

L'intégration du mouvement à l'art-thérapie
auprès d'enfants atteints du cancer : Une étude théorique

Stéphanie Pichette Pédemay

Un travail de recherche

présenté

au

Département des thérapies par les arts

comme exigence partielle en vue de l'obtention
du grade de Maîtrise ès arts (M.A.)
Université Concordia
Montréal, Québec, Canada

Septembre 2009

©Stéphanie Pichette Pédemay, 2009



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-63135-5
Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-63135-5

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Abstract

*L'intégration du mouvement à l'art-thérapie
auprès d'enfants atteints du cancer : Une étude théorique*

Stéphanie Pichette Pédemay

Le traitement du cancer chez les enfants a beaucoup progressé et le taux de guérison a considérablement augmenté au cours des trente dernières années. Cependant, les enfants en meurent encore et souffrent d'effets secondaires qui affectent grandement leur qualité de vie (Councill, 1999). Ainsi, l'attention se dirige de manière plus soutenue aujourd'hui sur les conséquences psychosociales des traitements réussis et de la survie subséquente (Zebrack & Chelsey, 2002; Mulhern et coll., 1989). Certaines disciplines du domaine de la santé consacrent un effort constant au soulagement des symptômes du cancer, en orientant leur travail sur le lien corps/esprit qui est souvent affecté par la maladie. Selon plusieurs auteurs, l'art-thérapie peut faciliter le rétablissement de ce lien en intégrant la dimension psychosomatique et le mouvement à son intervention (Caldwell, 1996; Cane, 1983; Councill, 2003; Ganim, 1999; Goodill, 2005; Malchiodi, 1999a; McNiff, 1981; Ott, 2006; Whitaker, 2004). La présente recherche est théorique et porte sur l'intégration du mouvement corporel à l'art-thérapie dans le but de favoriser le mieux-être d'enfants atteints de cancer. Malgré le nombre restreint d'études cliniques dans le domaine, cette recherche permet de confirmer l'hypothèse selon laquelle l'intégration du mouvement à l'art-thérapie est une combinaison bénéfique pour les enfants atteints de cancer afin de palier aux effets négatifs causés par cette terrible maladie.

Remerciements

L'auteur exprime toute sa reconnaissance à Mme Josée Leclerc, PhD, ATR-BC, ATPQ, professeure au Département des Thérapies par les Arts de l'Université Concordia, qui a été la conseillère de ce travail de recherche et qui a eu la gentillesse de faire bénéficier de sa précieuse expérience. L'auteur remercie également tous les professeurs du Département des Thérapies par les Arts, notamment Mme Denise Tanguay, MA, MA, ATR et Mme Suzanne Lister, PhD, ATR, OATR, CACPT, qui ont été une source d'inspiration et d'admiration tout au long du programme de Maîtrise en Art-thérapie.

L'auteur tient aussi à exprimer sa reconnaissance envers les personnes qui ont si judicieusement supervisé son stage dans leur institution, soit M. Maurice Brault, art-thérapeute et fondateur de l'Atelier d'Art-Thérapie -- Maurice Brault à la Fondation québécoise du cancer, Mme Michèle Viau-Chagnon, fondatrice du Phare, Enfants et Familles, ainsi que M. Yvon Lamy, art-thérapeute et co-fondateur du Centre d'apprentissage Parallèle de Montréal.

Sur une note personnelle, l'auteur remercie chaleureusement ses parents, Michèle Pédemay et Guy Pichette, qui ont contribué à leur façon à la réalisation de ce travail. L'auteur reconnaît également l'immense appui de ses frères, de ses amies et tout particulièrement du soutien constant de son compagnon de vie tout au long de cette démarche. Finalement, l'auteur désire souligner le support inestimable de feu sa marraine Monique Morneault à la réalisation de ce projet, tel un dessein de vie.

*À la mémoire toujours aussi vibrante de Monique, ma marraine,
cette femme exceptionnelle*

Table des matières

Introduction.....	1
Oncologie pédiatrique: incidences physiques, émotionnelles et sociales.....	3
<i>Qualité de vie et conséquences du cancer</i>	4
<i>Dimension physique</i>	6
<i>Dimension émotionnelle</i>	7
<i>Dimension sociale</i>	10
Art-thérapie et oncologie pédiatrique.....	12
<i>Définition de l'art-thérapie</i>	12
<i>Utilité de l'art-thérapie</i>	14
<i>Études cliniques en art-thérapie</i>	17
Mouvement en thérapie.....	22
<i>Définition de la danse-mouvement thérapie</i>	22
<i>Utilité de la danse-mouvement thérapie</i>	25
<i>Études cliniques en danse-mouvement thérapie</i>	29
Intégration du mouvement en art-thérapie.....	33
<i>Lien corps/esprit</i>	33
<i>Combinaison d'approches art-thérapeutiques</i>	35
<i>Bienfondé de l'intégration de l'art-thérapie et de la danse-mouvement thérapie</i> ..	38
Conclusion.....	45
Bibliographie.....	48

Introduction

Le cancer a généralement des effets dévastateurs sur la vie des gens sur qui il s'abat. Ses effets semblent encore plus dévastateurs chez les enfants qui en sont atteints (Councill, 2003). Depuis l'accroissement considérable du taux de survie grâce aux avancées médicales en oncologie, plusieurs disciplines du domaine de la santé portent actuellement un effort constant au soulagement des symptômes du cancer et des effets négatifs de ses traitements, bref à l'amélioration de la qualité de vie. La qualité de vie comprend trois dimensions : la dimension physique, la dimension émotionnelle et la dimension sociale (Nuss et Wilson, 2007).

Certaines de ces disciplines orientent leur travail sur le lien corps/esprit qui est parfois affecté par la maladie. Selon plusieurs auteurs, l'art-thérapie peut faciliter le rétablissement de ce lien en misant sur la dimension psychosomatique dans son intervention (Councill, 2003; Ganim, 1999; Malchiodi, 1999a; Ott, 2006). En effet, selon Malchiodi (2002), la créativité est très fortement liée à la santé et au bien-être, il en sera abondamment question dans la présente recherche. De plus, l'art-thérapie peut offrir aux patients une relaxation physique (Chopra, 1993, cité dans Malchiodi, 1999a), ainsi qu'une libération de leurs émotions profondes (Malchiodi, 2005).

Le mouvement semble également avoir un effet positif sur la dimension corps/esprit (Caldwell, 1996; Cane, 1983; Goodill, 2005; McNiff, 1981; Whitaker, 2004). Selon plusieurs praticiens dans le domaine (Caldwell; Jones, 2005; Loman, 2005), la danse-mouvement thérapie permet de réunifier le corps et l'esprit et favorise la santé et le

bien-être de la personne. En outre, cette approche fonctionne particulièrement bien auprès des enfants (Loman).

La présente recherche est théorique et porte sur l'intégration du mouvement corporel à l'art-thérapie, afin de favoriser le mieux-être d'enfants atteints de cancer. Les incidences physiques, émotionnelles et sociales du cancer sur la qualité de vie des enfants feront l'objet du premier chapitre. Le deuxième chapitre fera état des écrits portant sur l'utilité de l'art-thérapie auprès de cette population. Puis, dans le troisième chapitre, la danse-mouvement thérapie sera décrite de façon à mieux comprendre la pertinence de cette approche en oncologie pédiatrique. Enfin, dans le quatrième chapitre, la comparaison des avantages communs et distincts de ces deux approches permet de confirmer l'hypothèse selon laquelle l'intégration du mouvement à l'art-thérapie est une combinaison bénéfique pour les enfants atteints de cancer.

Chapitre 1

Oncologie pédiatrique : incidences physiques, émotionnelles et sociales

Le cancer n'agit pas chez les enfants comme chez les adultes. En effet, il n'est pas localisé dans les mêmes organes ou parties du corps, et son incidence tout comme ses traitements sont différents (Fondation des Gouverneurs de l'Espoir, 2007; Serota & Meadows, 1984). Le cancer chez l'enfant répond beaucoup mieux aux traitements médicamenteux, mais il a tendance à se propager plus rapidement (Bach, 1990; Serota & Meadows). Le traitement du cancer chez les enfants a beaucoup progressé et plus de 80 % de ceux qui en sont atteints ont de bonnes chances de survie (Fondation des Gouverneurs de l'Espoir). Cependant, les enfants en meurent encore et souffrent d'effets secondaires qui affectent grandement leur qualité de vie (Councill, 1999). Le taux de guérison a néanmoins considérablement augmenté au cours des trente dernières années, passant de 25 % avant 1970 à 75 % en 2003, atteignant même 90 % pour certaines pathologies (Zucker, 2002, cité dans Seigneur, 2004).

Les nouvelles réalités médicales relatives au taux de survie et de succès des traitements pour les enfants diagnostiqués font en sorte que l'attention se dirige de manière plus soutenue aujourd'hui sur les conséquences psychosociales des traitements réussis et de la survie subséquente (Zebrack & Chelsey, 2002; Mulhern et coll., 1989). De plus, Seigneur (2004) souligne qu'il existe des différences notables quant à la signification de la notion de guérison telle qu'interprétée par les différents protagonistes impliqués en oncologie pédiatrique, soit les professionnels, les enfants et les parents. L'auteur constate une différence entre, d'une part, la notion médicale de guérison et les

critères qui la définissent, et d'autre part, le sentiment de guérison tel qu'il est perçu par l'enfant et ses parents (Seigneur). Il est donc important de se pencher sur la signification de la qualité de vie pour ces enfants, ainsi que sur les incidences physiques, émotionnelles et sociales de la maladie.

Qualité de vie et conséquences du cancer

Les chercheurs ne s'entendent pas tous sur la définition de la qualité de vie liée à la santé, mais s'accordent généralement pour dire qu'il s'agit d'un concept multidimensionnel et individuel (Di Gallo et coll., 2007). La qualité de vie liée à la santé est d'abord conçue comme étant «un sentiment personnel de bien-être comportant des dimensions physique, psychologique, sociale, et spirituelle» (Ferrell, 1996, cité dans Nuss & Wilson, p. 107; la traduction est mienne). Elle est également définie de la manière suivante :

«Un sentiment général de bien-être basé sur plusieurs facteurs : être capable de participer aux activités quotidiennes, d'interagir avec les autres, de sentir qu'on prend soin de soi, de gérer des réactions physiques, émotionnelles et cognitives inconfortables et de trouver un sens à l'expérience de la maladie» (Hinds et coll., 2004, p. 767, cité dans Nuss & Wilson, p.114; la traduction est mienne).

Mulhern, Horowitz, Ochs, Friedman, Armstrong, Copeland et Kun (1989) soulignent le fait qu'il soit plus difficile d'évaluer la qualité de vie de l'enfant, étant donné qu'il faut à la fois prendre en compte le développement psychosocial et physique

normal de l'enfant, de même que les particularités de chaque individu. En effet, la perception de la qualité de vie ne peut être dissociée de la conception individuelle du bonheur, et des buts et des attentes personnels d'un individu. Il est également important d'évaluer l'état développemental de l'enfant sur les plans cognitif et émotionnel, compte tenu de son influence sur la perception de la qualité de vie (Di Gallo et coll., 2007).

Di Gallo Felder-Puig et Topf (2007) proposent quant à eux une définition de la qualité de vie qui semble faire l'unanimité; ils soutiennent que «la qualité de vie liée à la santé incorpore plusieurs aspects de la vie, les intègre dans un tout, et prend en considération les circonstances changeantes et les besoins en cours de développement» (Bradlyn et coll., 1995; Reaman & Haase, 1995; Smith et coll., 1999, cités dans Di Gallo et coll., p.600; la traduction est mienne).

Afin d'étudier la qualité de vie des enfants atteints du cancer, plusieurs études analysent la perception de cette qualité de vie tant auprès des parents qu'auprès de l'enfant lui-même (Nuss & Wilson, 2007; Di Gallo et coll., 2007). Il n'est pas rare de trouver des réponses différentes entre eux, comme le démontrent plusieurs études (Vance et coll., 2001; Di Gallo et coll., 2007; Loonen et coll., 2002). Di Gallo, Felder-Puig et Topf (2007) suggèrent de ne pas interpréter comme une faille du système les écarts de perception relatifs à la notion de qualité de vie liée à la santé entre l'enfant, les parents ou d'autres personnes entourant l'enfant (médecin, intervenant, etc.), mais plutôt comme une source d'information complémentaire. Une hypothèse est avancée selon laquelle ces différences de résultats proviennent du fait que les parents auraient tendance à considérer les effets à long terme de la maladie (problèmes à l'école, infertilité ou inhabiletés

permanentes, par exemple) plus fortement dans leur évaluation, alors que les enfants eux-mêmes se concentrent davantage sur les conséquences immédiates, comme s'ennuyer de leurs amis, ne pas pouvoir prendre part à des activités, etc. (Vance et coll., 2001).

La prochaine section sera spécifiquement consacrée aux conséquences de la maladie et de ses traitements tels que les ouvrages spécialisés en rendent compte. Cependant, pour les besoins du présent travail, l'accent sera mis principalement sur les aspects que les enfants eux-mêmes considèrent comme importants. Les conséquences du cancer chez les enfants seront envisagées selon les trois dimensions énumérées par Nuss et Wilson (2007), soit les dimensions physique, psychologique, et sociale.

Dimension physique

Du point de vue physique, les patients qui reçoivent des traitements de chimiothérapie présentent des symptômes de fatigue, d'anémie, d'insomnie, et de vulnérabilité aux infections. La fièvre, les nausées, les douleurs dans la bouche, et les ulcères dans la gorge sont d'autres éléments présents chez les patients atteints d'un cancer. Le vomissement retardé est un effet secondaire de la chimiothérapie potentiellement significatif et particulièrement inquiétant pour l'enfant, les parents, et les intervenants de la santé, étant donné que les enfants sont particulièrement vulnérables au déséquilibre des électrolytes, à la déshydratation, et à la perte de poids (Robinson & Carr, 2007). Par ailleurs, plus leur nutrition est mauvaise, plus grand est le risque d'être intolérant à davantage de chimiothérapie, de radiation, et de chirurgie. L'expérience du

vomissement engendre une détresse physique et émotionnelle chez l'enfant et ses parents, en plus d'affecter significativement les activités normales de l'enfant, ainsi que sa qualité de vie en général. En plus d'avoir d'importants effets physiques et émotionnels, le symptôme du vomissement s'ajoute aux autres facteurs stressants physiques que l'enfant expérimente, comme la fatigue, la perte de cheveux, et la douleur, compromettant ainsi grandement la qualité de vie du jeune malade (Robinson & Carr).

Nuss et Wilson (2007) font également état des problèmes reliés à la toxicité des organes atteints, à la croissance, au développement de la puberté, aux changements dans les habitudes de sommeil, ainsi qu'aux problèmes à long terme d'ordre médical ou encore, de fertilité. Mulhern, Horowitz, Ochs, Friedman, Armstrong, Copeland et Kun (1989) rajoutent à ces conséquences physiques, une gamme de problèmes somatiques chroniques, soit l'obésité, l'inhibition de la croissance linéaire, le mauvais fonctionnement cardiorespiratoire, et les tumeurs secondaires.

Dimension émotionnelle

Selon Council (2003), le diagnostic de maladie grave a des effets dévastateurs sur la vie et le bien-être d'un enfant et de celle de sa famille, notamment sur le sentiment de confiance et de bien-être de l'enfant. D'après cette auteure, les enfants atteints de maladie grave ont parfois tendance à ressentir de la culpabilité et à se blâmer pour ce qui leur arrive, et ce, dans le but inconscient de trouver une explication à leur situation. Certaines procédures médicales telles que la scanographie et la thérapie par la radiation sont

particulièrement stressantes pour les enfants (Mulhern et coll., 1989), car de telles procédures exercent des forces intangibles et invisibles et entraînent un sentiment d'isolement chez ces enfants (Councill). Par ailleurs, le choc du diagnostic, l'anxiété à propos de l'avenir, les horaires modifiés et comprimés (aller chez le médecin, manquer l'école, etc.), ainsi que l'absence de liberté et d'autonomie qui s'en suit, causent énormément de stress aux enfants atteints d'un cancer (O'Neill, 1989). Selon Golden (1984, cité dans Malchiodi, 1999b), le stress chez les enfants atteints de cancer provient de plusieurs sources, notamment le fait d'être séparé des parents lors de l'hospitalisation, la perte d'indépendance et de contrôle, la peur et l'anxiété reliée aux procédures médicales, et l'inquiétude à propos de la mort.

Nuss et Wilson (2007) ajoutent d'autres éléments à la liste des conséquences émotionnelles : la dépression, la peur de ne pouvoir participer aux activités habituelles, la peur d'une éventuelle rechute de la maladie, les problèmes scolaires, l'incapacité à se concentrer, la nécessité de devoir reprendre son année scolaire, et le retour à l'école à temps partiel ou même retardé. Mulhern, Horowitz, Ochs, Friedman, Armstrong, Copeland et Kun (1989), quant à eux, prennent en considération des éléments supplémentaires tels que l'altération de la faculté d'apprentissage, l'échec scolaire, les problèmes d'ajustement et de comportement reliés entre autres à la perte de cheveux et aux autres changements de l'image du corps.

Ainsi, en plus de manifester les mêmes peurs, joies, et espoirs que les autres enfants de leur âge, les enfants atteints d'un cancer ont des besoins émotionnels et psychologiques particuliers (Munger, 1989). Di Gallo Felder-Puig et Topf (2007) font

brièvement état des moyens d'adaptation qu'utilisent ces enfants. Ils affirment que les mécanismes de défense contre les sentiments insupportables que l'enfant malade éprouve lui permettent de survivre sur le plan psychique. La répression adaptative de ses sentiments favorise une meilleure tolérance aux frustrations qu'il éprouve (Bybee, Kramer, & Zigler, 1997), mais ce, au prix d'une perception réduite des signaux de stress psychique et physique, ainsi que la manifestation d'indifférence ou de rejet de l'aide qui lui est offerte par son entourage (Di Gallo et coll.).

Selon l'âge et le niveau développemental des enfants, ces derniers ne vivront pas l'expérience de la maladie et de l'hospitalisation de la même façon : «Les jeunes enfants sont à l'étape de maîtriser des tâches développementales concernant l'établissement de la confiance et, par la suite, de l'autonomie» (Prugh, 1983, cité dans Goodill, 2005, p. 110; la traduction est mienne). Subséquemment, ces jeunes enfants vont réagir à l'anxiété que cause la séparation d'une façon comportementale et émotionnelle. La séparation en soi peut avoir autant d'impact que les procédures médicales et la maladie. «Pour les enfants d'âge préscolaire, les réponses aux agents stressants et à la séparation causée par l'hospitalisation incluent des comportements de régression, ainsi qu'un processus séquentiel de protestation suivi de désespoir, puis de détachement» (Prugh, cité dans Goodill, p.110; la traduction est mienne). Quant aux enfants d'âge préscolaire plus âgés, qui «développent leur sens de l'initiative et perçoivent leur intégrité corporelle», ceux-ci peuvent vivre «la peur de la douleur et de la mutilation corporelle». Enfin, les enfants d'âge scolaire peuvent éprouver «la peur de la perte de contrôle et du dommage qui peut être fait à leur corps» (p.110; la traduction est mienne).

Ainsi, les évaluations et les services psychosociaux offerts aux enfants atteints de maladie physique grave doivent prendre en considération le niveau développemental et les caractéristiques individuelles de l'enfant, de même que le système dans lequel il vit (La Greca et Stone, 1985, cités dans Goodill, 2005). À cela s'ajoute la compréhension de la manière dont le fonctionnement développemental de l'enfant façonne son expérience de la maladie, de l'hospitalisation et du traitement.

Dimension sociale

Tout au long de l'enfance, la maturité sociale est un facteur à considérer dans l'adaptation de l'enfant à la maladie et à l'hospitalisation (Goodill, 2005). Ainsi, il est essentiel d'observer les influences de la maladie sur le développement social de l'enfant. Dans les années précédant l'entrée à l'école, la famille constitue l'univers social de l'enfant et la relation avec les parents est cruciale (La Greca et Stone, 1985, cités dans Goodill). En conséquence, la séparation liée à la maladie entraîne une problématique non seulement émotionnelle mais également sociale pour ces enfants. Les enfants d'âge scolaire gravement malades peuvent s'absenter de l'école pour une période de temps indéterminée et par le fait même, manquer l'opportunité de développer des amitiés, de vivre des expériences de groupe avec leurs pairs et d'acquérir les habilités sociales qui sont habituellement construites dans de tels contextes (La Greca et Stone, cités dans Goodill). Par ailleurs, Nuss et Wilson (2007) font état des contraintes créées par le contrôle d'infections (mesures prises pour empêcher toute contamination susceptible

d'entraîner la suspension temporaire ou le recommencement des traitements) et qui peuvent causer des problèmes de socialisation chez les enfants en cours de traitement.

En résumé, les écrits traitant de la qualité de vie font état de la réalité physique, émotionnelle et sociale des enfants atteints de cancer. Maintenant que l'espérance de vie de ces enfants s'est grandement améliorée, il est pertinent de se pencher sur des approches complémentaires à la médecine traditionnelle susceptibles d'améliorer aussi leur qualité de vie. À cet égard, les deux prochains chapitres feront état des avancées dans le domaine de l'art-thérapie et de la danse-mouvement thérapie.

Chapitre 2

Art-thérapie et oncologie pédiatrique

Dans le premier chapitre, il a été question de la réalité que vivent les enfants atteints de cancer. Les incidences physiques, émotionnelles et sociales de cette maladie et de ses traitements ont été explorées dans le but de mieux comprendre en quoi il est possible d'espérer aider ces enfants. Dans le présent chapitre, l'art-thérapie sera présentée afin de démontrer son utilité en oncologie pédiatrique. L'approche de l'art-thérapie sera d'abord définie. Par la suite, son utilité auprès des enfants atteints de cancer sera démontrée. Enfin, certaines études, mettant de l'avant diverses approches pratiques dans le travail avec ces enfants, seront décrites. Elles permettront d'explorer de quelle façon l'art-thérapie peut être utilisé dans ce domaine.

Définition de l'art-thérapie

Margaret Naumburg, pionnière en art-thérapie aux États-Unis, définissait l'art-thérapie comme une forme de psychothérapie distincte en proposant que les images produites par les patients soient une forme de discours symbolique. Elle affirmait que l'expression artistique était une façon de rendre manifeste l'imagerie inconsciente du patient (Malchiodi, 2005).

Malchiodi (2005) décrit également l'art-thérapie comme étant bien plus qu'un moyen de s'exprimer. En effet, elle considère que le seul fait de créer est bénéfique et

aidant, et «permet de se comprendre soi-même, de changer de comportements et de vivre une réparation émotionnelle» (p.17; la traduction est mienne). L'art-thérapeute aide les individus à interpréter leurs propres images, à résoudre des problèmes et à régler des conflits, tels qu'ils se manifestent parfois dans leurs images sous une forme picturale (Malchiodi, 1999a).

Mary Jane Ott (2006) situe l'art-thérapie parmi les thérapies traitant de la relation corps/esprit. De telles thérapies facilitent l'habileté de l'esprit à agir sur les fonctions et les symptômes corporels. En effet, l'art-thérapie facilite l'expression des émotions, assiste le client dans la méditation pouvant le mener à la guérison, et l'aide à vivre un sentiment général de maîtrise de soi. Une relation a longtemps été établie entre l'état de relaxation et la perception de douleur, ainsi que la coopération du patient avec les procédures médicales (Councill). La création artistique induit souvent un tel état de relaxation. De plus, le processus artistique incite les jeunes patients à la communication non verbale de leurs pensées et de leurs inquiétudes à propos de leur maladie, des procédures médicales de traitements, et de leur image corporelle (Geraghty, 1985; Malchiodi, 1999b; Russell, 1995).

Le potentiel créatif a été souvent mis en rapport avec la santé et le bien-être (Malchiodi, 2002). Le terme «art-thérapie médicale» est utilisé pour décrire «l'utilisation spécialisée de l'expression artistique et de l'imagerie avec des individus qui ont une maladie physique, qui font l'expérience de traumatisme corporel, ou qui subissent des traitements médicaux agressifs, tels que la chirurgie ou la chimiothérapie» (Malchiodi, 1993, cité dans Malchiodi, 1999a, p.13; la traduction est mienne). L'art-thérapie est

devenu beaucoup plus courante dans les domaines médicaux et a été intégrée aux interventions médicales tant traditionnelles que complémentaires (Malchiodi, 2005).

Utilité de l'art-thérapie

Le processus artistique nécessite l'utilisation de plusieurs sens, comme le toucher et la vue, et jusqu'à un certain point l'ouïe et l'odorat (Malchiodi, 2005). Tout comme d'autres formes de thérapies par les arts, l'art-thérapie requiert une action physique, des capacités kinesthésiques et des expériences perceptuelles. Étant donné que cette approche fait appel au corps, l'art ajoute une autre dimension à la thérapie traditionnelle. De surcroît, l'expression artistique offre un produit tangible qui se révèle un ajout considérable à la thérapie. En effet, les œuvres peuvent servir de document de référence concret du processus thérapeutique. Il est donc possible de les regarder, de s'y référer, d'en parler soit immédiatement soit lors de séances ultérieures. Pour certaines personnes, il est plus facile d'observer les images avec le thérapeute que de maintenir un contact visuel et/ou de parler directement avec le thérapeute de problématiques complexes (Malchiodi).

L'expression artistique est également reconnue pour aider à se libérer des émotions fortes en procurant un soulagement, processus connu en psychologie sous le terme de *catharsis* (Malchiodi, 2005). De plus, comme il peut y avoir une importante décharge d'émotions grâce à l'art, il est possible que la communication verbale avec le thérapeute soit améliorée, tout comme le rappel de détails significatifs pouvant être oubliés en d'autres circonstances. Ainsi le niveau de confort et de complicité entre le

client et le thérapeute s'en trouvent souvent améliorés (Gross & Haynes, 1998, cités dans Malchiodi).

Ganim (1999) affirme que guérir les blessures émotionnelles permet du même coup de soigner les blessures corporelles. Selon elle, en apprivoisant les émotions négatives et douloureuses, l'art aide à réduire le stress physiologique qui découle de ces blessures et qui peut être la cause de dysfonctionnements du système immunitaire. L'auteure note également que l'art-thérapie sert de traitement complémentaire aux traitements médicaux traditionnels. Selon Ganim, l'art-thérapie peut aider le patient à se conditionner à ce que son corps et son esprit travaillent en harmonie avec le traitement médical, et ceci, grâce au travail relié à la dimension psyché/soma, dont il sera question dans le chapitre quatre.

Selon Malchiodi (1999a), certains art-thérapeutes ne sont pas familiarisés avec la structure conceptuelle corps/esprit propre au domaine de l'art-thérapie médical, ni ne sont au courant de la façon dont l'art peut avoir un impact sur la santé physique des personnes. Malgré le peu d'études au sujet de l'utilisation de l'expression artistique comme intervention psychosomatique, certains chercheurs seraient, à son avis, sur le point de comprendre comment l'art peut être utilisé pour renforcer le système immunitaire et soulager les symptômes de la maladie. Chopra (1993, cité dans Malchiodi) note que les expériences créatives sont des facteurs incontestables d'accroissement du fonctionnement et de la structure du cerveau. En effet, les scanographies du cerveau démontrent une augmentation de la circulation sanguine dans les régions stimulées lors de périodes de pensées créatives. De plus, toute activité créatrice agréable produit un état de relaxation

éveillée, comme dans la méditation, par l'augmentation de la modulation des ondes alpha. Durant une activité créatrice, on constate également une augmentation des sécrétions de sérotonine, une substance chimique présente dans le corps qui atténue les symptômes de la dépression (Malchiodi).

D'un point de vue psychologique, la maladie qui frappe un enfant et sa famille est perçue comme un événement traumatisant, et elle peut transformer la réalité de ces personnes de façon permanente, comme dans le cas d'un traumatisme (Root, 1992, cité dans Glaister, 2000). L'art-thérapie peut alors aider à surmonter cette étape difficile. En effet, le dessin a souvent été utilisé dans le domaine des soins en santé mentale dans le but, entre autres, de promouvoir la guérison et d'améliorer la qualité de vie (Bowers, 1992; Johnson, 1987; Oster et Gould, 1987; Salmon, 1993, cités dans Glaister). Selon Council (2003), l'art-thérapie permet non seulement d'exprimer de façon sécuritaire et contenue les émotions ressenties, mais offre également aux enfants impliqués dans le travail créatif la possibilité de faire renaître l'espoir, l'estime de soi, l'autonomie et le sentiment de compétence.

L'image réalisée par l'enfant permet souvent de comprendre comment il perçoit son corps, la maladie et la mort, et de travailler à modifier ses perceptions ou à apprivoiser ses émotions. En outre, l'art-thérapie a l'avantage de mettre en lumière les forces de l'enfant : «Grâce à la réalisation du produit artistique, l'enfant passe de l'état de victime passive de la maladie à celui de combattant actif dans le processus de guérison» (Council, 2003, p.213; la traduction est mienne). Finalement, Council souligne l'importance pour le patient de parvenir à un sentiment de maîtrise sur les événements et

sur les émotions qu'ils provoquent, et ce, grâce à l'art-thérapie. Par exemple, il est possible de réduire l'anxiété causée par les traitements comme les scanographies et les radiations, dont il a été question précédemment, en permettant aux patients de revivre cette situation à travers l'art réalisé dans l'espace sécuritaire de la relation thérapeutique, ainsi que de gagner de la maîtrise par rapport aux émotions vécues.

Études cliniques en art-thérapie

Une étude effectuée par Nainis, Paice, Ratner, Wirth, Lai et Shott (2006) a évalué les effets d'une séance d'art-thérapie d'une durée d'une heure sur la douleur et les autres symptômes liés au cancer chez les adultes. L'art-thérapie a également été reconnue efficace à soulager les patients de l'anxiété et d'autres symptômes émotionnels (Appleton, 1993; Dean, et coll., 2000; Favara-Scacco, et coll., 2001; Gabriel, et coll., 2001; Luzzatto et Gabriel, 2000, cités dans Nainis et coll.).

Sundaram (1995) décrit, dans le cadre d'une étude de cas, comment le processus d'art-thérapie a aidé un enfant hospitalisé à soigner une blessure physique et à gérer ses émotions face à l'hospitalisation et à sa blessure. En effet, les dessins semblent lui avoir offert la distance émotionnelle nécessaire pour empêcher ses émotions de l'envahir (Walker, 1988, cité dans Sundaram). De plus, «les dessins transmettent un pouvoir de guérison et soulagent les tensions que l'enfant expérimente» (Furth, 1987, cité dans Sundaram, p.4; la traduction est mienne). La qualité libératrice de l'art semble également pouvoir diminuer les inhibitions des enfants (Peake, 1987, cité dans Sundaram). Silver

(1963, cité dans Sundaram) affirme que l'expression symbolique à travers l'art représente un moyen de communication pour les idées et les expériences tant subtiles qu'explicités. Dans le même ordre d'idées, Koppelman (1984, cité dans Sundaram) note qu'il est souvent plus facile pour un enfant d'abaisser ses défenses grâce aux marionnettes, par exemple, que d'exprimer directement ses émotions. Les enfants ont parfois de la difficulté à comprendre pleinement la nature de leur maladie. Lorsqu'ils tentent de gérer eux-mêmes les limitations de fonctions et de mobilité que la maladie leur impose, les préoccupations corporelles deviennent disproportionnées et de simples problèmes deviennent des obstacles majeurs (Hofman et coll., 1976, cité dans Sundaram). Cela peut avoir un impact négatif sur la perception de l'identité, de l'image et de l'estime de soi, en plus de générer de l'anxiété face au sentiment d'être isolé dans un monde inconnu, loin de la famille et des amis.

Une autre étude quantitative et qualitative a évalué les bienfaits de l'art-thérapie sur les enfants hospitalisés (Wolf Bordonaro, 2003). Deux effets très importants de l'art-thérapie ont été démontrés : l'amélioration du sentiment de contrôle et la baisse de l'anxiété à la suite de l'intervention en art-thérapie. Dans l'ensemble, les programmes d'art-thérapie dans les hôpitaux procurent de nombreux bénéfices : diminution du stress, augmentation de l'expression des sentiments relativement aux symptômes, ainsi qu'amélioration de la pression sanguine, du rythme cardiaque, et de la respiration, et ce, grâce à l'expression artistique (C. W. Koop Center, 1998, cité dans Malchiodi, 1999a).

Massimo et Zarri (2006) expliquent l'importance que l'art-thérapie peut avoir auprès des enfants atteints du cancer, et ce, principalement dans le cadre de leur

traitement à l'hôpital. Ils font état du besoin qu'ont les enfants de communiquer et ce, particulièrement dans un milieu inconnu où les intervenants ont souvent à cœur la santé physique du patient en premier lieu. Les gestes, les regards et le langage corporel des professionnels de la santé peuvent parfois manquer de tendresse. Ainsi, les enfants, privés de la possibilité de communiquer de façon simple, ont au moins l'occasion de s'exprimer par l'art plastique lors des séances d'art-thérapie. Cette opportunité de s'exprimer à travers le dessin permet à l'enfant malade de devenir son propre agent thérapeutique, en présence de l'art-thérapeute, et ce, grâce à un mécanisme d'auto-guérison. Selon ces auteurs, ceci peut le mener à améliorer son estime de soi, et par le fait même, à retrouver son plein potentiel expressif, ainsi qu'une image positive de lui-même (Massimo & Zarri).

Toutefois, leur étude porte davantage sur l'utilité de l'art-thérapie pour évaluer l'anxiété et les sentiments des enfants face à la maladie (Massimo & Zarri, 2006). Ils ont donc analysé les dessins d'enfants de 4 à 14 ans et en ont tiré la conclusion que les images produites sont d'une importance significative et qu'elles démontrent la perception qu'ont les jeunes malades au sujet de leur maladie, de leurs peurs et de leurs espoirs. De surcroît, les dessins des enfants leur permettaient de représenter leur relation actuelle et future avec la maladie, l'hôpital, et l'environnement en général. Il est particulièrement intéressant de constater que les dessins étaient classifiés en deux catégories : la première comprenait les dessins reliés au passé et à des situations non influencées par la maladie; la deuxième catégorie de dessins exprimait leurs perceptions de la maladie et d'eux-mêmes en tant que malades. Ces auteurs affirment que la réalisation des dessins améliore la qualité de vie des enfants gravement malades. Par contre, il est difficile pour le

thérapeute d'interpréter ces dessins avec certitude surtout en l'absence de commentaires de la part des petits artistes.

Pope-Grattan, Burnett et Wolfe (1976, cités dans Massimo & Zarri, 2006) ont été parmi les premiers à considérer les dessins d'enfants comme d'importants indicateurs dans l'évaluation du stress et de l'anxiété. Ils ont été capables de reconnaître des sentiments d'incompétence physique, d'immaturation, d'anxiété corporelle et d'insécurité chez les enfants. Mares (1996, cité dans Massimo et Zarri, 2006) a noté que ce n'est pas tant l'intervention douloureuse elle-même qui est stressante pour l'enfant malade mais bien les circonstances dans lesquelles elle est exécutée, telles qu'une préparation inadéquate, un environnement impersonnel, et l'absence de soutien social.

Oppenheim et Hartmann (2003) considèrent également les dessins d'enfants atteints du cancer comme une source majeure d'informations. Ils font état de nombreux thèmes révélateurs des inquiétudes ou des questionnements de la part des enfants, entre autres l'intuition de la mort, le trouble émotionnel familial, la solitude, l'atteinte à l'image du corps (vu par l'enfant lui-même et/ou par les autres), l'emprisonnement dans la maladie et ses traitements (perte de liberté et de capacités), le manque de confiance envers le personnel soignant et les possibilités de guérison, la honte, et la distance qui se crée entre l'enfant malade et les autres. Il est d'ailleurs important de reconnaître ces réalités afin de pouvoir relever l'écart entre ce que l'enfant laisse paraître (adaptation et stabilité face aux traitements) et ce qu'il ressent réellement, tel que représenté dans ses dessins. Ainsi, le fait d'être attentif aux inquiétudes et aux interrogations des enfants aide l'art-thérapeute ou l'intervenant à aborder certains sujets avec eux de manière à les aider

à en démystifier une grande partie. En effet, malgré l'importance de la communication auprès des enfants au sujet de la maladie, des traitements encourus et de leurs implications, il arrive fréquemment que cet aspect d'une bonne qualité de soins fasse défaut (Scott et coll., 2003). En outre, les dessins réalisés lors des entretiens psychothérapeutiques contribuent au « va-et-vient entre craintes et espoirs, doutes et certitudes, provocations et pudeur » (Oppenheim & Hartmann, p 12; la traduction est mienne). L'art-thérapeute peut servir d'intermédiaire pour fournir à l'enfant l'information précise sur l'environnement hospitalier, adaptée à son âge (Wolf Bordonaro, 2003). Gaynard, Wolfer, Goldberger, Thompson, Redburn, et Laidley (1990, cités dans Wolf Bordonaro) affirment que le fait de donner des informations pertinentes, exactes et précises est essentiel à l'interruption d'un cycle d'anxiété, et améliore nettement l'impression de maîtrise chez l'enfant.

En résumé, plusieurs recherches démontrent théoriquement les bienfaits de l'art-thérapie pour les enfants atteints de cancer (Councill, 2003; Malchiodi, 1999b; Serlin et coll., 2000) en les aidant, entre autres, à gérer le stress associé à la maladie physique et aux procédures médicales. Ces aspects de la maladie peuvent affecter le développement de l'enfant ainsi que sa croissance émotionnelle (Malchiodi). Cependant, il y a très peu d'écrits à propos des applications particulières et concrètes de l'art-thérapie en oncologie pédiatrique (Malchiodi; Nainis et coll., 2006). Les chapitres suivants tenteront d'explorer les avantages d'intégrer le mouvement et la danse-mouvement thérapie à l'art-thérapie dans le traitement des enfants atteints de cancer.

Chapitre 3

Mouvement en thérapie

Ayant décrit l'art-thérapie et démontré son utilité en oncologie pédiatrique, il sera question, dans le présent chapitre, d'explorer les possibilités et surtout la pertinence d'intégrer le mouvement à cette approche thérapeutique. Après avoir défini ce qu'est la danse-mouvement thérapie, et décrit son utilité chez les enfants atteints de cancer, certaines études cliniques de la danse-mouvement thérapie seront présentées.

Définition de la danse-mouvement thérapie

L'Association Américaine de Danse-Thérapie (ADTA) définit la danse-mouvement thérapie (DMT) comme «l'utilisation psychothérapeutique du mouvement en tant que processus d'intégration émotionnelle, cognitive, physique et sociale de l'individu» (2009; la traduction est mienne).

La DMT permet à des personnes de tous âges d'unifier ou de réunifier leur corps avec leur esprit (Loman, 2005). Lorsqu'elles perdent contact avec la qualité expressive de leur corps et éprouvent de la difficulté à se libérer, entre autres, de leurs émotions, du stress et de la tension, la DMT peut les aider, par des interventions à court ou à long terme, à tirer parti de leurs forces. En effet, la DMT est une thérapie «basée sur l'action, la créativité et la spontanéité qui mène à la croissance personnelle et au changement, en

facilitant la faculté naturelle à s'exprimer et à communiquer pleinement par l'intermédiaire du corps tout entier» (Loman, p.87; la traduction est mienne).

Les thérapeutes en danse-mouvement travaillent avec des personnes de différents âges, ayant des habiletés physiques et mentales variées (Loman, 2005). Certains des objectifs de la DMT consistent à éliminer ou du moins à réduire les difficultés à s'exprimer, à entrer en relation avec les autres, à accepter son corps ou à s'accepter soi-même. Pour ceux qui ont du mal à trouver les mots pour s'exprimer dans le cadre d'une thérapie traditionnelle verbale, la DMT peut faciliter l'expression et l'identification de leurs problèmes, favoriser leur croissance personnelle et améliorer leur style de vie. Il s'agit d'un «processus créatif et orienté vers l'action qui encourage l'adoption de nouveaux comportements, communique de façon symbolique les émotions cachées, libère de l'anxiété et permet d'harmoniser le corps, l'esprit et l'âme » (Loman, p.68; la traduction est mienne).

De plus, la DMT se définit dans un processus d'interaction constante entre l'esprit et le corps : « Le mouvement y sert de symbole démontrant les processus inconscients, et les mouvements improvisés permettent d'expérimenter de nouvelles façons d'être et de réagir » (Meekums, 2002; Stanton-Jones, 1992; cités dans Jones, 2005, p.47; la traduction est mienne). Sheets-Johnstone rappelle l'importance des mouvements dans le processus de la connaissance et de la reconnaissance de soi (1999, cité dans Whitaker, 2004). Par conséquent, la limitation inconsciente des mouvements restreint toutes les capacités de l'individu (Whitaker). La façon de bouger révèle des patterns inadaptés, et, tout ce qui habite la personne, comme la confusion, la peur, la colère, la joie ou le désespoir, refait

surface. En permettant d'extérioriser les émotions et de les exprimer consciemment, le mouvement devient alors un véhicule favorisant la prise de conscience ainsi que le changement de comportements (Halprin, 2003, cité dans Whitaker). De plus, Haze (2002, cité dans Whitaker) considère que le corps représente la composante physique de la personnalité que rendent visibles les mouvements. Ainsi, en permettant de vivre des expériences nouvelles, les mouvements facilitent une prise de conscience permettant d'explorer de nouvelles dimensions de sa personnalité. Tel que le mentionne Council (1999), la DMT a pour principal objectif d'opérer des changements positifs dans l'image corporelle. Ainsi, une telle approche semble appropriée pour les enfants dont la maladie affecte l'image corporelle et entraîne des conséquences psychiques importantes.

Caldwell (1996) définit la psychothérapie centrée sur le corps comme suit :

« A kind of clinical work that puts the body into action as a means of accessing repressed and fragmented part of the self. It operated on the premises that sensation, breath, and movement are the body's form of speech, and that if we listen to this speech, we can complete and release stored trauma, relearn how to feel excitement and pleasure, and engage in activities that nourish. This body speech often arise from our unconscious, or from parts of ourselves that have become fragmented and from which we have withdrawn. It can manifest as aches and pains, chronic health conditions, postural and gestural habits, or unusual sensations. » (p.4)

Melsom (1999, cité dans Goodill, 2005) identifie quatre caractéristiques de la DMT qui la distinguent des autres interventions psychosociales traditionnelles; il s'agit

de «l'intégration du corps dans le processus psychothérapeutique, le développement de la relation du patient avec son corps, l'aide à l'établissement d'une relation positive entre le patient et son propre corps, et enfin, l'utilisation de l'expression créative par le mouvement dans l'expression de la santé» (p.31; la traduction est mienne). En outre, la grande différence entre la DMT et d'autres approches corporelles telles le yoga, le qi gong ou le tai-chi, est que la session se déroule d'une manière interactive et improvisée au cours de laquelle le patient s'exprime par ses propres moyens et initie l'échange (Goodill).

Utilité de la danse-mouvement thérapie

Selon Marian Chace (1993, cité dans Loman, 2005), une des grandes pionnières de la DMT, « le thérapeute en danse-mouvement associe communication verbale et non verbale afin de permettre au patient d'exprimer ses émotions, de développer des relations interpersonnelles, d'améliorer son estime de soi, d'acquérir une image corporelle adéquate et de vivre, par le fait même, des moments de relaxation et de plaisir » (p.71; la traduction est mienne).

La principale méthode de Chace pour établir avec le patient un contact significatif et basé sur la confiance réside dans l'imitation empathique (*mirroring*), qui consiste à rejoindre le patient à travers le mouvement (Loman, 2005). Levy (1992, cité dans Loman) voit en cette technique un moyen de « refléter une acceptation et une communication émotionnelle profonde » (p.72; la traduction est mienne). Ainsi, lorsque le thérapeute

« prend en considération l'expression verbale et non verbale du patient et l'aide à en délimiter le contenu, à l'approfondir et à le clarifier » (p.72; la traduction est mienne), le patient éprouve alors une reconnaissance et une acceptation profonde et authentique de son expérience émotionnelle. Cette méthode consiste principalement à « s'accorder » ou à se mettre au diapason du patient, ce qui requiert une certaine harmonie entre les deux personnes (Loman).

De surcroît, Loman (2005) affirme que puisque la DMT intervient sur le plan non verbal, elle peut s'appliquer aux personnes souffrant ou ayant souffert de traumatismes corporels tels que les accidents, la maladie ou la violence. En effet, comme on sait, certains souvenirs préverbaux sont non verbalisables.

La DMT repose sur le postulat selon lequel un fonctionnement sain dépend de l'harmonie entre l'esprit et le corps. En situation de déséquilibre, l'individu, le groupe ou la famille peut souffrir de désordres psychosomatiques (Loman, 2005). Les pionniers de la DMT avaient souligné l'origine culturelle de la danse et du mouvement. Ils avaient constaté que la danse était traditionnellement utilisée dans des rituels de guérison de toutes sortes. En effet, l'universalité du langage de la danse transcende les différences sociales, culturelles, environnementales, de race et de genre (Loman). Selon Loman, les thérapeutes les mieux placés pour aider les personnes malades seraient ceux qui se servent de la danse comme approche holistique pour travailler sur le corps et l'esprit, à travers lesquels les maladies se manifestent.

Ainsi, la DMT traite les problèmes d'ordres émotionnel et physique en utilisant le corps, siège de la maladie ou de la blessure (Goodill & Morningstar, 1993). En outre, «le

mouvement accentue les sensations, la kinesthésie et les fonctions proprioceptives de manière à ce que l'image corporelle devienne un concept dynamique plutôt que statique» (Goodill & Morningstar, p.25; la traduction est mienne).

La DMT est également une méthode qui fonctionne particulièrement bien avec les enfants et les adolescents. En effet, elle utilise les mouvements corporels pour évaluer les comportements non verbaux et elle repose sur l'expression de soi à travers le mouvement. Ainsi, grâce au langage corporel, des «dialogues» de mouvements sont établis entre le thérapeute et l'enfant. Le thérapeute peut alors développer une relation basée sur l'expression non verbale, et intervenir à travers le mouvement pour aider l'enfant à surmonter de nombreux traumatismes. La DMT peut aussi aider les adolescents à résoudre leurs problèmes d'identité et d'image corporelle (Loman, 2005). Ce dernier aspect est souvent prépondérant en oncologie pédiatrique, comme il en a été question dans le premier chapitre.

En utilisant la danse-mouvement thérapie, non seulement le thérapeute tient-il compte du niveau développemental de l'enfant sur le plan émotionnel et social, mais il s'intéresse également à l'élaboration de son image corporelle, qui se définit comme un « processus multidimensionnel nécessitant un apport kinésique, proprioceptique, tactile, neurologique, cognitif et social » (Schilder, 1950, cité dans Goodill, 2005, p.111; la traduction est mienne). Goodill et Morningstar stipulent que lorsque des enfants en pleine croissance font face à «la maladie, à la douleur, à la chirurgie ou à des procédures médicales intrusives, toute leur attention et leur énergie sont redirigées vers les parties du corps ou les zones affectées, ce qui porte souvent préjudice à la construction de leur

image corporelle » (1993, cités dans Goodill, p.111; la traduction est mienne). Celle-ci se compose de trois éléments : les souvenirs physiques, les expériences ressenties et l'imagerie (la façon dont le corps est perçu) (Pylvänäinen, 2003, cité dans Goodill). La DMT peut alors avoir un impact important sur le second élément que sont les expériences ressenties (Goodill & Morningstar).

En effet, le concept d'image corporelle réfère à «une représentation mentale du corps et constitue un phénomène dynamique qui inclut la perception physique, sociale et psychologique de soi-même, en plus des attitudes et des sentiments qui y sont associés» (Fisher & Cleveland, 1968; Conwell, 1990, cités dans Goodill & Morningstar, 1993, p. 24; la traduction est mienne). Selon Goodill et Morningstar, Schilder est l'un des premiers chercheurs à avoir abordé le concept d'image corporelle. Ce dernier affirme que lorsqu'une partie du corps prend plus d'importance et reçoit davantage d'attention, l'équilibre interne de l'image globale du corps est affecté. Par ailleurs, les contacts physiques et l'intérêt que les autres portent aux différentes parties du corps contribuent au développement du modèle corporel (Schilder, 1950, cité dans Goodill, 2005). Montagu (1971, cité dans Goodill & Morningstar) note également l'influence de l'expérience tactile sur le bien-être et le développement de l'enfant.

En outre, observer l'évolution d'un enfant et de ses mouvements à travers le temps est un bon moyen, comme par exemple à l'aide du *Laban Movement Analysis* (LMA), de pouvoir mettre en contexte et de mieux comprendre les changements sur le plan de sa vitalité et de ses implications corporelles (tels que, l'utilisation d'une ou de plusieurs parties plutôt que de tout le corps) (Goodill & Morningstar, 1993). Pour le

travail en DMT, «l'observation des tensions corporelles, de l'immobilité (qui ne résulte pas de la médication ou de la sédation), de l'agitation ou de la léthargie» est essentielle (Mendelson, 1999, cité dans Goodill, 2005, p.112; la traduction est mienne). Ainsi, l'utilisation d'un système d'analyse du mouvement et de son propre vocabulaire peut s'avérer très utile afin de pallier la difficulté de décrire clairement les émotions et le langage corporel transmis par le mouvement (Loman, 2005). Toutefois, il existe d'autres outils d'analyse que le LMA, dont quelques-uns sont considérés comme d'importants moyens d'évaluation utilisés, notamment pour décrire le mouvement et évaluer les résultats de la DMT.

En somme, il est donc important de pouvoir bien évaluer et décrire les mouvements du patient. En effet, le principal objectif de la DMT est d'améliorer le répertoire des mouvements d'un individu dans le but de lui fournir davantage de moyens pouvant l'aider dans ses expériences interpersonnelles et personnelles (Loman, 2005).

Études cliniques en danse-mouvement thérapie

Il importe de mentionner le nombre restreint de recherches portant directement sur la DMT en oncologie ou auprès de patients atteints de maladie chronique. En voici quatre.

L'étude de Serlin (1996) a évalué l'effet de douze séances de DMT sur un groupe de femmes atteintes du cancer du sein. La méthode utilisée était une forme de thérapie par le mouvement nommée *kinaesthetic imagining*, un processus à travers lequel le

mouvement rend l'image explicite (Serlin). L'utilisation d'outils tels que la musique ou le dessin servait à faciliter l'expression de l'imaginaire. Dans ce groupe, l'accent était mis sur l'aspect expérimental, sur l'« ici-et-maintenant », sur le soutien et sur l'authenticité et ce, dans le but de redonner aux participantes le pouvoir de développer leur propre « imagerie de guérison ». Grâce au groupe, ces femmes pouvaient affronter les émotions liées au danger de mort, à l'isolement, à la perte de liberté, et à la difficulté de donner un sens à la maladie et à la vie. Les objectifs thérapeutiques étaient orientés sur la compréhension des symptômes et la qualité de vie plutôt que sur la réduction des symptômes. De surcroît, plutôt que d'utiliser un programme et un horaire préétabli, le groupe suivait son propre processus interne en partageant la séance entre l'imagerie visuelle, les exercices corporels et la méditation. Ainsi, ces trois éléments (imagerie visuelle, exercices corporels et méditation) étaient combinés au fur et à mesure que se développait le processus thérapeutique du groupe et au gré des besoins de ce dernier. À chaque semaine, d'importants changements étaient observés en termes relatifs à l'isolement, au soutien dans le groupe, au sentiment de liberté, à la maîtrise de soi et à la quête d'un sens ou d'une signification de la maladie. En outre, grâce à l'échelle de Laban (Ullman, 1984), des changements radicaux ont été observés en ce qui a trait aux mouvements corporels et de l'utilisation de l'espace (Serlin et coll.).

Frances décrit une autre approche utilisée en oncologie auprès de femmes atteintes de cancer du sein, et qui se sert d'« histoires de guérison » pour pallier les effets négatifs du cancer sur leur vie (Serlin et coll., 2000). Les images et les histoires sont en effet utilisées pour aider les participantes à se représenter la maladie seulement comme un chapitre de l'histoire de leur vie. Dans son cheminement, le groupe a vécu quatre

étapes distinctes du processus de guérison. Tout d'abord, est survenu le choc du diagnostic, accompagné du déni, de la colère et du deuil. Puis, ce fut le stade du traitement, qui comprenait des radiations, de la chimiothérapie et la chirurgie et qui était souvent accompagné d'un épuisement extrême tant physique que moral, de l'isolement, de la peur, de l'impuissance et du désespoir. Ensuite est survenue l'étape de la récupération, avec toute une autre gamme d'émotions : de l'espoir, du besoin de changement, de la crainte et l'anticipation de la récurrence. Finalement, le stade du retour à la vie normale était souvent accompagné d'un désir de normalisation et de laisser la maladie derrière soi. Selon ces auteurs, toutes ces étapes peuvent s'inscrire dans une perspective mythologique, comme celle utilisée dans le modèle *Campbell's Hero's Journey* (Campbell, 1949, cité dans Serlin et coll.). Cette perspective mythologique comprend également quatre étapes, soit l'appel de l'aventure, le défi externe ou physique, le défi interne ou spirituel, et la renaissance. La musique, le mouvement, l'art et les contes ont donc permis aux participantes d'imaginer la fin de la maladie quelle qu'elle soit, et de relativiser le tout, de la percevoir comme un « chapitre » de leur mythologie personnelle (Feinstein & Krippner, 1988, cité dans Serlin et coll.).

Goodill et Morningstar (1993) donnent quelques exemples d'enfants hospitalisés pour lesquels les séances de DMT leur ont été bénéfiques, en faisant remonter à la surface plusieurs de leurs inquiétudes et en les faisant disparaître, tel le cas d'une enfant de quatre ans hospitalisée pour une infection aux doigts et isolée en raison d'une contagion à la varicelle. Durant les séances de DMT, elle a exprimé plusieurs interrogations liées à son expérience médicale. Tout d'abord, elle a communiqué son besoin de rapprochement physique (probablement dû à l'isolement) en étreignant la thérapeute qui lui était

étrangère et en demeurant très près d'elle durant la rencontre. Par la suite, elle a instauré un jeu de cachette, en demandant à la thérapeute de l'aider à se dissimuler des médecins et des infirmières qui lui faisaient peur. Elle a laissé libre cours à son expression symbolique : elle s'est imaginée être Freddy Kruger, un personnage fictif et meurtrier qui porte des couteaux à la place des doigts. Les auteurs de l'étude ont perçu «la présence d'un mécanisme de défense, soit l'identification avec l'agresseur, utilisé pour maîtriser la peur d'être blessée» (Freud, 1966, cité dans Goodill & Morningstar, p.26; la traduction est mienne). Elle a utilisé cette image pour mettre en scène ses propres inquiétudes au sujet de ses mains, parties malades de son corps, lui permettant d'établir un contact physique et social avec son environnement (Goodill & Morningstar).

Un autre exemple du besoin qu'ont les enfants malades d'exprimer leurs peurs à travers des activités à caractère symbolique, a été relaté par Mendelsohn (1999, cité dans Goodill, 2005). Il s'agit du cas de Dana, une fillette de huit ans atteinte d'une tumeur au cerveau et qui est hospitalisée. Lors d'une séance de DMT, Dana s'est servie de foulards pour envelopper la thérapeute jusqu'à ce que cette dernière se sente séparée du monde extérieur. Sentant que Dana voulait ainsi évoquer symboliquement son sentiment d'isolement causé par la maladie et éventuellement par la mort, Mendelsohn lui a exprimé verbalement ses sentiments liés à l'étouffement et à l'isolation, sa peur et même sa colère qu'on la laisse seule. Ainsi, Dana s'est sentie comprise par la thérapeute et surtout a pu mieux comprendre ses propres sentiments.

En conclusion, malgré le nombre très limité de recherches dans ce domaine, il apparaît que certaines d'entre elles aient démontré comment la danse-mouvement thérapie

est une approche appropriée pour aider les enfants atteints de cancer à faire face à la maladie et à ses conséquences psychologiques, émotionnelles et sociales. Par ailleurs, étant donné le but visé par le présent travail de recherche, il sera question dans le chapitre suivant d'explorer la pertinence d'intégrer le mouvement à la pratique de l'art-thérapie en oncologie pédiatrique.

Chapitre 4

Intégration du mouvement en art-thérapie

Après avoir, jusqu'à présent, défini l'art-thérapie et la danse-mouvement thérapie, et exploré leur efficacité auprès des enfants atteints de cancer, tel que démontré dans les publications et les études sur ce sujet, le présent chapitre traitera de l'importance de combiner ces deux approches, qui font toutes deux appel à la dimension corps/esprit, notamment lors du travail thérapeutique auprès de personnes atteintes d'une maladie. Il sera question, en premier lieu, de définir le lien corps/esprit et, en deuxième lieu, de présenter différentes études intégrant l'art-thérapie et la DMT, pour démontrer, en dernier lieu, l'importance d'intégrer le mouvement en art-thérapie.

Lien corps/esprit

Susan Bach (1990) soutient que, lorsque tout va bien, le corps et l'esprit fonctionnent en symbiose, ce qu'elle définit comme étant l'harmonie entre la psyché (esprit) et le soma (corps). Toutefois, cette harmonie peut se rompre lorsqu'apparaissent les symptômes de la maladie et ses effets dévastateurs.

À cet égard, des praticiens de diverses disciplines (médecine traditionnelle, acuponcture, biofeedback, etc.) ont étudié « la relation entre la maladie, la guérison, ainsi que les perceptions du monde et de soi-même telles qu'elles se manifestent à travers les messages inconscients » (Council, 2003, p.215; la traduction est mienne). Ainsi,

plusieurs approches comme l'autohypnose, l'expression des émotions et la pensée positive, contribuent à réduire la perception de la douleur, à mobiliser le système immunitaire et à éviter la maladie. Plusieurs auteurs, dont Bernie Siegel (1990, cité dans Council), ont étudié le rôle prépondérant de la prise de conscience des émotions réprimées par les adultes atteints de cancer sur leur processus de guérison ou l'amélioration de leur état de santé. Cependant, selon Council, il n'est pas possible de faire la même association chez les enfants, puisqu'il semble «moins probable que leurs problèmes de santé soient liés à des choix de vie ou des difficultés de développement intrapsychique» (p.216; la traduction est mienne).

Par ailleurs, Robinson, Alvez, et Dodge (1990) notent que de nombreuses études effectuées depuis plusieurs décennies ont démontré que certains facteurs psychologiques peuvent être la cause de la présence de douleurs abdominales récurrentes chez les enfants, bien qu'il soit parfois difficile de faire la distinction entre les causes et les effets de la maladie. Leur étude a porté sur les influences émotionnelles ayant un impact sur la maladie, notamment les stress de la vie quotidienne et les facteurs familiaux. Ils ont constaté que les événements stressants déclenchent des douleurs abdominales chez les enfants et font apparaître des symptômes reliés à la maladie. Selon eux, il existe une composante physiologique et émotionnelle à tout syndrome physique.

Caldwell (1996) définit plusieurs prémisses de la relation psyché/soma, dont la première stipulant que «tout événement, tant physique, émotionnel, cognitif que spirituel, a un impact sur l'être humain dans son entité» (p.13; la traduction est mienne). Caldwell postule également que lorsque les mouvements sont retenus ou précipités, le flux

énergétique de la personne est réduit, ce qui peut déclencher la maladie. Elle définit ce processus comme étant une boucle d'énergie, entre les émotions et l'expression, autour de laquelle la vie de l'individu est organisée. Ainsi en aidant les clients à prendre conscience de leurs sensations, les thérapeutes, dont l'approche est centrée sur le corps, peuvent travailler sur les sensations et les pulsions énergétiques (Caldwell).

Le lien corps/esprit est un concept qui semble ne pas faire l'unanimité dans le domaine de la santé, particulièrement dans le domaine médical. Beaucoup de travail de recherche est encore à faire à ce sujet. De plus, étant donné l'augmentation plutôt récent du taux de survie chez les enfants atteints de cancer et l'intérêt orienté dorénavant sur leur qualité de vie, il n'est pas étonnant de constater qu'encore trop peu d'études portant sur l'intégration des différentes modalités de thérapies par les arts ont été publiées. Les études publiées dans ce domaine seront présentées dans la section qui suit.

Combinaison d'approches art-thérapeutiques

Selon Shaun McNiff (1981), les différentes approches en thérapies par les arts peuvent avoir des impacts thérapeutiques distincts. C'est pourquoi, il recommande qu'elles soient intégrées les unes aux autres. En effet, il compare le fait d'intégrer ces différentes approches à l'axiome de la psychologie de la Gestalt : «le tout est plus grand que la somme de ses parties». Cela fait donc appel à la personne dans son ensemble à travers son expression sensorielle totale. Shaun McNiff (1981) soutient que l'art visuel et la poésie sont quelque peu éloignés du mouvement, qui, à son avis, serait à la base de

l'activité créatrice et artistique. De plus, McNiff prône que toutes les formes de thérapies par les arts devraient se servir du corps, et ce, dans le but d'en reprendre possession et d'optimiser ainsi leur pouvoir de guérison.

L'art-thérapie a souvent été jumelé à la musicothérapie, compte tenu de l'influence des qualités structurelles de la musique sur la structure de l'expression graphique (Cohen, 1983). De la même façon, l'ajout de la dimension kinesthésique à l'expérience art-thérapeutique permet à l'énergie et aux messages corporels d'être d'abord exprimés physiquement, puis enregistrés graphiquement. Ainsi, l'«enregistrement» graphique de l'expérience corporelle peut refléter les caractéristiques de l'activité physique et, plus particulièrement, traduire l'état mental correspondant (Cohen).

Adler et Fisher (1984) ont proposé à des enfants âgés de 6 à 8 ans un processus artistique intégrant trois formes d'expression artistique : la musique, le mouvement et l'art visuel. Leurs objectifs étaient de leur faire prendre contact avec les diverses parties de leur corps pour maintenir leur contrôle de soi, les aider à distinguer leurs sentiments personnels de ceux des autres, améliorer la perception de leur «moi intérieur», leur permettre de s'exprimer dans une atmosphère ludique non menaçante (expression non verbale), accepter les autres et s'accepter eux-mêmes à travers un processus de partage destiné à améliorer leur estime de soi et leur attitude de coopération et de soutien envers les autres. La recherche de Adler et Fisher (1984) démontre l'atteinte de tous les objectifs liés à la prise de conscience par les enfants de leur corps, et ce, bien au-delà des espérances des chercheurs, et même au-delà du projet initial. En plus des démonstrations

(par la parole et le mouvement) d'attitudes positives des enfants face au projet et de l'harmonie qui s'est installée dans le groupe, l'évolution de la prise de conscience des enfants par rapport à leur corps s'est poursuivie dans les séances de musico-thérapie qui ont suivi le projet. En utilisant davantage tout leur corps pour bouger, les enfants effectuent dorénavant des mouvements beaucoup plus libres qu'au début du projet.

Natalie Rogers (2001), qui a créé la *Creative Connection*, un processus par lequel une forme d'art stimule la créativité dans une autre forme d'art, utilise d'abord le mouvement pour libérer l'énergie créative. Par la suite, cette énergie est canalisée vers la production d'images visuelles, puis vers l'écriture spontanée. Le fait que le thérapeute soit un témoin empathique de toutes ces formes d'art est fondé sur le principe de la thérapie centrée sur le client, telle que développée par son père, Carl Rogers. Natalie Rogers s'est aperçue que le fait de bouger avant de faire de l'art rendait les images plus spontanées, expressives et révélatrices, et que l'écriture spontanée lui permettait par la suite d'accéder à des pensées et des émotions encore plus enfouies. Ainsi, le fait de passer d'une forme d'art à une autre permet de réduire certains niveaux d'inhibition et de découvrir la force créatrice de l'individu, lui procurant ainsi un sentiment de vitalité et de plénitude.

Dans une étude qui combinait l'art-thérapie et la DMT, Cohen (1983) a remarqué que l'expression graphique de la deuxième œuvre des participants après une période de mouvements avait changé et reflétait souvent un soulagement, une résolution, ou un changement dans l'humeur, ou du niveau d'énergie, comparativement à la première

œuvre réalisée au début de la séance; cela démontre bien l'interaction positive du mouvement à la pratique de l'art-thérapie.

Whitaker (2004) suggère que le mouvement et l'expression corporelle des émotions (*embodiment*) soient incorporés dans la pratique de l'art-thérapie. Les prises de conscience que permet l'art-thérapie ne se situent pas uniquement sur le plan psychologique, mais engagent également la personne dans le mouvement en impliquant une connexion corps/esprit. Dans son travail auprès des enfants, Florence Cane (1983) utilisait, dès les années cinquante, le mouvement libre ainsi que des exercices de libération du mouvement afin de permettre à l'enfant de s'exprimer plus aisément et d'avoir accès plus facilement à l'inconscient. En outre, elle proposait de tels exercices en mouvement en vue d'une expression artistique plus libre.

Bienfondé de l'intégration de l'art-thérapie et de la danse-mouvement thérapie

Dans les chapitres précédents, toutes les études présentées ont démontré les divers avantages de l'art-thérapie et de la DMT auprès des enfants atteints du cancer. Plusieurs de ces avantages se retrouvaient à la fois dans ces deux approches. D'ailleurs, en se basant sur les résultats des études de plusieurs chercheurs (McNiff, 1981; Cohen, 1983; Cane, 1983; Whitaker, 2004; Rogers, 2001; Adler & Fisher, 1984), il est possible d'affirmer que l'intégration de plusieurs formes de thérapies par les arts serait bénéfique et ce, principalement grâce à l'addition de tous les avantages décrits précédemment (par

exemple, l'amélioration de l'estime de soi, de l'image de soi et du sentiment de confiance, la réduction de l'anxiété, etc.)

Selon les recommandations de McNiff (1981), il serait possible de croire que la pratique conjointe de l'art-thérapie et de la DMT aurait un plus grand impact sur la guérison des patients comparativement à la pratique individuelle de l'une ou l'autre de ces deux approches sur ces mêmes patients. Selon Cohen (1983), la dimension kinesthésique que le mouvement ajoute à l'art-thérapie permet non seulement aux messages corporels et à l'énergie d'être exprimés physiquement, mais également, un meilleur enregistrement graphique de cette expérience. Dans la recherche qu'il a effectuée, il a d'ailleurs remarqué que les œuvres produites suite à une période de mouvement, reflétait un soulagement, une résolution ou un changement au niveau de l'humeur ou de l'énergie des participants. Pour Adler et Fisher (1984), l'intégration de différentes modalités de thérapie par les arts permet aux enfants d'accéder à une meilleure prise de conscience de leur corps. Natalie Rogers (2001), quant à elle, mise sur la stimulation de la créativité dans une forme d'art par une autre modalité artistique, afin de libérer l'énergie créative. Enfin, Florence Cane (1983) affirme que le mouvement permet d'accéder plus facilement à l'inconscient et de s'exprimer artistiquement plus librement. Ainsi, il sera question dans les paragraphes suivants, de démontrer comment les avantages qui sont distincts pour l'une et l'autre de ces approches peuvent être complémentaires lorsque ces deux formes de thérapies par les arts sont combinées dans un même traitement auprès des enfants atteints de cancer.

Tel que mentionné précédemment, l'art-thérapie procure plus d'avantages que la thérapie verbale traditionnelle, compte tenu, notamment, que les œuvres sont des produits tangibles susceptibles d'être utilisés comme documents de référence sur le contenu du processus thérapeutique (Malchiodi, 2005). De même, l'expression d'émotions intenses liées à la maladie grave est souvent plus facile à exprimer en image que par la parole. De plus, Malchiodi soutient que l'ajout de la dimension physique et kinesthésique à la thérapie constitue un apport non négligeable. Par ailleurs, McNiff (1981) affirme que l'art visuel, tout comme la poésie seraient les formes de thérapies par les arts les plus susceptibles de bénéficier d'une plus grande intégration du mouvement dans leur approche, pour ainsi optimiser leur pouvoir de guérison. Ainsi, en combinant l'art et le mouvement dans une même séance de travail, le thérapeute pourrait bénéficier de l'apport du produit tangible de l'art-thérapie et de la dimension kinesthésique de la DMT et ce, dans le but d'aider l'enfant malade de manière optimale.

Goodill (2005) prône la pertinence de l'intégration de la DMT dans le traitement en art-thérapie chez les enfants ayant le cancer. Il soutient que le cancer peut donner lieu à un sentiment de «trahison» de son propre corps, et que le mouvement peut redonner un sentiment de contrôle et de maîtrise sur le corps. En effet, la mobilisation et la centralisation sur le corps, deux éléments clés de la DMT, peuvent s'avérer très importants pour les jeunes patients aux prises avec une maladie physique (Goodill). Ces deux éléments ne sont pas les seuls que Goodill mentionne pour décrire cette approche comme étant unique – il mentionne également la sensibilité développementale, le symbolisme, le jeu et la créativité – mais ce sont les seuls qui semblent se distinguer de

l'art-thérapie et qui constituent donc un atout important de la DMT lors d'une séance d'art-thérapie (p.142).

Par ailleurs, l'utilisation du mouvement fournit au thérapeute par les arts différentes informations au sujet de la relation corps-esprit que le patient entretient, et, par le fait même, plus d'outils d'évaluation en vue de lui assurer un traitement adéquat. Il peut alors cerner les points forts autant que les points faibles de l'enfant dans le but de lui procurer un traitement adapté (Higgins, 2001). De plus, une telle évaluation basée sur le mouvement se veut non pas un indicateur du processus de maladie, mais plutôt un indice de la détresse de l'individu, afin de lui offrir des stratégies de guérison. Bref, selon Higgins, celle-ci présente un aspect plus qualitatif et plus complet que le simple diagnostic médical. La DMT peut donc offrir davantage d'outils d'évaluation, utiles au travail de l'art-thérapeute. De surcroît, comme le souligne Goodill et Morningstar (1993), il est intéressant d'observer, sur une longue période de temps, plusieurs éléments liés à la gestuelle des enfants malades, notamment porter une attention particulière à la posture, aux mouvements, à la qualité des mouvements et à la respiration de l'enfant (Mendelsohn, 1999). En outre, cette évaluation permet à l'art-thérapeute de différencier une faiblesse physique que présente l'enfant d'une réelle dysfonction corporelle (Higgins). À cet égard, les accessoires thérapeutiques (foulards, marionnettes, ballons) utilisés en DMT sont très utiles puisqu'ils piquent l'intérêt de l'enfant et le distraient momentanément de son inconfort et de sa douleur en plus de favoriser l'expression symbolique des émotions (Mendelsohn). Ces approches permettent donc d'identifier les limitations corporelles réelles de chaque enfant. Il importe également de prendre conscience de la possibilité que l'enfant ne sache pas faire la différence entre la

conviction qu'il a inconsciemment que la maladie s'aggrave dans son corps et le fait que ses parents lui cachent certaines réalités qu'ils désirent lui épargner (Mendelsohn). Pour toutes ces raisons, l'évaluation axée sur le mouvement semble donc utile au travail de l'art-thérapeute.

Un autre avantage de l'intégration de la DMT à l'art-thérapie réside en la possibilité pour le thérapeute de réagir et d'intervenir avec son propre corps et ses mouvements personnels (Loman, 2005). Bien que ce soit applicable également en art-thérapie (par le dessin), le thérapeute semble obtenir d'excellents résultats avec la DMT grâce à la méthode du *mirroring* (Loman) dont il a été question au chapitre trois. Ainsi, grâce à cet échange, il est avantageux pour le thérapeute de réagir avec empathie par le mouvement, en intégrant la DMT à l'art-thérapie, ce qui permet d'approfondir l'exploration émotionnelle. L'enfant peut aussi, comme dans le cas de Dana présenté au chapitre trois (Mendelsohn, 1999, cité dans Goodill, 2005) faire vivre symboliquement au thérapeute les émotions que lui-même vit. Il serait sans doute difficile d'arriver aux mêmes résultats, uniquement en utilisant l'art visuel. Par contre, en utilisant l'art après cet échange, Dana aurait probablement pu approfondir davantage son exploration émotionnelle et même trouver des exutoires à ses émotions.

L'art-thérapie et la DMT peuvent aider à comprendre et à entreprendre un processus d'acceptation des symptômes de la maladie, des traitements et de leurs conséquences à long terme. En utilisant l'art et le mouvement, comme Shaun McNiff (1981) le suggère, ces deux types de thérapie peuvent offrir des avantages distincts, et ce, d'un enfant à l'autre et selon les différents symptômes qui empêchent l'enfant d'avoir

une bonne qualité de vie. Par exemple, l'expérience du vomissement décrit dans le premier chapitre, ainsi que la détresse physique et émotionnelle qui s'ensuit, semblent être plus facilement accessibles du point de vue thérapeutique par l'art-thérapie. En effet, comme il a été proposé dans le chapitre trois, le matériel artistique, outils externes au corps de l'enfant tel un prolongement de ce dernier, pourrait procurer une saine distance émotionnelle, requise à ce processus thérapeutique (Walker, 1988, cité dans Sundaram, 1995). Par contre, les enfants présentant des signes de fatigue, un effet secondaire dont il a également été question dans le premier chapitre, semblent pouvoir bénéficier davantage des bienfaits de la DMT, en prenant en compte que la fatigue peut être perçue comme un manque d'énergie inscrit dans le corps et que l'utilisation directe de celui-ci dans le processus ne peut qu'être bénéfique. Effectivement, bien qu'il soit essentiel de tenir compte en thérapie, des réserves énergétiques déjà bien faibles de l'enfant malade, des spécialistes du domaine, tels que Cane (1983), Caldwell (1996), McNiff (1981) et Nathalie Rogers (2001) misent sur le mouvement afin de stimuler l'énergie de la personne dans le but de libérer la créativité et d'entreprendre le processus thérapeutique.

Par ailleurs, du point de vue émotionnel, l'art-thérapie et la DMT peuvent être d'une grande utilité chez les enfants atteints de cancer. Tel qu'il a été mentionné précédemment, les procédures médicales sont souvent une cause d'anxiété chez ces jeunes patients. Comme l'affirment plusieurs auteurs (Councill, 2003; Malchiodi, 2005; Loman, 2005), autant l'art-thérapie que la DMT peuvent tenter de pallier à l'anxiété liée aux procédures médicales invasives par leur approche centrée chacune sur ce que l'enfant ressent et surtout parce que la médiation artistique et le processus symbolique procurent une distance par rapport à l'expérience vécue de la maladie. Cependant, leurs possibilités

d'action (représentation graphique, gestuelle symbolique) différent (McNiff, 1981), ce qui confère à l'intégration du mouvement à l'art-thérapie une combinaison de possibilités thérapeutiques plus utile que la pratique des deux approches séparées. Ceci réfère encore une fois au concept de la Gestalt que McNiff a cru bon appliquer aux thérapies par les arts. Tout comme avec le travail sur les symptômes physiques de la maladie, le thérapeute peut choisir, et ce, à chaque moment de la thérapie, l'approche qui convient le mieux, selon les particularités de la situation (anxiété liée aux procédures médicales et à l'équipement médical), des symptômes (par exemple, vomissement ou fatigue) et surtout de l'enfant lui-même (préférences et affinités personnelles).

Quant à la problématique de l'image biaisée du corps chez l'enfant atteint d'un cancer, abordée tout au long du présent travail de recherche, l'art-thérapie et la DMT offrent également la possibilité d'analyser cette problématique sous différents angles, ce qui ne peut qu'être bénéfique au travail thérapeutique. En effet, compte tenu du fait que le concept d'image corporelle intègre un aspect visuel et graphique ainsi qu'un aspect physique et corporel de soi-même, l'art et le mouvement permettent d'accéder chacun respectivement à un aspect de ce concept. Ainsi, comme Shaun McNiff (1981) en fait la recommandation, et ce, basée sur l'axiome de la Gestalt (le tout est plus grand que la somme de ses parties), en combinant ces deux approches, il est possible de travailler plus globalement sur une problématique d'image biaisée du corps. Voilà une autre raison pourquoi l'art-thérapie et le mouvement s'avèrent une excellente combinaison d'approches thérapeutiques.

En conclusion, les réalités physiques, émotionnelles et sociales que vivent les enfants atteints de cancer nécessitent d'envisager des approches thérapeutiques à la fois sensibles et créatives, dans le but de les soulager des effets du cancer et de ses traitements médicaux. La combinaison d'approches thérapeutiques diverses, complémentaires et axées sur le lien corps/esprit a déjà fait ses preuves, comme il a été démontré dans la section « Combinaison d'approches art-thérapeutiques ». Plusieurs éléments traités dans le présent chapitre confirment donc l'hypothèse selon laquelle l'intégration du mouvement à l'art-thérapie est bénéfique et souhaitable pour les enfants atteints du cancer.

Conclusion

De nombreuses études ont démontré les effets dévastateurs du cancer sur la qualité de vie des enfants qui en sont atteints (Councill, 2003). Par ailleurs, depuis que les avancées médicales ont permis d'augmenter le taux de survie en oncologie pédiatrique, les efforts se sont multipliés pour améliorer leur qualité de vie grandement compromise par cette maladie (Zebrack & Chelsey, 2002; Mulhern et coll., 1989). À partir d'une étude approfondie des approches thérapeutiques et art-thérapeutiques pouvant palier à ces effets, la présente recherche a permis de démontrer la pertinence de l'intégration du mouvement à l'art-thérapie en oncologie pédiatrique.

Les effets négatifs du cancer, tant sur la dimension physique, qu'émotionnelle et sociale de la qualité de vie de ces enfants ont été étudiés au premier chapitre (Nuss & Wilson, 2007). Comme on sait, du point de vue physique, les effets secondaires sont nombreux. Sur le plan émotionnel, les conséquences de la maladie et de ses traitements, non moins nombreuses, varient d'un enfant à l'autre et en fonction de l'âge (Prugh, 1983, cité dans Goodill, 2005). Ces enfants peuvent par exemple vivre un sentiment d'isolement (Councill, 2003), de l'anxiété face aux procédures médicales (Mulhern et coll., 1989), et de la peur face à l'éventualité d'une rechute de la maladie (Nuss & Wilson). De plus, tel qu'il a été souligné au premier chapitre, la perte de cheveux et les autres changements physiques que causent les traitements entraînent fréquemment des problèmes d'ajustement liés à leur image corporelle (Copeland & Kun, 1989).

L'utilité de l'art-thérapie et celle de la DMT dans le traitement d'enfants atteints du cancer a fait l'objet des deuxième et troisième chapitres. Après avoir décrit la

dimension corps/esprit de la maladie, abordée entre autres par l'art-thérapie et la DMT, le quatrième et dernier chapitre a démontré le bienfondé d'intégrer le mouvement à l'art-thérapie afin de mieux venir en aide aux enfants atteints de cancer, comme le prônent plusieurs auteurs tels que Adler et Fisher (1984), Cane (1983), Cohen (1983), McNiff (1981) et Rogers (2001).

En effet, les enfants atteints du cancer ont à composer non seulement avec une atteinte par la maladie d'une partie de leur corps, mais aussi avec des traitements agressifs, souvent vécus comme une menace extérieure. Cela engendre des émotions souvent difficiles à mettre en mots. Si l'art-thérapie et la DMT offrent des avantages distincts pour venir en aide aux enfants atteints d'un cancer, une approche combinée permet de travailler à la fois sur la dimension visuelle et sur la dimension corporelle.

Effectivement, l'art-thérapie facilite l'expression des émotions par la création d'images souvent spontanées, d'autant que, pour les enfants, dessiner ou peindre, par exemple, est généralement une activité naturelle pour eux. Le matériel artistique et l'image créée offrent également une saine distance émotionnelle requise au processus thérapeutique (Walker, 1988, cité dans Sundaram, 1995). La DMT permet aussi l'expression des émotions mais cette fois sous une forme corporelle; elle permet d'aborder des problématiques plus directement reliées au corps. La DMT offre aussi la possibilité à la thérapeute de réagir et d'intervenir auprès du patient avec son propre corps et ses mouvements personnels (Loman, 2005).

Tel que mentionné précédemment, la maladie et les changements corporels qu'entraînent les traitements, dont le plus évident est la perte de cheveux, créent souvent

des problèmes d'ajustement liés à l'image corporelle. Ainsi, la représentation visuelle du corps peut-elle être abordée à la fois par l'image graphique et par le corps en mouvement dans une approche intégrant l'art-thérapie et la DMT. Lors de l'évaluation thérapeutique, une telle intégration permet également l'obtention d'informations pertinentes sur la relation corps/esprit que l'enfant entretient compte tenu de la maladie. Aussi l'intégration du mouvement à l'art-thérapie est-elle souhaitable puisqu'elle permet de travailler à la fois sur les dimensions physique, kinesthésique, visuelle et psychique de la thérapie (Malchiodi, 2005).

Pour conclure, en s'appuyant entre autres sur les études traitant des combinaisons d'approches thérapeutiques axées sur le lien corps/esprit et qui ont fait leurs preuves par le passé, le présent travail de recherche a permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle l'intégration du mouvement à l'art-thérapie est une approche unique, créative et surtout bénéfique dans le traitement d'enfants atteints de cancer.

Bibliographie

- Adler, R. F. & Fisher, P. (1984). My self ... through music, movement and art. *The Arts in Psychotherapy*, 11, 203-208.
- ADTA (2009). American Dance Therapy Association: General questions about dance/movement therapy. Consulté le 13 juillet 2009, à <http://www.adta.org/faqs/index.cfm#general4>.
- Bach, S. (1990). *Life paints its own span: On the significance of spontaneous pictures by severely ill children*. Einsiedeln, Switzerland: Daimon Verlag.
- Bybee, J., Kramer, A., & Zigler, E. (1997). Is repression adaptive? Relationships to socioemotional adjustment, academic performance, and self-image. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 59-69.
- Caldwell, C. (1996). *Getting our Body Back: Recovery, Healing, and Transformation Through Body-Centered Psychotherapy*, Boston, Massachusetts: Shambhala Publications.
- Cane, F. (1983). *The Artist in Each of Us*, Washington, DC: Baker-Webster.
- Cohen, B. M. (1983). Combined art and movement therapy group: Isomorphic responses. *The Arts in Psychotherapy*, 10, 229-232.
- Councill, T. (1999). Art therapy with pediatric cancer patients. Dans C. A. Malchiodi (Ed.), *Medical art therapy with children* (pp. 75-94). London: Jessica Kingsley.

- Councill, T. (2003). Medical art therapy with children. Dans C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 207-219). Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Di Gallo, A., Felder-Puig, R., & Topf, R. J. (2007). Quality of life from research and clinical perspectives: An example from paediatric psycho-oncology. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*(4), 599-610.
- Erfer, M. S., & Ziv, A. (2006). Moving toward cohesion: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy, 33*, 238-246.
- Favara-Scacco, C., Smirne, G., Schiliro, G., & Di Cataldo, A. (2001). Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Medical and Pediatric Oncology, 36*, 474-480.
- Ganim, B. (1999). *Art and healing: Using expressive art to heal your body, mind, and spirit*. New York: Three Rivers Press.
- Geraghty, B. (1985). Case study: Art therapy with a Native Alaskan girl on a pediatric ward. *American Journal of Art Therapy, 23*, 126-128.
- Glaister, J. A. (2000). Four years later: Clara revisited. *Perspectives in Psychiatric Care, 36*, 5-13.
- Goodill, S. W. (2005). *An Introduction to Medical Dance/Movement Therapy: Health Care in Motion*, London, UK: Jessica Kingsley.

- Goodill, S. W. & Morningstar, D. M. (1993). The role of dance/movement therapy with medically involved children. *International Journal of Arts Medicine*, 11(2), 24-27.
- Higgins, L. (2001). Laban movement analysis in Dance Movement Therapy. 25th Colloque, A.I.R., Danse thérapie, Besancon: France, 131-138, 140-146.
- Hockenberry, M. (2004). Symptom management research in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21, 132-136.
- Jones, P. (2005). *The arts therapies: A revolution in healthcare*. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.
- Le Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants. (n.d.) Fondation des Gouverneurs de l'Espoir: Quelques statistiques. Consulté le 10 avril 2007, à <http://www.gouverneursdelespoir.org/fr/recherche/statistiques.php>.
- Levine, S. K. (2005). The philosophy of expressive arts therapy: *Poiesis* as a response to the world. Dans P. J. Knill, E. G. Levine, & S. K. Levine (Eds.), *Principles and practice of expressive arts therapy: Towards a therapeutic aesthetics* (pp. 15-74). London: Jessica Kingsley.
- Loman, S. T. (2005). Dance/movement therapy. Dans C. A. Malchiodi (Ed), *Expressive therapies* (pp. 68-89). New York, NY: Guilford Press.
- Loonen, H. J., Derkx, B. H. H. F., & Griffiths, A. M. (2002). Pediatricians overestimate importance of physical symptoms upon children's health concerns. *Medical Care*, 40, 996-1001.

- Malchiodi, C. (1999a). Art therapy, arts medicine, and arts in healthcare: A vision for collaboration in the next millennium. *International Journal of Arts Medicine*, 6(2), 13-16.
- Malchiodi, C. A. (1999b). *Medical art therapy with children*. London: Jessica Kingsley.
- Malchiodi, C. A. (2002). *The soul's palette*. Boston: Shambhala.
- Malchiodi, C. A. (2005). *Expressive Therapies*. New York: Guilford Press.
- Massimo, L. M. & Zarri, D. A. (2006). In tribute to Luigi Castagnetta--drawings : A narrative approach for children with cancer. *Annals New York Academy of Sciences*, 1089, xvi-xxiii.
- Mayers, K. S. (1995). Songwriting as a way to decrease anxiety and distress in traumatized children. *Arts in Psychotherapy*, 22, 495-498.
- McNiff, S. (1981). *The arts and psychotherapy*. Springfield, IL: Thomas.
- Mendelson, J. (1999). D.M.T. with hospitalized children. *The American Journal of Dance Movement Therapy*, 26(2), 65-79.
- Mulhern, R. K., Horowitz, M. E., Ochs, J., Friedman, A. G., Armstrong, F. D., Copeland, D., & Kun, L. E. (1989). Assessment of quality of life among pediatric patients with cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(2), 130-138.
- Munger, L. (1989). A hero's journey; Special edition, 1988. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 6, 34-36.

- Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*, 162-169.
- Nuss, S. L. & Wilson, M. E. (2007). Health-related quality of life following hematopoietic stem cell transplant during childhood. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24*, 106-115.
- O'Neill, E. W. (1989). Art therapy with children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 6*, 36-37.
- Oppenheim, D. & Hartmann, O. (2003). L'expérience du cancer des enfants illustrée par leurs dessins. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 51*, 5-13.
- Ott, M. J. (2006). Mind-body therapies for the pediatric oncology patient: Matching the right therapy with the right patient. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23*, 254-257.
- Rheingans, J. I. (2007). A systematic review of nonpharmacologic adjunctive therapies for symptommanagement in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24*, 81-94.
- Robinson, D. L. & Carr, B.A. (2007). Delayed vomiting in children with cancer after receiving moderately high or highly emetogenic chemotherapy. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24*, 70-80.

- Robinson, J. O., Alvarez, J. H., & Dodge, J. A. (1990). Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Psychosomatic Research, 34*(2), 171-181.
- Rockwood Lane, M. (2006). Arts in health care: A new paradigm for holistic nursing practice. *Journal of Holistic Nursing, 24*(1), 70-75.
- Rogers, N. (2001). Person-centered expressive arts therapy. Dans J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique, second edition* (pp. 163-177). New York: Brunner-Routledge.
- Russell, J. (1995). Art therapy in a hospital burn unit: A step towards healing and recovery. *Art Therapy, 12*(1), 39-45.
- Scott, J. T., Harmsen, M., Prictor, M. J., Sowden, A. J., & Watt, I. (2003). Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, 1-33.
- Seigneur, E. (2004). La guérison et ses aléas en oncologie pédiatrique : Revue de la littérature. *Revue Francophone Psycho-Oncologie, 2*, 83-90
- Serlin, I. (1996). Kinaesthetic imagining. *Journal of Humanistic Psychology, 36*, 25-33.
- Serlin, I. A., Classen, C., Frances, B., & Angell, K. (2000). Symposium: Support groups for women with breast cancer: Traditional and alternative expressive approaches. *The Arts in Psychotherapy, 27*(2), 123-138.

- Serota, F., & Meadows, A. T. (1984). Medical aspects of childhood cancer. Dans J. Fithian (Ed.), *Understanding the child with a chronic illness in the classroom* (pp. 134-151). Phoenix: Oryx Press.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*, Thousand Oaks, California: Sage.
- Sundaram, R. (1995). In focus: Art therapy with a hospitalized child. *American Journal of Art*, 34(1), 2-7.
- Ullman, L. (1984). *A vision of dynamic space: Rudolf Laban*. Philadelphia: The Falmer Press.
- Vance, Y. H., Morse, R. C., Jenney, M. E., & Eiser, C. (2001). Issues in measuring quality of life in childhood cancer: Measures, proxies, and parental mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 661-667.
- Walker, C. (1989). Use of art and play therapy in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 6, 121-126.
- Whitaker, P. (2004). Art moves; Exploring the implications of the body and movement within art therapy. *The Canadian Art Therapy Association Journal*, 17(1), 3-9.
- Wolf Bordonaro, G. P. (2003). *Art therapy with hospitalized pediatric patients*. Dissertation doctorale non publiée, Université de l'État de la Floride, États-Unis.
- Zebrack, B. J. & Chesler, M. A. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 11, 132-141.