

UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine & de Pharmacie

6, rue de la Milettrie

TSA 51115

86073 POITIERS CEDEX 9 - FRANCE

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE AVEC ATELIER TERRE
AUPRÈS D'UN GROUPE DE FEMMES
EN DEMANDE D'ASILE EN PROCÉDURE DUBLIN**
Pour un accueil plus digne des demandeurs d'asile

Mémoire de fin d'études Diplôme Universitaire d'Art-thérapie

Présenté par Maria Labbé

Année 2017

Sous la direction de :

Armando Cote

Psychologue clinicien psychanalyste

Lieu de stage :

« Maison 3 », Andrésy

Association La Pierre Blanche

Bateau « Je Sers », Quai de la République

BP 28 78700 Conflans-St-Honorine

Référent universitaire :

Professeur Jean-Jacques GIRAUD

UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine & de Pharmacie

6, rue de la Milettrie

TSA 51115

86073 POITIERS CEDEX 9 - FRANCE

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE AVEC ATELIER TERRE
AUPRÈS D'UN GROUPE DE FEMMES
EN DEMANDE D'ASILE EN PROCÉDURE DUBLIN**
Pour un accueil plus digne des demandeurs d'asile

Mémoire de fin d'études Diplôme Universitaire d'Art-thérapie

Présenté par Maria Labbé

Année 2017

Sous la direction de :

Armando Cote

Psychologue clinicien psychanalyste

Lieu de stage :

« Maison 3 », Andrésy

Association La Pierre Blanche

Bateau « Je Sers », Quai de la République

BP 28 78700 Conflans-St-Honorine

Référent universitaire :

Professeur Jean-Jacques GIRAUD

A la mémoire de notre collègue et amie Laurence Bailly

Plan

PREAMBULE.....	3
I – INTRODUCTION	5
1.1. La demande d'asile, une procédure longue et complexe.....	5
1.1.1. Contexte général.....	5
1.1.2. La situation en France.....	6
1.1.3. La procédure de la demande d'asile en France	6
1.1.3.1. La procédure normale de demande d'asile	6
1.1.3.2. La procédure Dublin.....	7
1.1.4. L'accès aux soins	7
1.2. Un accueil et une procédure facteurs de risque et sources de souffrance	8
II – CADRE THEORIQUE.....	10
2.1. La santé mentale des personnes en demande d'asile et en procédure Dublin.....	10
2.1.1. Troubles dépressifs.....	11
2.1.2. Troubles anxieux.....	11
2.1.3. Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.....	12
2.1.4. Troubles à symptomatologie somatique.....	13
2.2. L'Art-thérapie, accompagnement pour améliorer la qualité de vie des demandeurs d'asile en procédure Dublin.....	14
2.2.1. L'Art-thérapie, un métier paramédical.....	14
2.2.2. Le processus créatif : un processus transformateur qui renforce l'estime de soi.....	16
2.2.2.1. Le processus créatif.....	16
2.2.2.2. L'estime de soi et les besoins fondamentaux.....	18
2.2.3. Le mécanisme de la création artistique dans l'activité art-thérapeutique	19
2.2.4. L'argile un médium libérateur.....	21
2.3. Hypothèses de travail.....	23
III – UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE AUPRES DE FEMMES EN DEMANDE D'ASILE.....	23
3.1. Matériels	23
3.1.1. Structure d'accueil : Association La Pierre Blanche, Bateau "Je Sers"	23
3.1.2. Protocole de la prise en charge Art-thérapeutique.....	25
3.1.2.1. Accueil et objectif général d'une expérience d'Art-thérapie à La Pierre Blanche... ..	25
3.1.2.2. Population et modalité de la prise en charge	26
3.1.2.3. Indications et objectifs art-thérapeutiques.....	26
3.1.2.4. Choix des items et grille d'évaluation.....	27
3.1.2.5. Stratégie d'intervention et organisation des séances	28
3.2. Méthodes.....	29
3.2.1. Présentation du Groupe.....	29
3.2.2. Etude de cas : Présentation de deux cas individuels	30

3.2.2.1. MME P.....	30
3.2.2.2. MME N.....	31
3.2.3. Objectifs et description des séances d'Art-thérapie	31
IV - RESULTATS	36
4.1. Déroulement des séances	36
4.2. Observations.....	37
4.2.1. Bilan fait par le groupe	37
4.2.2. Les œuvres.....	38
4.2.3. Le groupe	39
4.2.4. Le médium, l'argile.....	40
4.2.5. Autres facteurs.....	41
4.3. Résultats et analyse des grilles d'évaluation par items pour les deux cas individuels.....	41
4.3.1. Mme P	41
4.3.2. Mme N	46
4.4. Bilan	50
4.5. L'exposition.....	51
V – DISCUSSION.....	53
5.1. État de base et diagnostic.....	55
5.2. Contexte et besoin de stabilité.....	56
5.3. Le travail avec l'équipe d'encadrement.....	56
5.4. Relation thérapeutique.....	57
5.5. Cadre thérapeutique	58
5.6. Séances individuelles ou travail en groupe.....	59
5.7. Outils d'observation et d'évaluation.....	60
5.8. Processus créatif et Art-thérapie.....	61
5.9. L'Art-thérapie, pratique préventive.....	62
5.10. La posture soignante en tant qu'art-thérapeute	63
VI – CONCLUSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	67
GLOSSAIRE.....	70
ANNEXE 1 : LA DEMANDE D'ASILE EN FRANCE.....	72
ANNEXE 2 : FICHE D'OUVERTURE.....	74
ANNEXE 3 : FICHE D'OBSERVATION.....	76
ANNEXE 4 : GRILLE D'EVALUATION.....	77

PREAMBULE

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la Santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant entre autres :

- l'organisation des services de santé en vue d'un traitement préventif des maladies ;
- la mise en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé et le bien être en général.

La santé publique peut aussi être considérée comme une pratique qui couvre tous les efforts sociaux, politiques et organisationnels destinés à améliorer la santé des populations.

Son approche recouvre les dimensions préventive, curative, éducative, et de réhabilitation.

Elle fait appel à un ensemble de disciplines variées et complémentaires et intègre diverses notions telles que l'environnement, l'histoire et la culture.

L'auteur de ce mémoire est médecin d'origine colombienne spécialisée en Santé publique.

Elle a une longue pratique de la céramique à travers laquelle elle a pu constater sur elle-même et sur les autres les effets bénéfiques d'une activité artistique.

Par sa culture et son histoire personnelle, elle s'intéresse aux demandeurs d'asile, population en souffrance psychique, d'une grande vulnérabilité et non protégée par une réelle politique de santé publique.

L'Art-thérapie utilise les processus créatif et artistique pour soulager la souffrance et contribuer au bien-être des personnes. Elle a permis à l'auteur de s'appuyer sur son expérience pour s'inscrire dans une nouvelle démarche de soin, complémentaire aux modèles institutionnels.

« Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile
et de bénéficier de l'asile en d'autres pays »

**Article 14 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
du 10 décembre 1948**

Article 40 « Il est reconnu à toute personne le droit de migrer. Aucun être humain ne sera ni
identifié ni considéré comme illégal du fait de sa condition migratoire »

Article 416 ...

6. [L'état équatorien] Défend le principe de la citoyenneté universelle, la mobilité libre de tous
les habitants de la planète et la fin progressive du statut d'étranger comme un élément de
transformation des relations inégales entre les pays, en particulier Nord-Sud.

Constitution Equatorienne, 2008

**Le droit à la mobilité comme droit de la personne humaine.
Vers la citoyenneté de résidence. Pour l'abolition du permis de séjour.**

Les problèmes liés aux migrations, aujourd'hui quotidiennes, doivent et peuvent trouver une
solution seulement s'ils s'insèrent dans le cadre de la mobilité comme droit. **Il faut changer
d'approche : de la migration, précisément, comme souffrance, à la mobilité comme droit
inaliénable.** Aucun être humain n'a choisi ou ne choisit le lieu où il vient au monde ; tous
devraient se voir reconnaître le droit de choisir le lieu où vivre, vivre mieux et ne pas mourir.

Mobilité humaine internationale, Charte de Palerme, 2015

I – INTRODUCTION

Le travail réalisé au sein d'une structure associative d'accueil de demandeurs d'asile*, se propose d'observer les effets de l'activité art-thérapeutique avec atelier terre auprès d'un groupe de femmes en demande d'asile en procédure Dublin*.

Tout d'abord le processus de demande d'asile est présenté, et il est mis en évidence que les difficultés trouvées à l'arrivée par les demandeurs ont un impact sur le plan psychique et sur l'adaptation dans la société d'accueil.

Après une introduction des tableaux symptomatologiques identifiés dans le DSM5*, perçus ou décrits par les accompagnateurs de ces personnes, l'Art-thérapie et son mécanisme d'action sont présentés.

Le lieu d'accueil et son fonctionnement, le protocole de l'expérience et son déroulement pendant les trois mois d'intervention sont décrits ainsi que l'analyse de deux études de cas individuels.

Enfin, une discussion propose une réflexion sur les différents éléments et enjeux mis en évidence lors de cette expérience.

Le cadre de ce travail se place dans le concept de santé proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS*), qui inclut les aspects psychologiques, physiques, spirituels, sociaux et culturels comme nécessaires pour le bien-être de l'individu et le bon fonctionnement de la société.

1.1. La demande d'asile, une procédure longue et complexe

1.1.1. Contexte général

Le contexte actuel dans le monde oblige un nombre croissant de personnes à partir de chez eux pour chercher ailleurs protection et meilleure qualité de vie. Le nombre de “migrants*” est passé de 33,9 millions en 1997 à 65,6 millions en 2016 ⁽⁴⁴⁾.

Des raisons économiques ou environnementales, des motifs liés à l'origine ethnique, la religion, la nationalité, les opinions politiques ou l'appartenance à un groupe social sont à l'origine de ces flux migratoires. Cette très forte augmentation résulte notamment de la multiplication des conflits et des guerres ⁽²⁸⁾.

Le droit d'asile et le statut de réfugié*, ont été définis par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR). Les « réfugiés » qui fuient des conflits armés ou la persécution dans leur pays et ne peuvent pas y retourner sans mettre leur vie en péril étaient au nombre de 22,5 millions à travers le monde à la fin 2016, dont plus du 50% sont des femmes et des enfants. Cela représente environ 3% de la population mondiale, dont la grande majorité migre à l'intérieur de la même région dans les pays frontaliers (plus de 85%). Les principaux mouvements de

populations se font entre pays du Nord ou entre pays du Sud. Selon le HCR, 9 réfugiés sur 10 se retrouvent dans les pays économiquement moins développés ⁽⁴⁴⁾.

Au titre de la Convention de Genève de 1951 (signée par la France), les États qui les accueillent sur leur territoire ont des devoirs, comme celui du principe de non refoulement, pour garantir la protection et le bien être des « demandeurs d'asile ». Chaque pays reste cependant souverain pour décider de quelle manière la demande sera examinée. La Convention impose aussi de ne pas discriminer les réfugiés en raison de leur origine, cependant une liste des « pays sûrs » est établie par de nombreux états. En réalité, cette notion pose une présomption d'absence de craintes de persécutions à partir d'une situation générale dans un pays, elle est inadaptée à l'examen des demandes de protection au titre de l'asile individuel et peut constituer un déni du droit d'asile ⁽⁷⁾.

1.1.2. La situation en France

Selon les statistiques officielles, plus de 85 mille demandes d'asile ont été déposées en France en 2016. 70 mille ont pu être traitées et le statut de réfugié a été accordé à environ 30% des demandeurs : presque 20 mille par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA*) ⁽⁴⁰⁾ et plus de 6 mille par la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA*) c'est à dire suite à un recours ⁽³⁸⁾.

En 2015 il y a eu près de 30 mille expulsions de personnes dont la demande d'asile avait été refusée.

A l'issue du périple plein de dangers et d'aléas qu'elle a parfois dû affronter, la personne doit entamer un nouveau parcours difficile dans le pays où elle souhaite demander l'asile.

1.1.3. La procédure de la demande d'asile en France

1.1.3.1. La procédure normale de demande d'asile

La procédure de demande d'asile (Annexe 1) est une procédure longue et complexe pour toute personne arrivant seule ou en famille, dans un pays où l'accueil qui lui est réservé est incertain et où elle ne comprend ni la langue ni les codes culturels ⁽³⁹⁾. Une procédure normale peut prendre plusieurs mois, voire années, selon le pays d'origine, l'histoire de vie et l'accompagnement trouvé tout au long de la démarche.

Le statut de réfugié permet d'obtenir une carte de séjour, de travailler et de circuler dans l'espace Schengen ⁽⁴³⁾.

1.1.3.2. La procédure Dublin

Aujourd'hui, les pays européens tentent de contrôler et limiter les flux migratoires avec des politiques de plus en plus fermées. C'est le cas de la procédure « Dublin III » qui prévoit que une fois arrivés en Europe les demandeurs d'asile n'ont pas le choix du pays, et qu'ils doivent déposer leur demande dans le premier pays où ils sont arrivés (voir annexe 1).

On qualifie « en procédure Dublin* » les personnes qui cherchent l'asile mais qui n'ont pas fait de demande dans le premier pays d'arrivée et sont actuellement en France.

Cette situation peut durer plus de 2 ans et peut se terminer selon les cas soit par un retour (de grès ou de force) dans le premier pays d'arrivée, soit par une nouvelle possibilité de déposer une demande d'asile, cette fois-ci dans le pays où la personne est présente. Les personnes en procédure Dublin ne sont pas informées systématiquement de l'état et de l'avancement de leur dossier. Elles risquent d'être arrêtées et expulsées sans possibilités de recours. Elles peuvent aussi être placées en centre de rétention ou assignées à résidence ⁽³⁹⁾. En 2016, plus de 17 mille personnes se trouvaient en Procédure Dublin ⁽³⁷⁾.

1.1.4. L'accès aux soins

L'assistance sanitaire et sociale qui est due aux demandeurs d'asile est organisée directement par les pays d'accueil en Europe. En France, les obstacles pour les demandeurs d'asile en situation de précarités sont nombreux (voir annexe 1). Une visite médicale est réalisée par l'Office Français d'Immigration et d'Intégration (OFII). Les personnes identifiées comme « vulnérables* » effectuent un bilan de santé lors du premier recours médical en exil et doivent être orientées vers un service d'accompagnement social et médical adapté.

Des mécanismes ont bien été prévus par la loi et mis en place, mais il faut pouvoir comprendre et fournir tous les éléments demandés par les différentes administrations (ex: attestation d'identité, de domiciliation, ...), les pratiques varient beaucoup et les dysfonctionnements sont fréquents. Le parcours post-migratoire du demandeur d'asile est rempli de difficultés dans toutes les sphères de la société d'accueil. En outre, l'obtention de papiers et la recherche d'un hébergement restent les priorités. Les questions de santé passent au second plan et particulièrement la santé mentale, pas prise en compte dans le dispositif ⁽⁴¹⁾.

Aux souffrances liées à la violence et à l'exil, s'ajoutent les problèmes de langue et de différences culturelles.

1.2. Un accueil et une procédure facteurs de risque et sources de souffrance

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ⁽⁴⁵⁾.

Organisation Mondiale de la Santé, 1978

Les demandeurs d'asile fuient les violences, politique, économique ou environnementale et par l'expérience de l'exil subissent des situations qui les affaiblissent d'avantage.

Quels que soient les motifs qui provoquent les mouvements migratoires, les personnes qui partent sont en rupture de repères (familiaux, sociaux et culturels) ⁽²⁾.

A leur histoire, s'ajoute la souffrance à l'arrivée. L'absence d'accueil et les procédures complexes ont un impact négatif sur leur bien-être physique (précarité des conditions de vie), mental (anxiété et dépression) et social (isolement et difficultés d'insertion). Le départ, la solitude, le deuil*, les difficultés des voyages, les dettes ... autant d'éléments qui constituent leurs histoires de vies et qui doivent être racontés et répétés plusieurs fois ou parfois accommodés en fonction de l'interlocuteur. Les troubles de mémoire et autres effets des souffrances subies ne sont pas pris en compte, il est impossible de les isoler de leur contexte social et culturel ⁽²²⁾, ceci peut fausser le jugement. Malgré leurs droits, les demandeurs d'asile sont souvent soupçonnés de mensonges ou d'exagérations. L'apparition de ces nouvelles fragilités et de nouvelles formes de détresse dans le pays d'accueil, s'accompagne fréquemment d'un sentiment de honte et d'échec, ainsi que de méfiance vis-à-vis des institutions ⁽²²⁾.

Des « malentendus culturels », dus à la méconnaissance de la langue et des repères culturels sont inévitables compte tenu de l'organisation du système ⁽⁹⁾. Ces problèmes de communication se retrouvent à toutes les étapes du parcours et deviennent souvent la principale source de difficulté pour trouver de l'aide, comprendre ce qu'il faudrait faire et les questions de prise en charge. Faire intervenir un interprète formé et tenu au code de déontologie est difficile et souvent coûteux.

Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM5 *) identifie des situations à risque de troubles, pouvant faire l'objet d'un examen clinique et qui affectent d'une façon ou d'une autre le diagnostic, l'évolution, le pronostic ou le traitement des problèmes psychiques des patients. On peut citer la pauvreté extrême, le fait d'être sans abri ou d'avoir un logement inadéquat, l'insuffisance de couverture ou de protection sociale, vivre seul, l'exclusion ou le rejet social, la séparation et le chômage ⁽¹³⁾.

A ces facteurs s'ajoutent les effets de l'exil et la confrontation à des cultures différentes. Tous ces éléments peuvent rendre les personnes plus vulnérables et rendre plus difficile leur accompagnement ⁽²²⁾.

La chronicité des symptômes due à la longue durée d'une situation « stressante », entraîne des complications dans la santé mentale et la qualité de vie des individus. Il s'agit ici d'un tableau de pathologie psychosociale multifactorielle où les réponses doivent être complémentaires et venir du milieu médical, paramédical, social, politique et juridique ⁽⁴¹⁾.

Les personnes en procédure « normale » de demande d'asile ont des pistes, elles peuvent tenter d'agir et de faire avancer leurs démarches même si celles-ci sont complexes et que leur projection dans l'avenir reste difficile.

L'espace de vie pour les personnes en procédure Dublin est réduit dans tous les sens. Le non-droit au travail, comme tout demandeur d'asile, restreint les possibilités d'action. Les déplacements physiques sont limités pour éviter les risques de rencontres policières. Arrivés dans la société d'accueil avec l'attente d'une vie meilleure et plus sûre, ils découvrent le non-accueil, la non-reconnaissance de leur être et de leurs droits. Un sentiment d'inutilité, d'insécurité et de perte de contrôle se développe ⁽²⁷⁾. Le temps est long quand il ne s'agit que d'attendre qu'il passe, sans rien pouvoir faire.

Le poids de la stigmatisation, la perte d'autonomie et l'isolement auxquels ils sont confrontés ne leur permettent ni la prise d'initiative ni la possibilité d'élaborer des projets ou de rêver. La baisse de l'estime de soi est ressentie par les personnes et perçue par l'entourage, les accompagnateurs et les professionnels ^(7,9).

Pour les demandeurs d'asile, le retour vers le pays d'origine n'est pas envisageable, ils doivent passer par un travail de reconstruction psychique de vie et identitaire, en intégrant leurs nouvelles conditions de vie à leur histoire et aux lourds bagages qu'ils portent déjà en eux.

La précarité juridique et administrative retarde l'adaptation à la société d'accueil.

Dans la fragilité et la négation de leur vécu, la souffrance s'amplifie et la morbidité psychiatrique s'accroît.

II – CADRE THEORIQUE

2.1. La santé mentale des personnes en demande d'asile et en procédure Dublin

Symptomatologie psychique du demandeur d'asile

Chez les demandeurs d'asile, les pathologies psychiques occupent la première place des problèmes médicaux. Les femmes sont plus touchées que les hommes et le taux de prévalence est plus élevé entre 20 et 50 ans ⁽⁹⁾.

Cependant, les urgences médicales traitées en priorité sont : l'infection par le virus du Sida et les infections sexuellement transmissibles, les maladies cardiovasculaires, les hépatites virales chroniques, l'asthme, le diabète, la tuberculose et les cancers.

Dans la littérature, ce sont surtout les pathologies psychiques graves des réfugiés et demandeurs d'asile qui sont décrites (troubles de stress post-traumatique*) ⁽⁹⁾.

Les demandeurs d'asile doivent s'adapter à des changements drastiques qui jouent sur leur bien-être psychologique, et lorsqu'ils rencontrent des problèmes psychiques, ceux-ci sont rarement diagnostiqués.

Dans le travail présenté ici sont exclues les personnes identifiées comme « vulnérables », par un diagnostic de troubles mentaux sévères liés aux histoires de vie, de violence et de trauma. Les traumatismes des demandeurs d'asile et réfugiés sont complexes, multiples et de longue durée. Pour 70% des demandeurs asile, il n'y a pas d'événement traumatique clairement identifié ou facile à décrire ^(9,7).

Sans politique de santé mentale, la souffrance des demandeurs d'asile liée aux conditions d'accueil et aux contraintes de la procédure, pourrait être cataloguée comme uniquement une réaction face à une situation sociale difficile (précarité ...). Pour une politique de santé mentale efficace, les symptômes identifiés devraient être pris en compte dans le contexte global.

Il faut souligner que les troubles décrits dans le DSM5 se caractérisent par la chronicité des manifestations symptomatiques. Si les facteurs associés ou stressants persistent, les effets sur l'état psychique aussi.

Le DSM5 ne définit pas de troubles spécifiques liés à la demande d'asile. Accompagnateurs, bénévoles ou professionnels, identifient et déclarent l'observation de « symptômes » qui peuvent se manifester séparément ou de manière associée, mais ne permettent pas à eux seuls de rentrer dans un cadre clinique spécifique de trouble mental. Ils ne donnent pas lieu à des indications de prise en charge globale pour un suivi médical ou paramédical approprié ^(9, 13).

Lorsque aucun accompagnement psychologique n'est proposé, les risques de souffrance et de complications encourus par les demandeurs d'asile sont élevés.

Sont décrits ci-dessous les troubles mentaux présents dans le DSM5 relatifs aux symptômes les plus fréquemment identifiés chez les demandeurs d'asile :

2.1.1. Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs se caractérisent par la présence d'une humeur triste ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Ils se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leur étiologie. Une attention particulière doit être portée aux similitudes entre la tristesse normale, le deuil et un trouble dépressif. La personne peut décrire les symptômes ou ceux-ci peuvent être signalés ou observés par l'entourage.

Les événements de vie stressants sont des facteurs précipitants.

Des périodes de tristesse font partie de la vie de l'être humain. Si des critères de sévérité, chronicité ou de détresse significative ou d'altération du fonctionnement de la personne sont décrits, le diagnostic d'un trouble dépressif est nécessaire.

Les critères de diagnostic sont la durée, l'étiologie et la présence simultanée de plusieurs symptômes. Les troubles peuvent aller de légers à graves.

Symptômes :

- Humeur dépressive (tristesse, sentiment de vide, absence d'espoir)
- Diminution de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités
- Perte d'appétit ou hyperphagie
- Insomnie ou hypersomnie
- Faible estime de soi
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité
- Fatigue ou perte d'énergie
- Difficultés de concentration ou à prendre des décisions

2.1.2. Troubles anxieux

Les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur comme réponse émotionnelle à une menace imminente, d'une anxiété comme anticipation à une

menace future et des perturbations comportementales. La peur s'associe à des poussées d'hyperactivité neurovégétative et l'anxiété à une tension musculaire et une hypervigilance.

Deux fois plus fréquents chez les femmes, les troubles anxieux se distinguent entre eux par les situations qui les induisent et les comportements de raisonnement associés.

Ils se différencient de la peur et de l'anxiété présents dans le développement normal par leur durée dans le temps. Le caractère persistant excessif ou disproportionné, source de détresse, doit prendre en compte les facteurs culturels et contextuels.

Des facteurs environnementaux peuvent être considérés comme facteurs de risque tels une séparation, une perte, la migration, la perte de repères ou une nouvelle situation de vie.

Symptômes :

- Anxiété et soucis excessif, nervosité, inquiétude, agitation
- Peur
- Fatigabilité
- Difficulté de concentration et trous de mémoire
- Irritabilité
- Tension musculaire
- Perturbation du sommeil
- Plaintes somatiques répétées

2.1.3. Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

L'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère de diagnostic dans les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. La détresse psychologique liée à l'exposition peut être variable. A la différence des symptômes d'anxiété ou de peur, une variabilité de symptômes d'expression de la détresse clinique a mérité une classification à part. Même si les deux troubles partagent une même étiologie, le premier s'exprime sous une forme intériorisée avec des symptômes dépressifs et un comportement de retrait, alors que le second s'exprime sous une forme extériorisée avec une désinhibition du comportement.

Les troubles liés à l'exposition à des événements traumatiques (exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles) sont présents chez 30% des demandeurs d'asile et réfugiés. Leurs histoires, souvent associées à des violences subies ou vues directement dans leur pays d'origine et jusqu'à l'arrivée dans le pays d'accueil, ont justifié des études et des accompagnements spécifiques.

La population concernée par le travail présenté ici ne rentre pas dans ce cadre. Par la gravité et la complexité des troubles liés aux traumatismes, une approche spécifique devrait être proposée.

Il est cependant important de citer les troubles de l'adaptation qui donnent aussi des éléments d'analyse et de compréhension de la situation et de la souffrance décrite associées aux conditions d'accueil.

Troubles de l'adaptation

Les troubles de l'adaptation se caractérisent par l'apparition de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables.

Ils peuvent accompagner un autre trouble mental ou une affection médicale.

Les personnes en conditions de vie précaires (facteurs environnementaux) qui éprouvent un haut niveau de stress encourent un risque plus élevé de troubles de l'adaptation. Si le facteur de stress ou ses conséquences persistent, le trouble de l'adaptation peut se poursuivre et devenir chronique.

Le contexte de la situation culturelle doit être pris en compte pour porter un jugement clinique. La nature, l'importance et l'expérience des facteurs de stress, ainsi que l'évaluation de la réponse aux facteurs de stress peuvent varier selon les cultures.

Symptômes :

- Détresse marquée par rapport à l'intensité du facteur de stress
- Altération significative du fonctionnement social

2.1.4. Troubles à symptomatologie somatique

Les troubles de symptomatologie somatique se caractérisent par la prééminence de symptômes somatiques associés à une détresse et à un handicap significatifs. Ces personnes sont rarement suivies par les services psychiatriques. Le diagnostic se fait principalement à partir de la façon dont ces symptômes sont présentés et interprétés plutôt que sur les symptômes somatiques proprement dit ou l'absence d'explication médicale. Il se fait en tenant compte des composantes affectives, comportementales et cognitives. Il est inapproprié de donner un diagnostic de trouble mental à une personne simplement du fait de l'absence de démonstration d'une étiologie médicale.

Des troubles dépressifs ou anxieux peuvent se manifester initialement par des symptômes somatiques.

Des expériences traumatiques précoces, ainsi que des normes culturelles et sociales qui visent à dévaluer et à stigmatiser la souffrance psychologique comparativement à la souffrance physique, sont des facteurs qui peuvent être associés aux troubles de symptomatologie somatique.

La variabilité dans l'expression d'une souffrance personnelle, est probablement aussi le résultat des différences culturelles. Les symptômes peuvent être spécifiques (douleur localisée) ou non spécifiques (fatigue). La souffrance de la personne est authentique et l'utilisation des services médicaux est élevée. La prévalence est plus élevée chez les femmes. Un niveau d'éducation ou un statut socio-économique faible, ou une expérience récente d'événements de vie stressants sont des facteurs de risques fréquemment présents.

Symptômes :

Un ou plusieurs symptômes somatiques causes de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne comme par exemple :

- Pensées persistantes ou excessives concernant la gravité des symptômes
- Persistance d'un niveau élevé d'anxiété
- Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé.

☞ Pour l'ensemble de ces troubles, les symptômes produisent une détresse significative ou altèrent le fonctionnement social et ils ne sont pas attribuables à des substances ou autres affections médicales. Des idées de suicide ou des tentatives de suicide peuvent être associées.

La seule symptomatologie, insuffisante pour faire le diagnostic de trouble mental, exprime cependant une souffrance psychique réelle chez les demandeurs d'asile qu'ils soient en procédure normale ou en procédure Dublin. Ces derniers sont plus vulnérables du fait des conditions aggravantes auxquelles ils sont confrontés. Les services de santé et les structures prévues ne couvrent pas cette problématique, mise à part l'activité très importante d'associations, d'institutions indépendantes et de bénévoles.

L'Art-thérapie peut être présentée comme une réponse aux indications des tableaux de souffrance psychique présentés par cette population.

2.2. L'Art-thérapie, accompagnement pour améliorer la qualité de vie des demandeurs d'asile en procédure Dublin

2.2.1. L'Art-thérapie, un métier paramédical

Définition : L'Art-thérapie, dans une visée thérapeutique et humanitaire, est l'accompagnement paramédical d'une personne ou d'un groupe dans un processus de transformation à travers le processus créatif ou l'exploitation du potentiel artistique. Elle permet d'améliorer la qualité de vie des personnes en difficulté dans leur quotidien à cause de maladies, souffrances, handicaps ou blessures de vie, qu'ils soient passagers, de longue durée ou définitifs. (DU Art-thérapie, Poitiers 2016).

A la différence du responsable d'un atelier d'art ou d'une activité « occupationnelle », l'art-thérapeute intervient sous indication médicale ou sociale selon le contexte, et reste en lien et communication permanents avec l'équipe pluri-disciplinaire responsable de la prise en charge de la personne. Il inscrit son travail dans les objectifs généraux de l'institution. Il doit maîtriser les techniques artistiques et baser son travail sur une bonne connaissance des histoires de vie et de santé des personnes.

Pour élaborer un protocole d'accompagnement adapté, le professionnel définit des « objectifs thérapeutiques » à partir de l'état de base du patient, planifie l'organisation des séances, met en place les moyens nécessaires, définit les items et construit des outils d'observation et d'évaluation. Il redéfinit le protocole (mise à jour de l'état de base, pertinence des objectifs, des stratégies et des activités artistiques, etc...) et le réadapte s'il y a de nouvelles informations ou des changements perçus ou déclarés chez le patient. Il ne s'agit pas d'évaluer la « créativité » d'une personne ou d'inventer de « nouveaux codes esthétiques », mais d'évaluer son évolution dans le processus, de vivre une expérience où la production est la transposition d'une part de soi ⁽⁵⁾. L'objectif est d'observer l'effet transformateur sans interprétation du contenu des productions.

Les ateliers d'Art-thérapie ne demandent pas de connaissances spécifiques de techniques et n'attendent pas de résultats artistiques de la part des patients. Le médium n'est pas thérapeutique en soi, tout dépend du cadre et du soutien offert par le professionnel ⁽¹¹⁾. Si la personne rentre dans un processus créatif, alors le processus thérapeutique démarre et des émotions peuvent émerger. L'art-thérapeute propose un espace de liberté pour que la personne se l'approprie et puisse s'exprimer sans contraintes. La création artistique met la personne en communication directe avec son subconscient qui peut évacuer alors angoisse et souffrance ⁽¹⁸⁾. C'est l'acte créateur qui peut être libérateur. Le discours qui entoure ou interprète l'œuvre n'est pas le plus important, ce qui est essentiel est le processus à l'origine de l'œuvre. La technique artistique et l'œuvre produite deviennent aussi des supports de communication entre le patient et l'art thérapeute ⁽¹¹⁾.

L'art-thérapeute apporte le support technique et l'accompagnement thérapeutique, il garantit la mise en place et le bon développement des séances (compétences pédagogiques). Le processus thérapeutique s'associe au processus créatif. Tel est le but de l'Art-thérapie (DU Poitiers 2016).

Dans ce cadre bien défini de confidentialité et de bienveillance, sans attentes ni jugements, aucune recherche de sens n'est faite. L'atelier art-thérapeutique peut déclencher une dynamique de symbolisation*, certainement aussi thérapeutique ⁽¹⁸⁾. Si une nouvelle source de stress se manifeste, l'art-thérapeute accompagne et fait appel aux autres professionnels de l'équipe de soin.

Dans l'atelier, la personne est actrice et maîtresse de son œuvre. Elle décide le quoi, le comment et le pourquoi de sa production. L'art-thérapeute l'accompagne sans intervenir pour qu'elle se serve de la pratique artistique. Pendant la prise en charge, la personne peut être dans la recherche et la découverte de ses potentialités et de ses ressources, elle est encouragée à les valoriser et à s'auto-évaluer. Ceci demande une réflexion sur soi, qui peut s'avérer un outil thérapeutique

complémentaire dans le processus créatif. Cette auto-évaluation exige une prise de position concernant le goût, le style et l'engagement mis sur les productions ⁽¹⁵⁾. La manifestation de ces aspects est le signe de l'affirmation, de la confiance et de l'estime de soi que l'art-thérapeute et le patient cherchent à travers les ateliers.

Si des éléments comportementaux et cognitifs mis en œuvre dans le processus créatif ont été altérés dans la pathologie ou par la souffrance de la personne, ils seront observés attentivement par l'art-thérapeute.

L'art et son médium entrent dans la relation thérapeutique et peuvent faciliter le processus et la transformation chez le patient, dans un cadre et des objectifs définis à l'avance ⁽¹¹⁾. Si la personne se trouve face à une « page blanche », sans projet, c'est le matériel, la technique et l'accompagnement par l'art-thérapeute qui faciliteront cette première approche.

Chez l'adulte, le développement de la créativité dépend des domaines d'expression (techniques), et peut varier aussi avec l'âge, la mémoire, la connaissance des techniques, l'expérience, la persévérance et la motivation, la tolérance à l'ambiguïté, etc... Les facteurs environnementaux tels que les conditions de vie précaires, l'isolement, le chômage, le réseau social réduit ou inexistant, peuvent aussi entrer en jeu ⁽²⁹⁾.

D'après la description des symptômes identifiés chez les demandeurs d'asile, l'Art-thérapie trouve toute sa justification dans la prise en soin de ces personnes, pour renforcer leur estime d'elles-mêmes à travers le processus créatif qu'elle utilise comme stratégie d'intervention.

2.2.2. Le processus créatif : un processus transformateur qui renforce l'estime de soi

L'art, c'est le plus court chemin de l'homme à l'homme.

André Malraux

2.2.2.1. Le processus créatif

La créativité est la capacité de produire des idées originales ou inhabituelles ou quelque chose de nouveau, imaginatif ou imprévu ⁽²⁹⁾ ou la capacité de vivre et d'inventer une mise en jeu de sa vie quotidienne ⁽¹¹⁾.

Les recherches en cours semblent indiquer que la créativité est une faculté présente chez tous les êtres humains et qui n'attend que d'être libérée. La capacité créatrice évolue tout au long de la vie et pourra s'épanouir d'autant mieux que le système nerveux se développe dans un environnement ouvert et riche en expériences ⁽⁸⁾.

La créativité n'est pas née avec l'homme : La vie est une création. « La capacité d'être créatif est se sentir en vie. Nouer des liens avec le monde et avec soi même. La créativité donne une perception de sens de la vie, témoigne d'une bonne santé et permet à l'individu de participer à la vie de la communauté » (32).

Ce potentiel universel demande une prise de conscience de nos sensations et de nos émotions. L'homme produit en permanence des représentations mentales auxquelles il essaie de donner une réalité extérieure, une projection, sans avoir nécessairement un sens. C'est une prédisposition du cerveau à la création. Les expériences en neurobiologie, encore limitées, permettent au moins de dire que la connectivité cérébrale se forme de manière progressive, avec une frange de variabilité aléatoire. Ce mécanisme entraîne le plus d'associations possibles afin d'arriver à une nouvelle composition, d'où surgiront des nouveautés. Le plan d'organisation du cerveau résulte d'une évolution biologique, essentiellement génétique, de plusieurs centaines de millions d'années. Au cours de l'évolution, des coordinations de groupes sensoriels et groupes moteurs de plus en plus complexes se sont organisées. L'homme expérimente sur son environnement, acquiert des compétences et se libère d'automatismes génétiques, ce qui rend possible l'inscription du cerveau dans un processus créatif (8).

Le processus créatif qui aboutit à la création est décrit comme une succession de phases fournissant une réponse à la problématique initiale. On identifie dans ce processus (et avec des variations) des **phases exploratoires** qui produisent de nombreuses idées à partir d'un stimulus et des **phases d'intégration** dans lesquelles se combinent et synthétisent différents éléments, et qui donnent une certaine cohérence à la production. Ces deux types de pensée sont nécessaires pour la pleine expression du potentiel créatif (5).

L'interaction avec ce qui nous entoure, aléas de l'inspiration, a permis le développement de l'art par une démarche humaine de réflexion et de recherche de réponses aux questions existentielles. **Cette démarche créatrice orientée vers la beauté et l'esthétique pour exprimer un sentiment est le processus artistique** (26).

L'esthétique est le caractère propre de l'art. Le sentiment esthétique est une émotion de plaisir et d'admiration, d'où une impression de beauté. Mais il n'y a pas une unique forme de beauté, elle se manifeste différemment selon les cultures et selon les individus. Elle révèle des normes ou des goûts particuliers, le beau est une idée subjective (21). « La beauté est dans l'œil de l'observateur » (Heinrich Wölfflin).

Le processus créatif évoque le corps par les sensations et le psychique par la pensée et les idées. C'est un pont entre le « dedans » et le « dehors ». La production devient le résultat d'une intégration d'éléments psychiques et d'aspects corporels (17, 18).

L'art, mise en forme d'un sentiment et d'un moyen de communication différent, permet la construction ou la concrétisation d'une idée dans un langage propre.

Des obstacles rencontrés dans la communication par le langage verbal peuvent être surmontés par la « réalisation artistique » produite par l'activité qui participe d'une communication plus directe entre la personne et son environnement. Ce n'est pas le discours associé à l'œuvre qui est essentiel, mais le processus qui est à l'origine de la réalisation ⁽¹¹⁾.

La création artistique est essentielle au renforcement du lien social du fait de l'universalité des modes de communication qu'elle engage. Elle demande une prise de position concernant l'appréciation de qualités sensorielles (goût), l'empreinte personnelle donnée à la production (style) et l'engagement pour assumer les productions ⁽¹⁵⁾.

L'acte créateur favorise l'autonomie. L'œuvre produite est gage de reconnaissance, par soi-même et par les autres ⁽¹¹⁾. Cette mise en situation et ce nouveau regard peuvent donner de l'assurance. C'est la proposition de l'Art-thérapie qui contribue par le processus créatif à « re-dynamiser » l'estime de soi et la confiance en soi. Ce dernier mobilise des ressources existantes chez la personne pour anticiper des situations difficiles et pour se projeter dans le futur.

2.2.2.2. L'estime de soi et les besoins fondamentaux

L'estime de soi est le regard que l'on porte sur soi-même. Elle permet d'agir efficacement, de se sentir bien dans sa peau et de faire face aux difficultés de l'existence. Inhérente à la nature humaine, elle est indissociable de la conscience de soi. Elle permet d'avoir du recul pour s'observer et s'analyser, et donc de changer, s'adapter et s'améliorer ⁽¹⁾.

Une bonne estime de soi, permet d'agir et de prendre place dans la société. C'est un outil de survie et de qualité de vie.

L'estime de soi est un indicateur de l'adéquation à l'environnement et de la satisfaction des besoins fondamentaux de l'être humain. Elle est sensible aux échecs et aux rejets ⁽¹⁾. Une bonne estime de soi a des effets favorables sur la santé physique et psychologique. Elle a un effet protecteur et auto-réparateur.

L'estime de soi est influencée par les inégalités sociales, médicales, psychologiques et environnementales. Les troubles de l'estime de soi peuvent s'associer à des maladies ou conditions de vie précaires. Ils se manifestent entre autres par des sentiments de solitude ou de fragilité, des comportements inadaptés par rapport aux propres intérêts, des difficultés à faire des choix, à agir et à demander de l'aide, une dévalorisation de soi, des émotions négatives, de l'inquiétude ou de la tristesse... ⁽¹⁾

Virginia Henderson inclut dans son modèle des besoins de la personne ⁽⁴²⁾ des aspects psychologiques, sociaux et même spirituels à respecter car ils sont fondamentaux pour le bien-être et la vie même de chacun, parmi lesquels on peut citer:

- Se protéger contre toute agression interne ou externe pour maintenir son intégrité physique et psychologique.
- Communiquer pour échanger avec ses semblables, parvenir à la mise en commun de sentiments, d'opinions, d'expériences et d'informations.
- Agir selon ses croyances et ses valeurs ; que ses actes soient conformes à sa notion personnelle du bien et du mal, de la justice ou de la poursuite d'une idéologie.
- S'occuper et développer son sens créateur, utiliser au maximum son potentiel pour parvenir à un plein épanouissement.
- Se divertir par une occupation agréable dans le but d'obtenir une détente physique et psychologique.
- Acquérir des connaissances, des attitudes et des habiletés pour la modification ou l'acquisition de comportements pour la prévention, le maintien ou la récupération de la santé.

L'Art-thérapie stimule ce processus de créativité, elle accompagne la personne dans sa démarche de transformation au regard de ses besoins fondamentaux.

2.2.3. Le mécanisme de la création artistique dans l'activité art-thérapeutique

La modalité d'intervention thérapeutique est l'accompagnement de la personne dans le processus créatif vers un projet artistique. Les phases du mécanisme de création rapportées à l'activité art-thérapeutique et telles que définies dans le programme d'Art-thérapie de la faculté de médecine de Poitiers sont présentées ci-dessous ⁽³⁶⁾. Elles nécessitent l'accord du patient, la régularité du cadre temporel et spatial et l'alliance thérapeutique.

Phase I : l'inspiration

Ce phénomène met le créateur en communication directe avec son subconscient. Ce mécanisme ne dépend pas de la volonté. Cette phase est absente ou latente chez le patient n'ayant pas d'activité artistique, l'art-thérapeute cherche l'élément déclencheur qui va mettre le patient en communication avec son subconscient.

Phase II : la réalisation

L'artiste éprouve le besoin de matérialiser son inspiration. Cette phase nécessite la maîtrise d'une technique. On peut trouver des œuvres d'imitation.

L'art-thérapeute propose au patient de réaliser une création. S'il ne maîtrise pas une discipline artistique, c'est un passage à surmonter selon les compétences artistiques du professionnel. En

expliquant que cela n'a aucune importance, il l'invite à expérimenter, sans jugement ni obligation de résultat.

Phase III : la contemplation

- Contemplation de l'œuvre réalisée

Le créateur va contempler l'œuvre réalisée d'un œil critique. Il peut la détruire, ou la retoucher jusqu'à ce qu'il soit satisfait. Dans les premières séances d'Art-thérapie, le patient peut être mécontent mais au fil des séances, la situation va s'améliorer. Il est très important de faire prendre conscience des progrès enregistrés et d'amener le patient à s'auto-évaluer.

- Contemplation d'Œuvres d'Art

Cette phase de contemplation concerne aussi des œuvres que la personne n'a pas créées, c'est-à-dire les œuvres d'autres créateurs. C'est souvent l'impression provoquée par d'autres œuvres qui déclenche l'implication et l'investissement dans l'activité proposée.

Que ce soit l'œuvre qu'il a réalisée, où celle d'un autre, il s'établit une communication entre l'œuvre et l'observateur. La phase de contemplation peut concerner aussi les œuvres des grands artistes: visite de musées ou écoute de pièces musicales par exemple. Il s'agit d'Art-thérapie passive.

Phase IV : l'exposition

Une fois satisfait de la réalisation, le créateur peut éprouver le besoin de montrer l'œuvre qui vient de voir le jour. Cette phase peut être très difficile car il risque de s'exposer au regard critique, voire à l'incompréhension des autres. Cela peut évidemment être mal vécu par l'auteur ou inversement, il peut susciter l'admiration ce qui peut être extrêmement bénéfique pour lui. La phase d'exposition permet la contemplation et met le spectateur en communication avec l'œuvre, c'est-à-dire à la phase III.

Cette phase n'est pas obligatoire en Art-thérapie : l'œuvre réalisée peut rester au stade de la séance d'Art-thérapie et ne pas affronter le contact avec des tiers. Mais souvent le patient, après plusieurs séances, va être de plus en plus satisfait de ses réalisations et va accepter ou demander de montrer les œuvres créées : donner à voir un dessin ou une aquarelle à l'entourage ou au personnel soignant peut être extrêmement positif et bénéfique. En fonction du regard porté sur l'œuvre, elle existe, pour l'auteur et pour l'accompagnateur. Pour la musique, le théâtre ou la danse, il faut accepter d'être confronté à un public. Cet aspect devient l'aboutissement des séances d'Art-thérapie et conduit à restaurer chez les patients la confiance en soi, l'estime de soi, l'affirmation de soi et les aide à lutter contre l'état dépressif provoqué par les accidents de la vie.

L'ordre de ces étapes n'est pas nécessairement fixe. Les difficultés à chaque étape ou au passage de l'une à l'autre, renseignent sur l'évolution et la compréhension des mouvements psychiques et

du travail réalisé. Les résistances ou obstacles ne sont pas prévisibles. Le temps de prise en soin peut devenir plus long que prévu ⁽¹¹⁾.

Dans sa pratique, l'art-thérapeute propose un ou plusieurs médiums*, il invite à une pratique artistique.

2.2.4. L'argile un médium libérateur

« Ce qu'il y a de plus profond dans l'homme c'est la peau »

Paul Valéry



Le médium est un pont, un intermédiaire entre la réalité créée par soi-même et la réalité extérieure. C'est une substance malléable au travers de laquelle des impressions sont transférées aux sens ⁽¹⁶⁾.

L'art-thérapeute peut proposer une variété de médiums, ayant chacun ses particularités propres, son histoire, ses techniques, ses contraintes et potentialités plastiques, etc... et sollicitant de différentes façons l'espace, le corps et l'esprit de la personne. La possibilité de transformation de la matière est un élément favorisant la créativité personnelle.

La céramique, art du feu, désigne les objets fabriqués en terre et cuits à haute température. Elle implique l'utilisation de l'argile, matière première pérenne, malléable, réutilisable. Elle a besoin

d'eau pour être façonnée, d'air pour sécher et du feu pour être cuite. La terre est en relation étroite avec l'homme depuis ses origines.

Sans intermédiaire entre la personne et la terre, ce sont directement la peau et les mains qui entrent en jeu dans le modelage. Le toucher de la terre incite aux sensations primaires, aux empreintes, aux gestes intuitifs et simples, qui ramènent la personne à ses racines. Avant cuisson, la terre est toujours recyclable, une fois cuite elle est indestructible, la trace est là.

« L'implication corporelle particulière mobilise une mémoire qui renvoie à des vécus archaïques, souvent pré-verbaux »⁽⁵⁾. Elle stimule un « mouvement régressif » qui permet un lâcher-prise pendant l'activité. La personne « s'autorise à jouer »⁽¹¹⁾. Les textures, les températures, la plasticité, les couleurs, les odeurs, offrent une très riche palette de possibilités d'expression. La non-verbalisation soulage les contraintes du langage et rend l'expression créative accessible. L'approche sensorielle appelle les affects et les souvenirs. La manipulation permet la reconstruction des pensées et des émotions à travers l'action créatrice⁽¹⁸⁾.

Le modelage, travail en trois dimensions, donne à nouveau une structure concrète à des éléments ou images flous dans la mémoire. Il donne une nouvelle vie, c'est une autre réalité, un passé et un présent qui se rejoignent.

L'exploration de l'argile est une découverte en soi. L'action directe sur la matière, avec la possibilité de détruire et de recommencer, devient un acte d'autonomie suffisant pour commencer à donner du sens aux décisions prises et à sentir que l'on fait partie du monde. En transformant à son gré un médium malléable, on déclenche et on met en forme une transformation personnelle. La possibilité de transformation de la matière est un élément favorisant la créativité. Le travail est toujours individuel.

L'argile offre la possibilité de la création durable dans le temps, laisse une trace, un souvenir, une mémoire qui se construit. Après cuisson elle est témoin de la continuité de l'être et se transforme de manière irréversible. Elle a la possibilité de matérialiser ou donner forme à une intention psychique. Elle a besoin de temps et de patience. Le travail avec l'argile répond à des contraintes qu'il faut prévoir et organiser pour accompagner le processus créatif sans entraves. Ce travail progressif dans le temps est bénéfique pour les personnes qui le pratiquent. Il implique la préparation d'un projet, la concentration dans l'élaboration, la patience dans l'attente et enfin la surprise du résultat.

Par les caractéristiques du travail avec la terre et ses effets potentiels, un atelier terre peut être conseillé pour des personnes ayant des problèmes avec l'image de leur corps⁽⁶⁾ ou en perte d'estime de soi. Il s'agit d'un travail personnel qui procure un sentiment de confiance et de plaisir de la découverte. Par la stimulation de la concentration, la préparation, la nécessité à faire des choix, ce travail a aussi des indications dans les états avec composantes dépressives⁽¹¹⁾.

2.3. Hypothèses de travail

A la lumière de l'ensemble des considérations exposées jusqu'ici, 3 hypothèses de travail sont formulées :

- **Le processus créatif en atelier terre renforce la confiance en soi et l'estime de soi**
- **L'Art-thérapie aide à soulager la souffrance psychique des demandeurs d'asile en procédure Dublin**
- **Le partage des expériences des séances d'Art-thérapie favorise le lien social**

III – UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE AUPRES DE FEMMES EN DEMANDE D'ASILE

3.1. Matériels

3.1.1. Structure d'accueil : Association La Pierre Blanche, Bateau “Je Sers”

Présentation de l'association ⁽²⁰⁾

La Pierre Blanche est une association loi de 1901, fondée en 1989 à Cachan (Val de Marne) et transférée en 1991 à Conflans-Sainte-Honorine (Yvelines). Elle est hébergée sur le bateau « Je Sers » et accueille des hommes, des femmes ou des familles qui sont en situation de précarité ou en demande d'asile.

Pour répondre à un nombre chaque jour plus grand de réfugiés et demandeurs d'asile dormant dans la rue et sans suivi social, la Pierre Blanche dispose aujourd'hui en plus du bateau « Je sers » de quatre autres péniches, d'une maison également à Conflans et de 3 maisons à Andrésy, le tout pour un total actuel de 165 places. Depuis 2014, une partie de la population environnante s'est mobilisée et 34 familles accueillent 64 demandeurs d'asile et réfugiés sur Conflans et les alentours.

Population tibétaine accueillie

L'afflux de population tibétaine prend de l'importance vers 2013. Un réseau se crée par le bouche-à-oreille, et certains tibétains arrivent désormais directement de l'aéroport à Conflans. En 2016, 260 tibétains ont été accueillis.

Il s'agit essentiellement de demandeurs d'asile, nombreux en procédure Dublin. Ils sont jeunes, entre 20 et 30 ans, 80% d'hommes, le plus souvent célibataires, souvent isolés, leur famille étant restée au pays. Leurs premières préoccupations après un toit et un repas, sont l'accès aux droits, l'apprentissage du français, la recherche d'un logement stable et d'un travail pour pouvoir payer leurs dettes, envoyer de l'argent à leur famille et refaire leur vie.

Environ 11% des personnes accueillies (soit une trentaine), quittent La Pierre Blanche chaque mois. Ils vont chez des amis, sur un lieu de travail ou trouvent une place dans un CADA* ou dans un foyer ADOMA*.

Accompagnement des demandeurs d'asile par l'association

Une prise en charge globale est proposée. Dès qu'il y a des places disponibles, l'accompagnement dans la démarche pour l'obtention du statut de réfugié commence.

- Un contrat d'accueil qui inclut le règlement intérieur, est signé entre les demandeurs d'asile et La Pierre Blanche. Il mentionne la durée de l'accueil, les démarches à faire chaque mois auprès d'un travailleur social, la participation financière si la personne dispose des ressources suffisantes et les cours de français (obligatoires et élément-clé de l'insertion).
- Une commission emploi, en partenariat avec Pôle emploi, les accompagne pour faire remonter les problèmes et chercher des solutions dès que le statut de réfugié est obtenu.
- Un service de « domiciliation » permet de recevoir les courriers administratifs .

Autres activités de l'association

- La Banque alimentaire et le vestiaire, permettant aux personnes de recevoir des denrées et vêtements.
- Une cuisine est aménagée sur un des bateaux, des équipes sont organisées à tour de rôle parmi les personnes accueillies pour préparer les repas, et environ 250 repas sont servis chaque jour.
- Une distribution de produits d'hygiène est assurée par des bénévoles.
- D'autres activités ou ateliers sont proposés et peuvent prendre un caractère obligatoire, lorsqu'ils touchent à l'insertion professionnelle (ex. : atelier « Lettre de motivation et Curriculum vitae ») ou à l'insertion culturelle (ex. : atelier « Bienvenue en France »), au vivre ensemble, à la sécurité (ex. : atelier « Premiers Secours ») ou à la santé (ex. : informations sur les Maladies sexuellement transmissibles ou l'alcool).

Certains ateliers visent l'épanouissement personnel ou une meilleure connaissance de la société française : ateliers dessin, jeux de société, partage de savoirs, jardinage et permaculture, chant, sorties culturelles.

Personnel et équipe médicosociale

L'association emploie 14 salariés (pour la gestion et l'administration dont 4 assistantes sociales) et 8 « services civiques » et s'appuie sur 82 bénévoles.

Le suivi médical est assuré par une équipe de bénévoles de trois infirmières, deux médecins qui consultent chacun tous les 15 jours, deux kinésithérapeutes, une pharmacienne et une psychologue en service civique. Cette équipe est le relais des structures médicales (hôpitaux, laboratoires...), elle suit les traitements des personnes et organise des séances d'information.

Depuis peu, un groupe de parole proposé par la psychologue se réunit régulièrement pour que les personnes qui le souhaitent puissent s'exprimer.

La demande est encore trop grande et malgré l'investissement des professionnels, la surcharge de travail est importante.

Il est très difficile de mettre en place des rencontres régulières entre le personnel de santé et les autres membres de l'association, pour une mise en commun des observations, difficultés ou réponses à proposer aux demandeurs d'asile.

3.1.2. Protocole de la prise en charge Art-thérapeutique

3.1.2.1. Accueil et objectif général d'une expérience d'Art-thérapie à La Pierre Blanche.

Le travail présenté ici constitue la première expérience d'Art-thérapie à La Pierre Blanche.

Valeurs

Le code de déontologie et d'accompagnement par l'Art-thérapie est en cohérence avec les valeurs qui guident l'activité de l'association, à savoir:

« **Le respect** réciproque entre accueillants et accueillis, **l'écoute** dans la confiance et la confidentialité, **l'engagement** sur les objectifs et la durée de l'accompagnement, **l'action** mise en œuvre à partir des souhaits et besoins exprimés, **l'accompagnement** vécu dans l'accueil, l'échange et le partage, et **la bienveillance** fondement même de toute relation » ⁽²⁰⁾.

Présentation à l'équipe

Une présentation générale de la stratégie art-thérapeutique a été faite à plusieurs membres de l'équipe d'encadrement (directeur de l'association, responsable des stagiaires et des services

civiques, infirmière, responsables de l'accueil des différentes maisons, responsable de l'organisation générale d'intendance et cuisine, psychologue en service civique), suivie de discussions et de questions/réponses concernant le protocole de prise en soin.

Objectif Général

La mise en place du protocole et les objectifs art-thérapeutiques se sont inscrits dans le projet de l'association et dans son objectif général : « **la prise en charge globale et l'accompagnement en vue du bien être des personnes et de l'acquisition de leur l'autonomie** »⁽²⁰⁾.

Trois réunions initiales avec l'infirmière référente et la responsable de la maison d'accueil ont permis de recueillir l'information nécessaire pour commencer la description d'un état de base de chaque personne et de l'ensemble du groupe.

Un rapport hebdomadaire a été demandé par l'infirmière et un rendez-vous hebdomadaire a été convenu avec la responsable de la maison concernée au sein de l'association.

Une « fiche d'ouverture » (annexe 2) a été complétée pour rassembler ces informations et définir les objectifs thérapeutiques.

3.1.2.2. Population et modalité de la prise en charge

- L'accompagnement est proposé à six femmes d'origine tibétaine, en demande d'asile en procédure Dublin, accueillies par La Pierre Blanche à la « maison 3 »
- Il est convenu dès le départ, suite à la demande des femmes tibétaines et des responsables du centre d'accueil, et en accord avec l'art-thérapeute, que la prise en soin se ferait en groupe.
- Une première rencontre « dans leur chambre », en binôme pour réduire les difficultés de communication liées au manque de maîtrise de la langue, a été organisée.
- La stagiaire art-thérapeute s'est présentée et a expliqué l'Art-thérapie, les objectifs généraux ainsi que le médium proposé.
- Les femmes tibétaines ont dit avoir compris et accepté de participer à l'expérience, elles y consentent et s'y engagent.
- Lors de ces rencontres, le lieu et les dates des séances ont été définis.

3.1.2.3. Indications et objectifs art-thérapeutiques

La responsable de la structure d'accueil et l'infirmière qui les suivent de plus près, observent un « repli sur soi » beaucoup plus marqué chez les femmes en procédure Dublin, des « épisodes de somatisation et d'angoisse », des pleurs, des sentiments d'inquiétude. Elles manifestent fréquemment une grande fatigue et passent beaucoup de temps au lit. Aucune de ces femmes n'a de suivi médical particulier. Elles ne présentent aucun handicap ou pathologie physique évidente.

A partir des hypothèses de travail, de la connaissance de l'ensemble du groupe et des 6 femmes identifiées (fiches d'ouverture) ainsi que de la symptomatologie de cette population décrite par la responsable de la maison 3, les objectifs art-thérapeutiques auprès des femmes en demande d'asile en procédure Dublin ont été définis :

1-Renforcer l'estime de soi en stimulant le processus créatif

2-Stimuler l'identification de ressources propres pour chercher des activités (artistiques ou autres) qui procurent de la satisfaction

3-Stimuler la construction de projets (en groupe ou individuels)

4-Contribuer à soulager la souffrance psychique liée aux conditions d'accueil

5-Encourager le partage et renforcer le lien social

6-Faciliter l'expression dans un cadre de confiance, avec des moyens accessibles et différents du langage verbal

7-Contribuer à la prévention des complications de la souffrance psychique liées aux conditions d'accueil

3.1.2.4. Choix des items et grille d'évaluation

Une grille d'items a été élaborée et remplie à la fin de chaque séance (annexe 4). Certains de ces items pouvaient correspondre à plusieurs objectifs art-thérapeutiques.

Il faut souligner que les items pris isolément n'ont pas de signification et qu'ils peuvent exprimer différents aspects dans un autre contexte ou auprès d'autres personnes. C'est l'ensemble qui apporte un sens à l'évaluation et au processus.

L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton, l'Echelle de dépression de Hamilton, l'inventaire d'anxiété de Beck et le Test de dépression de Goldberg ont été consultés pour l'élaboration des items concernant la souffrance psychique des personnes ⁽⁴⁾ et les indicateurs de Proctor et Burnett pour les items concernant le processus créatif ⁽²⁵⁾.

L'évaluation a été faite par un seul observateur, la stagiaire art-thérapeute. Il était difficile d'éliminer totalement l'aspect subjectif.

A la fin de chaque séance une évaluation était faite par l'art-thérapeute et les participantes, en plénière sous la forme de discussion autour d'un thé, et occasionnellement de façon individuelle, sur les ressentis et les obstacles rencontrés et si possible une réflexion sur la production.

L'impact attendu sur la prévention de complications n'a pas été évalué, le temps d'observation et les contraintes de travail ne le permettant pas.

Une évaluation de fin de prise en charge a été faite avec les femmes et la responsable au sein de l'association. Un rapport de synthèse pour le groupe rassemble les observations et résultats.

3.1.2.5. Stratégie d'intervention et organisation des séances

- Le travail s'est déroulé à la Maison d'accueil n°3 à Andrésy.
 - La barrière de la langue, mise en évidence dès le départ, n'a pas été un obstacle pour commencer le travail. Après les premières rencontres, une réunion avec un traducteur a été demandée par l'art-thérapeute, afin de faire les clarifications nécessaires, revoir les objectifs et le déroulement des séances.
Vingt séances d'Art-thérapie ont été programmées, les lundi et jeudi après midi, pendant trois mois. Chaque séance avait une durée moyenne de 3h30.
 - La stagiaire art-thérapeute a animé seule les séances et était responsable de tout le matériel nécessaire. Elle ne parle pas tibétain.
 - Une salle a été mise à disposition. Seul lieu commun de la maison en plus de la cuisine, elle sert aussi de salon, de salle à manger et de bureau pour les rendez-vous.
 - Il n'y a avait pas la possibilité de stocker sur place le matériel des ateliers.
- Matériel de base des ateliers terre : Eau, bâche plastique, argile disponible à volonté, barbotine, pinceaux, planches en bois, plastique pour couvrir les pièces, outils de modelage en bois, spatules, éponges, pinceaux, chiffons, réglettes en bois, rouleaux en bois, fil pour couper, engobes, plateaux pour le transport des pièces.
- Matériel mis à disposition en permanence : Papier format A4 (21 x 29,7 cm), A3 (29,7 x 42 cm) et en rouleaux, crayons, feutres avec différentes pointes, crayons de couleurs.
- Du matériel complémentaire a été nécessaire pour certaines séances (2, 3, 6, 7, 13, 16, 17 et pour l'exposition).
- Les femmes ont accepté d'être prises en photo pendant les séances.
- Il n'y avait pas d'obligation de présence pour les femmes si elles avaient un rendez-vous médical ou administratif concernant la demande d'asile par exemple. Elles pouvaient arriver en retard ou rattraper le travail entamé lors de la séance suivante.
- Une grande attention a été portée à la qualité de l'accueil. Chaque femme était accueillie personnellement à chaque séance avec bienveillance et respect.
- Le déroulement de chaque séance comportait au moins trois temps :
- Accueil, présentation de l'activité et des objectifs,
 - Atelier et temps de création,
 - Temps d'échanges, prise du rendez-vous pour la séance suivante.

La « fiche d'observation » et la « grille d'évaluation » (Annexes 3 et 4) ont été remplies à la fin de chaque séance et ont permis de suivre l'évolution des femmes tout au long de l'accompagnement art-thérapeutique. De nouvelles informations ou l'évolution de la situation de certaines participantes pendant la durée ont demandé une adaptation du protocole.

3.2. Méthodes

3.2.1. Présentation du Groupe

Le groupe est constitué de 6 femmes âgées entre 18 et 35 ans, toutes d'origine tibétaine. Elles n'ont pas subi directement de violences, mais en ont été témoins. Leurs proches, amis ou familles ont été menacés et subissent une grande discrimination. Depuis l'annexion par la Chine en 1959, les tibétains sont persécutés. Ils résistent et revendiquent pour leurs droits et leur liberté, ils défendent leurs croyances et leur langue.

Elles habitent dans une maison « abandonnée » récupérée et mise en état par l'association, qu'elles partagent avec 10 autres femmes tibétaines en demande d'asile en procédure normale. Trois sont nées au Tibet. Pour rejoindre l'Inde ou le Népal, elles ont dû « beaucoup marcher ». Deux femmes sont nées en Inde dans des camps de réfugiés tibétains, sous le statut de « réfugiées », leur nationalité officielle est « indéterminée », elles n'ont pas de passeport. Une autre femme est née au Népal. Elles sont célibataires, sans enfant et ont laissé leur famille dans les pays d'origine. Elles gardent un lien occasionnel avec leurs amis ou famille restés au pays.

Elles ont toutes voyagé seules, par des vols directs pour l'Europe. Elles ont dû payer pour obtenir de faux passeports et pouvoir arriver en Europe, et ont des dettes à rembourser. Elles sont accueillies à La Pierre Blanche depuis 3 à 6 mois, et sont en France depuis environ le double de temps. Plusieurs ont dû dormir un certain temps dans la rue en attendant qu'une place se libère dans le centre d'accueil. Les niveaux de langue sont variables, mais elles ont en général un niveau intermédiaire d'anglais et sont débutantes en français. Trois d'entre elles déclarent avoir plus de difficultés pour l'apprentissage de la langue française. Trois femmes n'ont pas été scolarisées du tout et les trois autres sont arrivées au niveau des classes secondaires. Quatre d'entre elles viennent d'un milieu rural, la campagne aride des hauts-plateaux, et travaillaient généralement à la ferme familiale ou aidaient leurs parents. Toutes sont bouddhistes, cette pratique occupe une place très importante dans la vie de chacune et dans la communauté tibétaine et crée des liens forts et des moments de partage. La présence proche de la communauté tibétaine les rassure. Elles évitent de parler de leurs histoires personnelles.

Elles déclarent que leur mode de vie et leur culture sont très différents. Elles découvrent ici de nouvelles habitudes, des façons de faire, de manger et des modes de rapports personnels.

Elles manifestent et mettent fortement l'accent sur la souffrance et l'inquiétude provoquées par leur situation en procédure Dublin. Elles témoignent de leur sentiment d'impuissance à prendre

en main les démarches et donc leur vie, ainsi qu'une grande difficulté à se projeter dans le futur à court ou moyen terme. Elles doivent faire attention lorsqu'elles parlent de leur histoire de vie, pour éviter des contradictions ou des oublis et doivent rentrer dans les « cases » prévues pour la demande du statut de « réfugiées politiques ». Elles se comparent avec les autres personnes en demande d'asile en procédure normale. Elles sont soumises à l'inactivité forcée et sont contraintes à limiter leur déplacements physiques.

Aucune n'est actuellement sous traitement médical ni ne déclare prendre des médicaments.

Elles disent ne pas avoir eu de pratique artistique dans leur passé mais viennent pour la plupart d'un milieu rural où elles avaient des activités manuelles ou artisanales.

Leur assiduité aux cours de français est irrégulière.

Elles sont toujours attentives à leur présentation, qui reste très simple mais à laquelle elles apportent un grand soin.

Elles acceptent la proposition de commencer les séances par le travail avec l'argile. Une seule personne dit l'avoir déjà travaillée « un peu », et aucune ne manifeste avoir une autre pratique artistique.

3.2.2. Etude de cas : Présentation de deux cas individuels

Les deux cas présentés correspondent aux deux personnes qui “inquiétaient” le plus la personne de l'association responsable de la Maison 3, pour lesquelles elle a fait une demande concrète de prise en soin art-thérapeutique.

3.2.2.1. MME P

Anamnèse :

Mme P, 32 ans, est née au Tibet. Paysanne, elle habitait avec ses parents et ses frères dans une ferme en très haute altitude à la campagne. Elle n'a jamais fait d'études, ne parle pas français et « un peu » anglais. Sa ferme et son pays « lui manquent ». Elle est arrivée en Inde à pied et après un court séjour elle est venue en Europe par vol direct vers la Norvège où elle a passé un jour.

Elle consulte fréquemment pour des douleurs « à l'estomac », elle manifeste de l'anxiété et des palpitations, est « souvent triste » et a des problèmes d'insomnies. A la visite médicale, tout était « normal » et il lui avait été prescrit un traitement pour l'estomac ainsi que de légers anxiolytiques pour une courte période. Elle consulte toujours accompagnée par une amie qui parle un peu mieux la langue. Décrite comme ayant une humeur « plutôt dépressive ».

Mme P est discrète, très réservée et distante. Elle a deux amies proches et communique peu avec les autres femmes. Sans se négliger, elle ne prend pas spécialement soin de son apparence.

3.2.2.2. MME N

Anamnèse :

Mme N, 30 ans, est née en Inde dans un camp de réfugiés tibétains près de la frontière chinoise. Elle habitait avec ses parents malades et ses 3 frères plus jeunes dont elle avait la charge. Elle a fini ses études secondaires. Elle sait faire des massages et avait travaillé comme esthéticienne mais : « il n'y pas de reconnaissance en Inde quand on est réfugié tibétain, les salaire sont trop bas, l'éducation, la formation et le statut sont différents du reste de la population indienne ». Elle a passé 5 heures en Allemagne avant d'arriver en France en mars 2017. Elle ne parle pas français et a un niveau intermédiaire d'anglais. Sa famille lui manque. Elle doit une importante somme d'argent que sa famille a payée pour son voyage et voudrait travailler rapidement. Très peu de temps après son arrivée à La Pierre Blanche et seulement quelques jours avant la prise en soin art thérapeutique, son jeune cousin qui l'a accueillie en France et dont elle était très proche s'est suicidé.

Mme N parle beaucoup et fort, même si elle ne comprend pas le français, elle rit tout le temps et exprime le besoin de bouger, « elle ne se sent pas bien de ne rien pouvoir faire ». Elle est très agitée et a des difficultés pour se concentrer. Elle fait très attention à son apparence vestimentaire et se maquille souvent.

3.2.3. Objectifs et description des séances d'Art-thérapie

- Les objectifs ont été définis pour chaque séance.
- En accord avec le groupe, les femmes ont accepté de venir « **pour passer ensemble un bon moment, se faire plaisir, et découvrir une nouvelle activité** ». Il est rappelé qu'il n'y a aucune obligation de production ou de résultat esthétique et qu'aucune connaissance technique n'est nécessaire.

La stagiaire art-thérapeute a précisé qu'il **ne s'agit pas** de cours d'arts plastiques.

Les consignes à respecter ont été définies avec le groupe lors de la première séance :

- S'excuser ou informer si on ne peut pas venir à une séance
- Arriver à l'heure aux séances
- Présence pendant toute la durée de la séance
- Liberté complète dans le travail et la production
- Aucune critique ni interprétation ne sera faite sur les réalisations
- Choix de l'auteur de la production de la garder ou pas

Le tout dans le cadre du secret professionnel pour l'art-thérapeute et de confidentialité dans le groupe.

A part les cours de français, les séances d'Art-thérapie sont les seuls moments où les femmes étaient « incitées » à sortir toutes en même temps de leurs chambres et à se retrouver ensemble pour partager un moment dans la maison.

	Objectifs	Description
Séance 1	<ul style="list-style-type: none"> - Démarrer une relation de confiance - Rappel des objectifs généraux - Définitions des points importants à respecter pendant toutes les séances - Rappel du calendrier (lieu et horaires) 	<p>Une discussion sommaire autour des idées exposées dans les hypothèses de travail a eu lieu.</p> <p>Accord avec les participantes sur les consignes à respecter (décrites ci-dessus)</p>
Séance 2	<ul style="list-style-type: none"> - Éveiller à la créativité par le jeu - Produire du plaisir sensoriel - Faciliter une liberté de mouvements et d'expression - Réduire l'anxiété en favorisant le lâcher-prise 	<p>Travail en individuel :</p> <p>Sur de grandes planches étaler de la barbotine, lisser.</p> <p>Avec les deux mains, les doigts, la paume de la main, etc ... toucher, « gribouiller », dessiner librement sur la plaque de barbotine, laisser des « traces », ce qu'elles veulent en travaillant debout, à leur rythme et en bougeant.</p> <p>Recommencer quand elles le souhaitent en lissant la barbotine avec la spatule.</p>
Séance 3	<p>Idem séance 2</p> <p>+ Créer du lien et stimuler le sentiment d'appartenance au groupe</p>	<p>Idem séance 2, mais travail en groupe</p>
Séance 4	<ul style="list-style-type: none"> - Découvrir de nouvelles sensations au toucher de la terre - Stimuler la curiosité - Démystifier le travail créatif à travers le jeu avec avec l'argile 	<p>Première partie : Sur des petits morceaux de terre, toucher les trois types d'argile, sentir les textures, l'humidité, la consistance, la plasticité, la température, l'effet sur la terre de la chaleur des mains</p> <p>Deuxième partie : En s'inspirant des textures, modelage libre, les productions ne seront conservées que si elles le souhaitent.</p>
Séance 5	<ul style="list-style-type: none"> - Établir un lien entre la vie quotidienne et le travail avec l'argile. Mettre en valeur leurs connaissances et culture. - Sentir que pétrir la pâte à pain c'est comme pétrir de la terre, - Réfléchir à la création comme travail mental et physique qui produit du plaisir - Expérimenter une activité créative à la 	<p>Travail en groupe.</p> <p>Préparation de pâte à pain suivant une recette française puis préparation du pain tibétain.</p> <p>Pétrir la pâte debout, avec tout le corps.</p> <p>Repos de la pâte, réalisation de formes originales pour les pains, cuisson et dégustation avec un thé.</p>

	portée de tous et qui nécessite peu de moyens, de connaissances ou compétences techniques.	
Séance 6	<ul style="list-style-type: none"> - Introduire quelques éléments de base de la technique du travail avec l'argile - Créer à partir de combinaisons de formes simples - Stimuler la concentration et l'autonomie 	<p>Première partie : Travail collectif, avec l'argile fine rouge, exercice de dextérité manuelle: élaboration d'un grand nombre de billes et colombins.</p> <p>Deuxième partie : Travail individuel, réaliser un ou plusieurs montages, stables, en utilisant et combinant les billes et les colombins mis en commun, aucune consigne sur la forme ou taille n'est donnée.</p>
Séance 7	<ul style="list-style-type: none"> - Comparer le papier avec la plaque d'argile comme support - Réduire l'anxiété en favorisant le lâcher prise - Renforcer la confiance en soi par l'introduction d'une technique du travail avec l'argile - Renforcer le lien dans le groupe, par la mise en commun des plaques - Préparer le travail pour la séance suivante 	<p>Première partie : Après avoir fait à nouveau le parallèle entre le papier et la plaque d'argile, gribouillage et dessins libres sur le papier, gribouillage sur des plaques fines préparées à l'avance, comparaison des différents résultats</p> <p>Deuxième partie : préparation de plaques pour la séance suivante</p>
Séance 8	<ul style="list-style-type: none"> - Établir le lien entre le quotidien et le travail artistique, discuter autour d'images de bols - Mettre en valeur leurs connaissances et culture - Rappeler des gestes <i>archaïques</i> et universels pour la production d'un bol - Stimuler la concentration et l'autonomie 	<p>Discussion sur l'utilisation du bol au quotidien, du bol sans objectif utilitaire mais comme symbole de contenant vide à l'intérieur, du bol tibétain, ... les formes, les couleurs, les tailles, ici ou chez elles.</p> <p>Présentation d'images de bols avec des formes farfelues ou drôles</p> <p>Travail individuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dessiner sur papier de nouvelles formes possibles de bols - Travailler dans la masse, imaginer et réaliser des «contenants».
Séance 9	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la concentration - Réduire l'anxiété en favorisant le lâcher prise - Renforcer la confiance en soi par l'introduction d'une technique du travail avec l'argile - Ouvrir un espace de liberté d'expression avec un langage non verbal 	<p>Dessin sur papier et gravure libre sur les plaques préparées à l'avance</p>

Séances 10 et 11	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la concentration - Stimuler la confiance en soi en encourageant l'aboutissement d'un projet (création) - Réfléchir sur l'esthétique et les encourager à se positionner et à exprimer leurs goûts 	Finition des pièces commencées : modelage, plaques et bols
Séance 12	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la créativité par le jeu des couleurs - Découvrir une nouvelle technique - Stimuler la curiosité en faisant des expériences de mélange de couleurs et chercher des résultats inattendus - Encourager le lâcher prise sans contraintes de résultat. 	<p>Travail individuel avec encres acryliques :</p> <p>Première partie : Utilisation de couleurs primaires sur du papier mouillé, laisser tomber des gouttes d'encre et observer les effets et les mélanges de couleurs</p> <p>Deuxième partie : Après démonstration de l'utilisation de « gomme à dessiner », même exercice en utilisant toutes les couleurs disponibles</p>
Séances 13 et 14	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la créativité et la confiance en soi en donnant pleine liberté des choix et motifs pour la décoration des pièces - Encourager la poursuite du travail jusqu'à son aboutissement - Stimuler la concentration 	Décoration libre des pièces réalisées
Séance 15	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la créativité avec un nouveau support papier de grande taille. - Stimuler la concentration - Stimuler la confiance en soi en encourageant à l'aboutissement d'un projet - Stimuler l'affirmation de soi avec une réflexion sur la façon de remplir toute la feuille 	<p>Après avoir recouvert les murs avec de grands rouleaux de papier à dessin :</p> <p>Travail en commun des idées et brouillons de leurs projets</p> <p>Travail libre individuel sur des feuilles blanches de 90x200 cm à couvrir le plus possible en utilisant le maximum de couleurs possible</p>
Séance 16	<p>Découverte de nouveaux supports et modalités d'expression :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la confiance et l'estime de soi (possibilité de faire des choix libres pour la création) 	<p>Collage</p> <p>Préparation sur papier blanc de l'idée à réaliser en collage</p> <p>Découpe du papier uniquement avec les mains, pliage, montage, collage, etc..</p> <p>Création libre</p>
Séance 17	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuler les choix personnels libres des éléments de la création - Encourager l'autonomie 	<p>Ramassage collectif de petits cailloux et brindilles dans le jardin.</p> <p>Présentation d'images de travaux réalisés avec un matériel semblable. Création libre, avec si possible préparation sur papier de l'idée à réaliser</p>
Séance 18	<ul style="list-style-type: none"> - Apprécier les œuvres réalisées (y 	Observation, commentaires libres,

	<p>compris les pièces en terre après cuisson et émaillage)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la confiance en soi par l'obtention des résultats - Renforcer l'estime de soi par la reconnaissance des créations - Renforcer l'affirmation de soi par la personnalisation des créations - Rappel de la fin proche des séances d'Art-thérapie 	réactions, expression des sentiments , etc...
Séances 19, 20 et 21	<p>Élaboration d'un projet collectif : L'exposition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le travail en groupe et le partage des tâches - Définir la date et l'horaire de l'exposition - Établir un planning de travail pour préparer l'exposition 	<p>L'art-thérapeute a aidé à trouver les outils et le matériel nécessaires pour la mise en état de la salle où les séances d'Art-thérapie se sont déroulées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en main par les participantes aux ateliers de toutes les activités de remise en état et de décoration de la salle, avec la contribution des autres femmes qui habitent la maison : Décollage du papier peint, lavage et ponçage des murs, sous-couche de peinture blanche, 2 couches de peinture, nettoyage final, récupération et installation de rideaux. - Élaboration des cartes d'invitation - Nettoyage du jardin - Préparation de petits gâteaux tibétains
Séance 22	<p>Mettre en avant et en valeur tout ce qui a été fait (travail accompli, production, exposition ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimuler le travail en groupe et le projet collectif - Apprécier les œuvres et le résultat - Renforcer la confiance en soi par l'obtention des résultats - Renforcer l'estime de soi par la reconnaissance des créations 	<p>Préparation de l'exposition et décoration de la maison en collaboration avec une bénévole et avec la responsable.</p> <p>Réalisation d'affiches, installation des œuvres, rangement des chaises et tables, accueil des visiteurs, présentation et explication à tour de rôle des travaux réalisés.</p> <p>Danses tibétaines avec les invités.</p>

IV - RESULTATS

4.1. Déroulement des séances



Le calendrier initial a été bien respecté. Seulement 2 séances ont dû être reportées à la demande des femmes (préparation de fêtes, voyage à Paris, introduction au jardinage). Elles étaient disponibles également les jours fériés, elles disent « ne pas avoir de vacances ».

Le groupe a été au complet 13 séances sur les 20. Aucune femme n'a été présente à toutes les séances. A plusieurs occasions, à la demande du groupe et avec l'accord de l'art-thérapeute, une ou deux femmes habitant la maison mais n'appartenant pas au groupe initial se sont jointes à l'activité.

La durée moyenne a été comme prévu de 3h30, temps suffisant pour que toutes démarrent et toutes finissent le travail. Il y a eu la plupart du temps un décalage de 15 à 20 minutes pour commencer. Le temps d'accueil et d'explication des objectifs et des consignes était très important, c'était aussi un temps d'échanges sur la semaine ou les jours passés entre les séances.

Pour toutes les séances, plusieurs reformulations des consignes étaient nécessaires, afin qu'elles soient bien comprises par l'ensemble. Le groupe jouait à ce moment là un rôle important, les femmes qui parlent mieux la langue expliquaient aux autres ou partageaient les informations reçues. S'il y avait des questions ou remarques exprimées en tibétain, elles étaient traduites en français ou en anglais. Beaucoup d'échanges se faisaient en tibétain.

Très rapidement et à partir de la séance 5, elles attendaient l'arrivée de l'art-thérapeute, participaient activement à l'installation et au rangement de la salle à la fin de la séance.

Le travail de création restait individuel et la majeure partie du temps le silence était respecté.

Pendant les séances en groupe, un vrai lâcher-prise s'est développé, aucune recherche de la perfection ne s'est manifestée, mais la volonté d'un résultat esthétique était perceptible.

Les moments après les séances ont été très importants et ont permis d'observer l'impact et les réactions en dehors des activités. Les changements perçus en atelier se sont faits sentir dans le quotidien de la maison M3.

Plusieurs personnes accueillies dans d'autres maisons de l'association, ainsi que les bénévoles ou responsables ont eu des échos des activités d'Art-thérapie et ont parlé du changement observé chez les femmes.

A une occasion, la séance fut interrompue pour leur rappeler de ne pas oublier de se munir de leurs documents si elles sortaient dans la rue, car le risque de contrôles de police était important aux alentours de la préfecture de Versailles.

4.2. Observations

4.2.1. Bilan fait par le groupe

Le Temps d'échange accordé à la fin de chaque séance a permis de recueillir les sentiments éprouvés par chacune. Elles pouvaient s'exprimer librement. Au début, elles se disaient contentes d'avoir fait quelque chose, mais pas de leurs propres résultats. Progressivement, la confiance en elles-mêmes s'est manifestée, elles étaient plus satisfaites de leurs propres productions et fières de les montrer. L'art-thérapeute demandait que dans la mesure du possible elles s'expriment en français. Les professeurs de français ont vu une plus grande assistance aux cours de français et plus de motivation pour apprendre la langue. Cette progression était perceptible aussi dans les séances d'Art-thérapie.

La situation des personnes en demande d'asile peut changer à chaque instant. Elles se demandaient régulièrement si elles seraient présentes à la séance suivante, et auraient préféré avoir des nouvelles à partager concernant leur situation.

4.2.2. Les œuvres



Les sujets ou éléments les plus fréquemment représentés étaient en lien avec leurs familles et avec les paysages de la région d'où elles viennent comme les montagnes et les animaux familiers. Suivent en nombre la situation du Tibet et la pratique du bouddhisme tibétain: la liberté et le bouddhisme, la compassion, le Dalai Lama

Avec le support papier, les éléments douloureux se sont exprimés plus facilement (blessés ou morts, militaires chinois ...), ce qui les a encouragé à en parler.

Le bol a été un moment fort, ce contenant est en lien avec le quotidien, et il a aussi été décrit comme une coupe, un verre d'accueil.

La réception des productions après cuisson une première fois et avec la couleur une deuxième fois, a déclenché des sentiments de grande surprise, de plaisir personnel et de plaisir esthétique. C'était une découverte, elles ne s'attendaient pas à de tels résultats qui les ont enthousiasmées et encouragées à continuer l'expérience de la pratique artistique dans les séances d'Art-thérapie.

4.2.3. Le groupe



L'effet positif du groupe a été perceptible dès le début des séances. Une complicité se tissait et une grande bienveillance a toujours été présente pendant les activités. Aucune critique n'a jamais été faite. Au contraire, elles se soutenaient mutuellement et faisaient souvent l'éloge des résultats des autres. Au fur et à mesure des séances, elles étaient plus détendues et gagnaient en confiance pour exprimer leurs points de vues et utiliser les médiums proposés sans difficulté ni crainte. L'absence de jugement a été un élément que les femmes ont reconnu comme stimulateur pour commencer et aller jusqu'au bout de l'activité.

Elles ont pris goût au travail en groupe et souhaitaient le poursuivre. Il est devenu un élément facilitateur pour apprendre à “oser” s'exposer aux autres. D'autre part, il fournit un cadre sécurisant qui permet de vivre plus intensément le moment.

Le partage d'une même culture a permis plus de spontanéité dans la création. Le partage de la langue ne laissait personne isolé ou sans comprendre ce qui se passait.

Pendant cette même période elles ont organisé un groupe de marche et presque tous les soirs elles sortaient pour marcher deux ou trois heures.

Lorsque l'une se mettait à chanter, les autres la suivaient et cela pouvait finir en grande chorale et éclats de rire. Elles ont pris goût aux activités collectives et les ont recherchées.

4.2.4. Le médium, l'argile

Le médium a toujours été décrit comme agréable au toucher. Cinq femmes ont parlé du plaisir au toucher, la sixième préférait dessiner et elle a dessiné la plupart du temps. Elles étaient toutes habituées au travail de la terre (cultures, jardinage).

Une fois un premier niveau de confiance atteint, l'argile est un médium qui permet de rentrer facilement dans un processus créatif.

L'organisation et le temps que les ateliers avec l'argile exigent, ont permis d'intercaler à ces séances des activités au cours desquelles elles pouvaient expérimenter d'autres médiums.

Au début de l'activité, lorsque aucune technique n'est connue, il est plus difficile d'exprimer des sentiments profonds avec la terre. Dans le cas du travail avec du papier et de l'encre ou des crayons, elles pouvaient écrire spontanément "Free Tibet", "I miss you mum", "Active compassion" ...

Avec le temps et la prise de confiance elles se sont approprié le médium, le travail avec l'argile, et ont pu représenter plus facilement des images. Par exemple un "pendu" qui les représente pendant qu'elles sont en procédure Dublin, la corde sera coupée lorsqu'elles seront en procédure normale.

Le souci esthétique est arrivé ensuite, au fur et à mesure qu'elles observaient leurs propres résultats (décor des pièces, dessins sur très grandes feuilles de papier).



4.2.5. Autres facteurs

Il est difficile d'évaluer la part réelle que les séances d'Art-thérapie ont eu dans l'évolution et l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des souffrances déclarées et perçues par le groupe et l'art-thérapeute. D'autres activités qui se sont ajoutées au même moment (jardinage) et la poursuite des activités à La Pierre Blanche, ont pu jouer un rôle important de soutien et de poursuite de la dynamique tout de suite après la fin des séances. Il faudrait prévoir une observation à plus long terme pour mieux évaluer l'impact.

Le mouvement permanent des personnes qui obtiennent le statut de réfugié et les nouveaux arrivants qui espèrent une place dans le centre et campent dans la rue les affectent beaucoup.

4.3. Résultats et analyse des grilles d'évaluation par items pour les deux cas individuels

Comme il a été dit, plusieurs items peuvent se retrouver dans différents objectifs. Seuls les items plus pertinents au regard de l'art-thérapie ont été retenus pour les graphiques (pas plus de 5) pour une meilleure compréhension et lecture.

Pour faciliter l'analyse des résultats, les objectifs ont été regroupés :

Les items des objectifs 1, 2 et 3 pour le processus créatif et l'estime de soi

Les items de l'objectif 4 pour les aspects liés à la souffrance psychique manifestée ou décrite

Les items des objectifs 5 et 6 pour le lien social.

4.3.1. Mme P

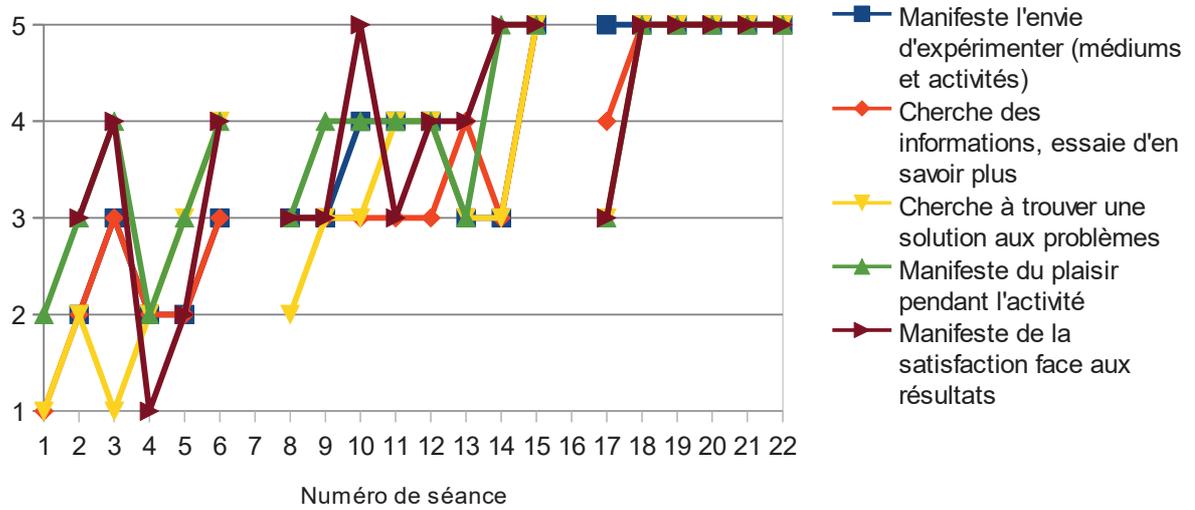
Le processus créatif et l'estime de soi

Objectif 1 : Renforcer l'estime de soi et la confiance en soi

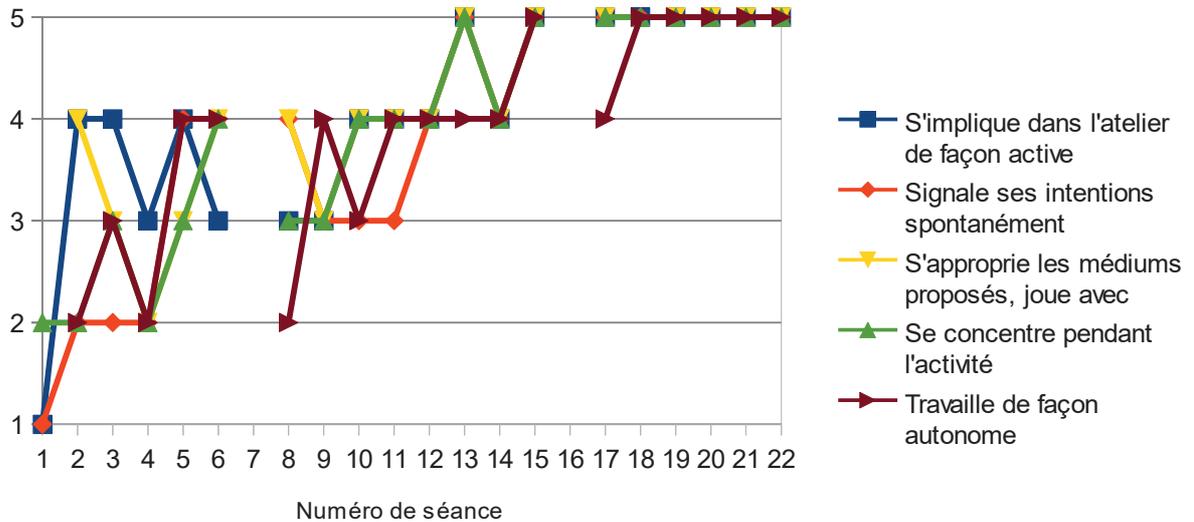
Objectif 2 : Stimuler l'identification de ressources propres pour chercher des activités (artistiques ou autres) qui procurent de la satisfaction

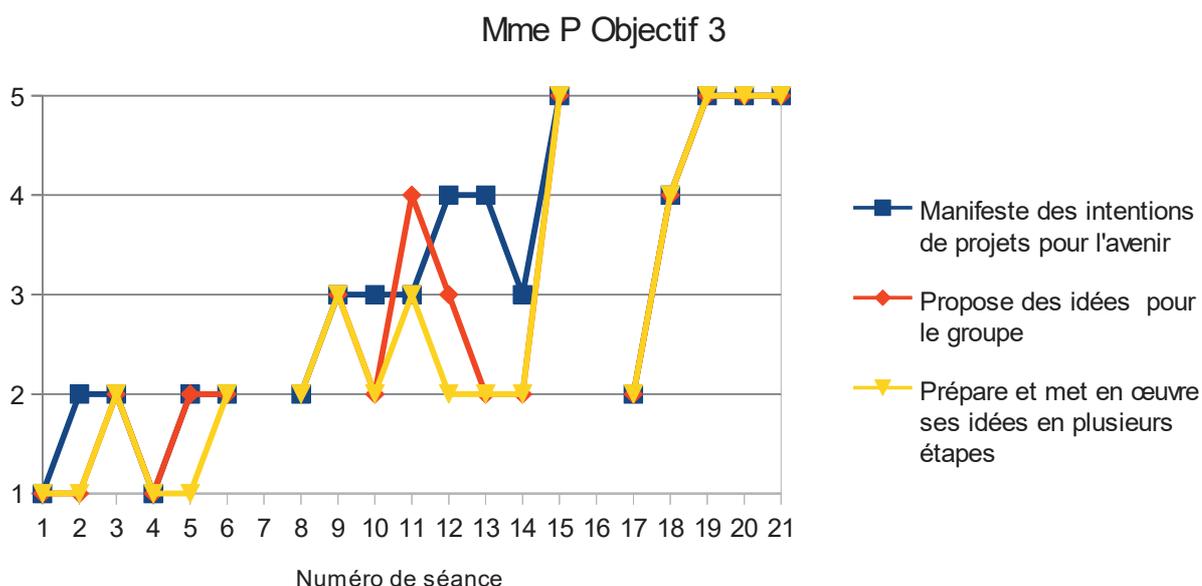
Objectif 3 : Stimuler/faciliter la construction de projets (en groupe ou individuels)

Mme P Objectif 1



Mme P Objectif 2





Considérant les facteurs associés précédemment énoncés et les déclarations de Mme P, une évolution dans son potentiel créatif est perçue. Mme P a pris de l'aisance et de la confiance avec les médiums et à la fin n'hésitait pas à prendre des décisions et élaborer ses propres créations. Elle les assumait et en était fière.

L'évolution s'est présentée par paliers. Une première phase a été nécessaire pour se sentir en confiance dans le groupe et avec l'art-thérapeute. Mme P s'est mise progressivement à travailler de façon autonome et à demander des explications et précisions si nécessaire. Elle se concentrait pour faire aboutir ses productions. Elle prenait plus de temps et cela ne la dérangeait pas. Elle se permettait d'éprouver du plaisir et de le manifester, elle a gagné en estime de soi et s'est affirmée.

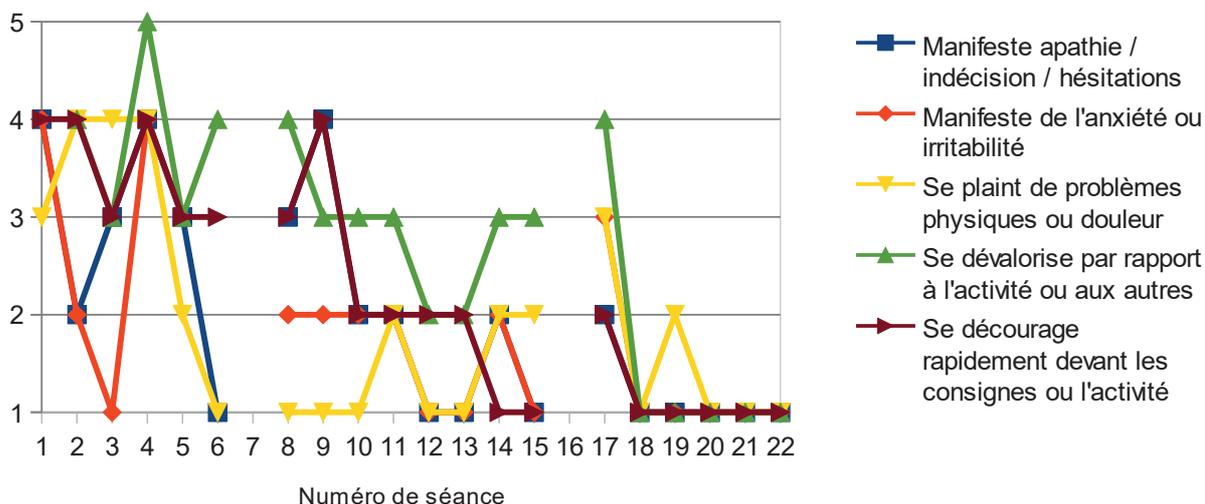
Elle a demandé à l'art-thérapeute des aiguilles et de la laine car elle savait tricoter et en avait envie. Elle a tricoté entre les séances et a offert en cadeaux de petits ouvrages lors des 4 dernières séances. Elle a souhaité présenter ses tricots le jour de l'exposition et a fait un montage avec ses pièces. Elle aimerait apprendre à dessiner.

La préparation et l'exposition elle-même ont été des moments de grand investissement et de joie. Elle faisait partie des personnes qui ont organisé le ménage de la maison. Mme P a accepté de prendre soin du potager. En prenant des responsabilités elle accroît sa confiance en elle.

Manifestations ou signes de souffrance

Objectif 4 : Contribuer à soulager la souffrance psychique liée aux conditions d'accueil

Mme P Objectif 4



L'attitude distante et apparemment apathique de Mme P a disparu. A la fin elle s'impliquait dans l'atelier et son sentiment de "dévalorisation" n'est plus revenu. La responsable de l'association a indiqué que la fréquence de ses plaintes pour des "douleurs" et de ses consultations avait diminué jusqu'à disparaître.

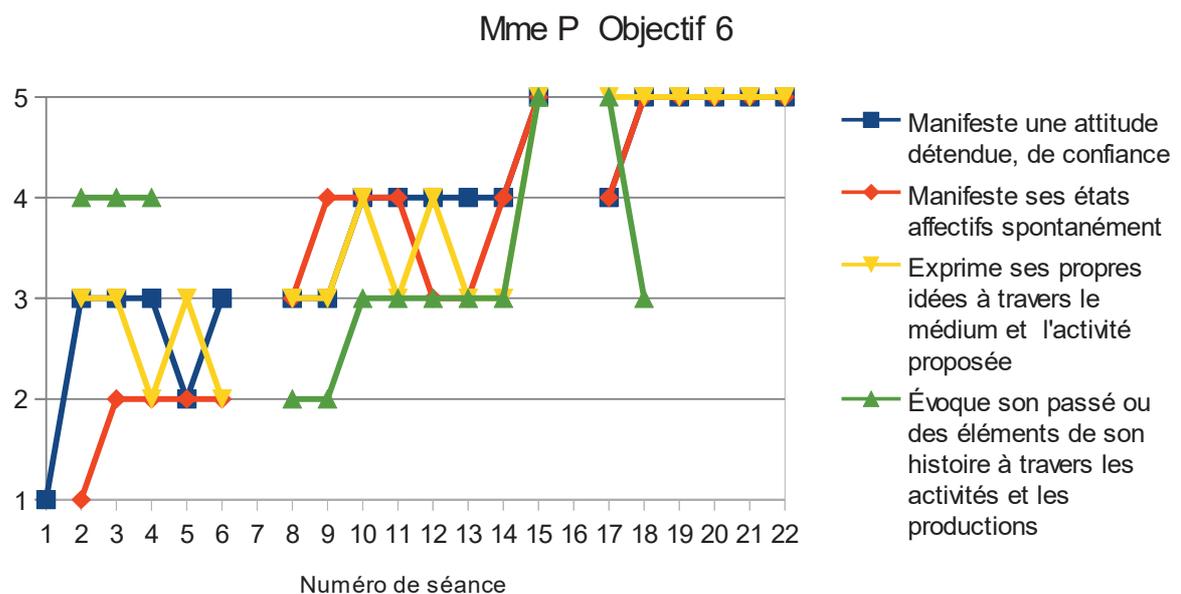
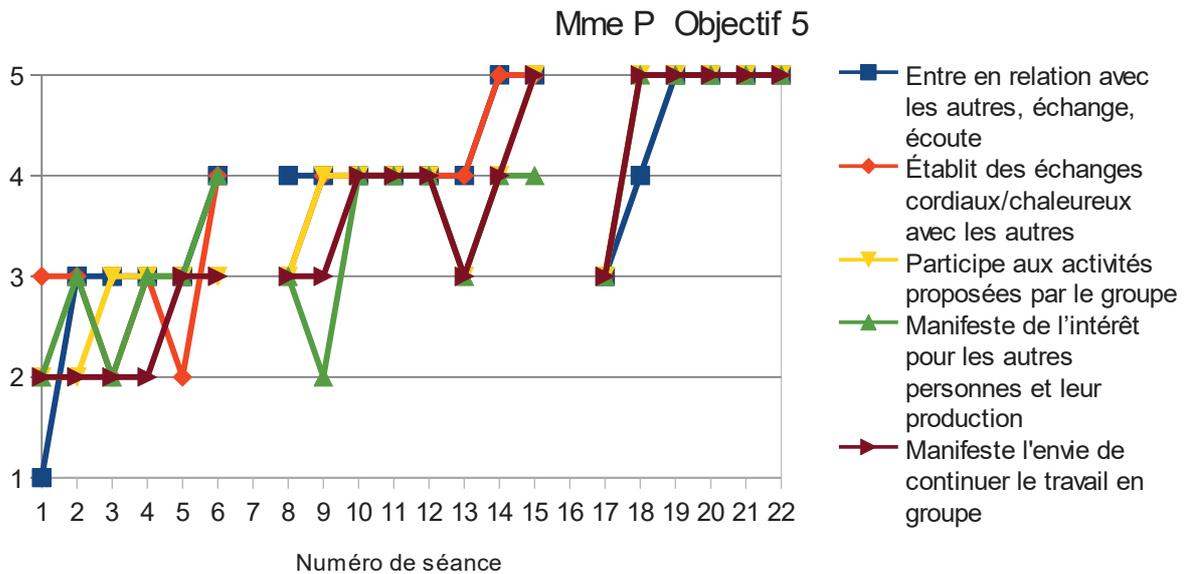
Mme P était anxieuse à l'explication des consignes elle disait ne pas comprendre et prenait du temps avant de commencer. Avec l'avancement des séances, Mme P n'hésitait plus à être la première, et à proposer de l'aide ou donner des explications.

Lors des premières séances elle déclarait se fatiguer assez rapidement, alors qu'à la fin elle restait toujours jusqu'au bout et aidait au rangement. Elle était devenue plus souriante. Le jour de l'exposition elle a présenté ses travaux à plusieurs visiteurs. Son niveau de français a progressé et elle osait intervenir pour se faire comprendre.

Le lien social

Objectif 5 : Faciliter le partage et le lien social

Objectif 6 : Faciliter l'expression dans un cadre de confiance, avec des moyens accessibles et différents du langage verbal.



Au début des séances, Mme P parlait seulement avec une personne et ne s'exprimait pas devant le groupe. Peu à peu elle s'est sentie plus en confiance et insistait pour donner son opinion. Vers la fin de la prise en soin, elle écoutait les personnes et demandait de répéter lorsque nécessaire. Même si son français n'était pas correct, cela ne l'empêchait pas d'intervenir. Elle était aussi reconnue du groupe pour ses connaissances de jardinage. Vers la fin, elle a également pris en

charge le compost. Elle a accepté de danser avec le groupe et de chanter à voix haute ce qu'elle ne faisait pas lors des premières occasions où cela s'était présenté.

A la fin de la prise en soin, Mme P était toujours en procédure Dublin. Elle espérait une réponse favorable dans le mois qui suit pour passer en procédure normale.

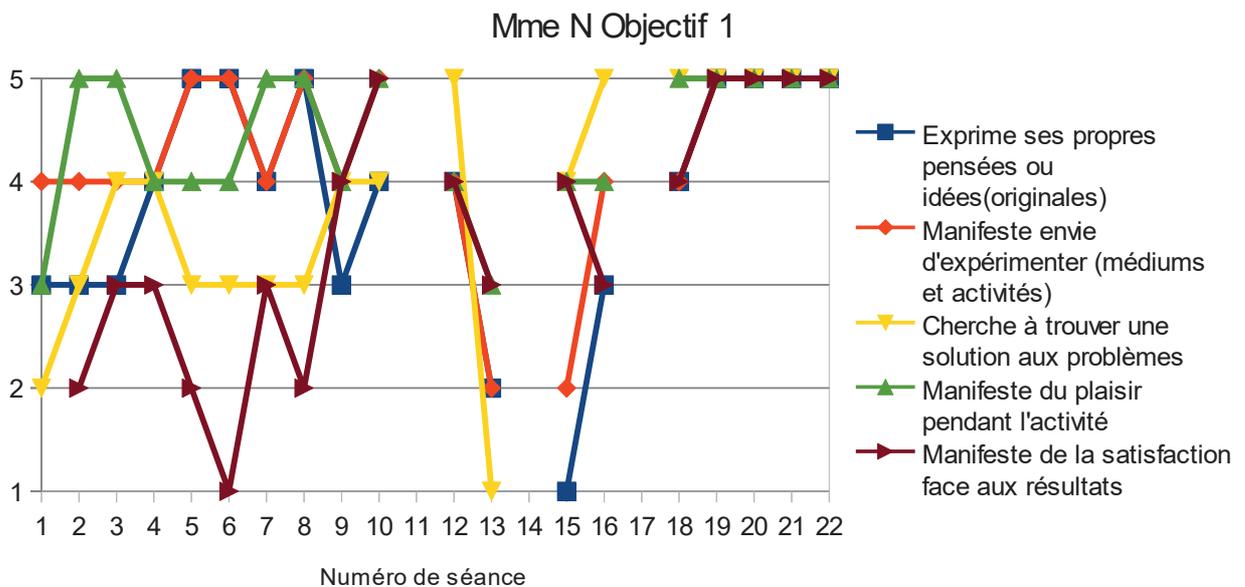
4.3.2. Mme N

Le processus créatif et l'estime de soi

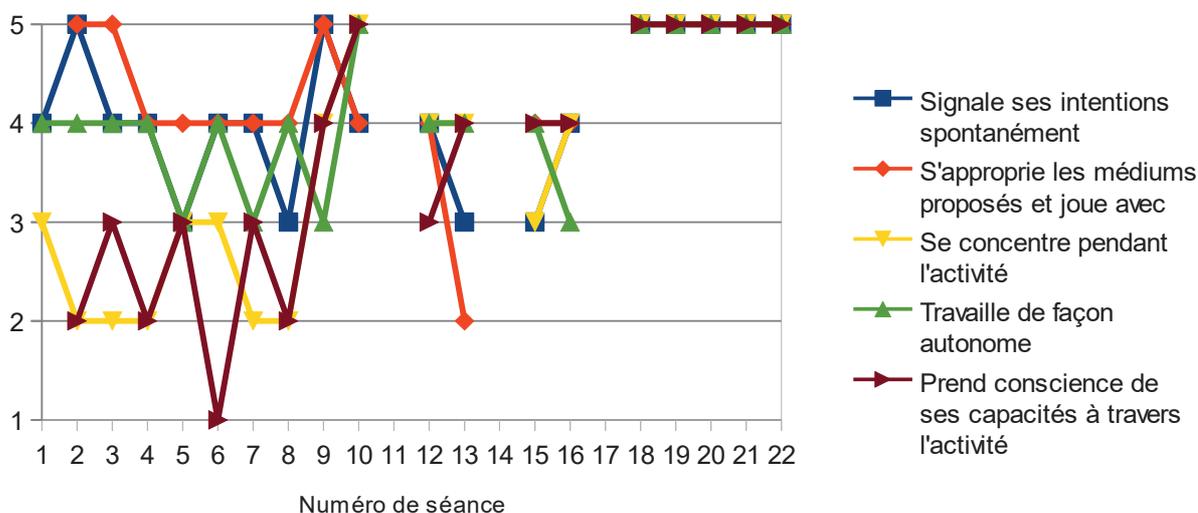
Objectif 1 : Renforcer l'estime de soi et la confiance en soi

Objectif 2 : Stimuler l'identification de ressources propres pour chercher des activités (artistiques ou autres) qui procurent de la satisfaction

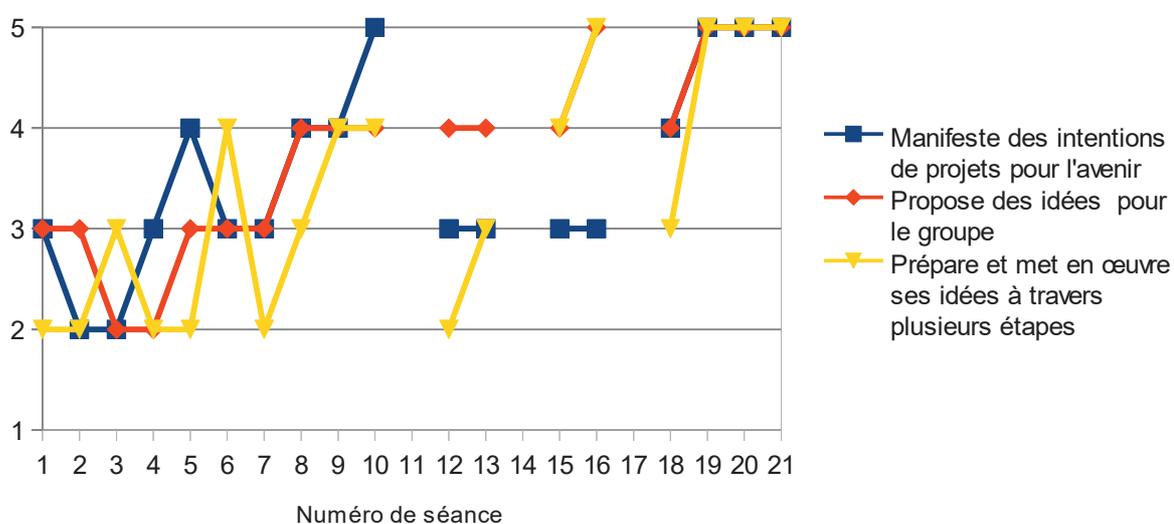
Objectif 3 : Stimuler/faciliter la construction de projets (en groupe ou individuels)



Mme N Objectif 2



Mme N Objectif 3



Mme N est une personne qui depuis le début a montré un grand intérêt pour les activités artistiques et s'est impliquée. Elle exprimait ses positions et ses goûts. Son potentiel artistique s'est manifesté dès le départ, mais elle n'avait pas confiance en elle. Elle défaisait ce qu'elle avait commencé et avait du mal à finir ses productions. Au début de la prise en soin, elle voulait aller

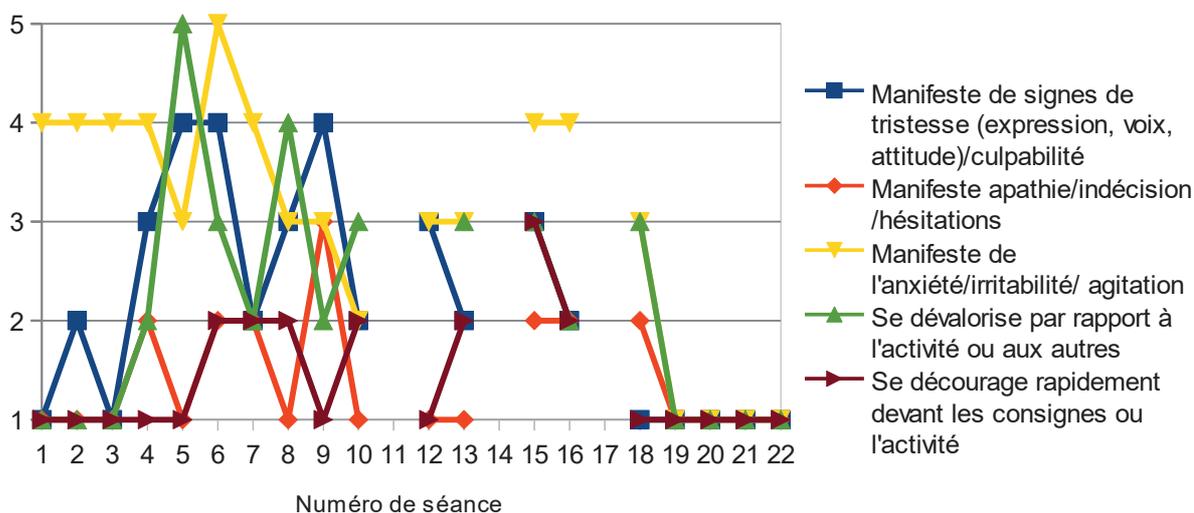
vite, pour finir rapidement. Elle se dispersait avec grande facilité. On a pu observer progressivement une meilleure capacité de concentration : elle arrivait à finir ses créations et manifestait sa satisfaction. Son français a progressé, elle voulait apprendre rapidement pour pouvoir travailler. Pendant les dernières séances elle travaillait toujours vite mais plus consciencieusement. A la fin de la prise en soin Mme N exprimait qu'elle était « prête à attendre pour entrer en procédure normale et enfin travailler ».

Elle a gagné en estime d'elle-même. Elle a intégré un groupe de danse de l'association et demandé s'il était possible d'avoir des cours de musique.

Manifestations ou signes de souffrance

Objectif 4 : Contribuer à soulager la souffrance psychique liée aux conditions d'accueil

Mme N Objectif 4



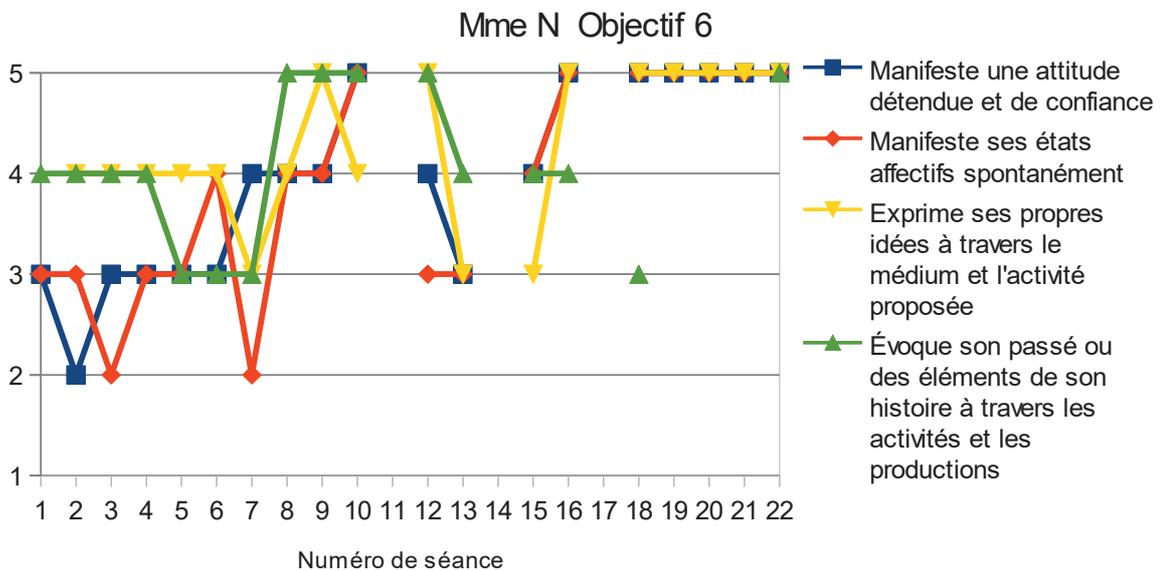
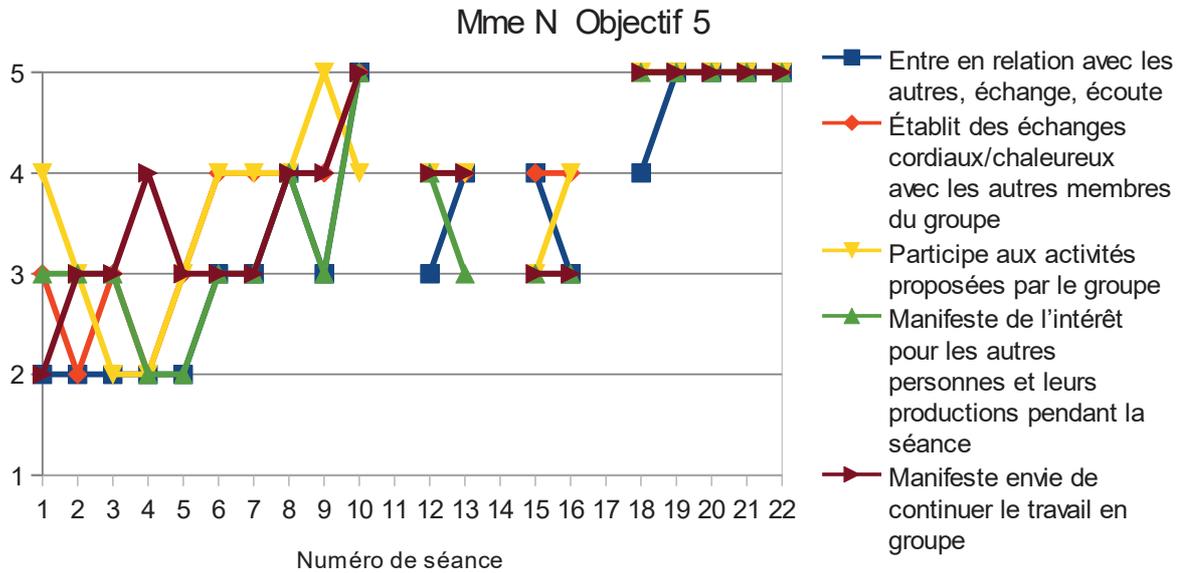
Mme N se dévalorisait et ne manifestait pas de satisfaction face à ses résultats, elle disait toujours vouloir « faire mieux ». Avec le temps, on a pu observer une progression, elle ne disait plus ne pas être capable de bien faire. Pendant les activités, elle pensait à sa famille « qui lui manque » et regrettait de l'avoir laissée. Au fur et à mesure que les séances avançaient elle a exprimé qu'elle les vivait comme « des moments calmes ».

Avec l'amélioration de sa concentration et de la satisfactions devant les résultats, elle a commencé à se détendre et à se sentir rassurée. Lors de l'exposition elle manifestait une grande fierté d'accueillir les visiteurs et de partager les productions réalisées pendant les séances.

– **Le lien social**

Objectif 5 : Faciliter le partage et le lien social

Objectif 6 : Faciliter l'expression dans un cadre de confiance, avec des moyens accessibles et différents du langage verbal.



Mme N, apparemment très extravertie, n'avait pas de lien étroit réel avec les autres personnes de la maison. Elle parle fort et beaucoup mais sans se diriger à personne en particulier. Au fur et à mesure de l'avancement des séances, elle a commencé à exprimer son ressenti, à partager avec les autres et à les écouter avec plus d'attention. Elle a finalement été élue "représentante" pour être intermédiaire entre les habitants de la maison M3 et l'association. Elle invite régulièrement les personnes du groupe à danser.

A la fin de la prise en soin, Mme N ne pouvait plus rester en France. Elle devait repartir en Allemagne, qui devrait décider si accepter sa demande d'asile ou bien rester en France "en fuite", sans papier et sans aucun droit. Après 18 mois elle aurait éventuellement eu la possibilité de refaire une demande d'asile normale en France. Elle ne parle pas allemand et ne connaît personne là-bas. Ses amis sont en France. Elle a décidé de rester.

4.4. Bilan

Pour les deux personnes suivies, on observe une évolution par paliers: le temps de prise de confiance avec l'art-thérapeute et le groupe, le temps de découverte des moyens proposés et des ressources propres, le temps de la mise en pratique et enfin la reconnaissance de leur production.

Il semble que les progrès atteints lors des paliers précédents soient consolidés par le projet final. Que se serait-il passé si ce projet final n'avait pas eu lieu ?

Faut-il encourager à finaliser les prises en charges par des expositions des œuvres produites pour consolider une partie des objectifs fixés au départ ?

L'impact que cette prise en soin pourra avoir à long terme sur la vie et le quotidien de Mme P et Mme N est difficile à estimer, considérant que leur situation juridique n'est pas encore résolue, que les personnes autour d'elles changent tout le temps et que le temps d'attente est imprévisible (facteurs de risque de mal-être).

On peut supposer que les personnes qui ont participé aux ateliers d'Art-thérapie ont repris de l'assurance, renforcé leur estime de soi et ne se laisseront pas accabler par leur condition. On considère cependant que la prise en soin ne devrait pas s'arrêter tant que la personne ne dira pas qu'elle s'y sent prête, et que même si la situation se prolonge elle sera capable de l'affronter et de se prendre en main.

Sur l'aspect artistique, on observe dans le domaine cognitif une mémorisation des gestes, un apprentissage des éléments techniques de base, un intérêt progressif vers une recherche esthétique et de satisfaction personnelle dans les résultats, et enfin une meilleure concentration pendant le travail.

4.5. L'exposition

On observe un grand investissement pour la préparation et le déroulement de l'exposition, durant lesquels les femmes se sentent valorisées. Elles présentent la production comme le résultat d'un travail en groupe plutôt que individuel. Cette idée finale de partage a mobilisé tout le groupe. Il faut souligner que l'éventualité d'une exposition n'a été évoquée qu'une fois le moment venu, lorsque le protocole de prise en soin allait prendre fin.



Environ 70 personnes sont venues à l'exposition, amis, bénévoles de l'association ou voisins. Les femmes du groupe leur ont présenté leurs travaux et expliqué les bases des techniques utilisées, au début timidement puis en prenant progressivement confiance. Elles exprimaient une grande fierté et s'encourageaient mutuellement. Au moment des danses, elles ont invité les personnes et les enfants présents à participer.

Sur la porte d'entrée était collée une "lettre" qu'elles avaient préparée de leur propre initiative et recopiée la nuit précédente sur une feuille grand format. En voici quelques extraits qui peuvent donner un aperçu de la façon dont elles ont compris et vécu le temps passé ensemble :

"Nous aimerions vous présenter ce que nous avons fait au cours des derniers mois sans perdre notre temps. Nous sommes si chanceux pour l'opportunité. Nous ne sommes pas forcés dans ce que nous avons fait, mais apprenons beaucoup et cela nous aide beaucoup. Soyez bon et peut être pas bon, mais surtout nous étions passionnés et heureux tout en faisant ces belles choses. Cela n'aurait pas été possible si M. n'était pas là pour nous. Elle a pris son temps précieux pour travailler avec nous, rire avec nous, danser avec nous tout ce temps... Son travail nous aiderait à lâcher des stress et des problèmes parfois. En effet elle a apporté tous les matériaux pour elle même et pour l'amour. Nous avons de la poterie, du dessin, de la peinture, de nombreuses autres choses créatives..." (sic)

Enfin, dans la salle d'accueil, sur des feuilles blanches collées aux murs, les visiteurs étaient invités à dessiner, écrire leurs impressions ou laisser des messages. Le lendemain, une lecture commune en a été faite. Les messages étaient des félicitations et des encouragements. Elles étaient heureuses de conclure ainsi cette expérience.

V – DISCUSSION

A la lumière de cette expérience art-thérapeutique effectuée auprès de demandeurs d'asile en procédure Dublin et en situation de souffrance psychique, dans cette dernière partie un certain nombre de points de discussion sont relevés. Il s'agit d'apports ou de limites de l'étude, y compris par rapport aux hypothèses de travail qui avaient été émises, de réflexions et suggestions sur l'Art-thérapie en général ou liées à la population considérée ici et à leur situation particulière.

Les séances d'Art-thérapie ont contribué à soulager la souffrance des patients dans une situation juridique non encore résolue. Il reste cependant à évaluer l'impact à plus long terme des interventions ^(33, 34). La réception d'une réponse négative à la demande d'asile pourrait par exemple réduire à néant l'effet de l'accompagnement art-thérapeutique. Ce qui s'était avéré positif ne le serait plus dans un nouveau contexte.

La rupture que représente l'arrêt de la prise en soin peut être vécue comme une nouvelle perte pour la personne suivie. Une nouvelle évaluation des effets de l'intervention pourrait être envisagée après un certain laps de temps. Les changements ou effets souhaités ne peuvent s'observer qu'avec le temps et la mise en situation, c'est à dire à travers l'expérience et le vécu des personnes.

Il est difficile de tirer des conclusions définitives à partir de cette expérience. Les biais d'interprétation subjectifs de la part de l'art-thérapeute et des outils d'évaluation sont à prendre en compte.

Cependant la démarche et la richesse des rencontres et des expériences doivent ouvrir des portes à une vraie recherche en Art-thérapie. La comparaison avec d'autres expériences menées est rendue difficile par la particularité de chaque cas.

Il faut faire attention à ne pas standardiser ou réduire le soin art-thérapeutique à une technique, il s'agit avant tout d'une profession qui se construit sur les rencontres humaines ⁽³⁵⁾.

La diversité des populations et des conditions d'accueil oblige à adapter les protocoles et à les personnaliser. Rentrer dans un cadre de processus créatif implique la capacité de développer des éléments d'adaptation à des situations nouvelles ou contextes différents. Par leur production, les patients peuvent participer à des manifestations publiques et faire partie de la vie de la communauté qui les entoure. A cette occasion, un dialogue peut se créer entre les demandeurs d'asile et la société d'accueil. Une autre image peut se construire, différente des stéréotypes négatifs trop fréquents et qui renvoient les personnes à leur souffrance.

Au regard des observations, il s'avère important de réfléchir à la définition des politiques de santé mentale pour les demandeurs d'asile sans les enfermer dans des cases selon une logique administrative. Une population saine a une influence positive sur son entourage et la société en générale.

Ces politiques pourraient se baser sur des équipes de professionnels de domaines complémentaires, pour aider à soulager la souffrance psychologique pendant toute cette période de l'exil, de l'arrivée et de la demande d'asile dans les pays choisis ⁽¹⁹⁾. Les difficultés rencontrées à l'arrivée en France, l'insécurité, l'impossibilité de se projeter dans l'avenir, le manque de moyens d'intégration, n'ouvrent pas les portes à l'expression des sentiments et du vécu.

L'Art-thérapie propose une approche professionnelle de prise en soin à travers le processus créatif comme moyen de communication entre l'universel et le particulier, entre l'interne et l'externe, en mettant en jeu les sens et le non-verbal. Elle ouvre une dimension différente à ce que les demandeurs d'asile attendent et à ce que l'état prévoit. Elle permet aux demandeurs d'asile de mener des expériences nouvelles et de trouver en eux des outils pour leur faciliter la vie, tout en leur donnant des espaces de plaisir et de réconfort.

La position de l'art-thérapeute en tant que soignant et « personne ressource » dans l'association a été reconnue. L'équipe responsable des femmes lui a demandé de nouvelles contributions et espère pouvoir continuer ce type d'accompagnement avec d'autres personnes accueillies au sein de la structure. Des discussions sont en cours pour définir comment cette activité peut être prolongée au sein de l'association.

Les résultats obtenus sont encourageants, ils invitent à poursuivre cette démarche et à l'étendre à d'autres médiums et d'autres contextes.

Concernant le profil du groupe, il faut retenir que les femmes représentent aujourd'hui plus de la moitié des migrants vers les pays développés. Elles ont un grand souci de s'intégrer rapidement, et montrent de l'intérêt à s'investir dès leur arrivée dans diverses activités. Les femmes sont les premières à vouloir prendre racine et oublier la perspective du retour au pays. Elles veulent être productives, travailler et utiliser leurs savoir-faire ⁽²⁴⁾.

L'Art-thérapie peut aider à faciliter un rapprochement entre les demandeurs d'asile et les institutions et changer de chaque côté la perception de l'autre. Les professionnels qui interviennent auprès des demandeurs d'asile représentent le pays d'accueil et leur en montrent différentes facettes ⁽¹⁹⁾.

Le devoir d'assistance est universel. Les ressources mises à disposition pour l'accueil des demandeurs d'asile ne sont même pas suffisantes pour répondre aux premiers besoins fondamentaux. Il semble difficile aujourd'hui que des moyens soient proposés pour développer d'autres politiques de santé mentale ⁽¹²⁾ et pour des interventions d'art-thérapeutes auprès de ces populations.

En dehors des établissements d'accueil, les structures culturelles publiques existantes pourraient ouvrir des créneaux et des espaces pour les demandeurs d'asile et des prises en soins art-thérapeutiques. Un grand nombre de personnes dans la même situation se trouvent dans la rue sans aucun suivi ou accompagnement.

La situation actuelle doit nous interpeller en tant que professionnels de de santé et en référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) de 1948 de l'Organisation des Nations Unies, qui affirme : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ...* ».

Tous les pays signataires de cette déclaration ont la responsabilité d'offrir les conditions de sa mise en œuvre.

L'écart entre les proclamations et les actes des états est évident et la France comme tant d'autres pays ne semble pas vouloir assumer ses responsabilités.

5.1. État de base et diagnostic

La connaissance de l'état de base des personnes à qui est proposée une expérience art-thérapeutique est fondamentale, que ce soit pour la sélection et l'orientation de ces personnes, pour l'élaboration du protocole ou pour essayer de suivre leur évolution et mesurer leur progrès.

Elle est ici incomplète. L'absence de politique d'accueil et d'accompagnement structurée pour les demandeurs d'asile, particulièrement pour ce qui concerne la santé mentale ⁽²³⁾, compliquent cette première étape. Le manque de personnel qualifié ou le manque de formation du personnel d'accompagnement, ne serait-ce que pour transmettre ou soumettre les cas à des professionnels, ne permettent pas de diagnostiquer la majorité des situations de troubles ou souffrances psychiques.

Migrer est un acte résultat de multiples motivations ou causes souvent intriquées. Chaque histoire est unique. L'exil est une fuite de la terre natale sans projet de retour, mais chargé d'une recherche de soi ou d'une tentative de reconquête de sa dignité qui peut passer par le travail ⁽³⁾. La perte de confiance due par exemple à la perte des repères culturels ou à la suspicion permanente de la part des institutions, entraîne un repli sur soi et une grande solitude, ce qui ralentit l'identification des personnes en souffrance et la réponse adaptée.

Dans le contexte de cette population, s'ajoute le constat que la maladie n'est pas un événement isolé, mais un fait social exprimé et construit selon les représentations prédominantes du droit et des épreuves ou injustices, de la vie et de la mort ⁽³⁾.

L'art-thérapeute n'est pas un spécialiste des troubles psychiques. Des connaissances de base lui sont nécessaires. La question se pose d'une formation plus approfondie orientée vers les caractéristiques de la population concernée par l'intervention envisagée, avec l'inconvénient de risquer de créer un cloisonnement entre art-thérapeutes par spécialité et éventuellement par culture.

5.2. Contexte et besoin de stabilité

La prise en charge art-thérapeutique doit se faire dans la durée, en intervenant de façon régulière dans la vie des personnes et dans un contexte aussi stable que possible. La seule disponibilité de l'art-thérapeute, sa présence à leur écoute, fait partie du soin. C'est un moment qui leur est propre dans un environnement où presque toutes les portes leur sont fermées.

Le temps du cadre thérapeutique est son présent. Le demandeur d'asile en situation Dublin vit « sur le qui-vive ». Son histoire, sa mémoire, son avenir, ses projets sont en veille. Le cadre art-thérapeutique n'a pas besoin de le faire revenir à son passé, à sa culture ou à son lieu d'origine. Ce retour vers le passé peut surgir pendant les séances, sans être provoqué, et avoir un effet inattendu. L'art-thérapeute doit accompagner ces moments pour éviter que la souffrance ne s'accroisse et pouvoir la canaliser et l'exprimer à travers la production artistique.

Les prises en charge décrites dans nombre d'expériences se sont déroulées en moyenne sur 10 à 15 séances ^(33, 34). Il a été possible d'aller au-delà dans l'étude présente.

Il faudrait envisager dans certains cas une prise en soin de plus longue durée et une observation sur le long terme pour consolider le processus créatif et thérapeutique, et évaluer l'impact sur le quotidien des personnes.

Une possibilité serait de poursuivre jusqu'à la réponse définitive de la procédure administrative ou jusqu'à une amélioration significative des conditions de vie de la personne. Ceci devrait permettre de diminuer le risque de rechute. Ou plus simplement, tenir compte de la volonté du patient de continuer ou mettre un terme aux séances. On pourrait également proposer aux personnes intéressées des ateliers d'arts plastiques à l'issue de la prise en soin.

Une présence régulière aux ateliers art-thérapeutiques est nécessaire. Ce point est particulièrement délicat pour une population vivant dans la précarité. Les difficultés d'un suivi régulier ont été mises en évidence par d'autres expériences ⁽³⁵⁾.

Les conditions d'accueil à l'association La Pierre Blanche ont tout de même offert un cadre satisfaisant à cette expérience, difficilement reproductible dans la majorité des cas. L'encadrement offert par l'association et une certaine souplesse pour adapter le protocole à des situations et des emplois du temps parfois impossibles à maîtriser ont permis une participation acceptable aux séances.

5.3. Le travail avec l'équipe d'encadrement

L'art-thérapeute doit établir un lien fort et travailler avec l'ensemble de l'équipe qui prend en charge les mêmes personnes sur les plans sociaux et sanitaires. Il apporte un élément humain complémentaire à l'accompagnement des demandeurs d'asile.

Il est nécessaire de faire connaître ce type d'expérience art-thérapeutique aux associations et aux autorités responsables de l'accueil de ces populations. La demande de prise en soin ne viendra pas directement des personnes en détresse. Elles ont d'autres priorités telles que les « papiers », le logement, le travail ...

Le travail effectué par les membres des associations est remarquable. Mais des échanges réguliers et approfondis entre les différents intervenants peut s'avérer difficile voire impossible dans certaines situations : les discussions et les retours ne font pas nécessairement partie du programme d'accompagnement. Les urgences, l'abondance de travail et les imprévus prennent souvent le pas sur la réflexion et l'évaluation.

Il faudrait imaginer des mécanismes de rencontre pour une meilleure communication entre les différentes personnes qui interviennent dans le milieu associatif et pour une meilleure coordination du parcours de soin, afin d'améliorer et d'adapter cet accompagnement. Mais cela pourrait alourdir la charge de travail de personnes pour la plupart bénévoles et qui donnent déjà beaucoup d'eux-mêmes...

Devant des histoires de vies parfois très violentes et dures, l'art-thérapeute, comme tous les membres de l'équipe d'encadrement, doit aussi pouvoir bénéficier d'un soutien ou d'une aide pour prendre du recul, protéger sa sensibilité et avoir un regard critique sur son engagement personnel.

5.4. Relation thérapeutique

La rencontre se fait entre deux personnes (le professionnel et la personne prise en soin), avec des bagages culturels différents mis en jeu lors des séances art-thérapeutiques. Il faut connaître et reconnaître la culture de l'autre ⁽³⁾. Des adaptations doivent être faites, repenser la façon de faire, le langage et les explications. A partir du moment où un cadre a été bien établi, et où ni interprétation ni analyse des productions ne seront faites, **l'universalité de l'art** se manifeste ⁽²¹⁾.

L'intervention est orientée vers une personne et non vers une pathologie. La structure psychique et la demande d'asile sont deux faits universels ⁽²³⁾. L'indication est en général individuelle, et la prise en soin doit être spécifique à chaque cas, sans exclure le travail en groupe.

La relation particulière qui s'établit entre l'art-thérapeute et le patient dès les premières séances est fondamentale pour créer le lien de confiance réciproque. La clarté dans les consignes, l'acceptation des propositions du protocole et la reconnaissance des individualités permettent une projection dans la durée et dans une direction définie par les objectifs partagés.

L'intervention de l'art-thérapeute s'appuie sur les ressources innées saines du patient. Il cherche la guérison par le cadre thérapeutique défini, l'art et le processus créatif. Mais c'est le patient qui donne le rythme et le temps au processus ⁽¹⁵⁾. A chaque avancée, c'est l'effet sur le patient, sur son corps et son regard, sur la communication, qui indiquent comment poursuivre. Pendant les

séances, l'attention doit être portée sur ce qui est en train de se vivre et non sur ce qui est en train d'être produit par la personne ⁽¹⁷⁾.

Quand une personne quitte son pays, elle décide d'agir, de reconstruire son destin. Le corps et l'esprit se projettent dans le futur, mais le parcours et l'arrivée interrompent cet élan ⁽³⁾. En Art-thérapie, la personne implique son être propre et son projet de vie par le projet de son œuvre. Lorsque cet effet survient, il peut être rendu conscient au travers de la relation et des échanges. L'art-thérapeute accompagne l'expression de chacun comme une réalité à part. L'individu est au centre de son intervention, avec ses capacités, son histoire, son environnement et son évolution.

5.5. Cadre thérapeutique

Le cadre proposé était bien celui d'une démarche thérapeutique, et pas d'une activité occupationnelle ou un atelier purement artistique. Il stimule le renforcement de comportements ou compétences et propose une recherche de bien-être ou de soulagement d'une souffrance à travers une expérimentation artistique.

Les rencontres entre l'art-thérapeute et le groupe avaient un sens et un objectif. Elles ont également rempli pour le groupe des moments de « vide ». L'acte créatif aide dans la reconstruction de la personne, redonne de la motivation et de la confiance.

Les séances ont été proposées sans consigne thématique, avec seulement des règles précises pour définir le cadre. Elles constituaient une invitation à une totale liberté d'imaginer, de créer et d'agir ⁽¹¹⁾. L'accompagnement et les propositions artistiques amènent à découvrir de nouveaux espaces et des mouvements différents, à débloquer l'imaginaire et retrouver sa spontanéité ⁽¹⁴⁾.

Le professionnel doit être attentif à ce qui se passe à chaque moment de la séance, il faut un état d'alerte qui soutient et accompagne le patient et qui permet de réfléchir ensemble sur la suite ou même au réaménagement du protocole. La communication naît et se développe dans le triangle entre le thérapeute, le patient et le médium.

Le manque de politiques d'accompagnement et d'intégration aggrave les problèmes vécus par les personnes prises en charge. L'expérience art-thérapeutique présentée ici s'est terminée par une exposition pour tout l'entourage et le voisinage, qui a ouvert des voies de réflexions pour créer des liens sociaux.

5.6. Séances individuelles ou travail en groupe

« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin et plus heureux »

Proverbe africain

Le travail en groupe a permis de surmonter plus facilement les barrières linguistiques et culturelles. Pour les personnes prises en charge, il a permis de relativiser l'expérience de l'attente en procédure Dublin. Le groupe a facilité le partage des stratégies pour agir par l'émulation et l'exemple et a renforcé la confiance en soi par la reconnaissance par les autres. Les demandeurs d'asile ont en permanence besoin de s'adapter au gré des évolutions de leurs situations. Le groupe accompagne avec bienveillance ces mouvements. Il offre un cadre rassurant et devient un espace moteur de liberté. Les personnes peuvent s'exprimer et sont écoutées ⁽³¹⁾.

Le groupe présentait une certaine homogénéité : des femmes, partageant une même origine et les mêmes croyances (toutes se déclarent bouddhistes pratiquantes), parties seules de chez elles et prêtes à s'investir pour s'intégrer rapidement à la société d'accueil. Les caractéristiques propres à ce groupe peuvent introduire un biais dans les interprétations des résultats.

L'identité est au centre des difficultés d'adaptation des demandeurs d'asile : le groupe offre un moyen de soutien par le partage des mémoires, vital dans ces moments de perte de repères dans la société d'accueil. Les modalités choisies pour la prise en soin ont permis de maintenir le sentiment d'appartenance au groupe. Ce sentiment peut donner du sens à l'attente et les aider à garder l'espoir d'une issue favorable de leur situation. Le partage de croyances et d'expériences facilite le chemin sur lequel elles s'engagent, de reconstruction individuelle mais aussi du groupe. Pour la personne impliquée un espace se crée qui permet la récupération du sentiment de continuité de son histoire ⁽³¹⁾.

Elles acceptent plus facilement les épreuves de leur parcours à partir du moment où elles se retrouvent ensemble et sont actives et reconnues. L'expérience vécue en commun permet de concevoir à nouveau la différence comme richesse ⁽¹⁴⁾ et non comme source de discrimination. Elles ont le droit d'exister, d'éprouver du plaisir, de partager.

Les expériences d'accompagnement groupal avec ce type de population sont peu nombreuses ⁽¹⁰⁾, mais elles semblent confirmer que le soin groupal combiné avec un traitement individuel peut être plus efficace que l'accompagnement thérapeutique individuel seul ⁽³¹⁾. Selon les personnes et leur pathologie, un groupe de taille réduite ou le fait d'intercaler des séances individuelles au milieu des séances de groupe peuvent être les solutions les plus adaptées.

Le groupe peut également jouer le rôle d'accompagnateur dans cette expérience de transformation, permettant de mieux comprendre le pouvoir de l'art et du processus créatif. Une observation des dynamiques de groupe permettrait une meilleure adaptation des moyens d'intervention. La restauration de la confiance en soi et son évolution sont facilitées en présence du groupe : la vision du monde est modifiée, les personnes peuvent faire des choix et s'affirmer. L'effet structurant du groupe est important ⁽¹⁰⁾.

En contrepartie, le travail en groupe apporte des contraintes. Il ne permet pas facilement la diversification d'activités ou des séances "à la carte", surtout dans les conditions d'accueil de cette population.

5.7. Outils d'observation et d'évaluation

Les fiches d'ouverture et d'observation sont des outils indispensables pour l'art-thérapeute. Elles doivent être faciles à remplir et à utiliser.

Pour le bilan général et l'évaluation du processus, il faudrait de nouveaux outils d'auto-évaluation de la part du patient afin qu'il puisse prendre conscience de son propre processus créatif, de ce qu'il peut lui apporter et de ce qu'il a représenté dans son expérience à travers les ateliers d'Art-thérapie.

Ce qui intéresse l'art-thérapeute est le processus vécu par la personne et qu'elle rentre dans une dynamique propre de créativité. Les discussions qui ont été proposées au début et à la fin de chaque séance auraient sans doute pu permettre plus d'échanges sur ce sujet malgré l'obstacle de la langue. Ce point n'a pas été envisagé lors de la mise en place du protocole. Elles étaient plutôt orientées vers le plaisir et le bien-être éprouvés, la satisfaction esthétique, la volonté de continuer, etc...

Un travail plus approfondi sur les échelles d'évaluation en psychiatrie et du processus créatif permettrait des grilles d'évaluation plus simples et adaptables à chaque cas. Les grilles élaborées dans ce travail étaient longues à remplir après chaque séance.

Plus le groupe est important moins l'art-thérapeute peut enregistrer les détails sur le moment pour chaque personne. Lorsque le travail se fait auprès d'un groupe et non individuellement, le protocole pourrait prévoir l'intervention de deux art-thérapeutes pour faciliter l'observation et améliorer l'évaluation.

D'autre part, des outils d'évaluation de base comme ces grilles et fiches, validés et reproductibles, aideraient les art-thérapeutes à se rencontrer et à confronter les résultats de leurs expériences. Il serait intéressant de mener une discussion sur l'intérêt d'utiliser des rapports qualitatifs plutôt que des grilles pour l'évaluation et l'observation des résultats.

5.8. Processus créatif et Art-thérapie

L'hypothèse de l'effet bénéfique d'un processus créatif mis en œuvre dans ce contexte à travers l'Art-thérapie a été une nouvelle fois confirmée (33, 34, 35). L'invitation à une pratique artistique apporte les bienfaits d'une expérience nouvelle réconfortante.

Le cheminement créatif sera facilité par le dosage et l'équilibre entre d'une part un cadre précis, la maîtrise de techniques éprouvées ou l'application de règles, et d'autre part la liberté et même la transgression de ces règles et des normes. Le travail avec l'argile a donné la possibilité de construction et destruction, ce qui favorise le processus expérimental (26).

Le cheminement créatif ne se réduit pas à une suite linéaire. Il évolue par succession d'essais et erreurs, à condition toutefois qu'il reste ouvert à son environnement et que ce dernier soit stimulant et encourageant.

Entrer dans un processus créatif est une stratégie de recherche d'adaptation aux changements permanents, voulus ou subis. Essayer de comprendre le processus créatif permet de comprendre le rôle positif qu'il joue dans la vie quotidienne de chacun en l'aidant à s'adapter aux problèmes rencontrés. S'approprier des moyens d'action de ce processus, équivalant à une démarche de résolution de problèmes, est signe de bonne santé. Cette dynamique rend la personne protagoniste d'un cheminement expérimental (29). Face à une réalité extérieure source de souffrance, la créativité donne un autre sens à ce qui est perçu comme non maîtrisable. La défaillance de la mémoire peut opérer un travail de protection à l'égard d'un psychisme soumis à des souffrances ou trauma (23).

Cette rencontre avec la subjectivité aide à comprendre et appréhender le monde. Se voir et voir à travers la création permet de voir ailleurs. C'est l'acte créateur qui peut être libérateur. Dans ce sens, la démarche de recherche en général et en art en particulier, peuvent bien révéler un processus créatif comme un processus transformateur existentiel. Dans l'atelier, la personne est actrice et auteure de son œuvre. Elle prend les décisions et marque les limites de l'œuvre. L'art-thérapeute accompagne sans intervenir pour que la personne se serve de la pratique artistique. Pendant la prise en charge, la personne peut être dans la recherche et la découverte de ses potentialités. Elle peut développer un regard critique sur l'œuvre, qui éventuellement se détourne vers soi-même et devient constructif s'il est accompagné avec attention et bienveillance.

Par la production aussi (investissement et résultat), l'activité artistique est un processus de transformation : création à partir des expériences personnelles en s'appropriant de médiums ou techniques et création de soi-même (17). Il se peut qu'on invente ce qui l'a été mille fois. Si ce n'est pas une invention pour l'humanité elle l'est pour l'individu. La trace psychologique reste même s'il ne s'agit ni d'un chef d'œuvre ni d'une grande invention. "Toute œuvre est co-animée par un pouvoir auto-créateur qui se nourrit de la personne et l'œuvre est aussi son propre

auteur” (21). Dans ce sens, la production, à partir du moment où elle est orientée vers l’esthétique et même si elle est utilitaire (exemple de la poterie en céramique) est une œuvre pour la personne qui l’a créée.

L’impact du processus créatif sur le quotidien et le fonctionnement général de la personne, ainsi que sa prise de conscience, sont des effets attendus de la pratique art-thérapeutique. Elle ne se réduit pas à la diminution ou disparition de symptômes. L’art-thérapeute se focalise sur ce rôle « reconstruteur ». Le regard bienveillant et les encouragements sont nécessaires, avec toujours le souci de ne pas négliger l’aspect pédagogique et le soutien de la technique artistique de base. Il faut être attentif au risque du sentiment d’échec qui pourrait renvoyer la personne vers son repli sur soi initial.

5.9. L’Art-thérapie, pratique préventive

Les conditions de vie des personnes en demande d’asile sont caractérisées par un grand nombre de facteurs de risque qui peuvent prolonger ou aggraver des situations de souffrance psychique. La prévention est un objectif à envisager de façon prépondérante dans les protocoles art-thérapeutiques.

Le demandeur d’asile en procédure Dublin peut se comparer aux « sans-papiers », donc sans-nom, anonymes, contraints à se faire oublier. Dans ces moments critiques, un protocole d’Art-thérapie en accompagnement peut aider à prévenir au moins en partie les effets nocifs et malsains de cette marginalisation. Dans la recherche de l’autonomie, les bases techniques aident la personne à trouver son propre langage (14).

Nommer quelqu’un par son nom et non par son statut permet de l’identifier, de l’inscrire dans un groupe. Par l’Art-thérapie on revient vers l’individu et par la reconnaissance de la personne et de son potentiel créatif, les mécanismes de protection propres qui lui seront utiles dans l’avenir peuvent se renforcer.

Le travail de reconnaissance de soi-même et de ses œuvres par les autres, de ses possibilités et de son identité, renforce l’estime de soi, ce qui représente déjà un pas, non seulement pour guérir mais aussi pour éviter des complications majeures lorsque les facteurs stressants restent présents. L’exposition boucle la boucle et représente un moment de construction collective (14) qui demande à chacun d’assumer des responsabilités pour tous.

5.10. La posture soignante en tant qu'art-thérapeute

L'Art-thérapie n'est pas une technique, en tant que métier paramédical, c'est une rencontre entre être humains. Le patient et l'art-thérapeute arrivent chacun avec ses sentiments et ses attentes. Pour assurer le bon déroulement de l'accompagnement art-thérapeutique des populations en demande d'asile, le professionnel doit garder présents dans sa pratique les éléments suivants :

- La posture en tant que professionnel de soin dans un espace de confiance.
Le cadre des séances d'Art-thérapie est un espace d'ouverture et d'expression où la personne renoue des liens. La situation et les conditions de « non-accueil » ne suscitent pas la parole, au contraire elles font taire.
- Une éthique et une responsabilité professionnelles.
L'art-thérapeute répond à une attente sociale et surtout individuelle, quelles que soient la personne devant laquelle il se trouve et ses origines.
- Être conscient de la singularité de chaque situation.
L'histoire de la personne dépasse le contexte de l'exil ou de la situation sociale.
- Une écoute bienveillante et ouverte, sans interprétation ni jugement.
Ceci permettra à la personne de se libérer vers le processus créatif pour s'exprimer ou laisser ses émotions se manifester. Le professionnel doit être disponible, prêt à accepter les confidences en respectant l'intimité de l'autre et assurer le maintien d'une relation de soin. Donner au demandeur d'asile l'accès à ses droits signifie aussi faire la place et respecter sa parole et ses récits. Les médiums mis à disposition peuvent être porteurs de ces récits.
- Maintenir la capacité de réflexion et de critique sur sa propre pratique comme sur la réalité sociale ou politique.
- La préparation à la séparation doit être faite depuis le début de la prise en soin. L'incertitude plane en permanence sur les situations précaires des personnes prises en charge, une réponse négative ou un départ forcé peuvent arriver à tout moment. Cela ne doit pas devenir une nouvelle source de souffrance.
- L'expérience montre l'intérêt de proposer plusieurs techniques artistiques. Le professionnel en Art-thérapie peut en connaître plusieurs et il lui faudra se former en permanence, pratiquer, apprendre des approches différentes. D'autres techniques pourront venir s'ajouter en tant que supports au processus.
- L'évaluation en Art-thérapie est nécessaire et doit être rigoureuse, sans que cette démarche scientifique ne bloque la créativité même du professionnel. Pouvoir évaluer la

qualité du soin, les résultats et les pratiques permettra à l'Art-thérapie de trouver sa place et la reconnaissance dans la société et le milieu professionnel.

- Le maintien des compétences thérapeutiques demande que la formation continue rentre dans le parcours de l'art-thérapeute, comme dans tout métier médical ou paramédical.
- Le développement du processus créatif de l'art-thérapeute doit être maintenu actif et rendu conscient.

VI – CONCLUSION

L'exil est un départ sans retour. L'accueil au pays d'arrivée marque la base sur laquelle le demandeur d'asile va construire sa nouvelle vie et sa nouvelle identité. Il s'agit pour lui d'une période d'incertitude et de souffrances et les caractéristiques de cet accueil vont modifier sa qualité de vie et sa santé.

Après trois mois de séances, de rencontres et d'échanges, de découvertes et de créations, l'Art-thérapie a trouvé une place et une justification dans la structure et dans le processus vécu par les femmes en demande d'asile en procédure Dublin à La Pierre Blanche.

L'accompagnement proposé, dans un cadre de bienveillance, de confiance et de confidentialité, a permis aux femmes de s'exprimer et d'éprouver des plaisirs auxquels elles ne pensaient pas avoir accès dans leurs conditions de vie si précaire. L'immigré est généralement perçu comme un homme célibataire, les femmes sont "sans image", elles sont femmes et étrangères. Il faut encourager la reconnaissance de leurs talents, de leur créativité et de leur volonté d'investissement ⁽²⁴⁾.

La pratique généralement admise est d'essayer d'identifier les personnes les plus vulnérables pour les traiter en priorité. Une sorte de discrimination positive, qui dans un contexte de manque de moyens et de ressources a pour conséquence de laisser à l'écart les population « moins vulnérables », qui sont parfois aussi en souffrance et ont besoin de soin, mais ne l'expriment pas spontanément ou de façon aisément identifiable et pour toutes sortes de raisons.

Il faut être attentifs à garantir à ces personnes un espace de reconnaissance de leur souffrance et les accompagner pour bien vivre, non seulement pour survivre mais aussi pour retrouver leur dignité ⁽³⁰⁾.

Dans cette expérience, la démarche et l'aboutissement par une exposition les ont mises en valeur. Ils leur ont fait percevoir la reconnaissance de leurs compétences et des possibilités d'expression variées.

Devant l'impossibilité pour chacune de conserver ses œuvres, elles ont choisi de les offrir ou de les laisser sur le lieu de l'exposition, ce qui contribue au processus de libération qu'elles recherchent.

L'expérience a rencontré des difficultés liées au cadre et à la précarité générale de la situation, mais elle peut être renouvelée.

Dans la prise en soin art-thérapeutique, il faut tenir compte des conditions socio-économiques et juridiques dans lesquelles les personnes se trouvent, de leur diversité et de la richesse des apports individuels, ainsi que des facteurs culturels, sans pour cela les enfermer dans des représentations ni idées préconçues.

Les séances d'Art-thérapie ont aidé à soulager la souffrance infligée par « l'accueil » qui leur est réservé par les autorités et l'administration. Le professionnel de santé reste cependant impuissant devant les aléas de la situation juridique de ces personnes.

L'expérience a permis aux personnes engagées dans l'accompagnement des demandeurs d'asile de découvrir d'autres champs d'action et la complémentarité des interventions.

L'art n'a pas de frontières et offre un terrain de dialogue qui dépasse les limites du langage oral. Il capte facilement l'attention dans tous les contextes et facilite l'implication dans des projets innovants. C'est un vecteur d'expérimentation collective et de développement personnel qui renforce l'estime de soi. L'art et le processus créatif sont des outils que les services de soins doivent s'approprier, et peuvent faire l'objet de recherches en vue d'un meilleur bien-être des personnes en souffrance psychique.

Pour conclure avec les mots de Pierre Changeux :

« Une meilleure connaissance de l'homme et de l'humanité permet de valoriser la diversité des expériences personnelles, la richesse des différentes cultures, la multiplicité de leurs conceptions du monde, ... pour favoriser la tolérance, le respect mutuel sur la base d'une reconnaissance d'autrui comme un autre soi-même appartenant à une même espèce sociale issue de l'évolution des espèces. ... Compte tenu de nos dispositions cérébrales, cela ne se fera sans effort et sera toujours une responsabilité difficile : ... **il nous revient d'inciter sans relâche le cerveau des hommes à inventer un futur qui permette à l'humanité d'accéder à une vie plus solidaire et plus heureuse pour et avec chacun d'entre nous** »⁽⁸⁾.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 ANDRE Christophe, *Imparfais, libres et heureux*, ed. Odile Jacob, Paris, 2009
- 2 BAROU Jacques, *Demandeurs d'asile et réfugiés. Entre désir d'oubli et reconquête mémorielle du pays*, *Ethnologie française*, 2013/1 (vol43), p.11-18
- 3 BAUBET Thierry, MORO Marie Rose, *Psychopathologie transculturelle*, ed. Elsevier Masson, 2013
- 4 BOUVARD M.,COTTARD J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, Ed. Masson, 2002
- 5 BRUN Anne, *Repères pour une évaluation de la créativité*, *Gérontologie et société*, 2011/2 (vol.34/n°137), p.49-65
- 6 BRUN Michaël et al., *Atelier thérapeutique argile. Création, destruction et trace*, in *Cliniques* 2011/1 (N° 1), p. 158-174.
- 7 CENTRE PRIMO LEVI, *Rapport d'activité 2015*, Paris
- 8 CHANGEUX Jean Pierre, *La beauté dans le cerveau*, Ed. Odile Jacob, 2016
- 8 ' CHANGEUX Jean-Pierre, *Du vrai, du beau, du bien, Une nouvelle approche neuronale*, Ed. Odile Jacob, 2010
- 9 COMEDE, *Soins et accompagnement : Migrants/étrangers en situation précaire. Guide pratique pour les professionnels*, ed. Comede, Paris, 2015
- 10 DERDERIAN Claudia, GOGUIKIAN Betty, *Traumatisme psychique chez des femmes en exil:un dispositif de soin groupal*, in *L'Autre* 2011/3 (vol.12), p.327-340
- 11 DUBOIS Anne-Marie, *Art-Thérapie, Principes et outils pratiques*, Ed. Elsevier Masson, Paris,2013
- 12 D'HALLUIN Estelle, *La santé mentale des demandeurs d'asile, Santé et droits des étrangers: réalités et enjeux*, in *Hommes et migrations*, 1282/ novembre 2009
- 13 DSM-5, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association 2013, traduction française 2015.
- 14 ESNEAULT Marie-Thérèse, *Les murs et les rues ont des oreilles*, ed. Quintessence, 2008
- 15 FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art thérapie*, ed. Favre, Lausanne 2012
- 16 GUÉRIN, Michel. *Qu'est-ce qu'un médium artistique? Intention et condition*, in *Appareil*, 2016, no 17, p.1-14
- 17 HAMEL Johanne, LABRECHE Jocelyne, *Découvrir l'Art Thérapie, Des mots sur les maux*, Larousse, Paris, 2010

- 18 JACQUES Alexia, LEFEVRE Alex, *La création artistique, un en-deçà du désir*, in Cahiers de psychologie clinique 2005/1 (n°24), p.187-213
- 19 LACROIX-SADARRET Sandrine, *Adaptation psychologique post-migratoire des demandeurs d'asile dans un contexte politique défavorable : perspectives d'intervention*, Thèse pour Master Degree, School of Social Work, Faculty of Arts, McGill University, Février 2014
- 20 La Pierre Blanche , *Rapport d'Activités* , 2015, 2016
- 21 MORIN Edgar, *Sur l'esthétique*, Robert Laffont, Paris, 2016
- 22 MOUCHENIK Yoram, BAUBET Thierry, MORO Marie Rose, *Manuel des psychotraumatismes, cliniques et recherches contemporaines*, ed. La Pensée Sauvage, 2012
- 23 PESTRE Elise, *La vie psychique des réfugiés*, ed. Payot, Paris, 2014
- 24 POINSOT Marie, *La reconnaissance des talents des femmes, de leur créativité et de leur leadership*, in Hommes et migrations, 2015/3 (n°1311), p.42-44
- 25 PROCTOR R. & BURNETT P. *The creativity checklist: An instrument to measure cognitive and dispositional characteristics of creativity in elementary students*, in Creativity Research Journal, 2004, 16(4), 421-426
- 26 RIBEYROLLES Amandine, LEFEVRE Alex, *L'atelier céramique, comme lieu de remodelage des traumatismes et de l'histoire individuelle et familiale*, in Cahiers de psychologie clinique 2010/1 (n° 34), p. 91-117.
- 27 SALMONA Laure, *L'Europe, une zone de non droits pour les réfugiés*, rapport de mission, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, septembre 2015
- 28 THIOLLET Hélène, *Migrants et migrations*, ed. Armand Colin, 2016
- 29 TODD Lubart, MOUCHIROUD Christophe, *Psychologie de la créativité*, Ed. Armand Colin, 2015
- 30 VIANNA Pedro, *Réfugiés et migrants économiques, entre confusion, oubli et hypocrisie*, in Migrations Société, 2015/5 (n°161), p.3-10
- 31 WELSH Geneviève, *Plaidoyer pour la conduite de la psychothérapie de groupe avec les réfugiés*, in Connections, 2015/2, p.87-102
- 32 WINNICOTT, D.W., *Jeu et réalité*, ed. Gallimard, 1971

MEMOIRES

- 33 BOUIN Clémentine, *Une expérience d'art-thérapie à dominante musique auprès de femmes en situation de demande d'asile souffrant d'une perte de bien-être social*, Mémoire de fin d'études de Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la Faculté de médecine de Tours, 2014
- 34 FERNANDES Coralie, *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès de personnes en demande d'asile, favorise l'expression des traumatismes liés à l'exil*, Mémoire de fin d'études de Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la Faculté de médecine de Tours, 2013
- 35 GALLAIS Véronique, *Une expérience d'Art-thérapie par les arts plastiques dans une structure accompagnant des migrants*, Mémoire de fin d'études de Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la Faculté de médecine de Poitiers, 2014

WEBOGRAPHIE:

- 36 <http://art-therapie-poitiers.fr/mecanisme-creation-artistique/>
- 37 <https://www.easo.europa.eu/sites/default/files/public/Dublin-FR.pdf>
- 38 <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Donnees-statistiques/Donnees-de-l-immigration-de-l-asile-et-de-l-acces-a-la-nationalite-francaise>
- 39 <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>
- 40 <https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/mise-en-oeuvre-de-la-loi-asile>
- 41 <http://www.primolevi.org/wp-content/uploads/2016/11/Persécutés-au-pays-déboutés-en-France-WEB.pdf>
- 42 https://www.psychanalyse.com/pdf/psychologie_14_BESOINS_FONDAMENTAUX_VIRGINIA_HENDERSON.pdf
- 43 <http://www.tarn.gouv.fr/acces-au-travail-du-demandeur-d-asile-a2756.html#F2741>
- 44 <http://www.unhcr.org/globaltrends2016/>
- 45 http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

GLOSSAIRE

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

ADOMA : (du latin « ad » : vers et « dom » : maison) Créé en 2007, Société d'économie mixte française dont le capital est détenu par des acteurs publics, chargée de construire et gérer un grand nombre d'habitats à vocation sociale (Foyers de travailleurs migrants, centres d'hébergement, centres d'accueil de demandeurs d'asile, aires d'accueil de gens du voyage, etc...). Ancien SONACOTRA.

CADA : les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile offrent aux demandeurs d'asile un lieu d'accueil pour toute la durée de l'étude de leur dossier de demande de statut de réfugié. Cet accueil prévoit leur hébergement, ainsi qu'un suivi administratif (accompagnement de la procédure de demande d'asile), un suivi social (accès aux soins, scolarisation des enfants, etc...) et une aide financière alimentaire. Les CADA sont en général gérés par des associations ou des entreprises.

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile, il régit entre autres le droit d'asile

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile, est la juridiction d'appel depuis janvier 2004

Demandeur d'asile : Personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951, personne qui dit être un(e) réfugié(e) mais dont la demande est encore en cours d'examen.

Deuil : Le deuil est la perte d'une personne, d'un objet, d'une valeur ou d'un changement dans l'état de santé, auquel la personne est fortement attachée. Le deuil est un stresser psychosocial sévère qui peut précipiter un épisode dépressif, la dépression liée au deuil survient plus fréquemment chez des personnes ayant des facteurs de risque pour la dépression. Chaque rupture met en place un processus d'oubli : le travail de deuil. Celui-ci provoque des réactions physiques, psychologiques, affectives, comportementales et sociales.

DSM-5 : Cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* , publié en 2013 par l'*American Psychiatric Association* (APA). Le manuel propose une classification des troubles mentaux. Pour chaque trouble, sont décrits les caractéristiques diagnostiques, la prévalence, le développement et l'évolution, les facteurs de risque et pronostiques, les questions diagnostiques liées à la culture ou au genre, le retentissement fonctionnel, le diagnostic différentiel et la comorbidité.

EURODAC : Unité centrale, gérée par la Commission Européenne et créée en 2000, centralise, recense et compare les empreintes digitales des demandeurs d'asile, des étrangers interpellés lors du franchissement irrégulier des frontières et des étrangers en situation irrégulière sur le territoire d'un État membre.

HCR : Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés

Migrant : Personne choisissant de quitter son pays non pas en raison d'une menace directe de persécution ou de mort, mais surtout afin d'améliorer sa vie en trouvant du travail, et dans certains cas pour des motifs d'éducation, de regroupement familial ou pour d'autres raisons. S'ils choisissent de rentrer chez eux, ils continueront de recevoir la protection de leur gouvernement.

OFII : Office Français d'Immigration et d'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. Organisme créé en 1952, sous tutelle du Ministère de l'Intérieur depuis 2007, seul compétent pour se prononcer en toute indépendance sur les demandes d'asile. Il doit assurer la protection administrative des réfugiés et instruire les demandes d'asile.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé, institution spécialisée des Nations Unies pour la santé

Procédure Dublin : Le règlement communautaire N° 604/2013 (appelé Dublin III) prévoit que les demandeurs d'asile n'ont pas le choix du pays qui va traiter leur demande d'asile. Dans l'Union européenne, l'État responsable de l'entrée régulière ou irrégulière du demandeur d'asile doit se charger de l'examen de sa demande. Le contrôle se base sur « Eurodac », la base de données des empreintes digitales de tous les demandeurs d'asile.

Réfugié : Un réfugié est une personne incapable de retourner dans son pays d'origine et forcée de résider ailleurs que dans ce dernier. Au sens juridique, une personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordée par l'OFPRA ou la CNDA.

Symbolisation : Action de subjectiver, rendre le vécu subjectif et le re-présenter à nouveau par une autre forme.

Trouble de stress post-traumatique : Etat se caractérisant par le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement traumatique dans un contexte de mort, de menaces de mort, de blessures graves ou d'agression sexuelle. Lorsque l'individu vit, est témoin ou est confronté indirectement à l'événement traumatisant, il peut éprouver une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Par la suite, un ensemble de symptômes et de comportements spécifiques peuvent apparaître, comme par exemple des reviviscences, de l'évitement, des altérations cognitives et émotionnelles et l'hyper-activation du système nerveux.

Vulnérabilité : Situation d'une personne ayant des besoins particuliers en matière de procédure ou d'accueil. L'identification d'une vulnérabilité, désormais prévue par l'article L.723-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, est opérée à l'OFII. Une identification des besoins particuliers des personnes vulnérables permettra d'orienter rapidement les personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique vers une prise en charge psychologique.

ANNEXE 1 : LA DEMANDE D'ASILE EN FRANCE

Procédure normale : Le demandeur d'asile à son arrivée en France se dirige auprès des Plateformes d'Accueil des Demandeurs d'Asile. Elles le renseignent sur le formulaire à remplir, recueillent les données sur l'état civil et le trajet parcouru et donnent un premier rendez-vous.

Dans un délai de 3 jours ouvrés la personne doit se présenter devant des agents de la Préfecture et des agents de l'OFII qui relèvent ses empreintes et vérifient sur le fichier EURODAC* si elles sont déjà enregistrées. La Préfecture délivre une « Attestation de demande d'asile » valide un mois et remet le formulaire à remplir et adresser à l'OFPRA dans les 21 jours qui suivent.

L'OFII évalue la « vulnérabilité* » du demandeur pour identifier ses besoins particuliers et oriente la personne vers un Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA*) ou un lieu d'hébergement d'urgence stable (ex. ADOMA*). Aujourd'hui, il n'y a pas assez de place pour les accueillir tous et beaucoup déambulent et dorment dans la rue ou squattent des lieux abandonnés. L'Office leur ouvre aussi les droits à l'Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA). La première attestation est renouvelable pour des durées de 3 à 9 mois jusqu'à la fin de la procédure.

Le dossier OFPRA comprend entre autres tous les documents permettant de prouver les persécutions subies, et les originaux des documents du voyage quand ils existent.

A partir de ce moment, la personne attend avec impatience la convocation pour l'entretien, et doit être très attentive à son courrier pour ne pas rater cette date déterminante dans la décision. L'OFPRA statue dans un délai d'environ 6 mois et notifie sa décision par lettre recommandée. En cas de rejet, il est possible d'engager un recours devant la Cour Nationale du Droit d'Asile dans le mois qui suit.

Procédure Dublin : Le règlement communautaire N° 604/2013 (appelé Dublin III) prévoit que les demandeurs d'asile n'ont pas le choix du pays qui va traiter leur demande d'asile. Dans l'Union Européenne, l'Etat responsable de l'entrée régulière ou irrégulière du demandeur d'asile doit se charger de l'examen de sa demande. Le contrôle est effectué en utilisant Eurodac, la base de données des empreintes digitales de tous les demandeurs d'asile.

Si la préfecture considère que la demande d'asile doit être étudiée par un autre pays, elle délivre une attestation « Procédure Dublin ». La France dispose alors d'un délai de 3 mois pour saisir le pays européen responsable. L'État sollicité doit répondre dans les 15 jours qui suivent, au-delà il y a accord implicite de prise en charge par ce pays et l'intéressé ne peut pas déposer sa demande en France.

Dans ce cas la Préfecture dispose de 6 mois pour procéder à la remise effective de la personne au pays responsable, une prolongation de cette durée est possible en cas d'emprisonnement ou de fuite (12 ou 18 mois). Si la personne n'a pas été remise au pays responsable à l'issue de ce délai, alors la demande d'asile incombe à la France.

Droits des demandeurs d'asile

Droits en Procédure normale

Le demandeur d'asile bénéficie du droit au maintien sur le territoire, d'une aide financière dont le montant varie selon la composition familiale et le mode d'hébergement (sans aucun droit au choix du lieu), d'un accompagnement adapté permettant l'apprentissage renforcé du français, d'accès aux soins par la Couverture Maladie Universelle et pour les mineurs d'un accès à la scolarité.

Depuis 1992, le demandeur d'asile n'a pas accès au travail avant que ne soit écoulé un an depuis le début de sa procédure de demande. Mais au regard du marché du travail, même après ce délai l'accès en reste très difficile, et la majorité connaissent de longues périodes d'oisiveté et de précarité forcées.

L'AME donne droit à une réduction dans les transports dans les grandes agglomérations.

Droits en Procédure Dublin

Les personnes en procédure Dublin ont théoriquement les mêmes droits de base que les autres demandeurs d'asile, mais dans la réalité ils doivent attendre plusieurs mois pour rentrer dans le parcours normal. L'accès aux soins est précaire. Ces personnes n'ont pas droit à une place dans un centre d'hébergement pour demandeurs d'asile.

L'accès aux soins

L'accès aux soins des plus démunis est possible sans besoin d'avance de frais mais seulement pour le dépistage, la prévention et les premiers soins.

Les demandeurs d'asile sont éligibles à l'assurance maladie sans conditions d'ancienneté de présence en France (CMU).

L'Aide Médicale d'État (AME) est une protection de base réservée aux étrangers sans ressources, en séjour irrégulier ou en procédure Dublin, qui exige, sauf en cas d'urgence, trois mois de présence sur le territoire. L'ouverture des droits doit précéder les soins, et seulement une couverture complémentaire permet la continuité des ceux-ci. Les délais pour l'accès aux droits sont longs, le renouvellement des documents doit être entrepris plusieurs mois à l'avance et l'ensemble s'avère compliqué.

Pour lutter contre l'exclusion, la loi demande la mise en place de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans les établissements hospitaliers publics et privés, accessibles avant trois mois de séjour en France.

Un Dispositif de Soins Urgents et Vitaux (DSUV) a également été créé, sans conditions de ressources mais ne garantissant pas la continuité des soins.

Centres d'intérêts / Pratiques artistiques

- Ressources / Obstacles (observés ou décrits par la personne)
-

Projets

Participation aux activités de la PB :

Synthèse de l'Etat de Base :

Objectifs Art-Thérapeutiques

ANNEXE 3 : FICHE D'OBSERVATION

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Séance n° ...

Date : Durée de la séance ...

Nom, Prénom :

Indications de prise en soin :

Objectifs Art-Thérapeutiques :

Objectifs de la séance :

Consignes :

Éléments nouveaux depuis la séance antérieure :

Observations particulières pendant la séance :

Commentaires / Ressenti / Évaluation :

Bilan / Modifications à apporter :

ANNEXE 4 : GRILLE D'EVALUATION

Exemple de Grille d'évaluation

Cotation des items : 1-Pas du tout/Jamais 2-Un peu/occasionnellement 3-Moyennement/de temps en temps 4- Assez/souvent 5-Beaucoup/toujours

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15	S 16	S 17	S 18	S 19	S 20	S 21	S 22	S 23	EXPO
Objectif 1 : Renforcer l'estime de soi en stimulant le processus créatif																								
Exprime ses propres pensées ou idées (originales)																								
Manifeste envie d'expérimenter (médiums et activités)																								
Cherche des informations, essaie d'en savoir plus																								
Cherche à trouver une solution aux problèmes																								
Manifeste du plaisir pendant l'activité																								
Manifeste de la satisfaction face aux résultats																								
Objectif 2 : Stimuler la recherche de ressources propres pour trouver des activités qui procurent de la satisfaction																								
Arrive à la séance à l'heure et avec enthousiasme																								
S'implique dans l'atelier de façon active																								
Signale ses intentions spontanément																								
S'approprie les médiums proposés et joue avec																								
Se concentre pendant l'activité																								
Travaille de façon autonome																								
Prend conscience de ses capacités à travers l'activité																								
Objectif 3 : Stimuler/faciliter la construction de projets (en groupe ou individuels)																								
Manifeste des intentions de projets pour l'avenir																								
Propose des idées pour le groupe																								
Prépare et met en œuvre ses idées à travers plusieurs étapes																								
Objectif 4 : Contribuer à soulager la souffrance psychique liée aux conditions de demandeurs d'asile en procédure Dublin																								
Manifeste des sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse																								
Manifeste de signes de tristesse (expression, voix, attitude)																								
Manifeste apathie/indécision/hésitations																								
Manifeste de l'anxiété/irritabilité/agitation																								
Se plaint de problèmes physiques ou douleur																								
Se dévalorise par rapport à l'activité ou aux autres																								
Se décourage rapidement devant les consignes ou l'activité																								
Objectif 5 : Faciliter le partage et le lien social																								
Entre en relation avec les autres, échange, écoute																								
Entre en relation avec l'art thérapeute, échange, écoute																								
Établit des échanges cordiaux/chaleureux avec les autres membres du groupe est cordial																								
Établit échanges cordiaux/chaleureux avec l'art thérapeute																								
Participe aux activités proposées par le groupe																								
Manifeste de l'intérêt pour les autres personnes et leurs productions pendant la séance																								
Manifeste envie de continuer le travail en groupe																								
Objectif 6 : Faciliter l'expression dans un cadre de confiance, avec des moyens accessibles et différents du langage verbal																								
Manifeste une attitude détendue et de confiance																								
Manifeste ses états affectifs spontanément																								
Exprime ses propres idées à travers le médium et l'activité proposée																								
Évoque son passé ou des éléments de son histoire à travers les activités et les productions																								

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie
présenté en 2017 par Maria Labbé

UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE AVEC ATELIER TERRE AUPRÈS D'UN GROUPE DE FEMMES EN DEMANDE D'ASILE EN PROCÉDURE DUBLIN

Résumé : Le travail réalisé au sein d'une structure associative d'accueil de demandeurs d'asile se propose d'observer les effets de l'activité art-thérapeutique avec « atelier terre » auprès d'un groupe de femmes en demande d'asile en procédure Dublin.

Tout d'abord, le processus de demande d'asile est présenté, et il est mis en évidence que les difficultés rencontrées à l'arrivée par les demandeurs ont un impact sur le plan psychique et sur l'adaptation dans la société d'accueil.

Après une introduction des tableaux symptomatologiques psychiques perçus ou décrits par les accompagnateurs de ces femmes, l'Art-thérapie et son mécanisme d'action sont présentés. Le lieu d'accueil et son fonctionnement, le protocole de l'expérience et son déroulement pendant les trois mois d'intervention sont décrits, ainsi que l'analyse de deux études de cas individuels.

Enfin, une discussion propose une réflexion sur les différents éléments et enjeux mis en évidence lors de cette expérience.

Mots clés : Art-thérapie, demandeur d'asile, procédure Dublin, processus créatif, atelier terre,

----- o -----

AN ART-THERAPY EXPERIENCE WITH POTTERY WORKSHOP ON A GROUP OF WOMEN SEEKING ASYLUM UNDER DUBLIN REGULATION

Summary : This project, which took place at an association for people seeking asylum, observed the effects of art-therapeutic activity through a pottery workshop on a group of women seeking asylum under Dublin regulation.

First of all, the application process for asylum seekers is presented. It is then outlined how the difficulties that these women are experiencing in this process have impact at psychic level and in the adaptation to their new country.

Following an introduction of the psychological symptoms, as they have been observed or described by the volunteers working with these women, Art-therapy and its methods are presented.

The center where the activity took place and its operation, the experience and the way it proceeded during three months of intervention are described, as well as the analysis of two individual cases.

Finally, a discussion is proposed to reflect on the various elements and aspects that became evident during this experience.

Key words : Art-therapy, asylum seekers, Dublin regulation, creative process, pottery workshop