose de s'extraire de l'atelier avec lui.

Transition avec l'extérieur

Les adolescents viennent à l'atelier de façon autonome s'ils sont suivis en ambulatoire ou accompagnés par leurs soignants s'ils sont hospitalisés. Les temps de trajet constituent un sas, avant et après l'atelier.

Ils arrivent au CDC à partir de 16h45, et certains enfilent sur place leur tenue de sport. Des vestiaires différenciés garçons filles sont proposés. Certains amènent leur bouteille d'eau, à l'écoute des besoins de leur corps, d'autres comptent sur celles des soignants, enfin certains ne perçoivent pas leur soif.

La découverte de la salle, la présentation officielle de l'équipe du CDC et des chorégraphes apportent un socle valorisant lors du premier atelier. Il s'agit d'une grande salle de répétition et de spectacle, avec un très haut plafond, des gradins, de hauts rideaux en velours noir qui cachent des miroirs. Les adolescents prennent rapidement leurs habitudes dans cette salle, et s'installent dès leur arrivée sur les gradins pour discuter (cf. Fig. 6.7), en attendant de débiter les séances.

Structure des séances

Les chorégraphes prévoient un temps d'introduction, avec un échauffement, mais qui est souvent assez court. Ils amorcent rapidement un travail d'exploration et d'expression libre qui occupe la quasi-totalité de la séance. Le fait qu'ils soient deux crée une dynamique dans les propositions (cf. Fig. 6.8). L'atelier est souvent jugé trop court, et se termine "en pleine action", sans que les chorégraphes aient pu aller au bout de leur proposition. Certains soignants s'attendaient à bénéficier d'un temps de parole à la fin de l'atelier. Ce temps de verbalisation n'est pas formalisé, mais les adolescents prennent l'habitude d'interpeller Isabelle ou Adolfo en fin d'atelier. Le trajet retour prolonge et termine la séance.

Contenu des propositions chorégraphiques

Dès le premier atelier, les chorégraphes proposent au groupe de mémoriser une phrase chorégraphique simple, et de la danser à l'*unisson* de manière répétitive (cf. Fig. 6.9). Cette séquence fonde l'identité du groupe, elle est



FIGURE 6.7 – Les gradins du studio du CDC, Extrait du cahier-souvenir

souvent réclamée par les jeunes. Cet *unisson* est repris à la fin de la saison avec la consigne de danser plus près les uns des autres, accentuant le sentiment d'appartenance à un ensemble plus large que soi.

Des explorations corporelles permettent de prendre conscience de son corps, de ses possibilités et de ses limites. Les chorégraphes organisent des jeux en cercle (cf. Fig. 6.10 et 6.11), des traversées de salle en groupe, avec différents pas. Le contact est abordé deux par deux, avec le regard puis avec une partie du corps, travail de prise de conscience de soi et de l'autre, préalable à la rencontre. L'autre est un miroir de soi, et soutient l'individuation. Des danses avec des ballons de baudruche permettent d'explorer l'énergie et le contrôle tonique du mouvement.

L'exploration du mouvement permet ensuite d'aborder l'improvisation. Isabelle et Adolfo proposent des jeux libre d'interprétation de danses de styles différents (Michael Jackson, danse classique, rock, rap, orientale). Improviser s'avère parfois difficile, notamment pour les jeunes inhibés comme certaines patientes anorexiques, centrés sur leurs compétences techniques en danse et sur l'intellectualisation (cf. Fig. 6.13). Les chorégraphes amènent progressivement le groupe à jouer d'un parcours d'improvisation groupale sur des sites matérialisant des consignes différentes : styles de danse, statue, bruit au micro, un geste répété (cf. Fig. 6.12). Ils facilitent les improvisations avec l'utilisation d'accessoires, de photos de magazines.

Au mois de mai 2012, les chorégraphes proposent un travail sur les émo-



FIGURE 6.8 – Isabelle Saulle et Adolfo Vargas, les chorégraphes du projet "Tu Danse?", saisons 2012 et 2013

tions, sur l'amitié, qui soulève de l'inquiétude chez certains soignants. Les participants choisissent un portrait photo issu d'un magazine, et improvisent à plusieurs ou seuls sur l'émotion qu'ils perçoivent.

Cohésion groupale

Le sentiment d'appartenance au groupe commence à se nouer dès la première séance avec la séquence chorégraphique dansée à l'unisson. Trois ateliers ont lieu à la suite, initiant une dynamique groupale.

Deux éléments du cadre spatio-temporel déstabilisent ensuite l'enveloppe groupale. Les deuxième, troisième et quatrième ateliers ont lieu dans une autre salle. L'irrégularité qui suit met à mal la contenance du groupe. Trois coupures de trois semaines interviennent avec seulement un atelier entre chaque arrêt (festival du CDC, vacances scolaires d'avril, jours fériés de mai), soit deux ateliers sur une période de neuf semaines. La dynamique groupale initiale retombe. Les adolescents prennent de la distance et sont moins impliqués dans les propositions. Les soignants ont l'impression de devoir animer le groupe. Puis neuf ateliers consécutifs terminent la saison, dans un travail progressif et continu. La régularité permet alors une contenance et un sentiment de sécurité, autorisant l'exploration et l'expression personnelle.

Par ailleurs des éléments de l'organisation créent une différence dans l'investissement de l'atelier par les deux services. Les jeunes du second service de psychiatrie ne démarrent les ateliers qu'à partir de la deuxième séance.

FIGURE 6.9 – *L'unisson*

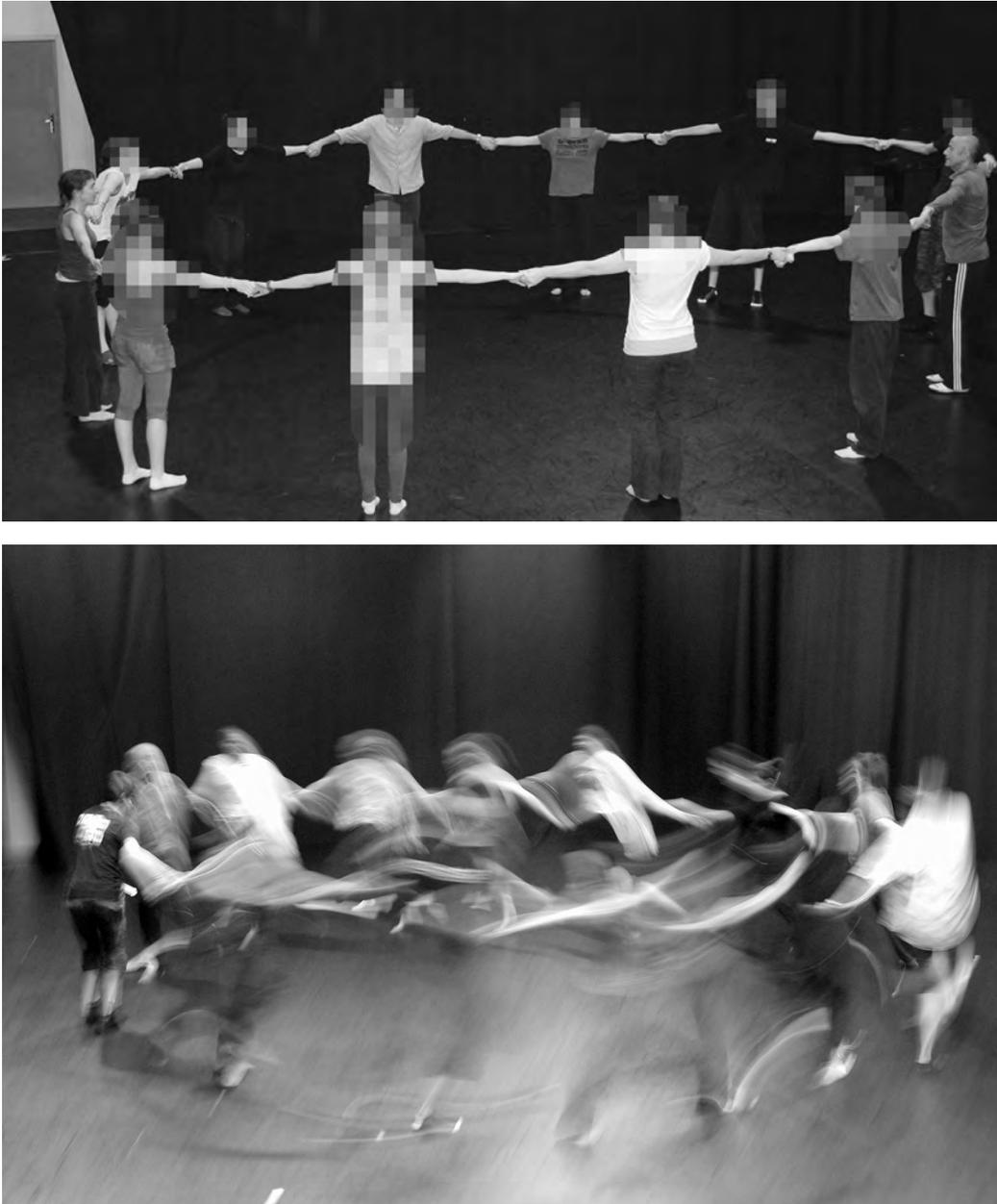


FIGURE 6.10 – Travail en cercles



FIGURE 6.11 – Jeux en rondes



FIGURE 6.12 – Parcours d'improvisation groupale de base en base, les bases étant signalées au au sol ; exemple de la base d'improvisation avec des accessoires, base de la statue (en bas à gauche), base du saut (en bas, a droite)



FIGURE 6.13 – La difficulté d'improviser

Ils ne s'approprient pas l'atelier immédiatement : ils ont raté la présentation officielle du CDC et de la salle d'atelier, ils découvrent les chorégraphes qui n'avaient pas été se présenter dans ce service et l'*unisson* qui a été travaillé sans eux. Ils ne découvriront le studio principal qui assoit l'identité des ateliers que sept semaines plus tard. Les autres adolescents sont insécurisés par l'irruption de nouveaux jeunes.

L'atelier devait être un groupe fermé. Il a finalement eu la souplesse d'accueillir une jeune à mi-parcours, avec succès. Trois jeunes ont quitté l'aventure en cours, deux filles, se présentant comme collées sur le groupe, ambivalentes, souvent opposantes quant à leur désir de participer, et un jeune qui se serait trouvé en difficulté, se sentant agi "comme une marionnette".

Musique

Au départ les chorégraphes proposent que chacun puisse partager sa musique avec le groupe. Finalement à mi-parcours ils préfèrent choisir eux-mêmes la musique utilisée en atelier. En effet deux jeunes s'étaient saisis de façon rigide et répétitive de cette possibilité pour amener les CD de leur chanteur préféré, ils étaient excités et moqués par le reste du groupe.

Tenue

Initialement plusieurs jeunes sont réticents à mettre en avant leur corps. Au fil du temps, la confiance dans le groupe estompe cette crainte du regard de l'autre. Une jeune en surpoids "complexe", confrontée à plusieurs jeunes atteintes d'anorexie. Certains investissent l'apparence du corps : maquillées, coiffées, choix de couleurs en harmonie. Quelques-uns ont une présentation plus régressive, des couleurs enfantines, des petites barrettes. D'autres revêtent une tenue de sportif, masquant leur féminité pour les filles (bijoux masculins à chaînes), ou une tenue totalement noire. Certains n'investissent pas du tout leur corps, ce qui transparait dans leur façon de se présenter : tenue non soignée, cheveux et corps informes, parfois difficultés d'hygiène.

Évolution des adolescents

Les adolescents plutôt sur un fonctionnement névrotique commencent les séances par des remarques dévalorisantes sur eux-mêmes. Par la suite, les ateliers semblent pouvoir apporter un gain narcissique, les propositions dansées permettant parfois une régression encadrée. Compter pour quelqu'un, d'autant plus si cette personne impressionne, donne de la valeur au sujet. Les jeunes s'identifient aux chorégraphes. Trois adolescentes viennent régulièrement, enthousiastes, et poursuivent même en 2013. D'autres, notamment ceux qui souffrent d'un trouble de la relation, sont plus ambivalents et irréguliers, mais présents lors du dernier atelier. Un jeune, très malade, présente une désorganisation corporelle. Il maîtrise peu ses gestes, saute beaucoup, explosif. Il trouve néanmoins une place, grâce à sa créativité. Des paires se forment, stratégie de réassurance, notamment chez les patients en difficultés. Parfois les jeunes ont de véritables fonctionnements en miroir. L'imitation pallie le défaut d'imaginaire. Plusieurs plaintes corporelles (douleurs articulaires, palpitations, céphalées) émaillent les ateliers, permettant aux jeunes de se mettre en retrait durant une partie de la séance. Le travail corporel permet de se plaindre du corps qui change et devient menaçant, inconnu. Les ateliers fonctionnent particulièrement bien avec les adolescents inhibés, souffrant d'anorexie ou de psychose. La danse les met en action, assouplit et diversifie leurs réponses, et leur donne confiance en eux. Les soignants, comme les chorégraphes sont étonnés que l'excitation et la régression générées par le travail corporel ne produise pas de débordements.

Dernier atelier

Une partie du dernier atelier se déroule devant des regards extérieurs, tiers qui confrontent à la réalité. Les spectateurs sont neutres, il ne s'agit

pas des familles, mais des différents acteurs ayant contribué à l'organisation de ces ateliers : CDC, DRAC, ARS, Hôpital Sourire, soignants (médecins, cadre de santé), professeurs et lycéens des Arènes, direction administrative hospitalière. Cette présentation maintient vivant l'accord entre les instances impliquées.

Les jeunes sont impressionnés par le nombre de spectateurs. Les chorégraphes sécurisent le groupe en coulisses, chacun rassure l'autre. Finalement le groupe de danseurs improvise devant la vingtaine de spectateurs, utilisant le langage commun développé dans les ateliers. Ils se dépassent ensemble. Les jeunes prennent du plaisir, valorisés par la présence du public. La saison 2012 se termine par un moment convivial à la fin du dernier atelier, avant que le groupe ne se sépare.

6.4.2 Saison 2013

Douze ateliers se répartissent sur trois mois, de mi-mars à fin juin. Les acteurs du projet ont choisi de plus grouper les séances qu'en 2012. La saison 2013 se déroule dans le même studio qu'en 2012 et a lieu durant le même créneau du mardi soir. L'animation est toujours assurée par les chorégraphes Isabelle Saulle et Adolfo Vargas.

Présentation des ateliers

Médecin et soignants participants informent les jeunes du projet, notamment grâce au support de l'affiche de la saison 2013, présentée par les Fig. 6.14 et 6.15.

Constitution du groupe

Le service d'hospitalisation de jour ne renouvelle pas sa participation car seulement deux adolescents sont motivés, dont une qui avait participé l'année dernière. Ce service souhaite cependant participer à nouveau l'année suivante si le projet est renouvelé.

Les soignants participants informent et motivent les adolescents, notamment grâce aux supports visuels. Quatre adolescents reconduisent leur participation.

Dans le groupe de départ, sept jeunes sont hospitalisés temps plein et quatre adolescents sont suivis en ambulatoire. Trois jeunes sortent rapidement d'hospitalisation pour être suivi seulement en consultation. Les profils psychopathologiques sont toujours variés : troubles du comportement alimentaire, déscolarisation, trouble grave de la personnalité.



FIGURE 6.14 – Affiche du projet "Tu danses?" 2013, recto



FIGURE 6.15 – Affiche du projet "Tu danse?" 2013, verso

Les adolescents sont plus nombreux à venir de façon autonome à l'atelier qu'en 2012. La formation d'un sous-groupe des jeunes hospitalisés, observé en 2012 n'a pas lieu lors de cette saison. Trois adolescents démarrent de façon décalée, fin avril. Ils sont facilement intégrés. Au niveau des soignants, le psychomotricien participe systématiquement aux séances, une éducatrice et deux infirmières participent aussi très régulièrement.

Structure des séances

Les ateliers sont plus structurés que lors de la saison précédente. Ils démarrent souvent par un temps d'échauffement, avec des enroulements du corps. La position initiale du groupe est toujours en cercle, disposition qui permet de se retrouver à chaque début de séance. Ensuite, des exercices d'exploration, avec des traversées du studio selon différents pas, préparent le temps de jeu libre qui suit. Assez rapidement, les chorégraphes proposent un travail incluant des contacts rapprochés entre jeunes et avec les adultes, par le regard ou le toucher, propositions qui ne soulèvent pas apparemment de difficultés particulières. L'atelier se termine par un temps de relaxation au sol, avec une reconnaissance du groupe car souvent il s'agit de reprendre la position du voisin.

Contenu des propositions chorégraphiques

Lors des premiers ateliers, un exercice en cercle prévoit la circulation d'un "ballon virtuel" entre les participants. Avant de lancer ce ballon à un partenaire, la personne verbalise son nom, ce qui permet de nommer et de connaître progressivement tous les participants. Nommer donne une place à chacun. Sa place est reconnue par le groupe, en même temps que le sujet reconnaît celle des autres. Le lancer de ballon virtuel est aussi un travail sur la "texture" car chacun choisit l'énergie avec laquelle il veut l'envoyer.

Le travail d'expression libre démarre par des traversées de la salle selon un style gestuel choisi par chacun. Il s'effectue en face à face, jusqu'à que les deux partenaires se rencontrent. Lorsqu'ils se croisent, ils doivent changer leur style gestuel.

Le travail d'improvisation s'appuie sur des accessoires, notamment différents sacs. Ces sacs ont des poids, des matières, plastique ou papier, et des tailles très divers, induisant des gestes à l'énergie très différente. Ensuite ces sacs sont utilisés comme accessoires de mode lors de défilés dans le studio. Des phrases chorégraphiques sont créées au sein de deux groupes. Cette organisation permet de constituer le public de l'autre groupe et de mieux ressentir l'émotion esthétique de l'extérieur. Les chorégraphes avaient observé en 2012

que l'accessoire permet un engagement physique différent. Il permet d'aller au-delà des inhibitions et offre un appui à l'imaginaire. Ce travail avec des sacs est très esthétique.

Les adolescents qui participaient en 2012 réclament de reprendre un *unisson*. À partir de début mai, les chorégraphes font répéter une chorégraphie au groupe sur une musique spécifique très rythmée. En quatre séances, tout le morceau est chorégraphié. La musique et les pas sont dynamiques, entraînant à la fois de l'enthousiasme et des plaintes de fatigue, notamment pour les jeunes qui ont des poids extrêmes, amaigrissement important ou surpoids, voire obésité.

Cohésion groupale

La cohésion est étroitement liée à la régularité des ateliers. La saison démarre par quatre ateliers suivis sur cinq semaines, ce qui permet aux chorégraphes d'initier un travail groupal. Ensuite les vacances scolaires du mois d'avril créent un arrêt des ateliers pendant trois semaines. Enfin durant le mois de mai et de juin, huit ateliers consécutifs assoient la dynamique du groupe.

Par rapport à la saison précédente, le groupe est plus restreint car seule une unité de soin participe. La participation du noyau du groupe est plus régulière. Trois départs émaillent la saison : un jeune décompensé sur le plan psychique ne peut poursuivre en raison de son état de désorganisation, un jeune qui avait participé en 2012 choisit d'arrêter, un dernier, insaisissable, interrompt sa participation sans pouvoir la formuler, s'excusant ponctuellement par SMS avant chaque atelier. Les adolescents s'interrogent sur ceux qui quittent le groupe, sur les raisons de leur départ. Des T-shirt sont réalisés pour les participants par le lycée des Arènes, accentuant le sentiment d'appartenance groupale.

Évolution des adolescents

Un seul garçon participe lors de cette saison. Il a poursuivi malgré l'arrêt de l'autre garçon présent seulement lors du premier atelier.

Les adolescents progressent dans leur capacité à improviser, notamment grâce à l'utilisation d'accessoires. Un jeune qui a l'expérience du judo utilise des prises pour nourrir ses improvisations.

Ayant suivi sur le plan médical un des jeunes, nous avons eu l'impression que le fait de partager cette expérience de danse contemporaine côte à côte a renforcé l'alliance dans le suivi psychiatrique.

La participation aux ateliers ne corrige pas la maladresse motrice, ni le surpoids comme l'aurait souhaité certains jeunes, ni la gravité des troubles de l'image du corps. Néanmoins des jeunes fermés et tristes ont manifesté des émotions joyeuses, de l'enthousiasme, de la surprise lors de moments esthétiques. De la même façon un jeune qui avait initialement des réactions de prestance, souvent au bord de l'espace scénique, disant "c'est nul" ou se plaignant de douleurs, a finalement pu assouplir sa position, participant de plus en plus, et évitant moins la relation notamment avec les filles.

Le dispositif de médiation par la danse permet de contenir la destructivité dont font preuve certains adolescents : "je ne prends pas ce sac car je vais le massacrer". Le jeune a néanmoins improvisé avec ce sac sans le détruire.

Liens avec l'extérieur

Les chorégraphes proposent au groupe d'assister à leur spectacle *Point de vue sur coin de rue*. Cette création se jouant en soirée et à l'extérieur de Toulouse, il n'a pas été possible d'organiser une venue collective du groupe. Dans le dernier mois de la saison, un atelier est ouvert à la présence des lycéens des Arènes ayant conçu la communication visuelle du projet. Ils dansent avec le groupe. Cet atelier particulier est également ouvert à la présence d'un photographe professionnel qui doit prendre des clichés esthétiques des danseurs en mouvement. Ces photographies seront intégrées au livret souvenir distribué à la fin de la saison. La dernière séance de la saison sera ouverte pendant les dernières trente minutes au public des partenaires financiers et des équipes de soin.

6.5 Bilans associant les équipes de soin, les chorégraphes et la structure culturelle

6.5.1 Premier bilan intermédiaire 2012

Bilan des chorégraphes

Ils perçoivent un bon départ, de l'énergie et de l'enthousiasme. Ils craignent des réticences qui n'ont pas duré, satisfaits de l'implication des jeunes. Ils espèrent que la découverte de la danse donne une opportunité de s'épanouir différemment. Leur passion de la danse, et leur souhait d'en transmettre quelque chose sont très vifs.

Des liens se créent : un jeune a offert des dessins à Isabelle.

Ils constatent la cohésion groupale : "on a des codes entre nous". Ils sont

réticents à l'idée d'intégrer de nouveaux jeunes, les adolescents étant "très sensibles au regard des autres".

L'hétérogénéité des personnalités les interpelle. Ils observent des difficultés psychiques et corporelles très différentes chez chacun d'eux. L'inquiétude porte principalement sur leurs limites physiques : "heureusement qu'on a dit non aux sondes" (pour les patientes anorexiques) "peur qu'ils tombent dans les vaps". Ils distinguent deux types de profil de jeunes : des adolescents qui auraient des "troubles neurologiques", "organiques", qu'ils identifient comme ceux suivis à l'APJA (ce qui ne correspond pas complètement à la réalité) et dont le potentiel évolutif serait limité "on voit bien qu'ils vont être suivis tout le temps". Ils distinguent un autre profil de jeunes qui relèveraient pour eux exclusivement de "troubles psychiques adolescents transitoires" et qu'ils imaginent traités à la villa Ancely. "Ce sont des jeunes normaux, même si on sent leur souffrance par moments". Ils seraient hospitalisés pour être protégés durant un temps limité. "C'est un passage difficile de leur vie mais ils vont pouvoir s'intégrer dans une vie sociale ordinaire." Ils ont en tête des adultes pour lesquels l'accès à la danse a permis une ouverture décisive alors qu'ils allaient mal à l'adolescence. Les chorégraphes s'identifient plus facilement aux adolescents du second profil.

Un médecin apporte des nuances : "on ne peut pas se laisser abuser par leur présentation physique, les plus marqués ne sont pas toujours les plus atteints." Isabelle Saulle confirme : "j'ai trouvé X très fine au premier atelier, alors que je réalise aujourd'hui l'intensité de sa souffrance". Le médecin pense à une des jeunes anorexiques qui manifeste un intérêt vif pour les ateliers, mais qu'il est très complexe d'accompagner vers un engagement dans le soin.

La question du regard est abordée. Les chorégraphes sont surpris par la tolérance des adolescents entre eux. Ils se demandent quel est l'intérêt pour ceux qui sont moins fragiles de côtoyer les jeunes avec des pathologies plus inscrites. Un médecin répond que les soignants font le pari que c'est bénéfique pour tous les adolescents. Être confronté à l'altérité rend plus tolérant ou peut faire peur, ce qui constitue parfois un moyen de motivation pour emprunter une trajectoire différente. Inversement les jeunes les plus fragiles peuvent constater que d'autres s'en sortent, c'est alors un moteur pour eux. Le regard fait partie du travail de danse pour Isabelle Saulle. Les chorégraphes font des propositions parfois en deux temps, un sous-groupe danse, l'autre regarde. "La danse ce n'est pas seulement du corporel, c'est s'exprimer devant l'autre, être face, être regardé."

Adolfo Vargas pense que les ateliers gagneraient à durer un peu plus longtemps. Les soignants ont aussi la perception que pour les adolescents les séances sont trop denses. Il manquerait un temps de pause, la possibilité de s'extraire quelques minutes du groupe : "ils n'en peuvent plus au bout

d'1h30". Les chorégraphes souhaiteraient avoir la possibilité de faire un véritable échauffement au début et d'échanger plus longuement avec les jeunes à la fin de l'atelier.

Les artistes ont l'ambition d'aller au bout de leur proposition artistique, ils voudraient bientôt travailler l'expression, notamment l'expression des sentiments, avec des jeux de mime. L'objectif serait d'amener les jeunes jusqu'à un travail d'interprétation. Plusieurs soignants sont réticents car ils s'inquiètent de l'anxiété que cela pourrait susciter.

Bilan des soignants

Le projet soulève un enthousiasme partagé par les soignants et les adolescents. Les chorégraphes ont surpris les adolescents. Cet engouement diffuse car les jeunes hospitalisés racontent l'expérience à table. Les soignants sont étonnés de l'absence de débordement. Les chorégraphes les trouvent moins dispersés que des jeunes ordinaires. Les adolescents utilisent le recours aux soignants pour se rassurer discrètement dans les moments difficiles, véritable "travail en coulisses". Les jeunes se présentent différemment que dans le lieu de soin.

Les photographies prises pendant les ateliers ne sont pas diffusées. Un article à propos de l'expérience "Tu danses?" est en cours de préparation au sein de l'atelier journal de la villa Ancely. Le projet prend une dimension institutionnelle.

6.5.2 Deuxième bilan intermédiaire 2012

Les soignants de l'APJA signalent tout au long de cette réunion plusieurs adolescents en difficulté dans le travail d'expression.

Adolfo Vargas précise que les propositions ont été adaptées par rapport au projet artistique initial. Les chorégraphes sont conscients que certains domaines, notamment l'imaginaire, sont complexes à aborder. Il n'ont pas le même regard quant aux capacités des adolescents et trouvent que certains jeunes, décrits comme en difficulté par leurs soignants, ont participé avec succès. Les soignants insistent : "ça les a mis très mal, ils ont besoin d'être accompagnés pas à pas. Quand ils sont instables ils sont très mal". "On n'arrive plus à tenir les jeunes". Isabelle suggère que "d'être passés par quelque chose de difficile les a peut être libérés". Les soignants : "nous on travaille doucement". "Nous aussi, en tant que participants, on a été en difficulté". Ils se sentent enfermés dans un paradoxe : "tenir le cadre alors qu'on nous demande de nous lâcher", participer à un "travail sur les émotions alors que nous devons nous montrer solides devant les enfants". Isabelle ajoute : "des

ateliers comme ça c'est fait pour déborder, aller plus loin que ce que vous faites comme travail dans le soin". Adolfo : "On apprend, on cherche une manière d'approcher chacun des adolescents".

Les soignants de l'APJA ont la perception d'une dynamique de groupe négative. Les jeunes qu'ils prennent en charge jouent l'opposition aux soins et refusent de venir aux ateliers. Les soignants de la villa Ancely constatent à l'inverse un engagement des jeunes persistant même au-delà du temps d'hospitalisation, de façon indépendante de l'adhésion aux soins.

Isabelle insiste sur l'importance du groupe. Les ateliers ne correspondent pas à une approche individuelle, "on ne peut pas adapter à chacun". "On est là pour forcer un peu les choses, mais on va quand même faire attention à ce que vous nous dites aujourd'hui". Adolfo résume l'objectif artistique : "il s'agit de trouver une petite niche qui les bouscule sans les mettre en danger". Les soignants de l'APJA proposent qu'Isabelle puisse reprendre en individuel avec chaque adolescent concerné les moments ou exercices qui ont été difficiles.

On perçoit dans ce bilan des différences importantes dans les regards de l'artiste et du soignant sur les jeunes.

6.5.3 Bilan de la saison 2012

Bilan des chorégraphes

La motivation principale des chorégraphes était, selon leurs mots : "faire émerger la nature singulière de l'expression corporelle de chacun, créer un groupe réuni par des codes, des connaissances et des pratiques corporelles communes, développées ensemble". Deux axes d'exploration étaient proposés initialement de façon chronologique. Finalement, ils ont été travaillé en alternance dans chaque atelier. Le premier niveau "qu'est ce que mon corps sait faire?" a été travaillé tout au long des quinze ateliers. "Répétition qui nous a semblé nécessaire et nourrissante à la constitution du groupe mais aussi à l'épanouissement d'une certaine confiance individuelle au sein de ce groupe". Cela a permis la construction de "rituels, un rythme habituel pour évoluer dans les propositions et amener doucement à chaque fois la part de nouveauté". L'exploration de l'expression et l'improvisation a été ralentie par "ce rythme rituel nécessaire au confort du groupe".

Ce qui surprend les artistes dans la rencontre avec ces adolescents c'est que leurs difficultés sont envahissantes, au point d'occuper le "cœur de leur existence, de leur travail personnel sur eux-mêmes". "Nous avons imaginé des difficultés de coordination, de concentration, d'inhibition qui sont d'ailleurs celles de tout débutant dans la pratique de la danse contemporaine". Ils ont

perçu à quel point "les nœuds, les blessures de l'esprit se traduisent dans le corps". Les adolescents avaient un "comportement hors norme, quand leur réaction s'approche du geste artistique et quand ils arrivent à jouir de cette dimension, c'est pour les adolescents et nous une grande joie". Ils pensent que chacun a bénéficié de moments privilégiés. Les chorégraphes ont perçu la méfiance de certains soignants lorsqu'ils ont abordé le travail sur l'expression des sentiments. Ils se demandent si ils n'ont pas touché "un tabou psy". Cependant il leur semble que les adolescents ont trouvé dans ce travail "un appui très fort et très juste à leur expression personnelle." Ensuite ils ont opté pour une approche plus distanciée. Par exemple, ils ont enregistré les mots des jeunes sur le sentiment d'amitié et chacun a improvisé en réaction.

Bilan de l'équipe de soin de la villa Ancely

"L'atelier avait été proposé à la quasi-totalité des adolescents hospitalisés à temps plein ou partiel, et à certains suivis en ambulatoire. Certains ont exprimé leur refus, leur réticence, d'autres ont d'emblée adhéré. Ce sont donc les jeunes volontaires qui ont participé, ce principe de volontariat ayant probablement joué dans le maintien de leur engagement. Dès la première séance, l'enthousiasme a diffusé auprès d'autres jeunes, qui ont été à leur tour intégrés. Les retours auprès des soignants sont très positifs, le groupe de danse est très investi. La rencontre avec des chorégraphes, personnel extra-hospitalier, la rencontre avec la danse contemporaine semblent avoir fédéré. L'intérêt de cet atelier, n'est à priori pas de soigner, mais d'apporter une ouverture culturelle à des adolescents hospitalisés. L'impact thérapeutique a été relevé à posteriori : développement des capacités relationnelles (envers les pairs, les chorégraphes), renforcement de l'estime de soi grâce au dépassement des inhibitions, à la volonté de se mettre en mouvement.

Les réunions avec les chorégraphes, le CDC et les soignants ont permis d'ajuster les attentes mutuelles, ont apporté des éléments cliniques. Il apparaît clairement que la rencontre avec des artistes non soignants, ayant une écoute attentive et des capacités d'adaptation aux difficultés psychiques des adolescents, a été un apport dans la prise en charge globale au sein de notre unité de soins. La participation active des soignants a également été décisive pour la réussite de ce projet innovant".

Bilan de l'équipe de soin de l'APJA

"Les adolescents en soin à l'APJA sont des jeunes aux troubles psychiques, psychiatriques importants et qui entravent leur relation aux autres, leur expression personnelle. Passer par le corps, par la danse, dans un lieu hors

hôpital se présentait comme un espace de travail particulièrement intéressant. C'était une expérience nouvelle qui sortait de l'organisation habituelle des soins proposés à l'APJA. Elle a demandé une grande implication des soignants pour accompagner les jeunes dans cette démarche vers l'extérieur et dans une expression artistique singulière.

Ce ne fut pas toujours facile, ce fut même parfois très difficile. Nous avons été confrontés à la réticence de certains adolescents avec des déficiences contaminantes, l'opposition diffusant de l'un à l'autre. L'expression corporelle n'est pas évidente et s'exposer au regard des autres peut être déstabilisant. Cependant les échanges avec les artistes au cours de rencontres ont permis de parler ces difficultés rencontrées, d'ajuster les ressentis, d'adapter les propositions.

Ce qui nous semble primordial est que cette expérience ait pu être menée jusqu'au bout. Elle a permis une réelle rencontre entre les artistes et les soignants pour créer un espace de travail, d'ouverture, d'expression pertinents pour les adolescents en soin.

Il est intéressant que ce projet puisse se prolonger dans le temps. Nous avons retravaillé en équipe afin d'inscrire les adolescents dans un choix plus volontaire face à cet atelier. Les artistes présenteront leur travail artistique directement aux jeunes, ce qui les aidera à se représenter les choses et à susciter leur envie. Les liens tissés entre les équipes soignantes et les chorégraphes constituent un cadre solide et sécurisant pour accueillir l'expression des adolescents et les aider dans leur ouverture aux autres, à eux-mêmes. Cet espace singulier de rencontre entre l'expression corporelle portée par des artistes et l'accompagnement des soignants est d'une grande richesse pour les jeunes en soin."

Perspectives pour 2013

Les chorégraphes et les soignants accompagnant s'engagent à poursuivre les ateliers dans une certaine continuité, notamment de lieu, de temps et d'encadrement. Les adolescents pourraient continuer s'ils le souhaitent l'année prochaine.

Certains soignants demandent plus de réunions avec les chorégraphes. Cependant un médecin rappelle que l'intérêt de ce projet réside dans les identités de chacun, les artistes devant être protégés des préoccupations des soignants.

Un médecin de l'APJA demande aux chorégraphes s'ils pourraient présenter les ateliers aux adolescents dans le service comme à la villa Ancely afin de susciter plus d'implication.

Proposition "Tu dances ?" 2013 par Isabelle Saulle et Adolfo Vargas

Les chorégraphes souhaitent reprendre le premier axe de travail "qu'est ce que mon corps sait faire ?" pour travailler le contact et la rencontre avec l'autre. L'*unisson*, pour "être ensemble", sera axé sur la musicalité du mouvement et sur la pulsation rythmique. L'expression individuelle sera facilitée par différentes contraintes ou accessoires (ballon, papier, chaise, coussin). Enfin, un travail d'écriture collective par petits groupes, à partir de contraintes simples, devrait permettre de plus impliquer les jeunes individuellement. "Nous souhaiterions qu'à la fin de cette nouvelle saison, chaque adolescent ait pu poser une signature personnelle dans des événements communs". "On place la barre haut, cela n'empêche pas ensuite de s'adapter".

6.5.4 Réunion préliminaire à la saison 2013

1. Seul le service de la villa Ancely poursuit le projet

Les chorégraphes regrettent que l'APJA ne participe pas, d'autant qu'ils ont présenté le nouveau projet dans ce service fin 2012, et qu'ils avaient recroisé une jeune intéressée pour continuer.

2. Les adolescents

Le groupe comprendrait quelques jeunes ayant déjà participé en 2012, mais ce sont essentiellement des nouveaux. La plupart ne sont pas en hospitalisation temps plein, contrairement à l'année précédente. Quelques uns n'ont donné leur réponse que le jour même de la reprise des ateliers. Ils sont en majorité très motivés dès le départ. Les soignants comptent sur l'effet de contamination positive, après le retour de la première séance, et sur le réseau des jeunes à l'extérieur.

3. Les soignants

Les mêmes soignants qu'en 2012 vont participer, un psychomotricien, une éducatrice et deux infirmières. Ils seront au minimum deux pour accompagner un atelier. Les chorégraphes rappellent qu'idéalement le groupe serait constant dans sa composition.

4. Douze ateliers

Les chorégraphes souhaiteraient danser une séquence d'improvisation devant les jeunes, ou leur montrer des vidéos de danse. Ils prévoient du temps pour qu'ils laissent une trace graphique de leurs impressions au cours des ateliers. Les lieux seront à nouveau présentés par l'équipe du CDC, afin de valoriser l'espace offert. En réponse à la question d'un parent, il est rappelé que la présentation finale n'est toujours pas un

objectif. Par contre, l'ouverture du dernier atelier aux partenaires est envisagée.

5. Communication visuelle

Un carnet de bord, dans lequel les jeunes peuvent consigner leurs sensations au fil des ateliers, sera à nouveau mis à disposition. Des livrets souvenirs, illustrés de photos préservant la confidentialité, seront distribués à chacun pour conserver une trace de l'expérience partagée.

6. Programme des chorégraphes

Ils s'appuient sur les réussites de la saison précédente : nécessité de rituels groupaux rassurants, structure répétitive des séances en trois parties (échauffement, expression, unisson). Ils souhaitent développer l'expression individuelle en travaillant autour du contact, et grâce à l'utilisation d'accessoires, tiers entre deux corps.

7. Vie institutionnelle

Le médecin propose que l'atelier écriture de l'institution puisse travailler sur ce projet. Adolfo rappelle qu'en 2012 ils ont proposé un travail d'expression avec les mots, autour de la notion d'amitié. Chaque jeune pouvait enregistrer au micro une phrase personnelle sur ce thème, ensuite le groupe improvisait en écho aux phrases de chacun. Isabelle reconnaît que c'était un moment intense, un des moyens suscitant l'expression qui a le mieux fonctionné.

6.5.5 Bilan intermédiaire de la saison 2013

Le groupe est stabilisé à neuf adolescents. Les chorégraphes questionnent l'arrêt d'une jeune qui avait déjà participé l'année dernière. "On était contents de la retrouver, elle était mieux dans sa peau, maquillée, jolie, consciente de sa beauté". Le médecin souligne que c'est bien là toute sa problématique du lien, tout le monde pense à elle car elle ne vient pas. Une soignante rappelle qu'elle est dans une position générale de rupture avec le soin, les ateliers ayant été pris dans le même mouvement de rejet. Pour d'autres jeunes opposants au soin, il a été possible de préserver les ateliers. Pour le médecin, l'arrêt ne veut pas dire que le jeune va forcément plus mal. Les chorégraphes ont eu peur que sa rupture contamine d'autres jeunes. Isabelle regrette que le second garçon n'ait pas persisté, "ils faisaient du 44 tous les deux, et s'étaient branchés là-dessus". Finalement un a continué, même s'il est le seul garçon dans le groupe.

Certains jeunes sont en difficulté pour improviser, ne voulant être que dans la perfection. Une jeune anorexique arrive progressivement à "mettre du poids dans ses mouvements". Adolfo regrette la tristesse d'une jeune : "je

l'ai enfin vue sourire, une lumière était dans son visage, ça fait plaisir, c'est dommage, elle est musicale, très douée, toujours très précise". Les soignants ont toujours une place importante de soutien.

A la fin de la séance, les chorégraphes prévoient un temps de relaxation, avec des respirations lentes au sol. Les adolescents les sollicitent individuellement : un jeune vient signifier qu'il est fatigué, une autre est venue leur demander de reprendre l'unisson comme lors de la saison précédente.

Adolfo souffre de la hanche, il est limité dans ses mouvements, et s'abstient souvent de danser, gérant plutôt la musique. Il est parfois repris "gentiment" par Isabelle quand il ne s'épargne pas assez physiquement. Ces conflits entre eux amusent les adolescents, constatant leurs différences de points de vue, l'altérité même dans ce duo de danseurs. L'expérience d'Adolfo leur signifie que le corps a des limites.

Les chorégraphes ont été sollicités par Radio Campus. Ils hésitent à communiquer sur le projet. Le groupe de réflexion encourage cette diffusion, le projet gagnant à être connu en dehors de l'espace hospitalier.

Chapitre 7

Analyse des enjeux des ateliers "Tu dances ?"

7.1 Approche

Le programme Culture et santé constitue une formalisation particulière de la présence de l'art dans les établissements de soin. Cette politique est portée par les deux ministères de la Santé et de la Culture depuis plus de dix ans. Actuellement, la culture à l'hôpital est officiellement confortée par l'inscription d'un volet culturel dans les projets d'établissement et dans les CPOM, ainsi que par l'existence de commissions culturelles d'établissements. Les pouvoirs publics tendent désormais à favoriser l'évaluation de ces projets, notamment par les soignants. Le projet "Tu dances ?" n'a dans ses objectifs principaux ni l'ambition de soigner ni celle de fournir de la matière à une étude scientifique. Il s'agit néanmoins ici d'évaluer les enjeux d'une intervention artistique pour des jeunes suivis en pédopsychiatrie.

7.1.1 Évaluer un projet artistique, dans la littérature

Au printemps 2013, Katherine S. Button et al publient un article dans la revue *Nature* en forme d'appel à la communauté des neurosciences nommé "Power failure : why small sample size undermines the reliability of neuroscience" [23]. L'abstract débute ainsi : "une étude avec une faible puissance statistique a une chance réduite de détecter un effet réel, mais il est moins courant de considérer qu'une faible puissance statistique réduit également la certitude qu'un résultat statistique significatif correspond à un effet réel". En d'autres termes, travailler sur un échantillon faible augmente le risque pour l'auteur de démontrer un effet espéré de l'étude, mais faux. L'"effet

Mozart" est une parfaite illustration de ce risque, avec une première étude statistiquement déterminante [143], mais non confirmée par la suite [138].

Plus directement en rapport avec la danse-thérapie, Bonnie Meekums dresse un état des lieux de la recherche en art-thérapie, en particulier en DMT, en Grande-Bretagne [124]. Dans son article, elle souligne l'extrême difficulté de réunir les conditions d'une étude quantitative et statistiquement significative dans le cas particulier de l'art-thérapie, au contraire des thérapies cognitivo-comportementales par exemple. Elle avance que cette difficulté a conduit les danse-thérapeutes à publier dans une littérature spécialisée, distincte de la littérature médicale principale. L'auteur assimile enfin la position des art-thérapeutes au personnage de *Robin des bois*. Ce dernier est convaincu de la justesse de ses idées, mais faute de se plier à la loi du royaume, il ne pourra jamais demander audience au roi pour se faire entendre.

Souhaitant faire sortir les art-thérapeutes de l'"illégalité", Meekums dégage trois approches valides pour identifier un effet thérapeutique : l'essai contrôlé randomisé et la méta-analyse, la recherche de procédé¹ et l'étude multicentrique utilisant une grille d'analyse commune. Les difficultés d'évaluation d'un projet Culture-santé sont analogues à celles d'une méthode psychothérapeutique.

A la lumière du premier article, le projet "Tu danses?" ne saurait faire l'objet d'un essai contrôlé randomisé. En effet le nombre réduit de participants ne permet pas de dégager un effet. Ensuite affirmer l'existence d'un changement demande de choisir un indicateur qui définit la pathologie ou les difficultés. Or les jeunes ont un profil clinique très hétérogène. Enfin, avec si peu de puissance statistique, il n'a pas été constitué de groupe témoin : les jeunes sont suivis, voire hospitalisés et donc pris en charge de façon intensive et pluridisciplinaire. A supposer que l'étude montre une différence entre le groupe témoin et le groupe "Tu danses?", il serait impossible d'attribuer cette différence de façon spécifique au projet artistique.

Indépendamment de la puissance statistique, le recrutement comporte un biais. Il est basé sur une participation libre. On peut dès lors penser que les jeunes qui s'intéressent et s'engagent à participer régulièrement présentent un potentiel évolutif psychique plus favorable.

Pour évaluer quantitativement l'impact du projet "Tu danses?", il faudrait donc organiser une étude multicentrique s'appuyant sur une grille d'analyse commune. La présente étude pourrait constituer une base pour l'organisation d'une éventuelle analyse multicentrique.

1. "Process research" : dans un processus validé, mise en évidence de l'intérêt d'une modification locale. La danse-thérapie n'étant pas encore validée de façon quantitative, cette modalité de recherche présente peu d'intérêts [124].

L'objectif immédiat de cette étude est d'analyser de façon qualitative et transversale les enjeux, notamment relationnels, des ateliers artistiques pour chaque acteur concerné.

7.1.2 Méthodes

Le choix du recueil de données s'est porté sur un questionnaire semi-directif anonyme pour chaque acteur : adolescents, leurs parents, les chorégraphes et les soignants participants et prescripteurs. L'objectif est de recueillir les impressions subjectives de chacun. La trame du questionnaire permet de formaliser le recueil. Cette structure est nécessaire pour comparer par la suite les informations obtenues. Dans la population spécifique des adolescents, il est souvent nécessaire de poser des questions pour obtenir des réponses. Le questionnaire introduit aussi une distance facilitante par rapport à l'évaluateur. Néanmoins, le questionnaire introduit un biais de suggestion dans les réponses et un biais de séduction (ou d'opposition) qui ferait répondre dans le sens de l'attente de l'évaluateur.

Le contenu des questions a été formalisé à partir d'entretiens préliminaires auprès de quelques adolescents. Ces entretiens ont permis d'apprécier les questions les plus pertinentes. Par exemple, la demande de représenter son image du corps par le dessin n'a pas été conservée dans le questionnaire final, vu les difficultés rencontrées.

La représentation de l'expérience subjective de chacun paraît l'information la plus pertinente à explorer dans ce contexte. Le questionnaire adressé aux adolescents tente, par des questions croisées, semi-directives et ouvertes, de déterminer les éléments ayant motivé et éventuellement aidé le jeune. Le questionnaire comporte beaucoup d'items, cependant les seize questions sont autant d'occasions pour le jeune de s'exprimer. Le questionnaire des parents les interroge sur les représentations qu'ils se font des ateliers, du bénéfice qu'ils repèrent pour leur adolescent. Le questionnaire des soignants essaye de dégager les motivations, les bénéfices personnels, professionnels et institutionnels, les difficultés rencontrées.

Dans un premier temps, les adolescents sont informés des buts de l'étude et de notre participation aux ateliers au cours des deux saisons. Les questionnaires sont remplis au domicile, permettant un recueil plus complet et réfléchi. Pour certains jeunes particulièrement en difficulté, répondre au domicile permet de dépasser la limite de la fatigabilité ou de la compréhension. Un des parents explicite qu'il a tenu le stylo, la pathologie de son adolescent ne lui permettant pas de répondre au questionnaire lui-même. Les grilles adolescents et parents sont distribuées avant la fin de l'intervention.

La population ayant répondu aux questionnaires se compose comme suit. Sur les 23 adolescents ayant participé (14 en 2012, 9 en 2013) dont six garçons, douze (9 en 2012 et 3 en 2013) ont répondu au questionnaire adolescent. La moitié soit six parents (4 en 2012, 2 en 2013) ont répondu à leur questionnaire. Dix soignants ont répondu, cinq de chaque service. Parmi ces soignants, sept ont participé activement aux séances, dont deux psychomotriciens, deux éducateurs et trois infirmiers. S'y ajoutent trois médecins ayant participé à la construction du projet au travers des réunions préliminaires et des bilans intermédiaires, ainsi qu'à l'indication et au suivi des adolescents participants aux ateliers. Les deux chorégraphes, Isabelle Saulle et Adolfo Vargas, ont été interrogés directement, en suivant la trame d'un entretien semi-directif. Les réponses aux questionnaires sont présentées en annexe.

7.2 Résultats

L'analyse est fondée sur le relevé des idées contenues dans les réponses aux questionnaires. Les principales occurrences sont comptabilisées dans un tableau récapitulatif pour chaque item. Notons que probablement le fait même d'évaluer ce projet induit des effets pour chacun des acteurs.

7.2.1 Entretiens préliminaires

Des entretiens préliminaires sont menés auprès de cinq adolescents (trois en 2012 et deux en 2013) dans la semaine précédant le démarrage des ateliers. Ils suivent une trame semi-directive et interrogent les jeunes sur leurs motivations à participer aux ateliers "Tu danses ?", la façon dont ils imaginent ces ateliers, leurs connaissances de la danse contemporaine, leurs attentes, leur expérience antérieure d'une pratique physique ou créative. S'agissant d'ateliers de danse, le rapport à leur corps est questionné, notamment à travers la demande de dessiner leur corps tel qu'ils le perçoivent actuellement et leur silhouette idéale. Les adolescents les plus disponibles pour une rencontre sont ceux hospitalisés à temps plein à la villa Ancely. L'objectif de ces entretiens préliminaires est d'apprécier directement auprès d'un échantillon d'adolescents leurs représentations associées à la danse et à ces ateliers, afin de structurer le questionnaire.

Nathan

Nathan, âgé d'environ 15 ans, est enthousiaste à l'idée de participer à des ateliers de danse, porté par son envie d'apprendre à mieux danser, notamment les chorégraphies de Mylène Farmer et Shakira dont il est fan. Il parle

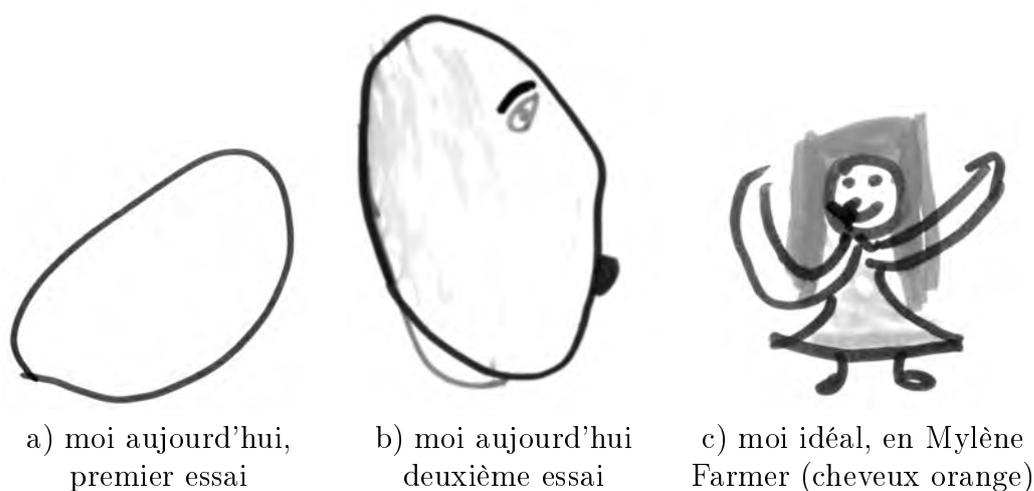


FIGURE 7.1 – Dessins de Nathan

d'une première expérience de danse rythmique dès l'âge de 5 ou 6 ans. Actuellement il danse régulièrement dans la journée quand il écoute de la musique, pour son plaisir. A la demande de se représenter tel qu'il se perçoit, il répond par un dessin le représentant partiellement. Après plusieurs essais, il dessine son visage de profil avec des couleurs, yeux verts, nez quasi-inexistant, langue tirée, cheveux blonds. Les traits sont régressifs, du niveau d'un enfant de maternelle. Il nous demande de vérifier la couleur de ses yeux dans la réalité. Le dessin de son corps idéal représente Mylène Farmer, représentation cette fois d'un corps total. Ce jeune semble présenter des failles identitaires importantes, peut-être en lien avec un trouble du développement. Ces seuls dessins questionnent sur les représentations de son corps : corps total ou morcellé, continuité, identité sexuée. Il attend des ateliers "Tu dances ?" un moment de détente. Nathan apprécie les activités physiques, notamment le badminton. Il s'interroge beaucoup sur le cadre spatio-temporel des séances, sur la composition du groupe.

Cindy

Cindy se présente de manière très féminine, maquillée et vêtue avec soin. Elle apparaît être hospitalisée pour des troubles du comportement alimentaire. Elle pratique des cours de danse depuis qu'elle a 6 ans, d'abord de danse classique puis de danse contemporaine jusqu'à septembre 2011, arrêt imposé par la précarité de son état physique. La danse est pour elle un moyen d'expression facilitant car infra-verbal.

Elle souhaite intégrer l'atelier "Tu dances?" pour le plaisir de danser. Elle considère sa participation comme une récompense et une motivation à prendre du poids. Sa principale préoccupation est son isolement, secondaire à l'hospitalisation. Elle est en classe de première, ses copains de lycée lui manquent.

Elle ne pense pas avoir beaucoup d'imagination, elle n'aime donc pas dessiner. Par contre elle apprécie la musique et le cinéma. De tempérament dynamique, elle pratique habituellement l'escrime.

Sa sœur a suivi le cursus du conservatoire de danse, mais l'a interrompu lors de la première hospitalisation de Cindy en 2008. "Moi j'avais un moins bon niveau, c'était que pour le plaisir". Leur mère a aussi dansé jusqu'à ses 18 ans. Il semble que dans sa famille, la danse ait une place particulière en tant qu'idéal féminin. Perfectionniste, elle voudrait atteindre le mouvement parfait lorsqu'elle danse. Elle a toujours été mal à l'aise à l'idée d'exposer son corps, par timidité et auto-dévalorisation : "je faisais moins bien les mouvements que les autres". Elle a quelques réticences pour les ateliers car elle n'aime pas se mettre en avant. Actuellement elle ne ressent rien dans son corps, d'après elle volontairement pour ne pas bloquer le processus de reprise de poids. Elle perçoit seulement le plaisir de l'effort physique.

Elle se souvient des premiers changements physiques liés à la puberté, rapidement stoppés par la maladie. Elle se voudrait plus grande. Coupée de l'image de son corps à cause de nombreuses variations pondérales, elle ne peut pas dessiner sa silhouette actuelle. Sa silhouette idéale est harmonieuse, toute en courbes (taille, hanches, cuisses) excepté des épaules très anguleuses. Sa silhouette n'est pas complète, il manque les pieds, les mains, la tête est anonyme sans aucun détail distinctif.

Cette jeune habitant loin de Toulouse, elle arrêtera sa participation aux ateliers "Tu dances?" après sa sortie d'hospitalisation.

Laure

Laure souffre manifestement d'un trouble du comportement alimentaire. Elle pratique différents types de danse depuis ses 6 ans : danse classique, modern-jazz, contemporain et flamenco. La danse représente pour elle un mode d'expression plus aisé que le langage verbal. Elle a interrompu la participation à ses cours de danse contemporaine récemment à cause de son état physique. Elle se dévalorise en tant que danseuse : son mouvement n'est pas parfait, elle ne fait pas aussi bien que les autres. Elle aime bien écrire et a pratiqué plusieurs sports, natation, athlétisme, tennis. Actuellement elle envisage les activités corporelles comme un moyen de se dépasser. Son amaigrissement est frappant, elle semble très indifférente. Son visage est figé, elle



FIGURE 7.2 – Dessin de Cindy, silhouette idéale

parle très bas, au point qu'il faut parfois lui demander de répéter une phrase pour l'entendre. Hospitalisée depuis quatre mois, elle se dit en colère, se plaignant des contraintes, de l'inutilité des soins.

Elle pense avoir atteint sa silhouette idéale récemment, elle voudrait conserver ce faible poids. Sa silhouette actuelle et idéale se confondent. Elle dessine un corps "tube" dans le sens où tête, membres et cou ont la même épaisseur que le tronc. Ce corps qui paraît sans âge et immobile ne présente aucun détail humanisant ni caractère sexués.

Ses préoccupations sont centrées sur les contraintes qu'on lui impose, la privation de sa liberté. Elle ne pense pas que l'atelier puisse l'aider à dépasser certaines de ses difficultés. Elle s'engage néanmoins dans le projet "Tu danses?", d'abord pour sortir de ce "lieu de rétention", "souffler dans un ailleurs", à l'extérieur de l'hôpital. Puis elle cherche des moments agréables alors qu'elle considère vivre une succession de désagréments. Elle sait que la danse lui procurera du plaisir mais ne pense pas pouvoir le ressentir corporellement. Paradoxalement, elle apprécie les sensations désagréables, comme les crampes musculaires : "quand ça tire (...) au moins ce sont des sensations" - la douleur plutôt que l'absence de sensations. Elle est angoissée par les modifications actuelles de son corps. Elle n'évoque pas les modifications de la puberté. Premier moment de l'entretien où elle esquisse un sourire, elle évoque sa tenue pour mardi, un collant.

Laure sera une des jeunes les plus assidues au cours de la saison 2012, elle s'engagera même à poursuivre en 2013. A cours du soin multidisciplinaire et

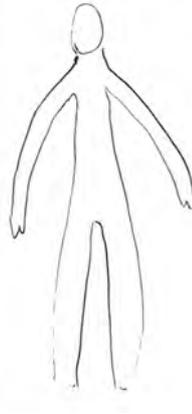


FIGURE 7.3 – Dessin de Laure, silhouette actuelle

intensif en pédopsychiatrie, sa présentation corporelle et son état psychique évoluent de façon radicale. Elle se présente aujourd'hui comme une jeune femme plus joyeuse et séduisante, visiblement plus à l'aise dans son corps et très féminine, toujours maquillée coiffée et attentive à sa tenue vestimentaire. Toujours dans la maîtrise des apparences ?

Fleur

Cette jeune apparaît comme souffrant d'un trouble du comportement alimentaire. Ralentie et détachée, elle ne manifeste aucune envie particulière. Le médecin qui la suit à la villa Ancely lui a proposé de participer aux ateliers. Elle a pratiqué des cours de danse moderne pendant plusieurs années, interrompus lors de son hospitalisation il y a trois ans. Alexithymique (absence de capacité à lire ses émotions) elle ne peut pas expliquer les raisons qui la poussaient à pratiquer la danse. Elle ne connaît pas la danse contemporaine. Elle prenait des cours de guitare, mais a arrêté car n'a plus envie.

Elle était réticente, pour des questions d'organisation car elle rentre après sa journée d'hospitalisation tous les soirs chez elle à 17h. L'atelier la ferait rentrer chez elle plus tard à 19h. Elle n'imagine pas le bénéfice ou le plaisir qu'elle pourrait en tirer. Fleur a finalement accepté car elle s'est sentie encouragée par tous, soignants, famille. Elle se résigne "ça pourrait me redonner l'envie de danser". Les éléments du projet qui la motivent sont la danse et le fait de retrouver des jeunes qu'elle connaît. Lors de la dernière saison, elle n'avait pas pu participer pour des raisons de faiblesse physique. Cependant elle avait entendu les retours des jeunes et avait assisté à la présentation des chorégraphes dans le service. Elle est satisfaite de pouvoir vivre le projet

cette année.

Au cours de cet entretien, demander au jeune de représenter son corps par un dessin est apparu trop intrusif, la question du poids et de l'image du corps étant de façon aigüe au centre de la problématique psychique actuelle. Fleur pose plusieurs questions, inquiète : est-ce que la dépense physique est conséquente, un spectacle est-il prévu à la fin des séances, quelle tenue prévoir ?

Valérie

Cette jeune apparaît motivée et gaie. Dans le projet "Tu dances ?" elle s'intéresse à la dimension de danse et au lieu hors l'hôpital. Elle a une expérience de danse flamenco : "la danse, ça détend". Elle n'a par contre jamais pratiqué de loisirs extra-scolaires. Intégrer une activité dans la cité est pour elle un défi car cela rejoint sa principale difficulté. Elle se sent rassurée par la participation de jeunes et d'adultes qu'elle connaît.

De même que dans l'entretien précédent, nous n'avons pas jugé opportun de proposer de lui dessiner son corps. Elle nous plaçait plus dans une position d'animatrice extérieure que dans une fonction de psychiatre, ne permettant pas de questionner l'intime.

Malgré son surpoids, Valérie se sent bien dans son corps, à condition d'être à l'aise dans le groupe. Elle pense que ces ateliers vont l'aider à résoudre certaines de ses difficultés.

7.2.2 Représentations des adolescents

Les réponses aux questionnaires sont présentées ci-dessous par item.

Représentations de la danse

Les adolescents ont des avis très divers (tableau 7.1). Certains apprécient la danse pour sa dimension esthétique, dynamique, relaxante ou amusante. D'autres trouvent cette activité "nulle" ou inaccessible. Ils ont des préférences affirmées pour la danse classique, moderne, contemporain ou hip-hop.

Représentations associées à la danse contemporaine

Les jeunes n'ont pas les mêmes goûts en matière de danse contemporaine. En effet deux apprécient particulièrement, notamment son côté "imprévisible et poétique" ou "créatif et sollicitant l'imaginaire", deux l'aiment moins que d'autres styles de danse (tableau 7.2). Deux jeunes méconnaissaient la danse

Thème abordé	Occurences
Belle, majestueuse	1
Amusante	1
Bouger son corps	1
Se relaxer	1
Inaccessible	1
Nul	1
Aime la danse classique et moderne	1
En attente de hip-hop	1
Absence de réponse	3

TABLE 7.1 – A propos de l'image de la danse

Thème abordé	Occurences
Danse préférée	2
Imprévisible, poétique	1
Créative, sollicite l'imagination	1
Aime moins que d'autres danses	2
Méconnaissance	2
Absence de réponse	4

TABLE 7.2 – A propos de l'image de la danse contemporaine

contemporaine ou en avaient une représentation très vague : "une sorte de danse classique".

Expérience antérieure de danse

La moitié des jeunes interrogés (tableau 7.3) n'a pas d'expérience en danse. Quatre ont pratiqué des cours réguliers, plusieurs années pour au moins trois d'entre eux. Trois jeunes prenaient des cours de modern-jazz, un autre de contemporain, pendant onze ans. Quelques-uns ont juste eu un aperçu, en stage de hip-hop dans un centre de loisirs. Deux aiment danser pour s'amuser, seul dans sa chambre ou avec ses amis.

Intérêt pour les activités de création ou d'expression

La moitié des adolescents apprécient les activités créatives (tableau 7.4) : quatre citent le dessin ou la peinture, deux la musique et le chant, deux la sculpture. La plupart des adolescents ont fait l'expérience qu'une activité expressive ou créative leur apporte des effets bénéfiques : sensation de plaisir, d'apaisement, de réconfort et de liberté. Un quart des adolescents interrogés n'apprécie pas ces activités créatives.

Intérêt pour la pratique physique

Un tiers des jeunes interrogés ne s'intéresse pas du tout aux pratiques physiques (tableau 7.5). Parmi les autres, trois apprécient la pratique de la natation, deux du vélo, deux de la danse. Ils sont motivés parce que le sport défoule, apaise, détend, fait mincir, permet de sentir libre dans ses mouvements et de prendre du plaisir. Ils mentionnent des moments de partage avec la famille ou les amis, en extérieur parfois.

Pérennité du désir de danser

La moitié a envie de prendre ensuite des cours de danse, un quart non (tableau 7.6). Une jeune explicite que ces ateliers lui permettent de se "retrouver avec (son) corps, dans quelque chose qui (lui) fait un grand bien".

Désir de continuer un sport

Peu d'adolescents sont intéressés par cette question (tableau 7.7), la moitié n'y répond pas.

Thème abordé	Occurrences
Aucune	6
Cours de danse	4
Stage	1
Sauf pour s'amuser dans ma chambre	1
Avec des amis	1
Absence de réponse	1

TABLE 7.3 – Expérience antérieure en danse

Thème abordé	Occurrences
Oui	6
Non	3
Dessin, peinture	4
Musique, chant	2
Sculpture, poterie	2
Danse, théâtre	2
Légos	1
Faire des films	1
Toutes les activités manuelles ou corporelles	1
Plaisir	1
Apaisement	1
Réconfort	1
Liberté	2
Absence de réponse	3

TABLE 7.4 – Intérêt des jeunes pour d'autres activités de création ou d'expression

Thème abordé	Occurrences
Non	4
Oui	8
Le sport	2
Natation	3
Vélo	2
Danse, danse orientale	2
Équitation	1
Foot-ball	1
Basket	1
Se défouler	3
Plaisir	3
Apaise	1
Décontracte	1
Pour mincir	1
Se sentir libre de bouger	1
Partagé avec famille ou amis	1
Extérieur	1

TABLE 7.5 – Intérêt des adolescents pour la pratique physique

Thème abordé	Occurrences
Oui	6
Non	3
Ne sait pas	1
Absence de réponse	1

TABLE 7.6 – A propos de l'envie de continuer la danse

Thème abordé	Occurrences
Oui	1
Non	1
Absence de réponse	7
Ne sais pas	1

TABLE 7.7 – A propos de l'envie de continuer un sport

Relation à son corps

Plus de la moitié des jeunes se sentent mal dans leur corps (tableau 7.8). La moitié voudrait perdre du poids, jusqu'à la maigreur pour un jeune. Un veut changer de corps, l'autre de cerveau. Un jeune signale qu'il "stresse par le corps", souffrant parfois de points de côté ou de douleurs articulaires ou dorsales. On note qu'un adolescent souhaiterait avoir des amis qui ne le jugent pas sur son apparence corporelle, notamment par rapport à son poids. Un tiers se sent bien ou ne se plaint pas de son corps.

Apparence idéale

Presque la moitié des adolescents s'idéalisent plus minces, voire maigre pour l'un d'entre eux (tableau 7.9). Un adolescent s'exprime de façon paradoxale, il n'a pas d'apparence idéale, mais voudrait être plus grand et plus costaud. Un autre se voudrait plus bronzé et plus musclé.

Expériences traumatiques corporelles

Trois adolescents (tableau 7.10) évoquent la transformation de leur corps due à leur prise de poids, soit comme effet secondaire des traitements psychotropes, soit par "ennui". Deux jeunes rapportent une chute de cheval avec un traumatisme physique, mal de dos pendant plusieurs mois ou entorse des cervicales. Deux autres ont subi un traumatisme dentaire. Un jeune évoque un incident qui aurait "sali son corps", devenu objet de honte et de dégoût. Un adolescent rapporte l'apparition de sa "pathologie du cerveau" comme événement majeur dans son corps. Étonnamment aucun ne fait référence à la puberté. Un seul signale des douleurs de croissance au niveau des jambes.

Activité culturelle ou thérapeutique

Presque la moitié des jeunes (tableau 7.11) pensent qu'il s'agit à la fois de soin et de culture. L'autre moitié définit cet atelier comme un soin, notamment parce qu'il est proposé par le service de psychiatrie et parce que les soignants les accompagnent. Un rapporte même qu'il s'agit pour lui d'un soin obligatoire, un autre qu'on lui a signifié qu'il devait participer "pour son bien". Deux adolescents considèrent qu'il s'agit avant tout d'un espace de danse.

Thème abordé	Occurrences
Bien	4
Insatisfait	7
Perdre du poids	6
Points de côté, douleurs	1
Changer de corps	3
Changer de cerveau	1
Amis qui ne jugent pas en fonction du poids	1
Ne veut pas le dire	1

TABLE 7.8 – Concernant la relation au corps

Thème abordé	Occurrences
Perte de poids	5
Plus grand	2
Plus costaud, musclé	2
Plus bronzé	1
Ne veut pas répondre	1
Absence de réponse	2

TABLE 7.9 – Concernant l'apparence idéale des adolescents

Thème abordé	Occurrences
Non	4
Prise de poids, iatrogène ou par ennui	3
Chute de cheval	2
Traumatisme dentaire	2
Incident qui a "sali" son corps	1
Apparition de ma "pathologie du cerveau"	1
Douleur de croissance	1
Plaie à la tête, agrafes	1
Hernie dans l'enfance	1
Absence de réponse	1

TABLE 7.10 – Concernant d'éventuels évènements traumatiques corporels

Regard sur le soin et les soignants

Plus de la moitié des jeunes (tableau 7.12) ont changé de point de vue sur le soin et les soignants. Pour un tiers d'entre eux ce n'est pas le cas. La moitié a changé de regard sur les soignants car pour une fois ils ont "fait avec eux" sur un pied d'égalité et ont plus échangés. Un adolescent est satisfait qu'il existe un autre type de soin que les médicaments ou l'hospitalisation. Un dernier précise : "je ne prends pas les soignants pour des copains, moi je me dis qu'ils sont là pour me soigner, mais ils sont cools quand même".

Motivations des adolescents

La médiation de la danse était un argument motivant pour presque la moitié des jeunes (tableau 7.13). Un tiers des jeunes ont accepté parce qu'on leur a proposé, ils ne formulaient pas de demande. Un adolescent affirme que ce projet lui a été imposé, ce qui ne correspond pas au cadre prévu. Deux jeunes voient dans ces ateliers une aide potentielle qui agirait différemment de la prise en charge qu'on leur propose par ailleurs.

Attentes des adolescents

Les attentes des adolescents sont très diverses (tableau 7.14). Un quart des jeunes s'attendaient à apprendre à danser, notamment le hip-hop. Un tiers d'entre eux avaient imaginé différemment le cadre : la salle, avec une grande scène, des miroirs, un parquet et l'idée d'un public et d'un spectacle final, "plein de personnes qui me regardaient danser". Un jeune s'attendait à un travail de contrôle de ses gestes brusques. Finalement un jeune était déçu de ne pas avoir plus appris à danser, un estimait l'atelier conforme à ses attentes (enthousiasme et sérieux), un autre est agréablement surpris par la variété des propositions.

Difficultés des jeunes

Un quart des jeunes se sont sentis en difficulté par rapport au regard des autres (tableau 7.15) : ils rapportent la difficulté à s'exhiber, l'angoisse anticipée du miroir et de porter une tenue de danse devant les autres. Les jeunes évoquent leurs difficultés physiques : mouvements incontrôlés et fatigabilité, "difficultés d'étirer ses jambes à cause du poids" ; et leurs difficultés psychiques : la peur de l'inconnu, de l'échec, les difficultés d'attention, d'excitation et de respect des consignes. Un jeune explique qu'il lui est difficile de voir les autres jeunes rentrer chez eux alors qu'il est hospitalisé.

Thème abordé	Occurrences
Soin et danse	5
Soin	5
Danse	2
Activité obligatoire	1

TABLE 7.11 – Activité culturelle ou activité thérapeutique

Thème abordé	Occurrences
Oui	7
Non	4
Regard sur soignants, partage d'expériences	6
Hors médicaments et hôpital	1
Soin non calme	1
Découverte	1

TABLE 7.12 – Concernant le regard des jeunes vis-à-vis du soin

Thème abordé	Occurrences
Danse	5
Sur proposition	4
Aide potentielle	2
Présentation	1
Obligation	1
Hors hôpital	1
Rencontre avec des adultes non soignants	1

TABLE 7.13 – Leurs motivations

Thème abordé	Occurrences
Aucune attente	3
Truc de filles	1
Déçu	1
Apprendre à danser	3
Salle : miroirs, parquet, grande scène	2
Spectacle, public	2
Contrôler les gestes	1
Dynamique	1
Exercices créatifs	1
Moins physique	1
Agréablement surpris	1
Correspond aux attentes	1

TABLE 7.14 – Concernant les attentes des jeunes

Thème abordé	Occurrences
Regard des autres	3
Difficultés physiques, fatigue	3
Peur de l'inconnu	1
Peur de l'extérieur	1
Peur de l'échec	1
Attention, excitation, respect des consignes	1
Pas de plaisir, refus de participer	1
Voir les autres rentrer chez eux	1
Absence de difficultés	1
Absence de réponse	1

TABLE 7.15 – Concernant les difficultés

Aide pour gérer les difficultés

Une large moitié des jeunes écrivent que ce projet n'a pas eu d'influence sur leurs difficultés (tableau 7.16), sans plus de précisions. L'autre partie considère que le projet les a aidé à dépasser certaines de leurs difficultés. Un jeune ne s'attendait pas à ce que le projet soit aussi positif, un autre l'espérait. Un adolescent pense que "Tu dances ?" lui a permis de retrouver plaisir, envie et motivation, notamment dans le fait de danser. Un autre affirme que ça lui a permis d'expérimenter qu'"il n'y avait pas que la pathologie dans la vie".

Plaisir

La totalité des jeunes, sauf deux, a pris plaisir à participer (tableau 7.17).

Élément le plus attractif

Les deux-tiers des jeunes ont apprécié la présence et la personnalité des chorégraphes (tableau 7.18), la médiation de la danse et le partage avec le groupe des pairs. Certains précisent que l'atelier est l'occasion de retrouver des jeunes qu'ils ont connu en hospitalisation. Un jeune continue à s'opposer, en disant que rien ne l'a intéressé. C'est aussi lui qui affirme qu'on l'a obligé à participer.

Apports de la présence artistique

Les trois quarts des jeunes sont motivés par la présence des artistes (tableau 7.19). Leur animation induit des changements dans le dispositif d'atelier par rapport aux groupes thérapeutiques des services de soin. Un tiers trouve que leur présence apporte une impression d'extérieur et l'occasion de voir d'autres jeunes en dehors du cadre des soins. Deux jeunes ont perçu la passion pour la danse qui anime les chorégraphes. Deux ont trouvé qu'ils donnaient plus de dynamique à l'atelier. Deux adolescents se disent plus motivés par le lieu artistique que par la présence des chorégraphes : ce lieu leur donne plus l'impression de participer à un loisir qu'à un soin. Pour trois jeunes l'animation artistique n'a pas été décisive dans leurs motivations.

Rôle des soignants

Tous les jeunes sauf un pensent que la présence des soignants est une bonne chose (tableau 7.20). Ces derniers les rassurent. Ils ont apprécié de "les voir se lâcher". La moitié considère qu'ils leur ont apporté du soutien dans les moments difficiles : pour oublier les problèmes, se concentrer, entrer

Thème abordé	Occurrences
Non	7
Oui	5

TABLE 7.16 – Aide des ateliers dans la gestion des difficultés

Thème abordé	Occurrences
Oui	10
Non	2

TABLE 7.17 – Concernant le plaisir pris à participer

Thème abordé	Occurrences
Chorégraphes	8
Danse	8
Groupe des pairs	7
Soignants	1
Rien	1

TABLE 7.18 – A propos de l'élément du projet le plus attractif

Thème abordé	Occurrences
Motivation	9
Changement de cadre	7
Extérieur	4
Partager leur passion	2
Plus dynamique	2
Pas de motivation	3
Motivé plutôt par le lieu artistique	2

TABLE 7.19 – Concernant l'intérêt de la présence artistique

en relation avec l'extérieur, un "monde qui me fait peur", ou pour gérer les difficultés physiques ou les douleurs. Un quart écrit que les soignants facilitent l'instauration d'un climat de confiance, permettant une implication dans les propositions. Leur présence a aidé les jeunes notamment pour les premières séances de la saison. Un jeune s'oppose "je m'en fous", un autre a eu l'impression que les soignants le surveillaient.

Avis général sur le projet

Tous les jeunes sauf deux trouvent le projet positif (tableau 7.21) : certains sont emphatiques "génial" (cité deux fois), "super", "excellent", "bénéfique". Deux jeunes s'opposent avec force : "je n'ai pas aimé, je ne veux plus y participer", "je ne préfère pas le dire, ça me plaisait pas, je ne pense pas que ça changera, de toute façon ça ne sert à rien".

Propositions de modifications

Les adolescents proposent peu de changements pour la suite du projet (tableau 7.22). Un jeune souhaite que la composition du groupe initial reste identique. Un autre préférerait un sol en parquet, un dernier propose d'utiliser d'autres types de danse et de musique : la danse contemporaine est "bizarre", plus de "rap, rock, des live qui bougent".

Thème abordé	Occurrences
Bonne chose	11
Aide dans moments difficiles	6
Confiance, pour s'impliquer	3
Surtout premières séances	1
Mais impression qu'ils me surveillaient	1
"S'en fout"	1

TABLE 7.20 – Concernant la fonction des soignants

Thème abordé	Occurrences
Positif	10
Négatif	2

TABLE 7.21 – Avis général sur le projet

Thème abordé	Occurrences
Groupe identique	1
Sol	1
Type de danse	1
Musique	1

TABLE 7.22 – Propositions de modifications

7.2.3 Représentations des parents

Les parents ont peu répondu au questionnaire : en 2012 quatre parents, en 2013 deux parents.

Avis initial sur le projet "Tu danses ?"

La moitié des parents ayant répondu au questionnaire (tableau 7.23) se félicitent que ces ateliers permettent une reprise du sport pour leur adolescent. Ces derniers avaient arrêté leur activité de loisirs à cause de la maladie ou de leur hospitalisation prolongée. Les éléments suivants sont valorisants pour les parents : activité hors l'hôpital, rencontre avec des adultes non soignants, n'excluant pas la présence rassurante des soignants, dans un mode relationnel différent, enfin un objectif commun de mieux-être. Le projet leur semble pertinent par rapport aux difficultés de leur adolescent : travail sur la relation au corps, à l'image de soi, moyen d'expression corporel qui exclut les agressions corporelles et enfin travail sur l'expression des émotions.

Présentation du projet

Pour la moitié des parents (tableau 7.24), c'est l'adolescent qui leur a présenté le projet, touché par la démarche des chorégraphes lors de leur présentation dans le service hospitalier. Pour d'autres la présentation a été faite en consultation par le médecin ou par un soignant participant. L'affiche avait déjà retenu l'attention de certains parents.

Activité thérapeutique ou culturelle ?

Deux parents pensent que ce projet associe un volet artistique à la dimension de soin (tableau 7.25). Pour trois parents, il s'agit plutôt de soin, car les soignants participent et qu'il s'agit d'un travail sur l'expression des émotions. Un parent cite notamment l'encadrement par des psychomotriciens.

Dans la question précédente, des parents utilisent spontanément des termes désignant le projet comme un soin. Trois parents s'expriment en termes d'"activité thérapeutique" qui "rentre totalement dans le cadre des soins qui peuvent être proposés en service d'accompagnement psychiatrique". Les aspects que les parents privilégient dans ce dispositif sont : le plaisir partagé, le groupe des pairs, l'activité physique et l'enrichissement de la relation de soin.

Thème abordé	Occurrences
Très bonne initiative	3
Reprise de l'activité physique	2
Hors l'hôpital	1
Rencontre avec des adultes non soignants	1
Présence des soignants, relationnel différent	1
Objectif commun entre artiste et soignant	1
Mieux-être	1
Pertinent vu les difficultés	1
Relation au corps, à image de soi	1
Sans agresser le corps	1
Autre moyen d'expression	1
Libérer les émotions	1

TABLE 7.23 – Avis des parents sur le projet

Thème abordé	Occurrences
Par le médecin	2
Par l'adolescent	3
Présentation des artistes	1
Par un soignant participant	1
Activité thérapeutique	3
A immédiatement accepté	1
Attention retenue par l'affiche	1

TABLE 7.24 – Concernant la façon dont le projet a été présenté

Thème abordé	Occurrences
A la fois soin et culture	2
Soin car présence de soignants	3
Plaisir	1
Activité physique	1
Relation de soin différente	1
Groupe des pairs	1

TABLE 7.25 – Activité thérapeutique ou culturelle

Réticences

Aucun des parents ayant répondu (tableau 7.26) ne mentionne de réticences sur ce projet. Au contraire ils évoquent un à-priori favorable. Par ailleurs ils sont rassurés par l'enthousiasme immédiat suscité chez leurs adolescents, l'organisation conjointe entre artistes et soignants et par l'encadrement en petits groupes. Certains ont l'impression que le projet correspond vraiment aux besoins de leur jeune. Un parent signale que son adolescent avait une inquiétude avant les séances, souffrant au quotidien de la peur de l'inconnu. Un parent est d'autant plus positif qu'il s'intéresse personnellement à la danse.

Bénéfices attendus chez les adolescents par leurs parents

Tous les parents interrogés (tableau 7.27) imaginent que le projet puisse apporter des choses positives à leur adolescent : acceptation du corps, du genre, expression de la souffrance, des émotions, bien-être, oser, faire, ressentir. Cette impression favorable est confirmée par l'impatience du jeune à ce que le projet démarre. Certains avaient déjà expérimenté que la danse contemporaine apportait des bénéfices à leur fille : épanouissement, créativité, connaissance de soi, de son corps. D'autres s'attendent à ce que les ateliers réveillent l'envie et le plaisir de leur jeune.

Bénéfices observés chez les adolescents

Tous les parents constatent un bénéfice chez leur adolescent (tableau 7.28). Deux parents pensent que ces ateliers ont aidé leur adolescent à renouer avec son corps, à prendre conscience de ses capacités possibles. Un parent précise que ces ateliers sont la seule activité physique possible pour leur enfant. Plusieurs constatent que l'atelier est un moment privilégié dans la semaine. Un jeune est très assidu, y compris lors des périodes difficiles. Un autre rentre détendu et enchanté. Pour un parent l'atelier est l'occasion de partager des rires entre jeunes et adultes. Les parents pensent que le bénéfice est lié au lien groupal, à l'expression corporelle, au partage avec les artistes et les soignants. Un parent mentionne l'intérêt de son adolescent pour la musique .

Presque tous les parents profitent du questionnaire pour remercier les artistes et les soignants de leur implication, leur disponibilité et de la qualité de leur accompagnement.

Thème abordé	Occurrences
Aucune	6
Au contraire	4
Pensé conjointement	1
Adhésion immédiate	1
Enthousiasme	1
Correspond vraiment aux besoins	1
Pour le jeune, peur de l'inconnu	1
Intérêt personnel du parent pour la danse	1
Encadré, en petit groupe	1

TABLE 7.26 – A propos des réticences

Thème abordé	Occurrences
Oui	6
Confirmé par l'impatience du jeune	1
Réveiller l'envie et le plaisir	2
Connaissaient les bénéfices de la danse contemporaine	1
Acceptation de son corps	1
Acceptation de son genre	1
Expression de la souffrance, des émotions	1
Bien-être	1
Partage de moments	1

TABLE 7.27 – Bénéfices attendus pour leurs adolescents

Thème abordé	Occurrences
Oui	6
Remerciements	3
Renouer avec son corps	2
Unique activité physique	1
Détente	2
Régularité même lors des moments difficiles	1
Moments privilégiés	1
Lien groupal	1
Partage avec artistes et soignants	2
Expression corporelle	1
Lien avec musique	1
Rire	1

TABLE 7.28 – Bénéfices observés chez les jeunes

7.2.4 Représentations des soignants

Motivations des soignants

Dans les éléments cités par les soignants comme ayant motivé leur participation au projet (tableau 7.29), la dimension d'ouverture est prégnante : le projet a un caractère novateur, culturel, extra-hospitalier, multidisciplinaire, réunissant deux services de psychiatrie. Le bénéfice est attendu tant du côté des adolescents grâce au regard artistique, que du côté des soignants au travers de l'enrichissement des pratiques professionnelles. Les soignants comptent sur leur changement de place pour que la relation de soin se modifie. Plus de la moitié des soignants (six sur dix) sont intéressés par la dimension de travail corporel, l'expression verbale s'avérant parfois insatisfaisante, notamment chez les jeunes et les patients psychiatriques. Deux soignants soulignent la dimension de l'ordinaire, un loisir commun comme la danse étant ici adapté aux jeunes présentant une fragilité psychique.

Arguments soutenant l'intégration d'un volet culturel dans le soin

Les soignants sont interrogés sur le sens qu'ils attribuent à l'ouverture artistique (tableau 7.30). Les trois quarts d'entre eux répondent que l'intérêt se situe au niveau de l'introduction d'un professionnel non formé au soin. Les méthodes de l'artiste sont différentes, il ne s'attache ni à diagnostiquer ni à traiter, mais simplement à transmettre une vision du monde. Le danseur est centré sur la sphère corporelle, alors que les soignants de psychiatrie axent leur prise en charge sur le psychisme et la relation.

La culture fait lien avec la réalité extérieure. Avant la rencontre avec l'artiste, les jeunes "n'envisageaient" parfois pas l'extérieur. Deux personnes répondent que ce projet permet la découverte de l'art contemporain à des jeunes qui méconnaissent ce courant artistique. Un soignant y trouve une source d'enrichissement personnel, au-delà du bénéfice pour les patients qu'il accompagne.

Articulation du projet culturel avec le soin

Les soignants sont interrogés sur la façon dont ils perçoivent l'articulation entre le soin et le projet culturel (tableau 7.31). Pendant les ateliers, artistes et soignants accompagnent les jeunes de façon conjointe. Leurs approches sont complémentaires. Les chorégraphes animent les ateliers. Les soignants veillent à ce que les jeunes puissent accéder aux propositions artistiques malgré leur fragilité. L'objectif du projet n'est pas directement de soigner.

	Thème abordé	Occurrences
Concernant le soin	Caractère novateur	3
	Plusieurs services	2
	Hors l'hôpital	2
	Ouverture à un autre domaine	2
	Multidisciplinaire	1
	Enrichissement professionnel	1
	Nouveau regard	1
Autour des adolescents	Médiation corporelle, danse	6
	Moyen d'expression différent	2
	Accès à un loisir "ordinaire" (adaptation à la fragilité)	2
	Contact différent avec les adolescents	2

TABLE 7.29 – Concernant les motivations des soignants

Thème abordé	Occurrences
Professionnels non soignants : autre approche, autre regard	7
Lien social	3
Découverte de l'art contemporain	2
Hors l'hôpital	1
Moyen d'expression	1
Enrichissement personnel	1

TABLE 7.30 – A propos de la dimension culturelle

Thème abordé	Occurrences
Approches conjointes complémentaires	6
Absence d'objectif directement soignant	1
Soin par le corps	1
Soin plus "écologique", pas d'effets secondaires	1

TABLE 7.31 – Concernant l'articulation avec le soin

Fonctions du soignant

Les soignants définissent la fonction qu'ils occupent dans ce type de projet (tableau 7.32). Tous, sauf un, pensent avoir occupé une fonction de soutien personnalisé et de réassurance. Connaissant les adolescents au préalable, ils aident à établir une confiance réciproque dans le groupe. Ils sont disponibles en cas de malaise individuel, pour accompagner et s'extraire du groupe avec le jeune.

Plus de la moitié des soignants interrogés mettent l'accent sur leur participation active. Leur rôle est également de faire vivre le projet commun, de mobiliser les jeunes pour qu'ils participent régulièrement. Ils observent, aident à verbaliser les ressentis et les difficultés. Ils sont les garants du cadre éducatif. Enfin, les jeunes peuvent les solliciter après l'atelier, notamment sur un temps de trajet retour, pour reprendre un élément particulier.

Indications

Les soignants sont interrogés sur les éléments ayant indiqué les ateliers (tableau 7.33). L'attrait pour la danse ne constitue pas le premier argument. La moitié des soignants rapportent que la proposition est discutée en équipe, notamment quant à la capacité du jeune à participer à un grand groupe, à l'extérieur, à son projet de soin et à sa présentation clinique. Un soignant considère qu'aucun critère ne fait réellement exclusion. Ensuite les principaux facteurs limitants appartiennent au jeune, ce sont sa libre adhésion et sa disponibilité.

Présentation des ateliers

Pour les trois quarts des soignants interrogés, le projet est proposé à la fois en entretien individuel avec un des soignants "référents" participants et en entretien médical avec le jeune et sa famille (tableau 7.34). Les soignants notent que le support visuel de la plaquette sert à susciter la curiosité des adolescents. Les chorégraphes sont aussi directement venus se présenter dans chaque unité (à la villa Ancely pour la saison 2012, à l'APJA pour 2013). Le projet est présenté comme un atelier de danse contemporaine, animé par des artistes chorégraphes.

Un seul soignant signale qu'il a mentionné le bénéficiaire soignant dans sa présentation.

Thème abordé	Occurrences
Accompagnement, soutien personnalisé	9
Participation active, "faire avec" les adolescents,	6
Modèle d'identification	2
Porteur du projet, mobilisateur	2
Aide à la verbalisation, à la connaissance de soi (reconnaissance des émotions, des difficultés ou compétences)	1
Reprise de séances dans l'après-coup	1
Observation	1
Cadre éducatif	1

TABLE 7.32 – Concernant la place du soignant, sa fonction

Thème abordé	Occurrences
Discutées en équipe	5
Capacités à être en grand groupe, à l'extérieur	4
Volontariat	3
Projet de soin	3
Psychopathologie	3
Disponibilité, modalités pratiques	2
Indication psychomotrice	2
Indication médicale	1
Absence de critères d'exclusion	1
Attrait pour la danse	1

TABLE 7.33 – A propos des indications

Thème abordé	Occurrences
Abordé en entretien médical avec la famille	8
En entretien individuel avec le référent	7
Support de la plaquette	4
Présenté comme un atelier de danse	4
Rencontre avec les chorégraphes	2
Intérêt thérapeutique indirect	1
Sous forme de proposition	1
En séance de psychomotricité	1

TABLE 7.34 – Concernant les modalités de présentation du projet

Mentions dans le service

Les adolescents mentionnent leur participation à l'atelier dans le service de soin (tableau 7.35). Ils partagent leurs impressions avec les autres jeunes lors des temps informels. Ils font aussi référence aux ateliers lors de consultations médicales. La moitié des soignants signale des retours positifs, l'autre moitié des retours négatifs.

Dans le cas des retours négatifs, les jeunes s'opposent à la poursuite des ateliers². Dans le cas des retours positifs, les éléments relatés sont centrés sur un sentiment d'appartenance au groupe, sur la dimension "extra"-ordinaire, extra-hospitalière et sur le plaisir partagé. Dès la première séance, ces retours suscitent un engouement permettant l'intégration d'autres jeunes aux ateliers.

Intérêts pour les adolescents

Les soignants interrogés situent l'intérêt de l'atelier pour les jeunes d'abord au niveau de la découverte du monde de l'art et de la danse contemporaine (tableau 7.36). Parmi les intérêts notés, citons le travail du corps, le gain narcissique, le maintien d'un lien social, le lâcher prise, le lien avec la réalité extérieure, la dimension de plaisir.

Intérêts pour les soignants

Les soignants tirent profit du partage de l'expérience avec les adolescents (tableau 7.37). La relation de soin se modifie, elle est moins verticale. Leur regard sur ces jeunes s'enrichit, ils leur découvrent de nouvelles capacités.

Intérêts pour les équipes de soin

La moitié des soignants ne répond pas (tableau 7.38) à cette question.

L'extérieur, représenté par l'artiste, ouvre à des représentations nouvelles. Il met en lumière de nouvelles compétences, modifiant la vision des adolescents par les soignants. Ce projet permet une collaboration entre deux services.

Difficultés pour les adolescents

Les difficultés repérées (tableau 7.39) sont d'abord d'ordre pratique. Le manque de régularité, fréquent à l'adolescence en raison de l'instabilité et de l'ambivalence propres à cet âge, est accentué par des difficultés de repérage

2. En pratique, trois jeunes sur quatorze arrêtent leur participation.

Thème abordé	Occurrences
Lors des temps informels	6
Lors des entretiens médicaux	5
Retours positifs	5
Opposition, volonté d'arrêter	4
Sentiment d'appartenance au groupe	3
Phénomène de diffusion	2
Dès la première séance	1
Plaisir	1
Extérieur	1
Extra-ordinaire, hors du soin quotidien	1
Seulement sur sollicitation	1
Avis sans développer	1
Lors d'une séance de psychomotricité, reprise d'exercices	1
Lors d'ateliers thérapeutiques à médiation	1

TABLE 7.35 – Concernant la mention du projet par les jeunes dans le service

Thème abordé	Occurrences
Découverte artistique, danse, contemporain	6
Corps	5
Valorise, donne confiance, estime de soi	4
Moyen d'expression	3
Lien social, relations humaines	2
Lâcher prise	2
Extérieur, hors l'hôpital	2
Ludique, plaisir	2

TABLE 7.36 – A propos des intérêts pour les adolescents

Thème abordé	Occurrences
Partager une expérience, proximité	6
Autre regard sur les jeunes	3
Autre approche du soin, moins verticale	3
Observation clinique	2

TABLE 7.37 – A propos des intérêts pour les soignants

temporel, de motivation, ou des enjeux relationnels chaotiques induits par leur fragilité. Cette difficulté est prégnante pour les jeunes suivis en ambulatoire car ils sont autonomes pour les trajets. L'organisation s'avère complexe que ce soit pour l'articulation avec la scolarité, pour les transports, ou que ce créneau soit hors du fonctionnement habituel d'un des deux services.

D'après les soignants, les difficultés se situent au niveau de l'intégration dans le groupe, de la crainte du regard de l'autre, du manque de confiance en soi, de la peur de ne pas être à la hauteur, de l'inhibition, de la difficulté d'exprimer des émotions et de la maladresse motrice.

Difficultés pour les soignants

La moitié des personnes interrogées ne répond pas à cette question, l'autre moitié répond de manière abondante (tableau 7.40). La moitié des soignants exprime ainsi ses difficultés de positionnement : "difficulté à affirmer et préserver sa fonction", "accompagnement permanent et très conséquent", "place ni soignante ni participante", "difficulté à trouver une place, se positionner en tant que soignant", "implication trop directe dans le faire". Lors des premières réunions de bilan entre équipes de soin, chorégraphes et CDC, les soignants questionnent le contenu des séances. Ils formulent des objections concernant certains exercices, proposent d'orienter autrement le travail. Un soignant écrit s'être senti en difficulté personnelle avec cette médiation. Un autre regrette l'absence de supervision.

Difficultés pour les équipes de soin

Les trois quarts des soignants interrogés évoquent (tableau 7.41) leurs contraintes d'organisation : horaires en dehors de l'ouverture du service, difficulté à récupérer ces heures supplémentaires. Un soignant affirme que le ressenti de son équipe à l'égard du projet était si négatif que l'équipe a retravaillé autour de cette impression en réunion. Un autre mentionne le clivage dans son équipe, entre les participants, adolescents et soignants, qui investissent fortement les ateliers et les non participants qui s'en sentent exclus.

Regard sur les jeunes

Pour la moitié des soignants (tableau 7.42), leur regard sur les jeunes a changé. Ils perçoivent des progrès, ou au moins la perspective d'une évolution possible. La relation de soin change, facilitant le contact dans les groupes thérapeutiques du service. Ils notent un gain dans les capacités de lâcher-prise, des découvertes positives.

Thème abordé	Occurrences
Autre vision du jeune	4
Apport de l'extérieur	1
Collaboration entre deux équipes	1

TABLE 7.38 – A propos des intérêts pour l'équipe de soin

Thème abordé	Occurrences
Régularité	4
Difficultés corporelles	4
Regard de l'autre	3
Modalités pratiques	3
Intégration	2
Inhibition	2
Manque de confiance en soi	1
Expression des émotions	1

TABLE 7.39 – A propos des difficultés pour les adolescents

Thème abordé	Occurrences
Positionnement	5
Organisation pratique	1
Absence de supervision	1
Difficulté personnelle	1
Mobiliser les jeunes suivis en ambulatoire	1

TABLE 7.40 – A propos des difficultés pour les soignants

Thème abordé	Occurrences
Organisation pratique	7
Ressenti négatif	1
Absence de temps d'échange	1
Accepter l'investissement très fort	1

TABLE 7.41 – A propos des difficultés pour l'équipe de soin

L'autre moitié des soignants ne pense pas que son regard sur les jeunes ait changé. Un soignant semble même plus découragé qu'avant les ateliers : "confirme les difficultés, prise de conscience de leur difficulté à se laisser stimuler, se laisser entraîner dans une stimulation".

Souhait de poursuivre

Plus des trois quart des soignants (tableau 7.43) désirent poursuivre cette initiative. Un soignant ne souhaite pas continuer à participer aux ateliers. Certains proposent de faire évoluer le projet, en imaginant un groupe de jeunes plus conséquent, avec des difficultés moins ancrées permettant plus d'autonomie.

7.2.5 Représentations des chorégraphes

Les motivations des chorégraphes reposent sur un fort désir d'utilité. L'art est pour eux indirectement utile à la société. Ils ressentent néanmoins le besoin d'une utilité plus directe. Ils cherchent à s'exposer à la liberté des personnes avec un trouble psychique. Ils trouvent peu d'intérêts professionnels dans ce projet. Leur motivation est principalement humaine. Par ailleurs ils ont été confrontés au plan personnel à la décompensation psychique d'un jeune de leur entourage, ce qui les a sensibilisés à la souffrance psychique. Enfin l'aspect financier intervient forcément, car les revenus de l'artiste sont très irréguliers.

Leur co-animation sur le projet est naturelle, ils ont l'habitude de travailler ensemble, de façon complémentaire. Ils réalisent que leur âge, leur maturité est un atout. Adolfo Vargas se sent parfois un peu "papa" dans la relation avec les jeunes.

L'objectif des chorégraphes dans le projet "Tu danses?" est de susciter de l'émotion, du plaisir et de l'étonnement chez les adolescents. Tout en maintenant une certaine exigence, ils s'adaptent, guidés par les soignants pour veiller aux fragilités de chacun. Ils encouragent et motivent les jeunes. L'exigence, paradoxalement, est une marque de confiance, d'estime. Ils interviennent comme artistes et n'attendent pas de bénéfice thérapeutique. L'artiste qui intervient à l'hôpital "sort de sa tour d'ivoire" pour se confronter à la réalité. L'art réunit, met ensemble deux univers différents. Ils distinguent le projet "Tu danses?" de simples cours de danse. Ici leur travail est plus ludique, ils ont moins d'exigences.

Ils pensent que ces ateliers de danse contemporaine peuvent aider les jeunes grâce à la dimension groupale, hors du quotidien et grâce à la connexion avec le corps. Pour Isabelle Saulle, le groupe des pairs est vital à

l'adolescence. Selon elle, les amitiés adolescentes construisent un pan de la personnalité adulte.

D'après les danseurs, le soignant est participatif et passeur entre l'individuel et le groupal, médiateur entre l'univers du soin et de la culture. Ils soulignent la présence continue d'un soignant en particulier, devenue essentielle pour leur travail. Il est le pivot, celui qui sait quel adolescent vient ou non. Les chorégraphes ont la sensation que les soignants leur font profiter de leurs capacités d'attention pour les jeunes.

Les chorégraphes se représentent les adolescents qui participent comme des jeunes avec "tellement de souffrance" qu'ils ont parfois "besoin de chemise chimique". Lorsqu'ils évoquent leur première rencontre avec les jeunes de la villa Ancely, lors de leur présentation initiale du projet dans le service de soin, ils se souviennent de "visages défaits", de la forte impression ressentie devant une jeune anorexique "sonnée, le teint blanc avec les yeux exorbités". Par ailleurs ils ont trouvé le lieu de soin triste : il "ne fait pas lieu de vie adolescent". En 2013 lorsqu'ils visitent l'APJA ils sont séduits par la décoration adolescente avec la fresque de street art. Ils se disent aujourd'hui déroutés : "parfois on ne voit pas ce qui est anormal chez eux".

Les chorégraphes ont perçu des difficultés particulières chez les soignants. Ils les ont senti "bousculés, pas à l'aise, certains l'assument, d'autres pas". A l'inverse de quelques soignants, ils pensent que les jeunes n'ont pas été si en difficulté. Les difficultés qu'ils ont observé chez eux sont essentiellement corporelles. Présentes chez tous les jeunes, elles sont pour eux probablement en lien avec les troubles psychiques. Le projet a renforcé leur certitude du lien entre le corps et l'esprit. Les troubles de la coordination, l'inhibition, les difficultés d'attention, le défaut de force physique n'ont, selon eux, pas empêché les jeunes d'accéder aux propositions. Ils se questionnent sur les profils cliniques : "comment une jeune aussi douée peut être aussi inhibée ?" Leur objectif n'est pas dans le résultat, mais dans le partage de moments. En 2013 ils trouvent le groupe plus homogène en terme de capacités à la danse, mais moins constant dans l'assiduité.

Interrogés sur d'éventuelles difficultés dans leur distance relationnelle avec les adolescents, les chorégraphes expliquent qu'au début ils étaient hésitants tant que les jeunes n'étaient eux-mêmes pas à l'aise. Ils se sentent confortables, dans une proximité équilibrée, avec une certaine distance. Ils cherchent à entrer en relation avec les adolescents, mais c'est parfois difficile. Certains semblent détachés, d'autres se révèlent dans la relation duelle. C'est pourquoi les chorégraphes ont souhaité développer des exercices à deux, dans lesquels ils s'impliquent personnellement face à un jeune. C'est l'occasion pour eux de leur donner une attention particulière, de créer une relation.

Lors de la saison 2012 ils ont repéré dans le groupe un jeune très doué. Ils

se demandent si leur regard enthousiaste et valorisant n'aurait pas contribué à lui redonner confiance. Isabelle pense qu'il pourrait faire une formation de danse professionnelle. Ils se sont sentis très émus après le premier atelier et ont pleuré. Au cours des exercices de danse, ils avaient aperçu des regards plus vivants chez certains jeunes.

Le projet est l'occasion de belles rencontres, de moments intenses, drôles et émouvants. Les ateliers leur rappellent à quel point le plaisir de la danse peut être simplement la recherche d'émotions partagées.

Thème abordé	Occurrences
Oui	5
Non	4
Progrès, évolution possible	2
Lâcher prise	2
Partage d'expérience	2
Découvertes positives	2
Contact facilité dans les groupes thérapeutiques	2
Confirme les difficultés	1

TABLE 7.42 – Concernant l'évolution éventuelle du regard sur les jeunes

Thème abordé	Occurrences
Oui	8
Non	1
Plus de jeunes	1
Plus d'autonomie	1

TABLE 7.43 – A propos du souhait de poursuivre

7.3 Discussion

7.3.1 Valeur de la pratique de la danse contemporaine chez les adolescents

Les adolescents participant au projet "Tu danses ?" n'avaient pour moitié aucune expérience antérieure de danse. La moitié méconnaissait la danse contemporaine. Le fait que cette proposition d'ateliers soit fondée sur la pratique de la danse a pourtant été un élément décisif qui les a motivés à participer : au départ 5 sur 12 écrivent avoir été motivés par la médiation de la danse, finalement 8 sur 12 considèrent que la danse est l'élément le plus attractif du projet, comme le groupe des pairs ou l'animation par des artistes. Après ce projet, la moitié souhaite poursuivre cet investissement en continuant des cours de danse réguliers. Les soignants pensent aussi que la danse est un élément attractif pour les jeunes : 6 sur 10 citent la danse comme élément ayant motivé les jeunes.

Nous avons développé plus haut les effets bénéfiques de la pratique de la danse. Elle développe l'investissement du corps, base du narcissisme primaire, en s'appuyant sur la sensorialité, premier organisateur de la construction du sujet [139] au cours de son développement, à travers le regard, le toucher, le mouvement, les sensations et les émotions. L'activité réduit l'anxiété et l'agressivité. Danser c'est aussi lier les éprouvés corporels et les pensées : de la pensée qui prend corps. La pratique de la danse développe donc l'intérêt pour le corps en tant qu'enveloppe contenante d'un intérieur psychique. Enfin danser implique de s'imposer dans l'espace, de s'affirmer face au regard des autres. Cette activité facilite la construction d'un sentiment d'identité et d'existence de soi. L'exposition permet paradoxalement à l'adolescent de s'accepter, alors que c'est principalement son corps qui le fait douter de lui et qu'il préférerait cacher.

Notre analyse retrouve une grande fréquence d'insatisfaction corporelle (7 jeunes sur 12) notamment concernant le poids (6 sur 12), chez les jeunes participants. Ces chiffres sont plus élevés que dans la littérature. Les adolescents du projet présentent en effet des troubles psychiques, notamment des troubles des conduites alimentaires, induisant une sur-représentation de l'insatisfaction corporelle. Trois jeunes participants citent même une prise de poids, qu'elle soit iatrogène ou "par ennui", comme un événement corporel traumatique. Nous avons néanmoins noté qu'excepté les insatisfactions pondérales, aucun adolescent ne fait référence aux changements induits par la puberté.

Finalement une petite majorité des jeunes considère que ces ateliers ne les ont pas aidés à dépasser leurs difficultés. Il est vrai que certains avaient

des attentes non adaptées, comme perdre du poids. Nous avons vu précédemment que l'image du corps évoluait au gré des expériences corporelles et relationnelles. Le projet leur-a-t-il permis de transformer leur représentation du corps ? L'évolution de certains adolescents pourrait nous le laisser penser.

Presque tous (10 sur 12) les jeunes considèrent que ce projet est positif et qu'il leur a permis de prendre du plaisir. Un jeune souffrant d'un trouble sévère et ancien réalise grâce à ce projet "qu'il n'y a pas que la pathologie dans la vie". De plus tous les parents ont constaté un effet bénéfique chez leur adolescent : deux parents citent le fait de renouer avec le corps, les moments de partage entre jeunes et adultes, la détente et le plaisir apportés.

7.3.2 L'articulation entre les deux univers, de la santé et de l'art, peut générer des difficultés

Les projets Culture-santé représentent une des modalités d'introduction de l'art à l'hôpital. L'artiste cible les capacités, les qualités et les parties saines de la personnalité des sujets pour parvenir à mobiliser la créativité et faire advenir la singularité. L'ambition artistique incite les participants à donner le meilleur d'eux-mêmes, à se dépasser et se surprendre.

L'implication des soignants permet de veiller à l'adaptation des propositions en fonction des fragilités individuelles. Ils sont garants de la bienveillance "pare-excitante", de la continuité. La dynamique de la relation de soin évolue dans le partage de cette expérience. "Faire avec" renforce les possibilités d'identification, d'autant que dans le projet "Tu dances?" les soignants méconnaissent la médiation de la danse contemporaine, comme les adolescents. Les soignants dévoilent une partie de leurs fragilités, les adolescents sont en retour plus authentiques dans le soin ultérieur. Ce schéma met en scène l'ambivalence, on n'est pas "tout-puissant" ou "tout-fragile".

L'engagement conjoint des artistes et des soignants est garant de la qualité de l'accueil et de sa personnalisation. Quel que soit le dispositif, ce qui est aidant c'est l'association des deux tendances, art et soin. Ces dernières peuvent être portées par la même personne, comme chez l'art-thérapeute, ou portée par deux intervenants distincts. Les projets Culture-santé présentent l'avantage de respecter de façon claire l'identité professionnelle de chacun. L'artiste anime l'atelier, en fonction de ses compétences techniques et artistiques. Le soignant assume sa fonction de bienveillance et de connaissance de la pathologie. Chaque univers a ses spécificités. L'intérêt est au croisement des deux enjeux professionnels, dans leur résonance. Ces projets sont l'occasion de dresser des ponts entre des approches différentes. Art et soin se complètent à l'occasion d'un projet commun, mais ne se fondent pas. Malgré

les croisements, les places de chacun restent distinctes. On peut enfin noter que chaque acteur trouve un intérêt particulier et plus individuel à participer à ces projets.

Dans notre analyse, nous avons montré que la moitié des jeunes pensent que le projet correspond à une initiative conjointe culture et santé, et l'autre moitié qu'il s'agit d'un soin car les soignants indiquent le projet et y participent. La présence des soignants orienterait la disposition des jeunes : ils se mettraient en position de demande d'aide. L'atelier est effectivement proposé par l'équipe de soignants, ce qui pose d'emblée un cadre particulier par rapport à une activité municipale. Cette idée rejoint celle de Mélanie Klein qui pense que le setting confère à l'atelier autre chose qu'une simple activité hédonique, que le jeu devient l'équivalent de la chaîne associative. Les parents sont dans la même ambiguïté pour qualifier les ateliers de thérapeutiques ou pas : deux écrivent qu'il s'agit d'une initiative conjointe, trois pensent qu'il s'agit d'un soin et utilisent plusieurs fois le terme d'"activité thérapeutique". Pour les soignants, le cadre est plus clair, ils citent plusieurs fois l'utilité de leur complémentarité avec les artistes dans le projet.

Le dispositif institutionnel ou inter-institutionnel a une fonction de tiercéité, de pivot pour le bon déroulement de ces projets. Il définit l'espace dans lequel vient se loger la rencontre [74]. L'institution est "l'ensemble des rapports vivants régulés par les références à un ordre instituant. L'organisation qui les rend possibles et viables, est bien la condition de possibilité des symbolisations" [55]. Bien en amont de l'animation artistique, l'atelier doit être pensé au sein d'une organisation institutionnelle. Créer et maintenir vivant l'accord entre les instances impliquées permet de donner du sens au projet.

Difficultés rencontrées par le monde du soin

L'analyse de l'avis des soignants met en évidence deux positions distinctes dans leurs réponses à quatre questions (cf. Fig. 7.4). Il apparaît pour ces questions un clivage par équipe, avec à l'intérieur de chaque équipe de soin des réponses très homogènes. La netteté de ce clivage doit être nuancée par la possibilité d'un effet de groupe (effacement de l'avis personnel devant l'avis de l'équipe). Ce phénomène ne se retrouve pas dans le groupe des adolescents.

La première de ces questions fait référence à la façon dont les jeunes mentionnent le projet au sein des services. Pour la moitié des soignants les retours sont positifs, voire enthousiastes, l'intérêt diffusant même auprès de nouveaux jeunes. Pour quatre autres soignants au contraire, les retours sont négatifs, les jeunes jouant l'opposition et demandant l'arrêt de leur participation. La seconde question qui divise concerne l'intérêt du projet pour les équipes de soin. La moitié des soignants ne répond pas, l'autre moitié relève

des effets positifs. La troisième question est relative aux difficultés perçues par les soignants. La moitié des soignants ne répond pas, l'autre moitié rapporte plusieurs difficultés, de positionnement, le manque de supervision, des difficultés personnelles avec la médiation pour un soignant. Les trois quarts des soignants relèvent des difficultés d'organisation pratique, principalement lorsque le projet a lieu sur des horaires de fermeture du service, avec l'obligation de récupérer et des contraintes d'emploi du temps. La dernière question concernée, quant à l'éventuel changement de regard sur les jeunes, divise aussi. La même moitié de soignants que précédemment répond par l'affirmative, l'autre moitié par la négative. Un soignant écrit même que le projet a influencé son regard sur les jeunes mais de façon négative : "confirmation de leurs difficultés et prise de conscience de leur difficulté à se laisser stimuler, se laisser entraîner dans une médiation".

A la question concernant les difficultés pour l'équipe, un soignant rapporte que le sentiment de l'équipe était si négatif qu'un travail a été nécessaire par la suite, pour amener à une volonté de l'équipe de poursuivre le projet.

Finalement, le projet a soulevé bien des difficultés pour les soignants, comme le remarquent les chorégraphes. Ces derniers pensent que les ateliers ont été globalement plus dérangeants pour les soignants que pour les jeunes. Un soignant se décrit comme en difficulté personnelle avec la danse, ce qu'il perçoit comme un frein dans l'accompagnement des jeunes. Pour d'autres soignants, le partage de l'expérience de la difficulté est au contraire une source d'enrichissement pour la relation de soin. Dans l'opposition de ces attitudes, l'enthousiasme de l'un peut-il contribuer à renforcer le rejet de l'autre ?

Le clivage professionnel protège le soignant de la maladie, or la participation à ces projets nécessite un lâcher prise qui peut s'avérer angoissant. Lorsque le soignant anime un atelier à médiation, sa place est bien différente. En général, il a choisi une médiation à son goût, dans laquelle il a quelques compétences. Ensuite c'est lui qui anime l'atelier et décide du contenu. Au contraire, les projets Culture-santé placent les soignants en situation de passivité apparente et de non-maitrise de l'animation. De plus le projet présenté ici s'appuie sur la médiation de la danse, particulière car engageant corporellement, avec authenticité. Les soignants peuvent se sentir trop exposés personnellement. Il nous semble que d'autres types de médiation, comme le arts plastiques laissent au soignant la possibilité de choisir avec quel degré ils souhaitent livrer ou pas des éléments de leur vie intime. Enfin dans ces projets, les soignants restent les dépositaires de la connaissance de l'intensité des troubles des jeunes, contrairement à l'artiste qui n'en a qu'un aperçu limité durant l'atelier. Cette conscience peut accroître l'inquiétude du soignant, avec la peur de débordements ou d'acmé d'angoisse.

L'engagement conjoint de deux mondes éloignés, avec des langages diffé-

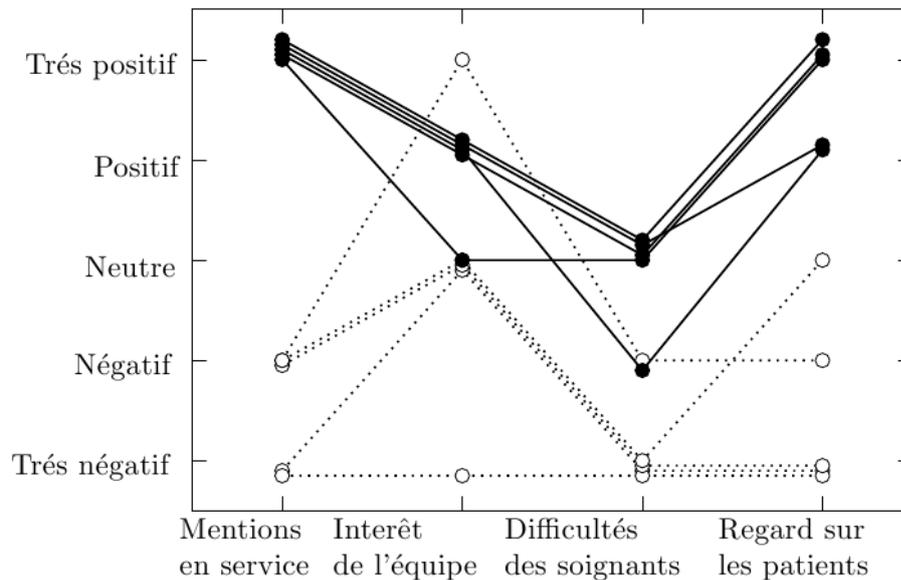


FIGURE 7.4 – Au niveau de quatre questions, les soignants des deux équipes de soin (symboles noirs et blanc) répondent de façon opposée

rents, peut engendrer des difficultés de compréhension. L'intérêt du projet artistique résidant dans sa capacité à bousculer, il ne peut pas être tout à fait consensuel. Ces projets nécessitent une souplesse qui va à l'encontre du fonctionnement habituel hospitalier, anticipable et organisé. Des compromis sont nécessaires. Leur réussite est conditionnée par l'appropriation des soignants, de leur conviction que le projet culturel peut agir en levier d'amélioration de la prise en charge.

7.3.3 Décalage de regards

Toute "vraie" rencontre, en tant qu'invitation à un changement, comporte un potentiel thérapeutique. L'autre nous forme et nous transforme. Trouver en soi de l'altérité améliore les possibilités d'empathie.

Les projets Culture-santé constituent l'occasion d'une rencontre entre deux aires de créativité qui se chevauchent à plusieurs niveaux. Il s'agit d'abord de la rencontre entre deux milieux, artistique et médical, qui ont peu l'occasion de se côtoyer alors qu'ils participent, chacun dans leur domaine et avec le même niveau d'exigence, à la qualité de l'environnement des personnes et à l'expression de la vie. Ensuite les échanges entre deux établissements, hospitalier et culturel, permet de partager les expériences et les

moyens de chacun. Enfin et surtout ces projets créent des rencontres entre les différents acteurs : réaliser ensemble, cela construit.

Le regard maternel est un ancrage pour l'assise narcissique du tout-petit. Ce regard sur soi permet de grandir, de s'accorder de la valeur. Lors du stade du miroir, le reflet délivre une image totalisante et assoit le processus de subjectivation. A l'adolescence les parents ne sont plus en position de soutien narcissique. A l'âge adulte, la source narcissique se situe dans la rencontre avec les autres. La danse, mise en scène et en jeu du corps, expose aux regards. Elle permet d'être considéré : par soi-même, par les pairs (un lien social retrouvé), par les artistes, par les soignants (avec un regard nouveau), par la famille et enfin par la société.

L'artiste envisage les jeunes

L'ouverture dans les regards est initiée par l'irruption de l'artiste. Il ouvre les portes de son univers, animé par la passion, la volonté de transmettre un espoir, une vision du monde, une énergie. L'artiste est un objet d'identification privilégié, notamment car l'art répond à la quête adolescente de l'Idéal. La démarche esthétique peut contribuer à panser l'hémorragie narcissique fréquente à cet âge. La représentation de soi s'enrichit lors de toute rencontre et particulièrement lors de la rencontre artistique, stimulant la créativité. Le jeune sort de la réduction identitaire à laquelle le statut du soignant assigne. Grâce à ce nouveau statut, il peut se découvrir et se présenter autrement qu'à travers son identité de malade. Recevoir l'intérêt d'autres que des soignants, restitue une identité plus globale à l'individu.

Le regard des soignants sur les jeunes et sur leurs pratiques évolue

De nouvelles compétences des jeunes sont mises en valeur par la réalisation du projet artistique, modifiant les représentations des soignants à leur sujet.

Dans son article "La haine dans le contre-transfert" [187], Winnicott envisage la haine suscitée par le fait de s'occuper d'un individu dépendant, s'agissant alors de la haine de la mère envers son bébé. La maladie rend le patient partiellement et transitoirement dépendant et rend toute relation de soin fondamentalement asymétrique. L'hôpital est un lieu de rencontres entre la dépendance des uns et la fiabilité technique et humaine des autres : "liability meeting dependance" (Winnicott). Par extension la relation de soin, constituant parfois une lourde charge, suscite des contre-attitudes, de l'agacement, voire du sadisme. La plus grande raison pour la mère de haïr son bébé, c'est précisément qu'elle ne peut pas lui avouer cette haine. N'en est-il pas de même pour le soignant ? Le risque serait alors de soumettre le sujet

transitoirement dépendant à la "toute puissance" du soignant.

La métaphore de la jonquille, explicitée par Winnicott, considère le fait de prendre soin, non pas comme une action sur l'inné (le bulbe de la jonquille), mais comme la mise à disposition des conditions les meilleures au développement, le *holding* d'un environnement suffisamment bon (conditions d'ensoleillement, d'arrosage, d'attentions). "On sentait que s'il faisait pousser une jonquille, il penserait qu'il fait sortir la jonquille du bulbe et non qu'il permet au bulbe de se transformer en jonquille avec une nourriture convenable" [66]. Le soin concerne avant tout les professionnels formés, mais aussi toute la société. L'art, la culture font partie des conditions favorables au bon développement.

Le service de soin peut aussi bénéficier de ce décalage induit par l'art, grâce à la reconsidération, la mise en perspective de ses fonctions et de leurs modalités.

Gain de confiance dans le soin

Le partage d'expériences et de difficultés, depuis la même place, modifie la relation entre soignant et soigné. Dans notre analyse, nous avons montré que plus de la moitié des adolescents considèrent que leur regard sur les soignants a changé, notamment grâce au partage d'expérience. Se mettre "à la place de" dans la réalité est un gage d'empathie. Presque tous les jeunes, sauf un, pensent que la présence des soignants dans l'atelier est une bonne chose, notamment pour se sentir soutenus dans leurs difficultés que constituent principalement le regard de l'autre, les angoisses et les difficultés physiques. Comme l'ont explicité certains soignants dans l'étude, l'adolescent considère le soignant, non plus seulement dans sa fonction hospitalière, mais aussi en tant que personne. L'autre facette de l'identité du soignant, celui "qui fait et qui crée", sort le soignant de la réduction à sa fonction thérapeutique, à laquelle le statut de patient l'assigne. Ce décalage permet une rencontre plus authentique, dont les effets sont bénéfiques dans les espaces de la prise en charge (ateliers thérapeutiques, consultations...). L'alliance est de meilleure qualité. Pour le soignant qui suit également le patient en consultation, cette position "autre" permet de faire appel à un tiers dans la relation duelle.

Déstigmatisation

Les préjugés sur la maladie mentale, les malades et l'hôpital psychiatrique, sont encore tenaces. Les projets Culture et santé permettent d'en donner une image médiatique valorisante.

De façon plus générale, les références artistiques permettent d'alléger ou

de masquer le signifiant "soin". Nous pensons à l'intitulé des groupes à médiation, faisant souvent l'économie du signifiant lié au soin, au sein des institutions : atelier "théâtre", "peinture", "marionnettes" ou "conte" en Hôpital de jour.

Chapitre 8

Perspectives

Nous avons vu plus haut que pour démontrer un effet aux projets Culture-santé, comme pour toute méthode psychothérapeutique, il serait nécessaire d'organiser une étude quantitative multicentrique. Le choix du critère qui démontrerait l'efficacité est crucial. L'instrument "Clinical Outcomes in Routine Evaluation" (CORE) [9, 54], d'évaluation de mesures cliniques pourrait être un outil adapté. Il comporte 34 questions à choix multiples, portant sur la perception de ses problèmes, de son bien-être, de son niveau de fonctionnement, du niveau de risque. Un échantillonnage existe pour des sujets malades et sains, sans spécifiquement de données sur les malades psychiatriques. Cet outil est assez sensible pour repérer un changement, comme dans les études qualitatives, et a prouvé son utilité pour quantifier des mesures auprès de larges groupes de patients. Il est utilisable pour tous les types de psychothérapies, permettant une comparaison significative des études.

Cette étude suivrait l'évolution d'un patient dans le temps, comparée aux modalités de sa prise en charge. Ce ne serait donc pas une étude démontrant spécifiquement un effet des projets Culture-santé, mais plutôt une évaluation transverse de la pertinence d'une prise en charge globale. Une étude statistique pourrait néanmoins mettre en évidence certaines corrélations significatives entre une modalité particulière de soin et l'évolution positive d'un type de patient. Une difficulté majeure intervient dans l'organisation pratique d'une telle étude : toutes les équipes doivent s'entendre et s'engager à appliquer la même grille d'évaluation, au même rythme et dans les mêmes conditions.

Chapitre 9

Conclusion

L'adolescence est une traversée subjective singulière, un "moment nécessaire et angoissant" [98] pour la structuration du sujet. L'intégration des modifications corporelles et la maîtrise progressive de l'angoisse conditionnent l'équilibre psychique et la dynamique de la personnalité adulte. Des éléments de la réalité externe sont incontournables : puberté, pression sociale, urgences existentielles, question de l'identité sexuelle, premières relations amoureuses, orientation scolaire et professionnelle, modifications dans les relations familiales, désir d'autonomie et d'individuation. Des difficultés dans cette traversée peuvent générer des conséquences à long terme pour le sujet : entraves à l'intégration professionnelle et sociale, conduites pathologiques graves comme la toxicomanie, risques de suicide. Il est crucial de proposer des interventions réorientant vers la créativité plutôt que la destructivité.

Parfois le mal-être adolescent nécessite une prise en charge thérapeutique. En pédopsychiatrie, l'approche du soin psychique est multidisciplinaire. Elle repose notamment sur l'utilisation de la créativité dans les ateliers thérapeutiques à médiation ou dans les ateliers d'art-thérapie. Nous avons exploré les diverses modalités d'intégration de l'art dans le soin, depuis la psychothérapie à médiation jusqu'au dispositif artistique de créativité. Dans ces dispositifs les fonctions d'artiste et de thérapeute peuvent être assumées par la même personne ou par deux personnes distinctes.

Les projets Culture et santé ne sollicitent pas les jeunes de la même manière que dans un atelier à médiation qui vise l'expression et le bien-être. Leur abord est différent, ce qui permet de retenir l'attention et la motivation des adolescents. Ces projets ponctuels sont particulièrement adaptés à l'âge de l'adolescence. Chaque professionnel a une place bien repérée, conforme à l'identité de chacun. L'artiste anime un projet culturel ambitieux. Le soignant occupe sa fonction, sans ambiguïté. Ces projets s'adressent aux sujets hospitalisés, mais proposent une intervention à côté de l'exigence thérapeu-

tique. Ils s'intègrent dans le projet de soin ou dans le projet de vie, selon les équipes. Cependant ils ne remplacent pas le soin, l'intérêt du soignant pour le symptôme, sa volonté de soulager et de réduire la part pathologique.

Nous avons vu, à travers l'exemple du projet "Tu danses ?" que les bénéficiaires touchaient différents acteurs, patients, soignants, institutions. L'adhésion des équipes, du médecin et de l'institution sont essentielles. Le regard de l'artiste peut réparer en partie les blessures infligées par la maladie et l'hospitalisation. Il représente la société et amène de l'extérieur, du dehors pour ceux qui sont en dedans ; de l'ordinaire, voire de l'extra-ordinaire. Il reflète une forme de reconnaissance sociale.

Rappelons que l'art en soi n'a pas de destination thérapeutique. De façon générale, l'art introduit une dimension nouvelle : qualitative plutôt que quantitative, l'émotion esthétique plutôt que la rentabilité thérapeutique. Le propre de l'art est d'offrir une vision décalée par rapport à une réalité. Il soutient le personnel hospitalier dans sa fonction de soin. Il ne s'agit pas de soulager un symptôme mais de s'intéresser à la subjectivité du sujet. La rencontre des deux champs, qu'à priori tout éloigne, permet à chacun de se nourrir de l'altérité, de se découvrir différent dans la rencontre avec l'autre : rencontre avec un artiste, rencontre plus authentique avec un soignant. La relation de soin s'enrichit. Les adolescents renouvellent leur confiance dans le soin.

Ces projets n'ont pas d'objectif immédiatement soignant. Néanmoins, ils dépassent le simple divertissement. L'ouverture artistique s'inscrit dans l'attente d'un changement, d'un décalage ou d'un effet sur la relation, même si ces effets ne suffisent pas à transformer profondément le fonctionnement psychique. Dans la présente analyse, nous avons dégagé des effets positifs qui pourraient être qualifiés de thérapeutiques - à condition de parler d'un effet soignant au sens large, au sens du *care* dans le *cure*, ou au sens du soin selon l'OMS, en tant que bien-être physique, mental et social. Justement parce que le soin n'est pas l'objectif visé, le focus n'est pas centré sur la dysfonction ou la maladie et peut produire un changement positif. Les aspects thérapeutiques, s'ils viennent sont un plus. C'est bien là le paradoxe du projet Culture et Santé : il soigne au détour, justement car il n'a pas l'ambition de soigner.

Vu de près de
jury de thèse

5/6/13.

Professeur Jean-Philippe RAYNARD

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

D. ROUGE

Chapitre 10

Annexes

10.1 Réponses aux questionnaires

Les questionnaires sont reproduits ci après. Certains éléments sont cachés pour conserver l'anonymat des personnes.

10.1.1 Adolescents

Douze questionnaires manuscrits, remplis par des adolescents du projet "Tu dances?".

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?
Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

j'imaginais danser du hip hop
non jamais dansé avant

② T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

① non
② non je m'en fous j'aime pas

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

non

Bouger

① Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

① je veux pas le dire

② je ne veux pas répondre à ces questions

Te souviens tu d'événements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

je pense pas je sais pas

Le soin

D'après toi, "Tu dances," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

proposition de soins

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

ça a un peu changé la façon de voir les
adultes qui ont participé

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

" en m'a forcé, je voulais pas"
" en m'a obligé"

Comment avais-tu imaginé l'atelier? Quelles étaient tes attentes?

j'avais imaginé qu'on ferait des trucs de hip hop, en fait non et j'ai été déçu

Quelles étaient tes difficultés?

je faisais rien parce que ça ne me plaisait pas et que je ne voulais pas y aller

Imaginais tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

non

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

non

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre?

rien

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls?

rien

Que penses tu de la présence des soignants dans le groupe?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est-ce qu'ils ont été gênants?

je m'en fous
A rien

Comment as-tu trouvé ce projet? Vois-tu des choses à améliorer ou à changer?

je préfère pas le dire - ça me plaisait pas - je pense pas que ça changera - de toutes façons ça sert à rien

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?
Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

avant je pensais que j'allais m'amuser en dansant
je n'ai jamais pris de cours de danse

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

pas d'activité créatives (sauf théâtre mais en m'obligeant
j'ai pas choisi), natation ça me décontracte et
me fait mûrir

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

pas du tout

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

je me sens pas très bien, j'aimerais être plus mince

Te souviens tu d'évènements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

oui le fait de prendre certains médicaments
mon corps a changé, j'ai pris du poids

Le soin

D'après toi, "Tu danses," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

une proposition de soin obligatoire

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

non non du tout

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

au début... j'ai accepté parce que je pensais que ça allait être bien

Comment avais-tu imaginé l'atelier ? Quelles étaient tes attentes?

je pensais qu'on apprendrait à danser, c'est ce que j'attendais

Quelles étaient tes difficultés ?

aucune

Imaginais-tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

non

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

oui

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre ?

les chorégraphes et le groupe d'ados

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi ? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls ?

non... pas de motivation... comme les autres ateliers

Que penses-tu de la présence des soignants dans le groupe ?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est-ce qu'ils ont été gênants ?

c'était rassurant des les avoir avec nous

Comment as-tu trouvé ce projet ? Vois-tu des choses à améliorer ou à changer ?

je n'ai pas aimé ce projet, je ne veux plus y participer

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?
Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

Je trouvais que c'était nul. J'en avais
jamais fait.

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles
(sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

J'aime le sport: Foot - Basket - Natation - vélo.
Ça me permet de me dépenser quand je suis
émervé. J'aime aussi les Yoga, la méditation.
J'aime faire des films.

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

Cela m'a donné envie de faire du Hip-Hop.

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait
ton apparence idéale?

Je m'envie d'être stressé dans mon corps, d'avoir des
points de côté. Mon corps me satisfait. Je voudrais
être plus bronzé et plus musclé.

Te souviens-tu d'événements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps
(changements, accidents...)?

J'ai souvent mal aux jambes parce que je grandis.
J'ai eu de gros problèmes aux dents (intervention
à l'hôpital).
J'ai eu une hernie quand j'étais petit.

Le soin

D'après toi, "Tu dances," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de
soin, ou autre?

Un atelier de danse. Mais peut être un soin
aussi parce que c'est proposé par C.A.R.J.A. et je
peux parler avec les soignants de ce que
je pense.

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

NON

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

Ça me motivait la danse.

Comment avais-tu imaginé l'atelier ? Quelles étaient tes attentes?

J'imaginais pas la salle comme ça, j'imaginais une grande scène. Et je pensais faire un spectacle à la fin de l'année.

Quelles étaient tes difficultés ?

d'être attentif, d'écouter et de pas être excité et de pas en faire qu'à ma tête.

Imaginais-tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés ?

Nou je pense pas.

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer ?

Oui.

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre ?

La relation avec les chorégraphes, c'était drôle.

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi ? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls ?

C'est plus dynamique de faire des ateliers avec des artistes, cela m'a motivé et donné envie de participer.

Que penses-tu de la présence des soignants dans le groupe ?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est-ce qu'ils ont été gênants ?

Les soignants m'ont aidé à moins bouger et à me concentrer.

Comment as-tu trouvé ce projet ? Vois-tu des choses à améliorer ou à changer ?

Je changerais ces types de danse (trop bizarre) et la musique, j'aurais voulu du RAP, du Rock des livres qui bougent. Mais le projet était quand même génial.

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?
Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

Avant de participer, je ne savais pas ce qu'était la danse contemporaine.
J'ai fait un stage de Hip hop dans le cadre du centre de loisirs de GAP.

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

Je fais du vélo, ça me fait du bien.
Je suis dehors, et ça me fait plaisir.
C'est un moment de plaisir partagé avec ma famille et des amis.

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

Le projet m'a donné envie de continuer la danse.

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

Quand je faisais l'activité, je me sentais bien dans mon corps (sinon il me dérange pas).
Je souhaiterais changer de cerveau. J'ai pas d'apparence idéale (plus grand et plus costaud).

Te souviens-tu d'événements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

A part l'apparition dans mes souvenirs de ma pathologie (cervveau).

Le soin

D'après toi, "Tu danses," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

"Tu danses" représente pour moi un atelier de soin.

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

Oui, le soin était une autre façon, je pensais que le soin était (me d.o.c. hôpital).
J'ai pu voir les soignants d'un autre œil, plus d'échange.

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

on m'a proposé, j'y ai été et ça m'a plu

Comment avais-tu imaginé l'atelier? Quelles étaient tes attentes?

Pas d'attentes, je pensais que c'était un truc de fille

Quelles étaient tes difficultés?

l'inconnu, peur de pas savoir faire

Imaginais tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

oui, ça me permet de m'apercevoir qu'il n'y a pas que la pathologie dans ma vie

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

oui beaucoup de plaisir, mais pas que ça

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre?

l'ensemble

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls?

oui les artistes chorégraphes, m'ont permis de découvrir des gens qui font un métier par passion

Que penses tu de la présence des soignants dans le groupe?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est ce qu'ils ont été gênants?

la présence des soignants m'a aidé à avoir une relation avec l'exterieur (un monde qui me fait peur d'habiter dedans) de me sentir aléatoire

Comment as-tu trouvé ce projet? Vois tu des choses à améliorer ou à changer?

C'est un excellent projet. Ne changer rien merci

Moi j'aimerais que le groupe de départ reste tout le temps le même

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?

Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

Avant de participer à l'Atelier "Tu Danse ?", j'appréciais beaucoup la danse contemporaine que je pratiquais depuis pendant 11 ans.

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

J'apprécie toutes les activités créatives et manuelles (et corporelles). De la danse, du dessin, de la sculpture, du chant et de la musique. Je trouve en ces moyens d'expressions un certain réconfort et une grande liberté.

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

Ce projet m'a évidemment donné envie de reprendre des cours de danse et m'a permis de me retrouver avec mon corps dans quelque chose qui me fait un grand bien.

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

Je me sens mal dans mon corps, je ne me trouve pas assez mince et aimerais approcher de la maigreur car c'est ce que j'apparente à mon idéal.

Te souviens-tu d'événements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

Je me souviens de mon accident de cheval (entorse des carpiens), de l'accident en Espagne (sentiment de honte et de dégoût sur mon propre corps, salit) et de ma prise de poids dû au traitement anti-dépresseur et anxiolytique.

Le soin

D'après toi, "Tu Danse," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

Selon moi, "Tu Danse" est les trois à la fois. Il est proposé dans le cadre de soins mais de manière culturelle et expressive.

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

Oui, en quelque sorte même si j'avais auparavant bénéficié de soins proposés sous la même façon, cette expérience a été une véritable découverte.

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

J'en avais très envie et j'étais ouverte à beaucoup de propositions de soins. Le fait d'avoir fait de la danse dans le passé m'a conforté dans cette idée là.

Comment avais-tu imaginé l'atelier? Quelles étaient tes attentes?

Je n'avais pas imaginé l'atelier et il a très bien répondu à mes attentes, car j'ai trouvé beaucoup d'enthousiasme et de sérieux.

Quelles étaient tes difficultés?

Je pense avoir eu un peu de mal à "m'exposer" devant les autres (parents et soignants) même si le groupe était assez restreint.

Imaginais-tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

Je l'espérais... et ça l'a été puisque je pense avoir retrouvé le goût de la danse et l'envie et la motivation de m'investir dans une activité de la sorte.

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

Oui, j'ai pris du plaisir.

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre?

Les relations avec les chorégraphes et le fait de ~~être~~ danser en lui-même ont été le plus marquant pour moi.

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi? Qu'est-ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls?

Oui, les chorégraphes ont été une réelle motivation et un regard extérieur à celui du cadre hospitalier (soignant) a été une bonne chose.

Que penses-tu de la présence des soignants dans le groupe?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est-ce qu'ils ont été gênants?

Les soignants m'ont aidé à me sentir en confiance et ne m'ont pas gênés.

Comment as-tu trouvé ce projet? Vois-tu des choses à améliorer ou à changer?

Ce projet a pour moi été une très bonne expérience et bénéfique. Je ne vois pas de choses à améliorer ou à changer.



« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?

Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

J'aimais la danse moderne et classique, moins le contemporain.
J'avais fait 3 ans de modern jazz.....

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

Oui, à la musique... Je me m'intéresse pas trop au sport.....

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

Je ne sais pas encore.....

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

Mal, je souhaiterais en changer.....

Te souviens tu d'évènements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

Non.....

Le soin

D'après toi, "Tu dances," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

Un peu toutes les propositions.....

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

Oui, j'ai vu que le soin pouvait se faire autrement que par des ateliers « calmes » (type peinture etc.).....

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

C'est on me l'a proposé et ça m'intéressait.

Comment avais-tu imaginé l'atelier ? Quelles étaient tes attentes?

Je n'avais pas d'attente particulière.

Quelles étaient tes difficultés ?

Être ~~me mettre~~ en tenue de danse devant tout le monde.

Imaginais-tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

Non.

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

Ça dépendait des jours, mais la plus part du temps, oui.

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre ?

Un peu tout.

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi ? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls ?

Oui. Je ne sais pas.

Que penses-tu de la présence des soignants dans le groupe ?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est-ce qu'ils ont été gênants ?

Je pense que c'était une bonne chose, ils m'étaient pas gênants.

Comment as-tu trouvé ce projet? Vois-tu des choses à améliorer ou à changer?

C'était un bon projet. Non.

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?
Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

Je n'avais jamais pratiqué de danse sauf dans ma chambre car pas un adulte. Avant de participer je pensais que la danse contemporaine était une sorte de danse classique.

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

- de cheval } cela m'apporte du bonheur et
- la natation } après cela m'apaise un peu.
- la peinture }

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

oui la danse.

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

Je me sens bien dans mon corps, il me plaît.

Te souviens-tu d'événements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

Je me suis égratigné les dents suite à une bassacade. A griffer sur la tête qui m'a fait peur.

Le soin

D'après toi, "Tu dances," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

un atelier de danse et de soin. la danse permet d'éviter de faire des gestes brusques.

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

NON.

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

... Parce que... j'aime m'amuser et danser...

Comment avais-tu imaginé l'atelier ? Quelles étaient tes attentes?

... Je m'attendais à une salle de spectacle avec des miroirs et du parquet.

... Je savais que ça allait m'aider à bouter mon corps à certains un peu mes gestes.

Quelles étaient tes difficultés ?

... Je faisais des mouvements brusques et j'étais vite fatigué et je n'aurais pas à rester debout par pied Michel m'a appris à contrôler les mouvements.

Imaginais-tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

... oui.

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

... Oh oui!

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre ?

... Tout.

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi ? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls ?

... oui... ça change car c'est à l'extérieur de la Villa Araly et que c'est la 1^{ère} fois que j'en voyais certains à l'extérieur.

Que penses-tu de la présence des soignants dans le groupe ?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est-ce qu'ils ont été gênants ?

... Ça change, c'est mauvais. Ils m'ont aidé à ordonner les mouvements, bouter mon corps et partager un bon moment. Ils n'ont pas été gênants.

Comment as-tu trouvé ce projet ? Vois-tu des choses à améliorer ou à changer ?

... J'ai trouvé ce projet très bien et agréable, avec Adolphe et Isabel. Je me vois bien à changer à part le sol, j'aimerais du parquet en bois.

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?

Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

Je trouvais la danse en général belle et majestueuse mais inaccessible.
La danse contemporaine est une de mes danses préférées car je
la trouve imprévisible et poétique.

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

Je m'intéresse au dessin et à la peinture. J'aime beaucoup les sports en général, cela me permet de me défouler et de me sentir libre de bouger et de me défouler.

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

Oui, je compte reprendre le sport dès la rentrée mais je ne sais pas encore lequel.

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

Je me sens plutôt bien dans mon corps même si j'aimerais perdre un peu de poids.

Te souviens tu d'évènements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

Oui, j'ai fait une chute de cheval en 2008 qui m'a valu un mal de dos pendant quelques mois.

Le soin

D'après toi, "Tu danses," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

"Tu danses" est pour moi tout d'abord une proposition de soin qui se fait à travers un atelier de danse.

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

Oui, car c'est assez rare que les soignants se mettent à faire les exercices physiques que proposent les ateliers sportifs.

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

J'ai accepté car j'ai trouvé le projet intéressant et j'ai trouvé que le fait de sortir de la Villa pour rencontrer d'autres personnes qui peuvent nous aider en passant par diverses activités.

Comment avais-tu imaginé l'atelier ? Quelles étaient tes attentes?

J'avais imaginé un atelier où l'on apprenait simplement des chorégraphies. J'ai été agréablement surprise de voir que les exercices étaient/sont divers et variés.

Quelles étaient tes difficultés ?

J'appréhendait les mimais.

Imaginais tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

Non, je n'y croyais pas. Je me suis trompée.

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

Oui, beaucoup.

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre ?

J'ai beaucoup aimé les relations avec les chorégraphes.

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi ? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls ?

Oui, car je me sentais plus sûre à l'extérieur et rencontrer de personnes qui nous font partager leur passion et leur métier tout en nous apportant un soin particulier est très agréable.

Que penses tu de la présence des soignants dans le groupe ?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est ce qu'ils ont été gênants ?

Les soignants du groupe m'ont aidé dans la gestion des moments difficiles lors de l'atelier (pas en rapport avec l'atelier même mais en rapport avec mes problèmes personnels).

Comment as-tu trouvé ce projet? Vois tu des choses à améliorer ou à changer?

J'ai trouvé ce projet génial!!!



**« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?**

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?
Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

... Non, je n'ai jamais dansé.
.....
.....

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

... Non, je n'ai d'intérêt que pour la danse.
.....
.....

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

... Oui, car j'ai aimé ce projet.
avec les filles, mais pas car j'ai besoin.
.....
.....

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

... Je me sens bien, mais un peu de poids.
.....
.....

Te souviens tu d'évènements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

.....
.....
.....

Le soin

D'après toi, "Tu dances," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

... Pour moi, c'est un atelier de danse, de culture, d'animations.
.....
.....

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

... Oui, ils ont changé.
.....
.....

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

Parce que ça me permettait de l'atelier, c'était bien.

Comment avais-tu imaginé l'atelier ? Quelles étaient tes attentes?

En fait, j'avais imaginé quelque chose.

Quelles étaient tes difficultés ?

Imaginais-tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

Non.

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

Oui.

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre ?

de tout.

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi ? Qu'est-ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls ?

oui ça a changé.

Que penses-tu de la présence des soignants dans le groupe ?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est-ce qu'ils ont été gênants ?

Il n'y avait pas de gêne, on a eu l'occasion de les voir.
La tâche est plus facile.

Comment as-tu trouvé ce projet? Vois-tu des choses à améliorer ou à changer?

Il est très bien, je n'ai rien à changer.

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?
Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

Je trouvais cette activité assez dynamique et intéressante.
J'avais déjà fait de la danse moderne.

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

Je m'intéresse beaucoup aux activités artistiques comme le théâtre, la peinture, le dessin, la poterie, etc.
Cela m'apporte la liberté de pouvoir parler et je me sens bien.
Les activités corporelles me m'intéressent pas particulièrement.

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

Oui, ce projet m'a donné envie de continuer le théâtre.

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

Je me sens pas à l'aise dans mon corps. J'aimerais changer d'apparence. Je souhaiterais être plus grande et être plus mince.

Te souviens tu d'évènements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

Non, il n'y a pas d'évènements particuliers qui ont affecté mon corps.

Le soin

D'après toi, "Tu danses," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

Je pense que c'est un atelier de danse.

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

Oui, ils m'ont donné une image plus positive des soignants et des soins. Cela m'a appris que les soins peuvent se faire aussi à travers des ateliers communs.

Avant les ateliers "Tu dances?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

J'ai accepté de participer car j'apprécie la danse. Je trouve que c'est une activité très expressive.

Comment avais-tu imaginé l'atelier ? Quelles étaient tes attentes?

J'imaginais un atelier dynamique avec des exercices créatifs proposés.

Quelles étaient tes difficultés ?

Je n'étais pas retournée au collège depuis plusieurs mois.

Imaginait tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

Oui, car la danse m'a toujours aidé dans la vie.

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

Oui, j'ai apprécié de participer à cette atelier.

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre ?

J'ai préféré la danse car j'ai pu approfondir ce que je savais sur la danse.

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi ? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls ?

Oui, cela m'a donné encore plus envie d'essayer cette atelier. Cela donne une dynamique à l'atelier.

Que penses tu de la présence des soignants dans le groupe ?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est ce qu'ils ont été gênants ?

Je pense que leur présence est dans les premières séances est utile. Ils m'ont aidé à m'impliquer dans l'atelier.

Comment as-tu trouvé ce projet? Vois tu des choses à améliorer ou à changer?

J'ai trouvé cette atelier intéressant. Je ne vois rien à améliorer ou à changer.

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer?

Avais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse?

Avant de participer, la danse contemporaine n'était pas une danse qui m'attirait.....

Oui, j'ai fait de la danse moderne jazz pendant plusieurs années.....

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives? A des activités corporelles (sports)? Si oui, lesquelles? Qu'est ce que cela t'apporte?

Oui, je fais de l'escalade.....

Cela m'apporte du plaisir.....

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier?

Oui, ce projet m'a donné envie de continuer la danse.....

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer? Quelle serait ton apparence idéale?

Non, je ne me sens pas bien dans mon corps.....

Je souhaiterais changer.....

Te souviens tu d'événements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents...)?

Le soin

D'après toi, "Tu danses," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre?

Je pense que "Tu danses" est un atelier de danse et une proposition de soin.....

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin? Des soignants?

Oui, ces ateliers ont changé mon image du soin et des soignants.....

Avant les ateliers "Tu danses?"

Pourquoi as-tu accepté de participer?

J'ai accepté de participer car la danse est un sport qui me plaît

Comment avais-tu imaginé l'atelier ? Quelles étaient tes attentes?

J'avais imaginé cet atelier moins physique plutôt comme de l'expression corporelle et moins comme de la danse

Quelles étaient tes difficultés ?

J'avais peur que cet atelier me fatigue trop

Imaginais tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

Non, je n'imaginais pas que cet atelier puisse avoir une influence quelconque

Après Les ateliers "Tu danses?"

As-tu pris du plaisir à participer?

Oui, j'ai pris du plaisir

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre ?

J'ai préféré la danse et les relations avec le groupe d'adolescents ainsi qu'avec les soignants

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi ? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls ?

Non, ça n'a pas été une motivation pour moi. Ce qui change, c'est le lieu (à l'extérieur de l'hôpital). On a plus l'impression que c'est un loisir qu'un atelier thérapeutique

Que penses tu de la présence des soignants dans le groupe ?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est ce qu'ils ont été gênants ?

Je trouve que c'est plutôt bien que les soignants participent. Oui, ils m'ont aidé à me sentir plus à l'aise

Comment as-tu trouvé ce projet? Vois tu des choses à améliorer ou à changer?

J'ai trouvé ce projet intéressant. Non, je ne vois rien à améliorer ou à changer

« Tu Danse ? »
Quel est ton avis ?

La danse

Que pensais-tu de la danse, notamment de la danse contemporaine, avant de participer ?
Ayais-tu déjà dansé, ou pratiqué des cours de danse ?

La danse est très bien pour bouger son corps et se relaxer.
La danse contemporaine est très créative et il faut beaucoup d'imagination.
Oui j'avais déjà dansé avec des amis mais je n'ai jamais pratiqué des cours de danse.

T'intéresses-tu à d'autres activités créatives ou expressives ? A des activités corporelles (sports) ? Si oui, lesquelles ? Qu'est ce que cela t'apporte ?

Oui j'aime bien la danse orientale puis se que ça m'apporte que du bien.
Mais sinon je ne fait pas activités corporelles.

Ce projet t'a-t-il donné envie de continuer la danse, un sport, ou un autre type d'atelier ?

Ce projet m'a rien donné dans le sens ou j'aimais déjà la danse.

Bouger

Comment te sens-tu dans ton corps ? Te satisfait-il ou souhaiterais-tu changer ? Quelle serait ton apparence idéale ?

Je me sens mal dans mon corps. Oui je souhaiterais changer.
Mon apparence idéale serait avoir un poids normal et me pas avoir de soucis avec mes articulations et eni des.
Et aussi avoir des amis qui ne juge pas le poids.

Te souviens-tu d'événements particuliers, depuis l'enfance, qui ont affecté ton corps (changements, accidents,...) ?

Oui je me souviens de quelques événements mais se en'a rien à voir avec ma prise de poids. Ma prise de poids est à cause de l'inertie.

Le soin

D'après toi, "Tu danses," est un atelier de danse, une activité culturelle, une proposition de soin, ou autre ?

Mais je pense que c'est un soin car au début je me voulais pas venir puis on m'a dit que ça s'était pour moi.
Bien.

Ces ateliers ont-ils changé ton image du soin ? Des soignants ?

Non car j'ai toujours pris en compte de se qui l'on dit. Et moi je ne prend pas les soignants pour des copains. Mais je me dis qu'ils sont là pour me soigner mais ils sont cool quand même.

Avant les ateliers "Tu dances?" oui je danse ♥ ♥ ♥

Pourquoi as-tu accepté de participer?

Car j'ai écouté les adultes puis je pensais aussi que ça pouvait m'aider.

Comment avais-tu imaginé l'atelier ? Quelles étaient tes attentes?

Je l'avais imaginé avec plein de personnes qui me regardent danser. Mais je ne savais pas que c'était ~~gros~~ de la danse contemporaine.

Quelles étaient tes difficultés ?

La difficulté pour moi c'était de faire le changement quand tu étires tes jambes car c'est à cause de mes froids.

Imaginais tu que l'atelier puisse avoir une influence sur ta façon d'être, de traverser ces difficultés?

Non je pense pas car pour moi la danse ça se pose en me ça m'est pas mon truc. Et ça m'est pas mon univers.

Après Les ateliers "Tu dances?"

As-tu pris du plaisir à participer?

Oui bien sûr et ça m'a fait plaisir de revoir des gens de la ville que je connais car on était aspiré la tête ensemble. Et j'ai aussi pu beaucoup plaisir à danser.

Qu'as-tu préféré : la danse, les relations avec le groupe d'adolescents, les relations avec les chorégraphes, ou autre ?

Oui on peut dire que j'ai aimé ça mais à qui m'a le plus divertir c'est de voir les autres rentrer chez eux.

La présence des artistes chorégraphes a-t-elle été une motivation pour toi ? Qu'est ce que cela a changé par rapport aux ateliers proposés habituellement par des soignants seuls ?

Ça m'a un peu motivée dans le sens où j'en est profite pour faire de la danse. Et le changement par rapport aux autres c'est juste que c'est en dehors de la ville de Lancy et on vient des anciens patients qui était à la ville de Lancy.

Que penses tu de la présence des soignants dans le groupe ?

Est-ce qu'ils t'ont aidé, est ce qu'ils ont été gênants ?

On peut dire qu'ils m'ont aidé par rapport à mon genou. Ils me sont pas du tout gênant mais parfois j'ai eu un peu l'impression qu'ils me surveillaient à chaque danse.

Comment as-tu trouvé ce projet? Vois tu des choses à améliorer ou à changer?

J'ai trouvé ce projet intéressant amusant mais moi j'ai trouvé que ça m'a pas vraiment changé par rapport à mon problème.

10.1.2 Parents

Cinq questionnaires manuscrits, remplis par des parents des adolescents du projet "Tu dances?".

mère de [REDACTED]

**Projet « Tu Danse ? »
L'avis des parents**

Initialement que pensiez vous de ce projet? Comment vous a-t-il été présenté? Selon vous correspond-il à une proposition de soin, une activité culturelle?

Le projet nous a été proposé par le médecin : Dr. Garrido
Par ma part, il correspond plus à une
proposition de soin du à l'encadrement
psychomot et

Aviez-vous des réticences?

Moi aucune, [REDACTED] plus, toujours peur de
l'inconnu. La danse a toujours fait partie
de ma vie

Pensiez vous qu'il puisse apporter des choses positives à votre adolescent?

Gain plein de choses, acceptation de son corps
de son genre, faire exprimer de la souffrance
calme, joie, de l'en être

Cela a-t-il été le cas?

Pour [REDACTED] ça lui a apporté beaucoup d'expression
(il aime la musique déjà) il y avait un rapport
musique et expression du corps. Je pense
que l'équipe était super et à su faire
découvrir aux jeunes l'importance de l'expression par
le corps. merci beaucoup



* questionnaire sur l'avis d' [REDACTED] est un peu
long, je me suis permise de l'écrire pour qu'il
n'est qu'à formuler ces réponses. Ce n'est que
son ressenti pas le mien.

Parents

Projet « Tu Danse ? »
L'avis des parents

Initialement que pensiez vous de ce projet? Comment vous a-t-il été présenté? Selon vous correspond-il à une proposition de soin, une activité culturelle?

Avant de connaître le projet "Tu Danse?", nous étions déjà en recherche d'un cours pour permettre à [redacted] la reprise de la danse contemporaine qui elle avait pratiquée jusqu'en 2010.

L'affichage du projet à Lille Ancely avait attiré notre attention. Le DHO a proposé cette activité thérapeutique à [redacted], qui a immédiatement accepté.

Aviez-vous des réticences?

Aucune. Bien au contraire. ^{Pour nous,} cette activité, pensée, organisée et encadrée conjointement par des chorégraphes et danseurs professionnels et par des psychologues et thérapeutes de Lille Ancely, se situe totalement dans le cadre des soins qui peuvent être proposés en soins d'accompagnement psychiatrique.

Pensiez vous qu'il puisse apporter des choses positives à votre adolescent?

... Nous sommes convaincus par l'expérience de la pratique de la danse contemporaine qui a [redacted] toute la richesse de ce mode d'expression (mobilité, prise de conscience de soi, de son corps) et comment il participe à l'épanouissement de la personne.

Cela a-t-il été le cas?

Chaque mardi soir [redacted] rentre à la maison détendue et enchantée de sa séance. Elle nous dit de suite.

Je suis convaincue que cela a participé à l'aider à renouer avec son corps, après les mois difficiles qu'elle avait traversés.

Je profite de cette page, pour remercier l'équipe de psychologues, thérapeutes et danseurs-chorégraphes, pour la qualité de leur intervention et accompagnement auprès de [redacted].



(parents),

Projet « Tu Danse ? » L'avis des parents

1. Initialement que pensiez vous de ce projet? Comment vous a-t-il été présenté? Selon vous correspond-il à une proposition de soin, une activité culturelle?

Aviez-vous des réticences?

Aucune, bien au contraire; le projet nous semblait
véritablement correspondre aux besoins de [redacted]

Pensiez vous qu'il puisse apporter des choses positives à votre adolescent?

Oui, pour toutes les raisons déjà évoquées en réponse à la question 1. et
sur tout pour le fait qu'il semblait "réveiller" chez [redacted]
l'envie de s'exprimer.

[redacted] nous son enthousiasme pour le projet et son impatience à le voir
se concrétiser n'a fait que confirmer notre impression positive.

Cela a-t-il été le cas?

Oui, absolument. C'est lors de moments difficiles [redacted] a toujours
souhaité se rendre au lieu de mardi le après midi.
Cette activité reste toujours un moment privilégié pour [redacted]
tout comme de partager avec les chorégraphes et les professionnels
de la "Villa Anely" dans un autre cadre.

Il nous semble que cette activité rencontre peu à peu [redacted] avec
son corps et ses possibles "capacités".

1. Le projet nous a été présenté par Céline (éducatrice de la Villa Anely);
puis très rapidement [redacted] nous a parlé de sa rencontre avec les
Chorégraphes et de l'activité. Dès cette première rencontre, [redacted] a
manifesté beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme. Elle a semblé très touchée par
l'approche des deux professionnels.

Ce projet nous a semblé très intéressant et des plus pertinents au vu des
difficultés rencontrées par notre fille et ce pour plusieurs aspects :

- la relation au corps et l'image de soi
- Une occasion de s'exprimer différemment dans un lieu extérieur à l'hôpital
- Une rencontre et des échanges avec d'autres adultes que les soignants présents toute fois dans un mode de relation différent : tous visant un objectif commun - le mieux-être -
- Altérer les émotions via le corps sans l'agresser.

Le qui manquait à [REDACTED]
Cette activité conjuguée à la fois une proposition de soin et une activité culturelle
mise au cœur du projet ~ le plaisir ~

Merci à toutes et à tous pour votre implication.
et votre disponibilité.

Les parents de [REDACTED]

parents [redacted]

**Projet « Tu Danse ? »
L'avis des parents**

Initialement que pensiez vous de ce projet? Comment vous a-t-il été présenté? Selon vous correspond-il à une proposition de soin, une activité culturelle?

Projet présenté par l'association. Très bonne initiative. Projet incluant
d'autres activités sociales et culturelles pour [redacted], activité
physique de type [redacted] + relation différente avec les
enseignants et les autres adultes.

Aviez-vous des réticences?

Aucune car [redacted] a adhéré immédiatement
et continue à venir avec enthousiasme.

Pensiez vous qu'il puisse apporter des choses positives à votre adolescent?

que des choses positives sont apportées à [redacted]
→ Activité physique (activités sportives) en dehors de cette activité
→ Elle rencontre des personnes avec qui elle a des
quelques liens.

Cela a-t-il été le cas?

.....
.....
.....

**Projet « Tu Danse ? »
L'avis des parents**

Initialement que pensiez vous de ce projet? Comment vous a-t-il été présenté? Selon vous correspond-il à une proposition de soin, une activité culturelle?

Cette activité a été proposée à notre fille au cours de sa hospitalisation et c'est elle qui nous a expliqué le déroulement des séances. Il s'agit pour nous d'une proposition de soin au travers d'activités attrayantes.

Aviez-vous des réticences?

Non, aucune.
En effet, il s'agit d'une activité très ludique, et en petit groupe.

Pensiez vous qu'il puisse apporter des choses positives à votre adolescent?

Cet atelier lui apporte beaucoup. Elle nous raconte les déroulements des séances avec beaucoup de plaisir. Notre fille aime beaucoup danser.

Cela a-t-il été le cas?

Nous sentons qu'elle arrive bien à se détendre au travers de cette activité.

**Projet « Tu Danse ? »
L'avis des parents**

Initialement que pensiez vous de ce projet? Comment vous a-t-il été présenté? Selon vous correspond-il à une proposition de soin, une activité culturelle?

Je trouve le projet intéressant. Il m'avait été présenté comme un atelier thérapeutique. Qui rapidement, il correspond à une proposition de soin. L'entraîneur sur le corps, les émotions plus précieuses leur expression.) -

Aviez-vous des réticences?

Aucune. Inscrivez au contraire. Tout ce qui est mis en œuvre pour (faire) aider notre fille est pour nous une chance.

Pensez vous qu'il puisse apporter des choses positives à votre adolescent?

Oui, partager des moments, des pans, ressentir.

Cela a-t-il été le cas?

Il pense effectivement qu'elle en tire des choses positives, des moments de répit, de partage.

10.1.3 Soignants

Dix questionnaires, dont neuf manuscrits, remplis par des soignants du projet "Tu dances?".

Ateliers « Tu dances ? » Qu'en pensent les soignants ?

Fonction du soignant :

Infirmière

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

Découverte du jeune dans un autre cadre que le cadre de soins habituel autour d'une médiation corporelle

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

Travailler avec des jeunes, découverte de la danse contemporaine

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ?

Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ? Sur la base du volontariat. Certains s. être en pp

Comment leur a été présenté le projet ? projet présenté à proposition, à une activité culturelle (danse contemporaine) on parlerait avec des adultes qui ne sont pas soignants

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ? Ils en ont fait part au le temps de consultation ou entretiens individuels. beaucoup dans l'exposition (c'est nul ...)

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ?

découverte de la danse contemporaine les soignants ?

l'équipe ?

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ? travail sur le corps, la émotions, manque d'effort à l'ARF. Hors horaires habituels -> les jeunes soignants ? difficulté à trouver une place, se positionner en tant que soignant

l'équipe ? hors horaires institutionnels donc beaucoup d'heures supplémentaires à récupérer pas de temps pour échanger sur le projet.

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ?

non

Remarques :

Ce questionnaire est anonyme, il sera exploité dans le cadre d'un travail de thèse en médecine.

Ateliers « Tu dances ? » Qu'en pensent les soignants ?

Fonction du soignant :

Educateur Spécialisé -

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

- Découvrir et partager avec les patients une nouvelle médiation
- S'échanger avec l'équipe de la Villa Savoy -

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

- L'ouverture sur l'intérieur, sur le monde -

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

- Il a permis d'accompagner ces jeunes vers un extérieur, car ils n'envisagent pas -

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ?

- Accompagnant, "partenaire" -

Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ?

- En équipe médicale + médical + psychomot -

Comment leur a été présenté le projet ?

- En entretien individuel et familial -

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ?

- Mais n'avons pas constaté de retours de la part des jeunes -
- Il y a eu des demandes d'aide répétitives hors des temps informels

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ?

- Contact corporel + communication avec difficulté -

les soignants ?

- observation d'émotion + partage d'expérience -

l'équipe ?

- ? pas de type d'échange possible -

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ? le mal-être, l'intégration dans un groupe, le regard de l'autre -

les soignants ? la place corporelle de l'aide au soignant, une participation

Accompagnement de jeunes avec une maladie, nous nous en sommes occupés -

l'équipe ? le besoin des cadres a demandé une adaptation régulière de l'équipe / deux ateliers de récupération des participants -

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ? oui

- Confirmation de leurs difficultés et plus de conscience subjective dans de leur difficulté à s'intégrer ou à se faire entendre dans une institution -

Remarques :

Ce questionnaire est anonyme, il sera exploité dans le cadre d'un travail de thèse en médecine.

Ateliers « Tu danses ? » Qu'en pensent les soignants ?

Fonction du soignant : Psychomotricité

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

- partage d'une expérience engageant le corps et l'impression corporelle avec les adolescents.
- échange avec collègues de la structure de la Ville -
- enrichissement de ma pratique professionnelle -

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

d'ouverture à une médiation difficilement accessible pour certains adolescents qui
peuvent être sensibilisés à des événements artistiques en dehors de l'Atelier

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

Dans l'adaptation de l'accompagnement de ces adolescents vers
cette médiation -

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ?

Pour l'accompagnement personnalisé et la reprise dans une continuité du vécu de l'atelier

Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ?

indication psychomotrice, pour une part -

Comment leur a-t-il été présenté le projet ?

Pour certains jeunes, en lien avec le contenu des séances psychomotrices -

D'autres, en entretien médical.

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier
thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ?

Une jeune en séance individuelle, reprise des séances pour avoir le regard du groupe

En temps individuel pour d'autres, en prévenant au calendrier de l'atelier -

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ?

travail corporel, confrontation aux difficultés d'acte corporel

les soignants ?

observation clinique et partage d'expérience.

l'équipe ?

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ?

regard des autres, adhésion au projet en général
les soignants ?

difficulté à se positionner, accompagnement personnel et tiers conséquent
l'équipe ? auprès des jeunes, pas de supervision -

atelier hors cadre (horaires principalement).

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ?

non -

Remarques :

Ce questionnaire est anonyme, il sera exploité dans le cadre d'un travail de thèse en médecine.

Ateliers « Tu dances ? » Qu'en pensent les soignants ?

Fonction du soignant : Médecin - Psychiatre

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

Permettre une ouverture pour les jeunes suivis à l'APJA sur une activité culturelle et artistique permettant une expression différente.

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

Cela permet un regard et un accompagnement autre par rapport aux soins quotidiens à l'APJA avec l'idée que les artistes permettent aux jeunes de découvrir d'autres aspects d'eux-même.

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

L'accompagnement conjoint artistique-soignant et les échanges permettent de croiser les regards par ailleurs du côté des soignants les artistes à s'adapter aux besoins des jeunes et permettre aux soignants du côté des artistes de mettre en

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ? Lumière des compétences des jeunes. Accompagner (au sens plein) c'est-à-dire faire avec pour partager et soutenir.

Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ?

En fonction de l'attrait que le dance pouvait avoir sur eux, de leur capacité à être sur Comment leur a été présenté le projet ? un grand groupe, à l'extérieur de l'APJA.

Il a été présenté en entretien individuel et médical familial comme un projet autre avec une collaboration avec des artistes et un intérêt thérapeutique découlé par rapport aux ateliers classiques. Cette année les artistes sont venus sur un temps de vacances.

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ?

Dans les entretiens nous avons discuté l'atelier. Ils ont exprimé leur avis (pas au centre) mais n'ont pas beaucoup développé cet avis. L'atelier a été "pris" comme un temps APJA et certains pouvaient exprimer plus fortement.

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ? leur opposition (en l'absence).

Une ouverture sur l'extérieur, la découverte du monde artistique, un lieu d'expression différent des soignants ?

Participer avec les jeunes à une expérience différente avec la possibilité de découvrir l'équipe ?

Permettre une ouverture sur l'extérieur dans une collaboration entre 2 équipes de soin (Villa Ancely - APJA) et permettre des échanges avec les artistes qui ont un regard autre sur les jeunes rencontrés - Avoir les repères habituels.

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ?

les difficultés corporelles liées à la danse et de groupe dans le regard des soignants ? la mise à l'écart dans l'expression corporelle.

Une position difficile dans l'accompagnement des jeunes de par leur participation active, équilibre difficile entre le position de soignant et d'accompagnant.

Une organisation basée sur le fait d'un atelier hors des horaires de l'APJA. Un ressenti négatif des ateliers qui a eu besoin d'être retravaillé.

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ?

Plus réactif mais je n'ai pas accompagnée les jeunes au quotidien.

Remarques : Je regrette que l'APJA n'est pas pu prolonger la participation.

Ce questionnaire est anonyme, il sera exploité dans le cadre d'un travail de thèse en médecine.

Ateliers « Tu dances ? » Qu'en pensent les soignants ?

Fonction du soignant : *redoublon*

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

- ouverture culturelle
- accès à une activité de loisir } à des jeunes "empêchés" par leurs troubles

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

- 1 - définition "sociologique" activité commune à un groupe d'individus
- 2 - activité artistique

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ? *accompagnement - étayage - aide à la verbalisation / reconnaissance du plaisir / plaisir*
Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ? *capacité à mener une activité sur la durée, capacité à être à l'écoute en groupe*
Comment leur a-t-il été présenté le projet ? *et sur l'extérieur - principe du volontariat*
présentation orale du projet } par soignant référent (entête indiv) / lien cathédra
en entretien familial médical -

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ?

échanges rebours sur atelier exclusivement en entretien individuel et sollicitation des soignants -

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ?

les soignants ?

l'équipe ?

- artistique -
- relations humains -
- expérience partagée -
- interaction artistique
- cadre (ext à HDS) - humains

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ?

les soignants ?

l'équipe ?

- cadre de l'atelier
- difficultés à affirmer / préserver sa fonction de soignant -
- implication trop directe / dans le bureau -
- horaires

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ?

Remarques :

Ce questionnaire est anonyme, il sera exploité dans le cadre d'un travail de thèse en médecine.

Ateliers « Tu dances ? » Qu'en pensent les soignants ?

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

- Nouveauté de projet - Atelier extérieur : "Hors des murs".
- Découverte.
- Contact particulier avec ado : "même place".

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

- Faire entrer la culture dans le soin - Autre mode d'expression.
- Approche culturelle - découverte - Permet de garder le lien social.

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

→ Complémentarité.

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ?

→ Mobilisatrice - Accompagnante.

Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ? - Fonction de leur disponibilité, accessibilité, leur problématique...

Comment leur a été présenté le projet ? - Projet présenté comme "projet culturel", découverte culturelle.

→ Plaquettes distribuées. Explications données par référents Atelier + médecins.

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier

thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ?

Ados font part de l'atelier dans hrs informels (temps de repas...)
Le retour est très positif → usée mobilisatrice par autres ado, développe curiosité.

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ? → Activité ludique - travail

les soignants ? - Découverte - Partage - Proximité avec ado - sur l'expression corporelle, l'estime de soi - Découverte - Renouveau du lien social.

l'équipe ?

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ? → Pour ados qui viennent de l'extérieur → le maintien de l'engagement.

les soignants ? → Sur deuxième édition → la mobilisation des ados venant de l'extérieur (de l'HSO), des consultants).

l'équipe ?

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ? - Rapports aux ados du CQC ⇒ davantage de proximité sur temps d'atelier. Contexte différent - place identique (On danse ensemble - jeu de proximité physique, de regards).

Voudriez-vous renouveler cette expérience et quelles sont les modifications que vous souhaiteriez y apporter ?

→ Sans hésitation : je souhaiterais renouveler cette expérience !

Pas de modification particulière. Opérons investissement et accroche dans le caractère "ponctuel" de l'atelier → durée limitée. Sur un temps donné.

Ateliers « Tu dances ? » Qu'en pensent les soignants ?

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

Intérêt personnel par la danse -
Projet extérieur à la structure de soins -

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

Elle permet une approche différente, mise à distance du regard soignant

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

En complémentarité avec les intervenants professionnels et extérieurs aux soins et l'équipe qui accompagne ados -

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ?

Accompagnant ⊕ acteur ⊕ porteur du projet auprès des ados ⊕ cadre -

Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ?

Dixus en équipe (la patho ⊕ projet de soins)

Comment leur a-t-il été présenté le projet ?

Entretien avec infirmier ⊕ rapports pépico ⊕ entretiens médicaux -

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ?

Oui - tps informel ⊕ atelier créatif

Relax positif, sentiment d'appartenance à l'équipe

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ?

Danse, soin de VA, soin du corps - "extraordinaire" / VA -

les soignants ?

Accompagner ados ds l'accompagnement + le, soin autisme

l'équipe ?

Van les ados fut que lors d'entretiens a atelier

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ?

- Nouveautés - Régularité après sortie de VA -

les soignants ?

l'équipe ?

planning ?

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ?

oui, certaines découvertes positives -

Voudriez-vous renouveler cette expérience et quelles sont les modifications que vous souhaiteriez y apporter ?

oui -

Remarques :

Ateliers « Tu dances ? » Qu'en pensent les soignants ?

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

- nouveau projet d'atelier, intérêt pour la danse à l'étranger.

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

apprendre, s'unir, évoluer parallèlement et regard différent de soignant

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

fait partie du soin / corps

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ?

- allumage, observe et participe

Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ?

la équipe en fonction de leur problématique propre et de du projet à long terme
Comment leur a-t-il été présenté le projet ?
naturel par les soignants puis sur support + chorégraphes

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ?

oui, surtout en temps informel et entretiens médicaux
plutôt contents de "sortir", temps de danse et de plaisir, se retrouver...

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ?

prendre confiance, prendre du plaisir, lâcher prise

regard nouveau

l'équipe ?

rien.

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ?

organisationnelle / cours.
les soignants ?

l'équipe ?

organisation

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ?

oui en fonction de leur progrès et de leur lâcher prise.

Voudriez-vous renouveler cette expérience et quelles sont les modifications que vous souhaiteriez y apporter ?

oui !

Remarques :

Ateliers « Tu dances ? » Qu'en pensent les soignants ?

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

Création d'un projet nouveau en lien avec le corps dynamique
interprofessionnelle.

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

ouverture vers d'autres professionnels (chorégraphes) et nouveaux
espaces.

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

dimension complémentaire, plus "écologique" par rapport à
l'hospitalisation.

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ?

Participe au même titre que les ados et chorégraphes -
Soutient aux ados (transit en valise, "modèle"...).

Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ?

Disant en équipe, selon des projets de soins.

Comment leur a-t-il été présenté le projet ?

Explication par 1 ou plusieurs référents + support plaquette
± réunion avec les chorégraphes + entités médicales.

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier
thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ?

Oui - Retour positif dès le premier retour de séance aux ados
restés à la VA - Sentiment d'appartenance au groupe valisier.

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ?

lieu d'expression corporelle / nouvelle médiation / activités valorisantes.

autre regard / partage d'expérience

l'équipe ?

Connaissance de l'ados en dehors de la VA.

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ? crainte initiale : rencontre ados
de l'ATA, ne pas être à la hauteur, ne pas savoir danser - revenir sur du
soins par ceux restés de la VA.

l'équipe ?

+ organisation ?

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ?

Oui, grâce à un partage d'expérience.

Voudriez-vous renouveler cette expérience et quelles sont les modifications que vous souhaiteriez y apporter ?

Oui, d'ailleurs vivement la saison 2 !

Remarques :

Ateliers « Tu dances ? » Qu'en pensent les soignants ?

Quelle était votre motivation initiale pour participer à ce projet ?

Apporter un regard non soignant, dans un cadre acceptable, à des adolescents présentant des pathologies psychiques

Pour vous, que signifie la dimension culturelle de ce projet ?

Ouverture à des professionnels d'un autre champ que ceux qu'ils rencontrent habituellement. Ouverture à une discipline, la danse. Eveil à l'art contemporain, pas forcément connu des ados.

Selon vous, comment s'articule-t-il avec le soin ?

L'atelier n'a pas de visée soignante a priori, c'est ce qui accroche les ados. Les aspects thérapeutiques, s'ils viennent sont un plus, au détour de la rencontre avec les chorégraphes, mais aussi avec les soignants qu'ils connaissent mais qu'ils voient dans un autre cadre. L'atelier est proposé par la structure de soins, ce qui pose d'emblée un cadre particulier par rapport à une activité dans une maison de quartier ou une association de danse. Mais pour une fois, on ne dit pas, car ce n'est pas le cas, que c'est pour favoriser l'expression et aller mieux. C'est en partie pour ces raisons que les ados ont un autre abord de cet atelier, avec des professionnels, de même pour les soignants qui y participent.

Quelle est la place du soignant, sa fonction dans ce type de projet ?

Un repère, un support, un étayage, une possibilité d'identification pour les ados, d'autant que le soignant n'est pas familier de la discipline lui non plus. Et que l'on sollicite ces ados comme n'importe quels ados alors qu'ils ont une fragilité et donc le soignant les aide à se mettre dans la peau d'un ado sans difficulté pour réaliser les exigences des chorégraphes.

Comment les jeunes ont-ils été sélectionnés ?

Après discussion entre les soignants qui les connaissent mais sans critère réels d'exclusion, ce sont essentiellement les modalités pratiques qui ont été limitantes, et la volonté des ados.

Comment leur a été présenté le projet ?

Un atelier de danse contemporaine avec des chorégraphes. Je n'ai pas utilisé les terme d'activité culturelle qui je crois n'est pas très signifiant pour eux.

Les jeunes ont-ils fait part de cet atelier dans l'institution ? Dans quel espace (consultation, atelier thérapeutique, temps informel) ? Qu'en disaient-ils ?

Grand enthousiasme dans tous les lieux de l'institution. Evoqué en consultation mais je n'ai jamais repris sur le plan psy pour justement ne pas contaminer le plaisir qu'ils ont eu par un aspect thérapeutique qui aurait pu être écrasant pour eux. J'ai toujours considéré que je restais étranger à cette activité, n'y participant pas physiquement.

Selon vous, quelles ont été les intérêts pour les adolescents ?

Appropriation d'un espace, d'un temps, d'une discipline, de personnes : les chorégraphes. Découverte et ouverture culturelle. Et peut-être, confiance en soi, autorisation à se lancer dans un terrain inconnu.

les soignants ?

Découverte des ados dans un autre lien, une autre modalité de communication, découverte du partage de difficulté communes avec les ados, dans une position beaucoup moins verticale celle de soignant-soigné.

l'équipe ?

Percéption de l'intérêt de travailler avec des professionnels d'un autre champ.

Selon vous, quelles ont été les difficultés pour les jeunes ?

Se lancer au début. Et tenir une continuité pour des jeunes pris dans des enjeux relationnels et d'attachement trop instables.

les soignants ?

Je ne sais pas.

l'équipe ?

Accepter l'investissement très fort d'une partie du groupe des ados et des soignants.

Votre regard sur les jeunes a-t-il changé ?

Pour certains jeunes, au travers des retours des soignants, augmentation de la perception du champ des possibles et d'une évolution possible.

Voudriez-vous renouveler cette expérience et quelles sont les modifications que vous souhaiteriez y apporter ?

Oui. Plus de jeunes, plus d'autonomie, et des jeunes moins en difficulté sur le plan psychique pour entraîner un mouvement plus fort dans le plaisir à être et faire ensemble.

Remarques :

10.2 Dossier administratif DRAC-ARS concernant les projets Culture-santé

Les documents reproduits intégralement ci-après sont respectivement le dossier de candidature avec formulaire de bilan 2012, et la réponse à l'appel à projet 2013.

Dossier de candidature Formulaire de bilan

Définition des contenus attendus impérativement dans le bilan

Pour les bilans des projets 2012 :

Un bilan complet ou d'étape est à joindre à toute nouvelle candidature dans le cadre de l'appel à projet annuel 2013.

Le bilan doit être élaboré après concertation avec l'ensemble des partenaires de l'action.

1. L'action réalisée par rapport au projet énoncé

- **Ce qui a été envisagé**

Il a été envisagé un projet autour du corps et de la danse contemporaine à destination des adolescents du service de psychiatrie accueillis dans 2 structures distinctes : les hôpitaux de jour le La Grave (APJA), et en hospitalisation temps plein, hôpitaux de jour et consultations à la Villa Ancely avec des danseurs ou chorégraphes en partenariat avec le CDC.

Un volet communication visuelle du projet en partenariat avec les élèves lycée des arènes (affiches plaquettes de présentation, carnet de bord)

- **Ce qui a été mis en œuvre (atelier, programmation, manifestation...)**

Quinze ateliers réguliers se sont déroulés aux studios du CDC de Février à Juillet 2012 selon deux axes d'actions proposés par les chorégraphes de l'Association Manifeste :

- Qu'est ce que mon corps sait faire ?
- Mon corps en action et en réaction

Projet de communication visuelle : plaquette, affiche, carnet de bord en partenariat avec les élèves du lycée des Arènes (Toulouse).

Atelier de restitution des ateliers au CDC en présence des porteurs et partenaires du projet.
Edition d'un livret issu de photos et témoignages d'ateliers réalisé par les élèves du lycée des Arènes.

- **Ce qu'il reste à mettre en œuvre (par rapport au programme)**

Sur la forme, tout a été réalisé, mais sur le fond, les chorégraphes expliquent qu'ils ont surtout développé la première phase du projet, alterné avec la 2^{ème} phase.

- **d'actions initiales**

Tout a été réalisé

2. Les effets identifiables de l'action au regard des objectifs (rappeler les objectifs du projet)

- **Du point de vue des participants**

Paroles d'adolescents :

- L'atelier, ça me permet de m'apercevoir qu'il n'y a pas que la pathologie dans ma vie ;
- Ce projet m'a donné envie de reprendre des cours de danse et m'a permis de me retrouver avec mon corps dans quelque chose qui me fait un grand bien ;
- Je faisais des mouvements brusques, j'étais vite fatigué, je n'arrivais pas rester debout parfois, M. m'a appris à contrôler les mouvements ;
- Je trouvais la danse en général belle et majestueuse mais inaccessible. La danse contemporaine est une de mes danse préférée car je la trouve imprévisible et poétique ;
- La présence des soignants m'a aidé à avoir une relation avec l'extérieur (un monde qui me fait peur d'habitude), et me sentir à l'aise.
- [...]

- **Du point de vue des équipes soignantes :**

Les médecins qui ont porté ce projet :

- *Franck Hazane, Pédiopsychiatre à la Villa Ancely précise dans son bilan :*

« L'atelier « Tu Danse ? » a été proposé en début d'année 2012 à la quasi totalité des adolescents hospitalisés temps plein et de jour de la Villa Ancely.

C'est sur cette base de volontariat que les adolescents ont été intégrés.

Tout au long des séances, les retours faits par les jeunes au cours des entretiens médicaux ou directement auprès des soignants ont été très positifs et ont pu montrer un fort investissement de ce groupe. Plusieurs raisons sont probablement à l'origine de la

persistance de leur motivation. D'une part, la rencontre avec des personnes extérieures (les chorégraphes) et non soignantes. Ensuite, la participation sur la base du volontariat. Enfin, le support utilisé, à savoir la danse contemporaine qui semble particulièrement correspondre aux adolescents.

Au détour de cette activité, grâce au retour qu'en ont fait les soignants ou directement par les adolescents, nous avons clairement évalué un bénéfice thérapeutique.

Les adolescents ont pu développer leurs capacités relationnelles envers les pairs, mais aussi envers les adultes professionnels de la danse. Leur volonté et leur capacité à se dépasser tant au niveau physique que pour vaincre leurs inhibitions corporelles, les ont renforcés dans leur estime de soi.

Nous avons réalisé régulièrement au cours de cet atelier des rencontres entre les équipes soignantes, les équipes médicales, les chorégraphes, ainsi que le personnel du CDC qui nous ont permis d'ajuster nos attentes par rapport aux capacités évolutives des adolescents et nous ont apporté des éléments cliniques.

Il apparaît clairement que la rencontre avec des artistes non soignants mais possédant une réelle capacité d'écoute attentive et d'adaptation aux difficultés psychiques des adolescents, a été un apport dans la prise en charge globale au sein de notre unité de soins. Cette démarche innovante pour nous a été probablement rendue possible par la participation active des soignants et leur immersion auprès des adolescents ».

- *Barbara Bernheim, Pédiopsychiatre à l'APJA (Accueil Psychothérapique de Jour pour Adolescents) expose ses conclusions*

« Les adolescents en soins à l'APJA sont des jeunes aux troubles psychiques, psychiatriques importants et qui entravent leur relation aux autres, leur expression personnelle. Passer par le corps, par la danse dans un lieu hors hôpital se présentait comme un espace de travail particulièrement intéressant.

C'était une expérience nouvelle qui sortait de l'organisation habituelle des soins proposés à l'APJA.

L'expression corporelle n'est pas évidente et s'exposer au regard des autres peut être déstabilisant.

Cependant les échanges avec les artistes au cours des rencontres ont permis de parler de ces difficultés rencontrées, d'ajuster les ressentis, d'adapter les propositions .

Nous avons retravaillé en équipe afin d'inscrire les adolescents dans un choix plus volontaire.

Les liens tissés entre les équipes soignantes et les chorégraphes constituent un cadre solide et sécurisant pour accueillir l'expression des adolescents et les aider dans leur ouverture aux autres, à eux-mêmes.

Cet espace singulier de rencontre entre l'expression corporelle portée par des artistes et l'accompagnement des soignants est d'une grande richesse pour les jeunes en soins ».

Les équipes soignantes qui ont accompagné les adolescents et participé aux ateliers :

Equipe de la Villa Ancely :

« Dès la première séance les adolescents ont montré un réel investissement avec une

vraie prise de plaisir. Ils ont participé de manière spontanée et authentique, laissant aller leur corps au fil de la séance avec entrain et énergie.

Ils ont été agréablement surpris par le cadre, le contexte, le contenu de l'atelier mais aussi par l'accueil qui leur était réservé par l'équipe du CDC.

Les adolescents ont pu verbaliser cette prise de plaisir et l'envie de poursuivre pour les séances suivantes. Leur retour positif et leur témoignage auprès des autres adolescents fait preuve d'une réelle accroche.

L'association des deux services ainsi que notre participation active aux exercices proposés ont permis des échanges nouveaux entre les jeunes et représentent également un enrichissement dans la relation soignant-soigné.

Une collaboration positive avec le lycée des Arènes a apporté des supports originaux de qualité (affiches, carnets de bord, plaquettes).

L'engagement des adolescents semble solide même s'il reste tributaire, pour la plupart, de leur durée d'hospitalisation ».

Equipe de l'APJA :

« C'est un support qui nous a permis de travailler avec nos jeunes âgés de 12 à 16 ans : l'ouverture culturelle, le rapport au corps en mouvement et/ou dans l'espace, le rapport à l'autre et la découverte du nouveau, du différent.

Cela nous a aussi permis de travailler l'adhésion au soin et le positionnement du jeune en tant que sujet désirant ou non.

C'est un atelier que nous souhaitons poursuivre et ouvrir à d'autres jeunes sachant que pour cette fois-ci nous souhaitons davantage travailler l'engagement et le positionnement du jeune à cet atelier afin de créer un groupe en tant que tel et instaurer une certaine dynamique et un sentiment d'appartenance à ce groupe».

- **Du point de vue des intervenants :**

Les chorégraphes de l'association Manifeste, Isabelle Saulle et Adolfo Vargas exposent le bilan des ateliers « Tu Danse ? » 2012 :

« Notre motivation principale au cours de ces ateliers était de faire émerger la nature singulière de l'expression corporelle de chacun, aussi de créer un groupe réuni par des codes, des connaissances et des pratiques corporelles communes, développées ensemble.

Nous avons découpé le programme en deux phases d'exploration :

1/ Qu'est ce que mon corps sait faire ?

2/ Mon corps en réaction et en action.

Appel à projet - 2013
Bilan Culture/Santé - 2012

Nous avons, sur cette quinzaine de séances, pu développer une bonne partie de la première phase. Ce travail s'est étendu finalement tout le long des séances. Une exploration et répétition qui nous a semblé nécessaire et nourrissante à la constitution du groupe mais aussi à l'épanouissement d'une certaine confiance individuelle au sein de ce groupe. A travers ce travail, nous avons établi des rituels, un rythme « habituel » pour évoluer dans les propositions et amener doucement à chaque fois la part de nouveauté. C'est là peu à peu que nous sommes rentrés dans la deuxième phase d'exploration.

Nous n'avons donc pas développé ces deux phases chronologiquement comme prévu, mais plutôt en alternance dans chaque séance.

Etant donné la durée des séances, le cheminement vers l'autonomie dans l'expression et l'improvisation a été plus lent que ce que nous avons imaginé, ralenti par ce rythme rituel nécessaire au confort du groupe.

Nous avons imaginé un développement idéal en sachant qu'une grande part d'inconnu interviendrait et nous ferait prendre des chemins et des rythmes imprévus pour poursuivre nos motivations principales.

Nous avons imaginé des difficultés de coordination, de concentration, d'inhibition qui sont d'ailleurs celles de tout débutant dans la pratique de la danse contemporaine, mais en rencontrant ce groupe, nous avons rencontré des personnes pour qui ces difficultés sont au cœur de leur existence et de leur travail personnel sur eux même.

Nous savons encore plus aujourd'hui à quel point les nœuds, les connexions, les blessures de l'esprit se traduisent dans le corps. Ils sont pour nous une matière, notre professionnalisme, notre expérience de travail nous permet de les exprimer, de les maîtriser, de les connaître tout simplement. Cette rencontre nous a parlé profondément de ce qu'est notre art, de ce qu'est la danse.

Il y a chez ces adolescents une part hors norme dans leur comportement, parfois leur réaction s'approche du geste artistique et quand ils arrivent à jouir de cette dimension c'est pour eux et pour nous une grande joie.

Nous pensons qu'ils ont pu trouver des moments privilégiés pour chacun d'entre eux sur différentes propositions.

Nous avons abordé une seule fois un travail sur la notion de sentiment. Cette exploration a été reçue avec méfiance de la part de certains accompagnateurs qui connaissent les pathologies des adolescents. Mais de notre côté, tout en sentant des difficultés toujours plus ou moins présentes chez certains, nous avons vu la plupart des adolescents trouver un appui très fort et très juste à leur expression personnelle.

Nous avons donc au fur et à mesure des ateliers amené d'autres propositions pour une approche plus distanciée ; par exemple : nous avons enregistré leurs propres mots sur le sentiment d'amitié et ils ont chacun improvisé en réaction à ces paroles.

C'est donc la part de réaction et d'actions auto-décidées que nous avons abordé en atelier et que nous aimerions pouvoir approfondir dans la suite du projet ».

- **Du point de vue des équipes culturelles**

Le Centre de Développement Chorégraphique désire poursuivre cette aventure humaine et artistique avec les différentes équipes engagées dans le projet « *Tu DanSES ?* » car il nous semble évident à ce jour de pérenniser les liens qui existent déjà entre notre

structure et le CHU toujours dans la perspective de la Cité de la danse prévue sur le site de la Grave.

Il est pour nous tout naturel de questionner la relation entre le corps artistique et le corps contraint par diverses pathologies. Le choix de travailler avec des adolescents atteints de troubles psychiques est particulièrement intéressant et stimulant. La danse offre des chemins d'exploration qui permettent d'appréhender d'autres représentations corporelles qu'à travers une activité purement thérapeutique.

L'approche artistique a permis ainsi à ces adolescents d'expérimenter d'autres espaces possibles d'expression. L'implication à l'unisson des artistes et des soignants a permis un réel engagement des adolescents avec au final pour certains, une ouverture aux autres et à eux même.

- **Du point de vue de l'institution**

Ouvrir l'Hôpital vers la ville est au centre de nos préoccupations, surtout en ce qui concerne les services de pédopsychiatrie où créer du lien social s'avère facteur d'intégration pour nos jeunes.

La proximité géographique de la Grave et du CDC était pour nous une opportunité et un atout majeur pour rassembler en un seul lieu les deux structures concernées par ce projet.

C'était également offrir aux adolescents de nouvelles formes d'expression contemporaines parfois confidentielles qui correspondent bien à leurs attentes et capacités dans un réel plaisir tout en retirant un bienfait thérapeutique.

- **Du point de vue du public extérieur le cas échéant**

Ces différents points de vue peuvent être présentés sous la forme d'une synthèse partagée.

3. Les atouts et les difficultés rencontrées dans la conduite du projet

Voir Bilan des Intervenants.

4. Données objectives

- **Nombre de partenaires de l'établissement**

- **Nombre d'intervenants dans le projet**

Les intervenants chorégraphes étaient au nombre de deux : il s'agit d'Isabelle Saulle et d'Adolfo Vargas.

Sont intervenus également trois élèves du lycée des Arènes et leur professeur pour la communication graphique et visuelle du projet.

- **Nombre de patients et de personnels concernés par le projet**
15 adolescents – 10 personnels accompagnants et porteurs de projet.

- **Nombre de restitutions (présentations publiques d'ateliers, spectacles, exposition, DVD, CD, livres...)**

Un livre issu des carnets de bord a été conçu par les élèves du Lycée des Arènes à partir de photographies, de ressentis, des adolescents et soignants lors des ateliers.

Une restitution des ateliers a été organisée au CDC en toute confidentialité.

Les adolescents, personnels et chorégraphes ont alors présenté une chorégraphie issue des travaux d'ateliers.

Etaient présents les adolescents, les membres du CDC, les équipes soignantes, médicales, et nos partenaires financiers.

L'enthousiasme ambiant a été perçu par tout le monde, le plaisir ressenti par les adolescents quant au fait de se mettre en scène s'est transmis également.

Ceux-ci étaient absorbés, habités et investis par et dans ce qu'ils faisaient.

Isabelle Saulle, chorégraphe conclue : « Ils ont fait de leur handicap un atout, un art ».

- **Avez-vous formalisé un jumelage avec la structure culturelle ?**

Oui

5. Bilan financier

- **Rappel du budget prévisionnel**

" TU DANSES ? " 2012							
Budget prévisionnel global DANSE							
CHARGES	PRODUITS						
1 – Ateliers							
Ateliers / Isabelle Saulle & Adolfo Vargas (Asso. Manifeste)							
<ul style="list-style-type: none"> • Prestations 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">A.R.S.</td> <td style="text-align: right;">2 348,95 €</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">DRAC M-P</td> <td style="text-align: right;">2 348,95 €</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Hôpital Sourire</td> <td style="text-align: right;">1 243,50 €</td> </tr> </table>	A.R.S.	2 348,95 €	DRAC M-P	2 348,95 €	Hôpital Sourire	1 243,50 €
A.R.S.	2 348,95 €						
DRAC M-P	2 348,95 €						
Hôpital Sourire	1 243,50 €						

15 s. x 2,5h x 2 pers. (45 €)	4036,50€		
Bilans 3 s. x 2h (45€)	322,92 €	Centre Hospitalier	782,98 €
• Achats extérieurs			
Achat de matériel	598,00 €	CDC Toulouse / Midi-Pyrénées Coord. + Comm	1 105,45 €
TOTAL 1	4957,42 €		
2 - Communication			
Projet communication visuelle			
• Conception visuelle et fabrication			
Identité visuelle -Plaquette -Affiche			
Carnet de bord -Objet éditorial	2 272,40 €		
TOTAL 2	2 272,40 €		
3 - Coordination artistique et administrative			
• 8% du budget total (env.)	600,00 €		
TOTAL GENERAL	7 829,82 €		7 829,82 €

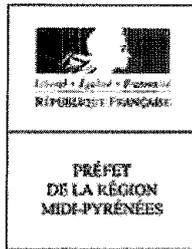
- budget réalisé**

Attention le budget réalisé doit faire état des dépenses et recettes sur la globalité du projet et pas uniquement sur le montant de la subvention octroyée par le dispositif.

Contrairement au budget prévisionnel, la somme des dépenses n'est pas obligatoirement égale à celle des recettes. Si elle l'est : le déficit pris en charge par un des financeurs du projet ou la provision mise de côté par l'établissement doivent apparaître clairement.

" TU DANSES ? " 2012	
Budget prévisionnel global DANSE	
CHARGES	PRODUITS
1 – Ateliers Ateliers / Isabelle Saulle & Adolfo Vargas (Asso. Manifeste)	A.R.S. 2 348,95 €

<ul style="list-style-type: none"> Prestations 		DRAC M-P	2 348,95 €
15 s. x 2,5h x 2 pers. (45 €)	4036,50€	Hôpital Sourire	1 243,50 €
Bilans 3 s. x 2h (45€)	322,92 €	Centre Hospitalier	782,98 €
<ul style="list-style-type: none"> Achats extérieurs 		CDC Toulouse / Midi-Pyrénées Coord. + Comm	1 105,45 €
Achat de matériel	598,00 €		
TOTAL 1	4957,42 €		
2 - Communication			
Projet communication visuelle			
<ul style="list-style-type: none"> Conception visuelle et fabrication 			
Identité visuelle -Plaquette -Affiche			
Carnet de bord -Objet éditorial	2 272,40 €		
TOTAL 2	2 272,40 €		
3 - Coordination artistique et administrative			
<ul style="list-style-type: none"> 8% du budget total (env.) 	600,00 €		
TOTAL GENERAL	7 829,82 €		7 829,82 €



Appel à Projet – 2013 Culture / Santé



Titre du projet : Tu dances ? Saison 2

I- Domaine artistique concerné

Discipline choisie : Danse

II- Coordonnées de l'établissement sanitaire ou médico-social

Nom de l'établissement : Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
SUPEA (Service universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent),
Pr J. Ph. Raynaud

Statut juridique : Etablissement sanitaire

Nom et coordonnées du directeur : Jean-Jacques Romatet
2 rue Viguerie – TSA 80035
31059 Toulouse cedex

Présence d'équipements culturels dans l'établissement :
Bibliothèque, salon de lecture

Adresse : Hôpital Saint-Joseph La Grave, place Lange TSA 60033
31059 Toulouse Cedex 9

Téléphone : 05 61 77 80 90
Courriel : cuq.c@chu-toulouse.fr

II- Coordonnées de l'institution culturelle :

Nom de la structure culturelle : Centre de Développement Chorégraphique
Toulouse / Midi-Pyrénées

Type de structure (Association, S.A....) : Association loi 1901

Numéro SIRET : 403 698 582 00026

Nom du directeur de la structure : Annie Bozzini

Adresse : 5 avenue Etienne Billières – 31300 Toulouse

Téléphone : 05 61 59 98 78

Courriel : s.teste@cdctoulouse.com

Obligatoire pour le spectacle vivant :

N° de licence d'entrepreneur de spectacles vivants : (merci de préciser sa date de délivrance) :

N° de licence d'entrepreneur de spectacles vivants :
1031887/1026089/1026090

III- Personnes en charge du développement du projet :

a. Pour l'établissement sanitaire ou médico-social

Service concerné par le projet :

Pour l'établissement sanitaire,

Nom et coordonnées du médecin référent du projet : Dr Franck Hazane, pédopsychiatre
Villa Ancely (service
d'hospitalisation de psychiatrie
pour adolescents)

Personne en charge du développement du projet :

Nom : Christine Cuq

Fonction : Attachée Culturelle des services de Psychiatrie-Mère-Enfants, Hôpital PURPAN

Tél : 05 61 77 80 90

Courriel : cuq.c@chu-toulouse.fr

Autre(s) membre(s) de l'équipe engagé dans le projet :

Nom, Prénom	Fonction et contact
Eloïdie Boriès	Doctorante en psychiatrie Villa Ancely
Michel Santamaria	Psychomotricien Villa Ancely
Céline Rigaud	Educatrice Spécialisée Villa Ancely
Julie Pinaudeau	Infirmière - Villa Ancely
Charline Ménard	Infirmière - Villa Ancely

Dr Barbara Bernheim - Le Cœur	Pédopsychiatre APJA (Accueil Psychothérapeutique de Jour pour Adolescents)
Dr Anne Pasquier	Pédopsychiatre - APJA
Vanessa Marcou	Educatrice Spécialisée - APJA
Frédéric Lang	Infirmier - APJA
Aurélié Donadeï	Infirmière - APJA

b. Pour l'institution culturelle

Personne en charge du dossier :

Nom : Pethso VILAISARN

Fonction : Responsable de la Production et de la Médiation culturelle

Tél : (0)5 61 59 59 61

Courriel : p.vilaisarn@cdctoulouse.com

Artistes intervenants :

Nom : « Association Manifeste » Isabelle Saulle et Adolfo Vargas

Fonction : Chorégraphes

Adresse : 1 chemin neuf, 31300 TOULOUSE

Tél : 05 34 51 52 95

Courriel : assomanifeste@orange.fr

IV- Projet artistique et culturel :

Présentation du projet (10 pages maximum) :

- **Contexte dans lequel s'inscrit le projet**

Le CHU de Toulouse a associé au projet d'Etablissement un Projet Culturel visant à «*assurer un meilleur accueil des personnes qui lui sont confiées par des activités culturelles et artistiques*». Ce projet s'inscrit dans la perspective «*Culture/Santé*» initié par le Ministère de la Culture et le Ministère de la Santé, et de la convention DRAC/ARS Midi-Pyrénées.

Ce projet, ancré de manière ambitieuse au sein de la communauté hospitalière et aussi au cœur de la cité, a pour objectif de rompre l'isolement, de garder un lien avec la vie sociale, et de stimuler la créativité de chacun pour surmonter les épreuves de la maladie et de l'hospitalisation.

Le service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), acteur de cette dynamique culturelle depuis plusieurs années, a développé des projets culturels adaptés et innovants, ouverts à de nouveaux espaces et de nouveaux lieux (Galerie du Château d'eau, Musée des Abattoirs, Musée Saint-Raymond, Association «*Toulouse les Orgues*», La Grainerie et un travail autour du corps en 2012 en partenariat avec le CDC et les adolescents accueillis au CHU de Toulouse.

C'est ce dernier projet, initié en 2012, que nous souhaitons renouveler sous le nom de « *Tu Danses? Saison 2* ».

Comme l'an passé, les élèves du lycée des Arènes ont commencé à réfléchir autour de la conception de plaquettes d'informations et d'affiches attrayantes pour sensibiliser les jeunes à ce projet. (Cf. *Ebauches visuels en annexe*).

C'est en s'appuyant sur l'expérience passée et les bilans de parcours et de fin d'ateliers, que spontanément, les chorégraphes, les équipes médicales et d'accompagnement, ainsi que les adolescents, ont souhaité renouveler ces ateliers.

De plus, le Dr Franck Hazane donne au projet « *Tu Danses ?* » une dimension symbolique supplémentaire en disant que chez ces adolescents « la dimension corporelle est fondamentale et probablement à l'origine de nombreuses décompensations ou aggravations de fragilités »

- **Définition du projet**

Il s'agit de proposer aux adolescents, accueillis à l'Hôpital de jour et dans le service d'hospitalisation, sur la base du volontariat, un travail autour du corps et de la danse contemporaine à travers une série d'ateliers hebdomadaires portés par deux chorégraphes de l'association Manifeste : Isabelle Saulle et Adolfo Vargas, qui se dérouleront aux studios du CDC.

- **Enjeux et objectifs pour 2013 : Reconduction du projet**

Au constat des bilans positifs il est apparu qu'inscrire « *Tu Danses ?* » dans une continuité permettrait de donner une toute autre dimension symbolique au projet, permettant aux adolescents de s'impliquer dans une activité pérenne basée sur une expérience passée, commune et intégratrice : Certains jeunes, sortis de leur hospitalisation, ont continué à participer de leur plein gré aux ateliers.

Le Docteur Franck Hazane complète cette idée : « Nous souhaitons très fortement, au niveau du personnel soignant comme au niveau des adolescents, renouveler cette expérience ainsi que l'ouvrir à d'autres formes d'expression artistique ».

Ainsi que le Docteur Barbara Bernheim : « Il est intéressant que ce projet puisse se prolonger dans le temps ». Elle ajoute que les artistes viendront, en amont du projet, directement à la rencontre des jeunes pour se présenter et parler de leur travail artistique, ce qui les aidera à se projeter dans le projet et suscitera leur envie.

Autour de la dimension artistique de ces ateliers, se sont développés des échanges entre les équipes des différents secteurs qui, avant, n'avaient pas l'opportunité de se côtoyer.

De plus, pour les adolescents, ces ateliers ont changé l'image des soignants :

« Ca change, c'est marrant, ils m'ont aidé à oublier les problèmes, bouger mon corps et partager un bon moment ».

Aux vues de ces constatations et de l'enthousiasme collectif unissant personnel soignant et adolescents, Isabelle Saulle et Adolfo Vargas, ont émis quelques propositions concernant la continuité du projet :

- **Objectifs artistiques**

« C'est d'abord un autre groupe qui va se constituer ; le voir se créer et s'épanouir reste toujours comme l'émergence de l'expression de chacun notre principale motivation.

Quelques personnes vont partager cette continuité, adolescents mais aussi accompagnateurs et nous comptons sur eux pour nous aider à la transmettre à ce nouveau groupe.

Nous reprendrons la première phase d'exploration « qu'est ce que mon corps sait faire ? » à travers quelques exercices déjà pratiqués avec l'avantage de l'expérience par rapport à ce qui a bien fonctionné, pour pouvoir aller plus directement après quelques séances vers une approche de l'autre, vers la notion de contact, à deux ou en groupe.

Nous avons envie, pour varier notre plaisir et celui des participants de travailler aussi avec des accessoires (bailon, papier, chaise, coussin). Cette approche du mouvement libère souvent un engagement intéressant, la contrainte est tangible, elle a son poids, sa vitesse et nous oblige dans un effort particulier. Ce travail pourra se développer dans l'écriture collective en petit groupe, ce que nous n'avons pas abordé au cours de la première saison.

Par expérience, nous n'allons pas passer d'un type de travail à un autre mais plutôt les pratiquer en alternance.

1/- Retravailler sur la notion du « être ensemble » :

Lors de la première saison, nous avons travaillé sur la notion d'ensemble : danser ensemble sur une musique. Cette année nous aborderons le thème du « chœur dans le silence », dans le déplacement simple puis dans la pulsation commune ; recherchant l'idée du chœur d'avantage dans la musicalité du mouvement que dans sa forme.

2/- Expression individuelle :

Pour amener les adolescents à une expression personnelle, nous allons tenter d'installer le groupe dans un rituel d'improvisation individuelle, en groupe, petit groupe ou seul.

Nous donnerons des exercices en amont générant écoute, concentration et impulsion.

Cela pour que les adolescents prennent conscience de l'engagement nécessaire à fournir pour sentir et trouver une expression singulière, personnelle et juste, au sein d'un groupe.

Nous développerons ce champ d'improvisation sur des axes pluriels ; contraintes physiques, textes, photos, personnage, costumes, mise en place de décors, travail sur l'espace.

3/- Le petit groupe, 2 à 5 personnes :

Nous allons aussi, cette saison, travailler d'avantage sur le petit groupe duo, trio, quartet. Essentiellement à travers l'écriture collective à partir de contraintes simples avec ou sans accessoires.

Lors de la première saison nous avons écrit une série d'évènements, une chorégraphie, avec des codes, des contraintes et de l'improvisation dans laquelle tout le groupe participait.

Cette fois nous aimerions que chacun participe à une ou plusieurs chorégraphies, scène écrite en collectif sous notre direction. Ce travail pourrait se développer à mi parcours des séances et trouver une continuité jusqu'à la fin de cette saison-ci.

Nous souhaiterions qu'à la fin de cette nouvelle saison, chaque adolescent ait pu poser une signature personnelle dans des évènements communs ».

- **Description des actions envisagées (calendrier, modalités de mise en œuvre...)**

Comme l'an passé, afin de « sortir » les adolescents du contexte hospitalier, les ateliers se dérouleront dans les studios du CDC, au 5 Avenue Etienne Billières, ou avenue de la République, situés à proximité des Hôpitaux de Jour de La Grave.

Ce lieu de répétition et de création, à forte symbolique, favorisera ainsi l'imaginaire et la créativité des adolescents en les plaçant en véritable situation d'acteurs de l'univers souvent confidentiel de la danse contemporaine.

Calendrier Prévisionnel :

Dates	Lieu
19 et 26 mars	Studio CDC avenue Etienne Billières
9 et 16 avril	Studio situé 48 rue de la République
7, 14 et 28 mai	Studio CDC avenue Etienne Billières
4, 11, 18, 25 juin	Studio CDC avenue Etienne Billières

• **Durée du projet**

Ces ateliers hebdomadaires se dérouleront du **19 mars au 25 juin 2013**.

Nombre et fréquence des interventions :

Ce projet s'articule à travers **douze ateliers, tous les mardis de 17h à 18h30, au studio du CDC**, et s'adresse à une vingtaine d'adolescents maximum réunissant plusieurs structures : Villa Ancely, Hôpitaux de jours + temps-plein, l'APJA et les consultations.

Actions de valorisation au sein de l'établissement de santé :

Actions de valorisation à l'extérieur de l'établissement de santé :

Comme l'an passé, il est apparu important de garder une trace du travail réalisé par les adolescents avec l'association Manifeste. Le groupe de travail n'a pas souhaité inclure un « Regard » extérieur, par l'intermédiaire d'une caméra ou d'un appareil photo, d'autant que se pose le problème de la confidentialité.

Nous avons fait appel encore cette année aux élèves du Lycée des Arènes afin d'intégrer au projet un volet **communication visuelle** pour imaginer la trace artistique de celui-ci dès son origine.

Ce projet se présente sous deux formes :

- La première concernera la création de l'identité visuelle du projet « *Tu DanSES ? Saison 2* » auquel collabore le CDC. Cette identité visuelle sera utilisée pour communiquer par exemple sur le lancement de ces ateliers, avec des affiches ou des flyers, auprès des adolescents de leur famille, et du personnel.
Cette une façon pour les adolescents de s'approprier le projet mentalement, avant sa mise en place, et d'impliquer les familles en amont en créant du lien.

- La deuxième est destinée à une communication interne, réservée aux membres du groupe. Elle prendrait la forme d'un grand carnet de bord. Ce carnet de bord permettrait aux adolescents de l'atelier, au fil des séances de mettre, s'ils le souhaitent, un retour sur ce qu'ils viennent de vivre. Cela peut être une image, une photo, une phrase, un dessin, etc. Un temps spécifique (un quart d'heure) sera prévu à cet effet pendant la séance.

Validation du projet devant les instances de l'établissement :

A-t-il fait l'objet d'une présentation

Devant la CME ? Oui

Devant le CA ? Oui

Le projet « *Tu Danse ? Saison 2* » a été validé par les membres de la Commission Culturelle de psychiatrie.

Publics concernés : *usagers, personnels soignants, personnel administratif, familles*

Concernés directement : Adolescents des Hôpitaux de Jour de la Grave (APJA) et d'Hospitalisation traditionnelle, Hôpitaux de jour et consultations de la Villa Ancely, Educateurs, infirmiers, psychomotriciens.

Concernés indirectement : Doctorante en médecine : Elodie Bories, qui fait une thèse autour de ces ateliers.

Nombre de patients participant au projet : 20 adolescents maximum

Type de pathologie des patients concernés : Les adolescents accueillis présentent des pathologies multiples de type schizophrénie, anorexie mentale, trouble dépressif, trouble anxieux ou trouble obsessionnel compulsif.

Tranches d'âge : 12 à 18 ans

Autres commentaires :

V- Budget prévisionnel :

	Charges		Produits
Rémunération artistes toutes charges comprises*	Prestation 12s. x 2,5h x 2 Personnes 2700.00 Bilans 3s. x 2h 270.00 2970.00	Programme culture/santé DRAC/ARS	(Montant total de la subvention demandée) 3804.00
Achats matériels, fournitures	590.00	Structure sanitaire ou médico-social CHU	634.00
Frais de déplacement intervenant(s)	-	Partenaire culturel - CDC	800.00
Frais de restauration intervenant(s), vernissage...	-	Collectivité(s) territoriale(s)	-
Communication Projet de communication visuelle et fabrication Identité visuelle – Plaquette – Affiche – Carnet de bord – Objet éditorial	2280.00	Autres financements	-
Autres : Coordination artistique et administrative	500.00	Mécénat – Hôpital Sourire	1102.00
Total	6340.00 €	Total	6340.00 €

* Préciser le tarif horaire toutes charges comprises des intervenants (pour information, les barèmes DRAC situent la moyenne du taux horaire d'intervention d'un artiste entre 45 € et 60 € TTC). Nombre d'intervenants x nombre d'heures d'intervention x coût horaire

Montant total de la subvention demandée : 6340.00 €

ANNEXES

- Repères biographiques des intervenants
- Témoignages d'adolescents issus du carnet de bord
- Ebauche de la plaquette de présentation de « *Tu Danse ? Saison 2* »

- Repères biographiques

Isabelle Saulle

Elle débute la danse contemporaine à 17 ans au Théâtre ballet de Toulouse puis poursuit sa formation avec des cours et stages à Toulouse, Paris, New-York.. Elle participe aux créations de jeunes cie comme Andy DeGroat, Michel Raji, Martin.B, William Petit. Entre 1990 à 2000 elle collabore à la reprise de *May.B*, *Ram-Dam* et *Waterzoi* et aux créations de *Cortex*, *Aujourd'hui peut-être* et *Vaille Que Vaille*.

En tant qu'artiste dramatique elle collabore avec Guy Alloucherie, Jacques Rosner et Michel Mathieu.

Elle crée en 2001 une « Association manifeste » avec Adolfo Vargas pour développer un travail de création en association avec d'autres artistes ainsi que des créations avec des amateurs.

Détentrice du DE à l'enseignement à la danse elle intervient régulièrement dans plusieurs centre de formation.

Adolfo Vargas

Il Débute la danse à l'Instituto del Teatro de Barcelona puis à Mudra Ecole de Maurice Béjart à Bruxelles. En 1983, il entre dans la Compagnie Maguy Marin et participe à plusieurs créations comme *May.B* ou *Quoi qu'il en soit* Parallèlement, il danse avec : Cesc Gelabert – Lindsay Kemp. Il crée sa propre Compagnie : Balanza Danza à Barcelona (87-92), tout en continuant le travail et les tournées chez Maguy Marin.

Depuis 2001, il vit à Toulouse au côté d'Isabelle Saulle et créent ensemble l'Association MANIFESTE.

Table des figures

3.1	<i>Le cri</i> , Edward Munch, lithographie, 1895	12
3.2	Quelques tiroirs du cabinet de curiosités du CMPEA de Gaillac, site web : www.acaciia.fr	18
3.3	Étendue des dispositifs intégrant l'art dans le soin : les Thé- rapies à médiation	32
6.1	Extrait du film <i>Les Rêves dansants, sur les pas de Pina Bausch</i> , réalisé par Anne Linsel et Rainer Hoffmann, 2010	93
6.2	<i>Le sucre du printemps</i> , site web : theatre-chaillet.fr	95
6.3	Couverture du cahier-souvenir du projet "Tu dances ?" 2012	100
6.4	Cahier de bord du projet "Tu dances ?" 2012	101
6.5	Affiche du projet "Tu dances ?" 2012, recto	103
6.6	Affiche du projet "Tu dances ?" 2012, verso	104
6.7	Les gradins du studio du CDC, Extrait du cahier-souvenir	106
6.8	Isabelle Saulle et Adolfo Vargas, les chorégraphes du projet "Tu Dances ?", saisons 2012 et 2013	107
6.9	<i>L'unisson</i>	108
6.10	Travail en cercles	109
6.11	Jeux en rondes	110
6.12	Parcours d'improvisation groupale de base en base, les bases étant signalées au au sol ; exemple de la base d'improvisation avec des accessoires, base de la statue (en bas à gauche), base du saut (en bas, a droite)	111
6.13	La difficulté d'improviser	112
6.14	Affiche du projet "Tu dances ?" 2013, recto	115
6.15	Affiche du projet "Tu dances ?" 2013, verso	116
7.1	Dessins de Nathan	133
7.2	Dessin de Cindy, silhouette idéale	135
7.3	Dessin de Laure, silhouette actuelle	136

- 7.4 Au niveau de quatre questions, les soignants des deux équipes de soin (symboles noirs et blanc) répondent de façon opposée . 172

Liste des tableaux

7.1	A propos de l'image de la danse	138
7.2	A propos de l'image de la danse contemporaine	138
7.3	Expérience antérieure en danse	140
7.4	Intérêt des jeunes pour d'autres activités de création ou d'ex- pression	140
7.5	Intérêt des adolescents pour la pratique physique	141
7.6	A propos de l'envie de continuer la danse	141
7.7	A propos de l'envie de continuer un sport	141
7.8	Concernant la relation au corps	143
7.9	Concernant l'apparence idéale des adolescents	143
7.10	Concernant d'éventuels événements traumatiques corporels . .	143
7.11	Activité culturelle ou activité thérapeutique	145
7.12	Concernant le regard des jeunes vis-à-vis du soin	145
7.13	Leurs motivations	145
7.14	Concernant les attentes des jeunes	146
7.15	Concernant les difficultés	146
7.16	Aide des ateliers dans la gestion des difficultés	148
7.17	Concernant le plaisir pris à participer	148
7.18	A propos de l'élément du projet le plus attractif	148
7.19	Concernant l'intérêt de la présence artistique	148
7.20	Concernant la fonction des soignants	150
7.21	Avis général sur le projet	150
7.22	Propositions de modifications	150
7.23	Avis des parents sur le projet	152
7.24	Concernant la façon dont le projet a été présenté	152
7.25	Activité thérapeutique ou culturelle	152
7.26	A propos des réticences	154
7.27	Bénéfices attendus pour leurs adolescents	154
7.28	Bénéfices observés chez les jeunes	155
7.29	Concernant les motivations des soignants	157
7.30	A propos de la dimension culturelle	157

7.31	Concernant l'articulation avec le soin	157
7.32	Concernant la place du soignant, sa fonction	159
7.33	A propos des indications	159
7.34	Concernant les modalités de présentation du projet	159
7.35	Concernant la mention du projet par les jeunes dans le service	161
7.36	A propos des intérêts pour les adolescents	161
7.37	A propos des intérêts pour les soignants	161
7.38	A propos des intérêts pour l'équipe de soin	163
7.39	A propos des difficultés pour les adolescents	163
7.40	A propos des difficultés pour les soignants	163
7.41	A propos des difficultés pour l'équipe de soin	163
7.42	Concernant l'évolution éventuelle du regard sur les jeunes . . .	167
7.43	A propos du souhait de poursuivre	167

Index

3bisF, 48

APJA, 96

ARH, 44

ARS, 45

Art-thérapie, 36

CDC, 77

CPOM, 45

Créativité, 19

Dance movement therapy, 79

Danse contemporaine, 77

Danse-thérapie, 78

DRAC, 44

Empathie, 33

Hôpital Sourire, 100

Le Vinatier, CHS, 49

Médiation, 30

Médium Malléable, 31

Prog. nat. Culture et Santé, 43

Sublimation, 17

Symbolisation, 19

Symbolisations plurielles, 22

Transitionnalité, 20

 Aire transitionnelle, 20

 Objet transitionnel, 20

unisson, 105

Villa Ancely, 96

Bibliographie

- [1] Linsel A. Les rêves dansants, sur les pas de pina bausch, Oct. 2010.
- [2] D. Anzieu. *Le corps de l'œuvre*, volume 43. Éditions Gallimard, 1981.
- [3] D. Anzieu. *Le moi-peau*. Dunod Paris, 1985.
- [4] P. Attigui and A. Brun. *L'art et le soin : cliniques actuelles : peinture, sculpture, théâtre, chant, littérature*. De Boeck, 2011.
- [5] L. Auguste. Une expérience de danse-thérapie auprès d'adolescents autistes. *L'Ailleurs du corps*, pages 167–181, 2009.
- [6] P. Aulagnier. *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*. Presses universitaires de France, 1975.
- [7] J. J Baranes. *Langages et mémoire du corps en psychanalyse*. Eres, 2012.
- [8] J Barbé and J. C Sez nec. Danse classique et adolescence féminine : quelques éléments concernant l'impact de la pratique sur les processus de maturation, à partir de l'étude de sept jeunes filles. In *Annales Medico Psychologiques*, volume 161, pages 614–620. Elsevier Science, 2003.
- [9] M. Barkham, F. Margison, C. Leach, M. Lucock, J. Mellor-Clark, C. Evans, L. Benson, J. Connell, K. Audin, and G. McGrath. Service profiling and outcomes benchmarking using the core-om : Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 69(2) :184–196, 2001.
- [10] J-P. Benoit and M. R Moro. Anorexie et boulimie de l'adolescente. *Journal français de psychiatrie*, 2 :22–25, 2010.
- [11] C. F Berrol. Neuroscience meets dance/movement therapy : Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4) :302–315, 2006.
- [12] P. Blos. *Les adolescents : essai de psychanalyse*. Stock, 1967.

- [13] E. Bojner Horwitz. *Dance/movement therapy in fibromyalgia patients : aspects and consequences of verbal, visual and hormonal analyses*. PhD thesis, Uppsala University, 2004.
- [14] M-C. Bouillot. La mise en œuvre d'un projet culturel dans un établissement hospitalier : l'exemple du centre hospitalier de macon. Master's thesis, Mémoire de directeur d'hôpital] : Ecole Nationale de la Santé publique Rennes, 2003.
- [15] P. Bourcier. *Histoire de la danse en Occident : De la préhistoire à la fin de l'école classique*, volume 1. Seuil, 1994.
- [16] P. Bourcier. *Histoire de la danse en Occident : Du romantique au contemporain*, volume 2. Seuil, 1994.
- [17] A. Boyer-Labrousche. *Manuel d'art-thérapie-3e éd.* Dunod, 2012.
- [18] A. Breton. L'art des fous, la clé des champs. *La Clé des champs, Œuvres complètes*, 3 :884, 1948.
- [19] D. Brooks and A. Stark. The effect of dance/movement therapy on affect : A pilot study. *American Journal of Dance Therapy*, 11(2) :101–112, 1989.
- [20] A. Brun. *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Dunod, 2007.
- [21] Y. Bubien, R. Even, B. Glorion, and Galaverna O. Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, 2 :57–65, 2004.
- [22] G. Burgess, S. Grogan, and L. Burwitz. Effects of a 6-week aerobic dance intervention on body image and physical self-perceptions in adolescent girls. *Body image*, 3(1) :57–66, 2006.
- [23] K. S Button, J. PA Ioannidis, C. Mokrysz, B. A Nosek, J. Flint, E. SJ Robinson, and M. R Munafò. Power failure : why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 2013.
- [24] S. Bydlowski and C. Graindorge. Naissance et développement de la vie psychique. In *Encyclopédie Médico Chirurgicale*. Elsevier Masson, 2007.
- [25] N. Catheline and D. Marcelli. *Ces adolescents qui évitent de penser*. érès, 2011.
- [26] L. Cattaneo and G. Rizzolatti. The mirror neuron system. *Archives of Neurology*, 66(5) :557, 2009.
- [27] M. Chace. Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1953.

- [28] J. B Chapelier. Les psychothérapies de groupe d'inspiration psychanalytique à l'adolescence. *Adolescence*, 10(2) :339–354, 1992.
- [29] J. B Chapelier. *Le lien groupal à l'adolescence*. Dunod, 2000.
- [30] J. Chasseguet-Smirgel. *Le corps comme miroir du monde*. Presses universitaires de France, 2003.
- [31] B. Chouvier. *Le medium symbolique*. Dunod, 2002.
- [32] A. Ciccone. Naissance de la pensée. *Groupal, Périnatalité psychique et renaissance du familial*, pages 19–38, 2004.
- [33] J-M. Cogeval and F. Vuagnat. *Créativité, création artistique et croissance psychique*. Erès, 1995.
- [34] V. Cros and F. Chardon. *Une expérience d'art-thérapie à dominante expression corporelle auprès d'adolescents souffrant de troubles du comportement hospitalisés au sein d'une unité post-aiguë*. PhD thesis, Clinique Médico-Universitaire Georges Dumas, 2004.
- [35] A. R Damasio. *Spinoza avait raison ; joie et tristesse, le cerveau des émotions*, volume 318. Paris, 2003.
- [36] A. R Damasio. *L'autre moi-même. Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Odile Jacob, 2010.
- [37] A. R Damasio. *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*. Odile Jacob, 2010.
- [38] F. Dargent. Corps scarifié, adolescence marquée. *Revue française de psychosomatique*, 2 :131–143, 2010.
- [39] J. Dayan. Dépressivité et dépression à l'adolescence. *Adolescence*, 78, 2011.
- [40] Ministère de la Culture et de la Communication. *Culture a l'hôpital*, 2001.
- [41] M. De Luca. Thérapies à médiation : ergothérapie, sociothérapie et médiations groupales. In *Encyclopédie Médico Chirurgicale*, chapter Psychiatrie. Elsevier masson, 2009.
- [42] G. de Nerval. *Aurelia*. Collection romantique. José Corti, 1943.
- [43] P. Denis. Corps et langage. *Le Carnet Psy*, 8 :44–47, 2006.
- [44] Conférence des Directeurs généraux de CHU. *Humanités : 10 ans d'arts et de culture dans les CHU*. ministÈre de la culture et de la communication, fondation MASCF, 2010.
- [45] S. Dibbell-Hope. The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1) :51–68, 2000.

- [46] E. DiPalma. *Cohesion in a dance therapy session*. PhD thesis, Hunter College of City, University of New York, 1976.
- [47] F. Dolto. *L'image inconsciente du corps*. Seuil, 1984.
- [48] F. Dolto, C. Dolto-Tolitch, and C. Percheminier. *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Hatier, 1989.
- [49] A. Doumenc, J. L. Sudres, and H. Sztulman. Approche des dimensions pondérales et corporelles de jeunes danseuses classiques amatrices vs professionnelles. *Neuropsychiatrie de L'Énfance et de L'Adolescence*, 53(6) :299–308, 2005.
- [50] A. Duberg, L. Hagberg, H. Sunvisson, and M. Möller. Influencing self-rated health among adolescent girls with dance interventiona randomized controlled trialadolescent girls and dance intervention. *JAMA pediatrics*, 167(1) :27–31, 2013.
- [51] O. Dubois, P. Nuss, and S. Revel. Techniques corporelles en thérapie psychiatrique. In *Encyclopédie Médico- Chirurgicale*. Elsevier, Paris, 2003.
- [52] E. Ekeland, F. Heian, K. Hagen, and E. Coren. Can exercise improve self esteem in children and young people ? a systematic review of randomised controlled trials. *British journal of sports medicine*, 39(11) :792, 2005.
- [53] T. Erfer and A. Ziv. Moving toward cohesion : Group dance/movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3) :238–246, 2006.
- [54] J. Evans, F. Margison, M. Barkham, K. Audin, J. Connell, and C. Graeme McGrath. Core : Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3) :247–255, 2000.
- [55] J. Florence. *L'art et le soin : cliniques actuelles : peinture, sculpture, théâtre, chant, littérature*, chapter Catharsis, symbolisation et institution. De Boeck, 2011.
- [56] S. Franklin. Movement therapy and selected measures of body image in the trainable, mentally retarded. *American Journal of Dance Therapy*, 3(1) :43–50, 1979.
- [57] S. Freud. *Le créateur littéraire et la fantaisie*, pages 33–46. Gallimard, 1990 edition, 1908.
- [58] S. Freud. *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Gallimard, 1910.
- [59] S. Freud. *La vie sexuelle*. Presses universitaires de France, 1914.
- [60] S. Freud. Pulsions et destins des pulsions. *Œuvres complètes*, 13 :163–187, 1915.

- [61] S. Freud. *Résistance à la psychanalyse*, volume 17, pages 83–268. PUF, 1925.
- [62] S. Freud. *Essais de psychanalyse*, chapter Le Moi et le Ca. Paris, Payot, 1981.
- [63] S. Freud. Le malaise dans la culture. *Paris, Editions Les presses*, 1995.
- [64] S. Galitzine. Pourquoi tu dances. *L'Autre*, 11(2) :240–245, 2010.
- [65] J. Gammill. *La position dépressive au service de la vie*. In Press, 2007.
- [66] M. Girard. Penser avec winnicott. *Empan*, 1991.
- [67] B. Golse. *Du corps à la pensée*. PUF, 1999.
- [68] B. Golse. *La naissance des représentations Conceptions psychanalytiques*, volume 1, chapter 12, pages 173–188. Paris, Puf. Réédition, 2004.
- [69] B. Golse. *L'être-bébé*. Paris : PUF, 2006.
- [70] S. Goodill. Dance/movement therapy with abused children. *The Arts in Psychotherapy*, 1987.
- [71] C. Gouttas, J-M. Granier, and A. Mathé. Les trois corps adolescents : traitements linguistiques automatiques et analyse sémiotique du "corps" dans les données textuelles de fil santé jeunes. <http://revues.unilim.fr/nas/document.php?id=4978>, Oct. 2012.
- [72] F. Granier. Objectifs des psychothérapies médiatisées. SFPE, janvier 2011.
- [73] F. Granier. Introduction, actes du congrès. In *Journées de printemps SFPE-AT Toulouse*, avril 2012.
- [74] F. Granier. Médiation et art-thérapie :leçons de l'histoire d'un clivage à partir de la psychopathologie de l'expression. In *Journées de printemps SFPE-AT Le Mans*, avril 2012.
- [75] M. Grieser, M. B Vu, A. L Bedimo-Rung, D. Neumark-Sztainer, J. Moody, D. R Young, and S. G Moe. Physical activity attitudes, preferences, and practices in african american, hispanic, and caucasian girls. *Health education & behavior*, 33(1) :40–51, 2006.
- [76] E. Groenlund, B. Renck, and N. G Vaboe. How depressed teenage girls can be helped by dance movement therapy. In *Presentation on the 2nd International Research Colloquium in Dance Therapy*, Feb. 2006.
- [77] S. V Gunning and T. Holmes. Dance therapy with psychotic children : Definition and quantitative evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 28(5) :707, 1973.

- [78] C. Gunther and G. Holter. Outcome factors of dmt : A pilot study with depressive patients. In *Presentation on the 2nd International Research Colloquium in Dance Therapy*, Feb. 2006.
- [79] P. Gutton. *Le pubertaire*. Presses universitaires de France, 2003.
- [80] C. Halmos and B. Billiet. Quand les ados font corps avec la vie. *Madame Figaro*, 2012.
- [81] J. L Hanna. The power of dance : Health and healing. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1(4) :323–331, 1995.
- [82] F. Heritier. L'idée de crise adolescente est-elle universelle? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49(8) :502–511, 2001.
- [83] D. Hirsch and W. Summit. *Videotape analysis of a dance therapy session, as it relates to group cohesiveness*. PhD thesis, Hunter College of City, University of New York, 1977.
- [84] L. Holzer, O. Halfon, and V. Thoua. La maturation cérébrale à l'adolescence. *Archives de pédiatrie*, 18(5) :579–588, 2011.
- [85] K. B Homann. Embodied concepts of neurobiology in dance/movement therapy practice. *American Journal of Dance Therapy*, 32(2) :80–99, 2010.
- [86] D. Houzel. *Les enveloppes psychiques*. Dunod Paris, 1987.
- [87] L. Ibanez. *A child and adolescent cancer support group with a dance movement component, Grant proposal project*. PhD thesis, Department of Social Work, California State University, Long Beach, mai 2009.
- [88] B. Inhelder and J. Piaget. *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. Presses Universitaires de France, 1955.
- [89] Healy J. Role of rehabilitation medicine in the care of the patient with breast cancer. *Cancer*, 28(6) :1666–1671, 1971.
- [90] P. Jeammet. Les enjeux des identifications à l'adolescence. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 10 :141–163, 1991.
- [91] Young-Ja Jeong, Sung-Chan Hong, Myeong Soo Lee, Min-Cheol Park, Yong-Kyu Kim, and Chae-Moon Suh. Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience*, 115(12) :1711–1720, 2005.
- [92] S. J Jerstad, K. N Boutelle, K. K Ness, and E. Stice. Prospective reciprocal relations between physical activity and depression in adolescent females. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2) :268, 2010.
- [93] F. Jullien. *Les transformations silencieuses*. Grasset, 2009.

- [94] C. G Jung. *La guérison psychologique*. Librairie de l'Université, 1953.
- [95] R. Kaës. *L'appareil psychique groupal*. Dunod 3e édition, 2010.
- [96] L. Kahn. L'action de la forme. *Revue française de psychanalyse*, 65(4) :983–1056, 2001.
- [97] W. Kandinsky. *Du Spirituel dans l'art et dans la peinture en particulier [par] Kandinsky. Traduit de l'allemand par Pierre Volboudt....*, volume 62. Denoël, Gonthier, 1969.
- [98] E. Kestenberg. *La Psychiatrie de l'enfant*, volume V, chapitre L'Identité et l'identification chez les adolescents : Problèmes théoriques et techniques. PUF, 1962.
- [99] J. Kestenberg Amighi, S. Loman, P. Lewis, and al. *The meaning of movement*. Brunner Routledge, 1999.
- [100] C. L Kien and A. R Chiodo. Physical activity in middle school-aged children participating in a school-based recreation program. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157(8) :811, 2003.
- [101] J. Kipp, C. Herda, and H. G Schwarz. Wirkfaktoren der ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 39(6) :17–21, 2000.
- [102] J-P. Klein. La psychothérapie de l'enfant : la symbolisation accompagnée. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, volume 161, pages 101–107. Elsevier, 2003.
- [103] J-P. Klein. *L'art-thérapie*. Presses universitaires de France, 2010.
- [104] M. Klein. Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. *Développements de la psychanalyse*, 2, 1952.
- [105] M. Klein. *Envie et gratitude et autres essais*. Gallimard, 1968.
- [106] F. Kline and al. A report on the use of movement therapy for chronic, severely disabled outpatients. *Art Psychotherapy*, 1977.
- [107] S. C Koch and B. Weidinger-von der Recke. Traumatized refugees : An integrated dance and verbal therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5) :289–296, 2009.
- [108] S.C. Koch, K. Morlinghaus, and T. Fuchs. The joy dance : Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4) :340–349, 2007.
- [109] L-A. Kukstas. *La Forme et la frime : pouvoirs et limites des régimes et de l'exercice*. Odile Jacob, 1998.
- [110] R. Laban. *La maîtrise du mouvement*. Acte Sud, 1994.
- [111] J. Lacan. Le séminaire, livre vii, l'éthique de la psychanalyse. *Paris : Seuil*, 1986.

- [112] M. Laronche. L'art comme médiation thérapeutique. *Le Monde*, 17 avril 2011.
- [113] M. Lauret and J.-P Raynaud. *Melanie Klein : une pensée vivante*. Presses Universitaires de France-PUF, 2008.
- [114] B. Lesage. *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, etayage, mouvement et relation*. Eres, 2012.
- [115] F. Levy. *Dance Movement Therapy : A Healing Art*. American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance, 1992.
- [116] P. Luquet. *Introduction à l'étude psychanalytique du beau*. Erès, 1995.
- [117] H. Maldiney. Le vide comme ressourcement de l'œuvre. *La peinture au-devant de soi. Art et Thérapie*, pages 50–51, 1994.
- [118] B. Maon. *Vers un réseau culture santé en Midi Pyrenées*. PhD thesis, Conservatoire national des arts et métiers, 2010.
- [119] D. Marcelli. «la trans-subjectivité» ou comment le psychisme advient dans le cerveau. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(6) :371–378, 2010.
- [120] D. Marcelli and A. Braconnier. *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Masson, 2008.
- [121] P. D Marcelli. *Les Yeux dans les yeux : L'Enigme du regard*. Editions Albin Michel, 2006.
- [122] L. M McGarry and F. A Russo. Mirroring in dance/movement therapy : Potential mechanisms behind empathy enhancement. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3) :178–184, 2011.
- [123] G. E Mead, W. Morley, P. Campbell, C. A Greig, M. McMurdo, and D. A Lawlor. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, 2009.
- [124] B. Meekums. Moving towards evidence for dance movement therapy : Robin hood in dialogue with the king. *The Arts in Psychotherapy*, 37(1) :35–41, 2010.
- [125] D. Meltzer. *le conflit esthétique dans le processus du développement. L'appréhension de la beauté*. Ed. du Hublot, 2000.
- [126] M. Merleau-Ponty and C. Smith. *Phenomenology of perception*. Motilal Banarsidass Publishe, (1945) edition, 1996.
- [127] P. Merot. Art corporel : le corps entre pensée sublimatoire et pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 69(5) :1583–1596, 2005.
- [128] G. Michel. Recherche de sensations et sur-éveil corporel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49(3) :244–251, 2001.

- [129] R. Milliken. Dance/movement therapy as a creative arts therapy approach in prison to the treatment of violence. *The Arts in psychotherapy*, 29(4) :203–206, 2002.
- [130] M. Milner. Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue française de psychanalyse*, 43(5-6) :841–874, 1978.
- [131] M. R Moro and C. Lachal. *Les psychothérapies : Modèles, méthodes et indications*. Armand Colin, 2006.
- [132] P. Moron, J-L. Sudres, and G. Roux. *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*. Masson, 2004.
- [133] S. Moss. *An analysis of a dance therapy session*. PhD thesis, Hunter College of City, University of New York, 1976.
- [134] M. Naumburg. *An Introduction to Art Therapy : Studies of the "Free" Art Expression of Behavior Problem Children and Adolescents As a Means of Diagnosis and Therapy*. Teachers College Press, New-York, 1947.
- [135] F.W. Nietzsche. *Aurore : réflexions sur les préjugés moraux*. Mercure de France, 1919.
- [136] A. Pellicchia and R. Gagnayre. Art et maladie : perspectives pour l'éducation thérapeutique. *Education du Patient et Enjeux de Santé 2004 ; 3 : 79, 84*, 2004.
- [137] C. Pepin. *Quand la beauté nous sauve*. Robert Laffont, 2013.
- [138] J. Pietschnig, M. Voracek, and A. K Formann. Mozart effect—shmozart effect : A meta-analysis. *Intelligence*, 38(3) :314–323, 2010.
- [139] C. Potel. Avec la danse, à la recherche de son image. *Enfances et psy*, 1999.
- [140] C. Potel Baranes. Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents. un exemple : la relaxation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2) :120–126, 2007.
- [141] H. Prinzhorn, M. Weber, and A. Brousse. *Expressions de la folie : dessins, peintures, sculptures d'asile*. Gallimard, 1984.
- [142] CDC Toulouse Midi Pyrénées. 3 quartiers, 3 créations danse pour enfants et adolescents, 1997, 1998.
- [143] F. H Rauscher, G. L Shaw, and K. N Ky. Music and spatial task performance. *Nature*, 365(6447) :611, 1993.
- [144] W. Reich. *L'analyse caractérielle*. Payot, 1976.
- [145] C. D Rethorst, B. M Wipfli, and D. M Landers. The antidepressive effects of exercise. *Sports Medicine*, 39(6) :491–511, 2009.

- [146] J. B Rice, M. Hardenbergh, and L. M Hornyak. Disturbed body image in anorexia nervosa : Dance/movement therapy interventions. *Experiential therapies for eating disorders*, pages 252–278, 1989.
- [147] M. Ritter and K. G Low. Effects of dance/movement therapy : A meta-analysis. *The Arts in psychotherapy*, 23(3) :249–260, 1996.
- [148] D. Rivière and D. Hornus-Dragne. Sport et handicap mental. *Empan*, 3 :22–27, 2010.
- [149] G. Rizzolatti and L. Craighero. The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci.*, 27 :169–192, 2004.
- [150] A. Rousseau, S. Rusinek, M. Valls, and S. Callahan. Influences socioculturelles médiatiques et insatisfaction corporelle chez les adolescentes françaises. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(3) :163–168, 2010.
- [151] R. Roussillon. *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Presses universitaires de France, 2001.
- [152] R. Roussillon. Le processus et la capacité sublimatoire. *Revue française de psychanalyse*, 69(5) :1565–1573, 2005.
- [153] R. Roussillon. *Le jeu et l'entre-je (u)*. Presses universitaires de France, 2008.
- [154] R. Roussillon, B. Chouvier, and A. Brun. *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod, 2013.
- [155] J. Rusted, L. Sheppard, and D. Waller. A multi-centre randomized control group trial on the use of art therapy for older people with dementia. *Group Analysis*, 39(4) :517–536, 2006.
- [156] M. Sanchez-Cardenas and C. Paruit Portes. Troubles des conduites alimentaires et tentatives de suicide chez deux élèves danseuses. *Archives de pédiatrie*, 3(1) :51–54, 1996.
- [157] S. Sandel. Integrating dance therapy into treatment. *Hospital & Community Psychiatry*, 1975.
- [158] S. Sandel, S. Chaiklin, and A. Lohn. Foundations of dance/movement therapy : The life and work of marian chace. *The Marian Chace Foundation of the American Dance Therapy Association*, 1993.
- [159] C. Scarpulla. Le cabinet de curiosités ou l'antichambre du soin. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 4 :93–98, 2009.
- [160] P. Schilder. *L'image du corps*. Gallimard, 1935.
- [161] P. Schilder, F. Gantheret, and P. Truffert. *L'image du corps : étude des forces constructives de la psyché*. Gallimard, 1980.

- [162] L. Schiltz. Réflexion sur le statut épistémologique et déontologique de l'oeuvre produite au cours des séances d'art-thérapie. In *Journées de printemps SFPE-AT Toulouse*, avril 2013.
- [163] C. Schmais. Healing processes in group dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 6 :17–36, 1985.
- [164] D. L Schmalz, G. D Deane, L. L Birch, and K. K Davison. A longitudinal assessment of the links between physical activity and self-esteem in early adolescent non-hispanic females. *Journal of Adolescent Health*, 41(6) :559–565, 2007.
- [165] F. Schott-Billmann. *L'art et le soin*, chapter L'expérience subjectivante de la danse. De Boeck, 2011.
- [166] J-C. Seznec, J-P. Lepine, and A. Pelissolo. Évaluation dimensionnelle de personnalité des membres de l'équipe de france junior de vélo sur route. *L'Encéphale*, 29(1) :29–33, 2003.
- [167] M. Simon. L'imagination dans la folie : étude sur les dessins, plans et costumes des aliénés. *Annales Medico Psychologiques*, 16 :358–390, 1876.
- [168] H. Smeijsters, J. Kil, H. Kurstjens, J. Welten, and G. Willemars. Arts therapies for young offenders in secure care. a practice-based research. *The arts in psychotherapy*, 38(1) :41–51, 2011.
- [169] B. A. Speare. Does dieting increase the risk for obesity and eating disorders? *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4) :523, 2006.
- [170] A. Stark, S. Aronow, and T. McGeehan. Dance/movement therapy with bulimic patients. *Experiential therapies for eating disorders.*, 1989.
- [171] D. Stern. *The present moment in psychotherapy and everyday life*. WW Norton, 2004.
- [172] D. N Stern. *Les formes de vitalité*. Odile Jacob, 2010.
- [173] E. Stice, C. Hayward, R. Cameron, J. D Killen, C. B. Taylor, et al. Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents : a longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 109(3) :438–444, 2000.
- [174] W. B Strong, R. M Malina, C. JR Blimkie, and al. Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of pediatrics*, 146(6) :732–737, 2005.
- [175] J-L. Sudres. *L'adolescent en art-thérapie*. Dunod, 1998.

- [176] J-L. Sudres, P. Moron, and G. Roux. La profession d'art thérapeute : étude préliminaire prospective. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, volume 160, pages 151–157. Elsevier, 2002.
- [177] A. Tassel. *L'art et le soin : cliniques actuelles : peinture, sculpture, théâtre, chant, littérature*, chapter Corps à corps esthétique. De Boeck, 2011.
- [178] S. Teste. Danse. In *Pré-congrès : culture et fragilité des seniors*, avril 2013.
- [179] D. Texier. *Adolescences contemporaines*. Erès, 2011.
- [180] J. Vaysse. *La danse-thérapie : histoire, techniques, théories*. Editions L'Harmattan, 2006.
- [181] J. Vaysse and D. Boinon. *Spécificité et efficacité d'une psychothérapie médiatisée : de l'organisation de l'espace à l'espace psychique*, volume 161, pages 766–773. Elsevier, 2003.
- [182] B. Vellas. Le projet culturel du gérontopôle. In *Pré-congrès : culture et fragilité des seniors*, avril 2013.
- [183] R. Volmat. *L'art psychopathologique*. Presses universitaires de France, 1956.
- [184] C. Waddell et al. Creativity and mental illness : Is there a link? *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(2) :166–172, 1998.
- [185] H. Wallon. *Les origines de la pensée chez l'enfant*. PUF, 1975.
- [186] I. Wellard, A. Pickard, and R. Bailey. "a shock of electricity just sort of goes through my body" : physical activity and embodied reflexive practices in young female ballet dancers. *Gender and Education*, 19(1) :79–91, 2007.
- [187] D. W Winnicott. La haine dans le contre-transfert. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, pages 48–58, 1947.
- [188] D. W Winnicott. La position dépressive dans le développement affectif normal. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, pages 149–167, 1954.
- [189] D. W Winnicott. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot Paris, 1969.
- [190] D. W Winnicott. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, chapter L'adolescence, pages 257–266. Payot Paris, 1969.
- [191] D. W Winnicott. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Gallimard, 1975.
- [192] A. F Winters. Emotion, embodiment, and mirror neurons in dance/movement therapy : A connection across disciplines. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2) :84–105, 2008.

- [193] F. Worms. *Le moment du soin : à quoi tenons-nous ?* Presses universitaires de France, 2010.
- [194] I. Yalom. *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books, 1995.

ENJEUX D'UN ATELIER DE DANSE CONTEMPORAINE POUR DES ADOLESCENTS SUIVIS EN PEDOPSYCHIATRIE, DANS LE CADRE DU PROGRAMME « CULTURE-SANTE »

RESUME EN FRANÇAIS :

Une trentaine d'adolescents suivis en pédopsychiatrie partagent l'expérience de deux saisons d'ateliers de danse contemporaine avec leurs soignants. Il ne s'agit pas de danse-thérapie car ce sont deux danseurs-chorégraphes qui animent les ateliers en dehors de l'hôpital, dans un studio professionnel du centre-ville. Il ne s'agit pas non plus d'une simple animation. L'intervention artistique de qualité relève d'un jumelage "Culture et santé" entre le CHU et le Centre de développement Chorégraphique de Toulouse. Après avoir envisagé les spécificités de chaque mode d'utilisation de l'art dans le soin, nous avons analysé de façon qualitative et transversale les enjeux pour les différents acteurs (patients, familles, équipes de soin, chorégraphes). Des effets significatifs sont démontrés pour chacun d'eux. L'artiste introduit son ambition esthétique, sans recherche immédiate de soin. Le soignant prend une nouvelle place. Le jeune échappe à la réduction identitaire assignée par son statut de malade. La rencontre des deux mondes nourrit, valorise et déstigmatise.

TITRE EN ANGLAIS : ISSUES OF A CONTEMPORARY DANCE WORKSHOP FOR TEENAGERS WITH A MENTAL DISORDER, AS PART OF THE « CULTURE AND HEALTH » PROGRAM

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLES : adolescence, art, culture, danse, créativité, transitionnalité, stade du miroir, regard, relation.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073
Toulouse Cedex 7

Directeur de thèse : Franck HAZANE