



**HAL**  
open science

## Art et Médecine : bénéfiques des arts plastiques en médecine ambulatoire

Élodie Olmi

► **To cite this version:**

Élodie Olmi. Art et Médecine : bénéfiques des arts plastiques en médecine ambulatoire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02073745

**HAL Id: dumas-02073745**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02073745v1>**

Submitted on 20 Mar 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Art et Médecine :  
Bénéfices des arts plastiques en médecine ambulatoire.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant  
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 10 Octobre 2018**

**Par Madame Élodie OLMI**

**Née le 18 février 1991 à Ajaccio (2A)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur BRUNET Philippe</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur DISDIER Patrick</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur KNEFATI Yannick</b>	<b>Directeur</b>
<b>Monsieur le Docteur DURAND Jean-Yves</b>	<b>Assesseur</b>

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Assesseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Caroline MOUTTET
- \* Logistique : Joëlle FRAVEGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTÉY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jean-Claude  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

<b>1967</b> MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b> MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b> MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b> MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b> MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b> M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b> MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b> MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b> M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b> MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b> MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
<b>1987</b> M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b> MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b> M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b>	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b>	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b>	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b>	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b>	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b>	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b>	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b>	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016



**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danièle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
*RIDINGS Bernard Surnombre*

ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
*SAMBUC Roland Surnombre*  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal

THUNY Franck  
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPIANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
FILIPPI Simon

### **PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL**

BURKHART Gary

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud ( <i>disponibilité</i> )	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien		VERNA Emeline

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**  
**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)  
  
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*  
  
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)  
  
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU-PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
*MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre*  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)  
  
BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
  
PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)  
  
CAMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)  
  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU-PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
*ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre*  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)  
  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU-PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
*LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre*  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
*MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre*  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

*GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre*  
LEPIDI Hubert (PU-PH)

*ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité*  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*  
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
SEITZ Jean-François (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
KRAHN Martin (PU-PH)  
LEVY Nicolas (PU-PH)  
MONCLA Anne (PU-PH)  
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
TOGA Caroline (MCU-PH)  
ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BOUBLI Léon (PU-PH)  
BRETELLE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

#### **IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

#### **MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

#### **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

#### **NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
RACCAH Denis (PU-PH)  
VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

#### **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

#### **OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
HOFFART Louis (PU-PH)  
MATONTI Frédéric (PU-PH)  
*RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre*

#### **HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

#### **MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)  
TUCHANTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

#### **MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

#### **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

#### **NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

#### **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)  
REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
GRAILLON Thomas (MCU PH)

#### **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)

#### **PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OUDIN Claire (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)  
 VALLI Marc (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) *(disponibilité)*  
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018  
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 BARTOLIN Robert (PU-PH) *Surnombre*  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)



**A NOTRE PRESIDENT DE JURY**

**Monsieur le Professeur Philippe Brunet**

Vous nous avez fait le grand honneur de présider notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu prêter à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre sincère reconnaissance.

## **A NOS MEMBRES DU JURY**

### **Monsieur le Professeur Patrick Disdier**

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger cette thèse.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

### **Monsieur le Docteur Jean Vion-Dury**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait de juger ce travail.

Soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance.

### **Monsieur le Docteur Jean-Yves Durand**

Tu as accepté avec une grande spontanéité de faire partie de notre jury.

Je te prie de croire à l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

**AU DIRECTEUR DE CE TRAVAIL**

**Monsieur le Docteur Yannick Knefati**

Tu m'as fait l'honneur d'initier et diriger cette thèse.

Ton expérience et ta disponibilité m'ont permis de mener ce travail à terme.

Que cette thèse soit l'occasion de te témoigner ma très profonde gratitude.

**A mes parents, ma sœur Nathalie et l'ensemble de ma famille** merci pour votre affection et vos encouragements depuis le début de mes études.

**A Manu**, merci pour ton soutien et ton aide durant ce travail de thèse, et surtout pour ton amour, ton optimisme et ton sourire quotidien.

**A Armelle et Robert, Valérie, Pascal, Johanne et Alex**, merci pour votre gentillesse et votre confiance.

**A Yannick, Jean-René, Magali, Makhoulf, Ionut, Olivier et l'ensemble de cette fantastique équipe médicale et paramédicale de Néphrologie-Hémodialyse** un grand MERCI pour ces 2 superbes semestres mêlant rire, travail et bonne humeur.

**A Véro, Christine, Steph, Lila, Pr Landes, Romain, Violaine, l'EMG et l'ensemble de l'équipe de Gériatrie de Sainte Musse**, merci pour nos fous rires quotidiens à l'hôpital.

**A ma marraine des urgences Cathy Ehret**, merci pour ta bienveillance mais aussi ta patience lors nos nuits de gardes agitées.

**A Sandrine Mastropasqua, Thomas Belnet, Valérie Dahan, Nathalie Manzone, Pascale Seuzaret, Fanny Bardet, Manon Hocedez et l'ensemble des équipes médicales et paramédicales des Urgences de La Seyne-sur-Mer et Sainte-Musse**, merci pour tous ces bons moments au travail.

**Au CHITS, ses soignants, mon équipe de kinés préférée, l'EMSP et la Cellule de Recherche**, merci pour votre aide. « Parce que Toulon ! »

**Au Docteur D**, merci de m'avoir fait découvrir et apprécier la médecine générale, vivement notre association pour une galerie d'art.

**A Benjamin son nouvel associé**, merci pour tes précieux conseils.

**Au Docteur Véronique Morville**, merci pour notre collaboration et votre efficacité durant ce travail de recherche.

**A l'ensemble de l'équipe des Urgences Pédiatriques de la Timone**, merci pour les connaissances que vous m'avez apportées.

**Aux Docteur Jean Vion-Dury, Docteur Gaëlle Mouglin et Docteur Pierre Lemarquis**, merci pour votre accompagnement durant ce travail de thèse.

**A Monsieur le Professeur Jean-Louis Blanc**, merci de m'avoir ouvert les portes du patrimoine médical de Marseille.

**A la Faculté de Médecine de Marseille, l'ensemble des soignants hospitaliers, le Service Communication-Culture de l'AP-HM, le Docteur Veit, le Docteur Lamarchi, Jacques, Timothée et l'équipe de l'UMAP**, merci pour toutes ces rencontres et l'enseignement prodigué.

**A M. Marin**, merci pour votre disponibilité et votre amabilité.

**A Valérie et Fred**, merci pour votre amitié, nos petits déjeuners à l'internat accompagnés des potins journaliers, et pour vos adresses gastronomiques illuminant ma nouvelle vie varoise.

**A Josie notre célèbre nounou de l'internat de Sainte-Musse**, merci pour ton accueil chaleureux.

**A Myriam** merci pour notre amitié et encore merci de m'avoir supportée (dans tous les sens du terme) durant ces 9 années d'études.

**A Anghjulina, Arnaud et à notre Faculté de Médecine de Corte**, merci pour cette première année enneigée, suivie d'une belle amitié.

**A Bachra**, merci pour ton calme et tes encouragements.

**A Margaux et Jad**, merci pour ces moments de bonheur passés ensemble.

**A Fred**, merci pour notre formidable externat fait de conférences et de sous-colles hypercaloriques.

**A Seb**, merci de m'avoir fait découvrir Toulon et son internat magique.

**A Guillaume, Anaïs (et sa pointe de folie), Magalie, Mathieu, Ismaa, Sophie, Caporale Vannson, Anne-Gaëlle, Rachel (et sa passion pour l'équilibre des glycémies), Valérie, Julie, Victoria, ainsi que l'ensemble de mes co-internes**, merci pour tous ces moments et soirées d'internat passées ensemble !

**A mes amis d'Ajaccio:**

**Laurence**, merci pour ton amitié et ton soutien téléphonique infaillible.

**Flo**, merci pour ta patience et nos week-ends niçois animés.

**Oriana**, merci pour tes conseils d'artiste.

**Marie Charlotte, Josépha, Jean-Phi et Marie Josée**, merci pour votre joie de vivre quotidienne et vos encouragements.

**Déborah et Romu**, merci pour votre gentillesse.

**André**, merci pour ton soutien.

*A l'Art et la Médecine,  
Mes deux plus grandes passions...*

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>I. L'HISTOIRE D'UNE RENCONTRE : ART ET MEDECINE .....</b>	<b>5</b>
1.1/ INTRODUCTION .....	5
1.2/ L'ART TEMOIN ET ILLUSTRATION DU SAVOIR SCIENTIFIQUE : PREHISTOIRE, ANTIQUITE, MOYEN AGE ET RENAISSANCE .....	6
1.3/ XIXème ET XXème SIECLES : UNE REVOLUTION ARTISTIQUE ET THERAPEUTIQUE .....	9
1.4/ NAISSANCE DE L'ART THERAPIE .....	12
1.5/ CONCLUSION : XXIème SIECLE ET PERSPECTIVES FUTURES, LA CULTURE S'INVITE A L'HOPITAL .....	15
<b>II. L'ANXIETE : SYMPTOME OU MALADIE .....</b>	<b>17</b>
2.1/ INTRODUCTION : L'ANXIETE, UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE .....	17
2.2/ ANXIETE ET PSYCHIATRIE .....	19
2.3/ ANXIETE CHEZ LES INSUFFISANTS RENAUUX .....	21
2.4/ ANXIETE DES PATIENTS : BIEN PLUS QU'UN EFFET BLOUSE BLANCHE .....	24
2.5/ CONCLUSION : UNE RELATION MEDECIN MALADE A AMELIORER .....	27
<b>III. LES BENEFICES DES ARTS PLASTIQUES .....</b>	<b>28</b>
3.1/ ART-THERAPIE OU ACTIVITE ARTISTIQUE ? .....	28
3.2/ ATELIERS ARTISTIQUES ET PATHOLOGIES CHRONIQUES .....	29
ART-THERAPIE, ACTIVITES ARTISTIQUES ET ONCOLOGIE .....	29
ART-THERAPIE, ACTIVITES ARTISTIQUES ET SCHIZOPHRENIE .....	32
ART-THERAPIE, ACTIVITES ARTISTIQUES ET HEMODIALYSE .....	34
3.3/ EXEMPLE D'UNE ACTIVITE ARTISTIQUE : LE COLORIAGE .....	36
<b>IV. L'ETUDE COLORI : INFLUENCE DU COLORIAGE D'UNE FORME COMPLEXE SUR L'ANXIETE ASSOCIEE AUX SOINS .....</b>	<b>39</b>
4.1/ RATIONNEL SCIENTIFIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	40
4.2/ MATERIELS ET METHODE .....	42
4.3/ RESULTATS .....	49
POPULATION .....	49
SCORE STAI .....	50
SCORE ECTM2-Qa .....	52
COLORIAGES .....	57
4.4/ DISCUSSION .....	67
SCORE STAI-ETAT APRES COLORIAGE .....	67
SCORE STAI-ETAT AVANT COLORIAGE .....	69
SCORE STAI-TRAIT .....	70
SCORE ECTM2-Qa .....	70
COLORIAGES .....	73
LIMITATIONS .....	73
<b>V. L'ART ET LA MEDECINE DANS LA SOCIETE ACTUELLE .....</b>	<b>75</b>
5.1/ GENERALITES EN FRANCE .....	75
5.2/ EXEMPLES A L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE MARSEILLE (AP-HM) .....	79
5.3/ EXEMPLES AU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL TOULON LA SEYNE-SUR-MER (CHITS) .....	82
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>83</b>



<b>ANNEXE : Consignes et questionnaires remis aux patients.....</b>	<b>85</b>
<b>ICONOGRAPHIE .....</b>	<b>94</b>
<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>101</b>

## INTRODUCTION

La Médecine est un ensemble de connaissances et de moyens scientifiques destinés à préserver ou rétablir la santé, guérir ou soulager les maladies de l'homme. Le terme médecine ambulatoire définit la prise en charge ou le suivi d'un patient sans hospitalisation, pour des soins d'une durée de quelques heures ou lors d'une consultation.

L'Art, et notamment les arts plastiques avec le dessin, la gravure, la peinture, le modelage la sculpture, représente des activités humaines s'adressant aux sens ou aux émotions de chacun. L'Art et la Médecine sont deux sujets, deux techniques, deux passions différentes et pourtant celles-ci se sont rencontrées à de nombreuses reprises au cours du temps pour se complaire dans leur relation, mais parfois pour s'opposer l'une à l'autre. Quels sont alors leurs véritables liens et buts communs ?

En additionnant Art et Médecine il est possible d'obtenir un effet synergique positif initialement pour les patients puis pour les accompagnants et les soignants, notamment dans le domaine de l'anxiété et du bien-être. Ainsi notre travail de thèse portera sur les bénéfices des arts plastiques en médecine ambulatoire.

Premièrement nous établirons les liens historiques entre l'Art et la Médecine. Des peintures rupestres à la mythologie antique mêlant le monde scientifique artistique et mystique, du Moyen Âge à la Renaissance, en passant par une révolution psychiatrique, pour enfin atteindre de nouvelles conventions hospitalières, de nombreux événements seront à retenir.

Dans un deuxième temps nous définirons un problème de santé publique majeur : l'anxiété. Symptôme ou maladie, l'anxiété peut appartenir au domaine de la psychiatrie tout comme aux pathologies somatiques ou organiques chroniques.

Par la suite, une partie bibliographique s'intéressera aux recherches effectuées sur les bienfaits des arts plastiques dans diverses spécialités médicales. Tout en côtoyant l'art-thérapie nous définirons et différencierons cette technique des activités artistiques.

Nous avons poursuivi notre travail en réalisant une étude supposant que la réalisation d'un coloriage d'une forme complexe permet de réduire l'anxiété liée à la maladie et à l'environnement de soin, avant une consultation ou un soin. Cette étude s'intéresse à trois groupes de patients ambulatoires : en consultation de néphrologie, lors de séances d'hémodialyse et en hôpital de jour psychiatrique. Les résultats de cette étude seront présentés dans ce travail de thèse et discutés.

L'ensemble de cette recherche permettra de montrer l'adaptation possible d'une activité artistique dans diverses disciplines médicales et de renforcer le lien entre l'Art et la Médecine.

Pour finir, l'Art et la Culture faisant actuellement partie du monde hospitalier, nous présenterons les différentes interventions artistiques en France, et tout particulièrement dans les villes de Marseille et Toulon.

# **I. L'HISTOIRE D'UNE RENCONTRE : ART ET MEDECINE**

## **1.1/ INTRODUCTION**

Fernand Léger, figure de l'art moderne disait : « Je trouve triste ces hôpitaux aux murailles grises. Je les voudrais pleins de couleurs. L'hôpital polychrome. Le médecin chromatiste. La cure par la couleur »<sup>1</sup>. Ce peintre du XXème siècle avait-il deviné que l'art et la médecine pourraient un jour se rencontrer pour au final se compléter ?

L'art et la médecine sont deux domaines qui apparaissent initialement comme étrangers l'un à l'autre. En effet l'art associe imagination et créativité, tandis que la médecine allie rigueur et précision. Inspiration pour un certain nombre de peintres, la médecine est à l'origine représentée et revisitée à de multiples reprises. Bien des tableaux montrent des médecins ou guérisseurs au travail, tandis que d'autres représentent la maladie, ses symptômes et sa laideur. Cependant les démarches et finalités respectives des artistes et scientifiques dans leurs activités peuvent-elles être liées ? L'artiste peut-il devenir médecin et inversement ? Leur but commun ne serait-il pas d'apporter de l'aide et donc d'amener les spectateurs et les patients vers un bien être et peut être la guérison ? L'art s'avérerait être alors un véritable bénéfice pour la médecine.

L'art-thérapie, dont l'émergence remonte aux années 1950, permet de mettre en avant le patient dans le domaine des arts, atout majeur de sa prise en charge, en partenariat avec des artistes et médecins pour améliorer sa qualité de vie<sup>2</sup>. Mais comment ce statut de patient créateur et acteur de sa thérapie est-il apparu ?

L'art et la médecine se sont croisés au cours de l'histoire. Ces deux sujets s'opposent lors de certaines périodes, mais s'allient avec force parmi d'autres. Découvrons ensemble l'évolution des artistes et médecins au fil du temps, jusqu'à ce que l'art, voire la culture aient plus qu'une incidence, mais une influence positive sur notre santé.

## 1.2/ L'ART TEMOIN ET ILLUSTRATION DU SAVOIR SCIENTIFIQUE : PREHISTOIRE, ANTIQUITE, MOYEN AGE ET RENAISSANCE

La Préhistoire avec le Paléolithique (-3000000 à -10000) voit naître différentes lignées humaines (Australopithèques, Homo Habilis, Homo Erectus, Hommes de Néandertal) dont les premières manifestations artistiques ont été les peintures pariétales, réalisées par des chamanes qui étaient guérisseurs et artistes à la fois. Ces peintures rupestres ont permis la transmission du savoir. Par exemple il existe dans la grotte des Trois Frères, datant de la période Néolithique (-10000 à -3000) dans la vallée de l'Ariège, la représentation d'un homme qu'on doit tenir pour l'ancêtre d'une longue lignée de médecins car reproduit en trépanant les crânes pour en faire sortir la maladie. D'après les historiens, les hommes plaçaient leurs peintures rupestres dans des cavernes offrant la meilleure résonance pour conjuguer les effets de l'image et du son, et obtenir une atmosphère presque magique. Celles-ci devenaient thérapeutiques mais aussi messagères des dieux, captant leurs rayonnements salvateurs pour les transmettre aux mortels<sup>3</sup>.

Les vertus de l'art pour la médecine ont été véritablement admises durant l'Antiquité (-3000 à 476). La civilisation égyptienne s'est déroulée de 3200 avant Jésus-Christ (époque des premiers pharaons) à 30 avant Jésus-Christ (conquête de l'Égypte par les Romains) permettant un véritable développement de la médecine. En effet l'Égypte pharaonique a transmis des manuscrits sur cuir ou papyrus, ainsi que de nombreux livres de pratiques médicales auxquels se référaient les médecins. Ces premières représentations de thérapeutiques sont considérées comme de véritables œuvres d'art de nos jours. Citons l'un des plus célèbres : *le Papyrus d'Ebers* conservé à Leipzig et daté de 1550 avant Jésus-Christ, qui contient des notions d'anatomie, un exposé de cas pathologiques, ainsi que sept cents remèdes<sup>4</sup>. Durant cette période, l'art s'est mis au service de la médecine, pour la représenter et apporter une aide aux médecins et non aux patients initialement mis au second plan.

Le domaine scientifique était sous l'influence du monde mystique à cette époque<sup>5</sup>. L'Égypte pharaonique a désigné plusieurs divinités ayant en charge la médecine, telles que Thot Dieu de la Sagesse et de la Science ou Horus gardien de la santé. Mais la science et sa rigueur tentent de reprendre le dessus. En Babylonie le raisonnement médical apparaît suivi du *Code de Hammurabi* en Mésopotamie. Ce texte juridique daté d'environ 1750 avant Jésus-Christ, signe le fondement de la responsabilité médicale<sup>6</sup>.

Imhotep personnage emblématique de cette ère, fut l'un des premiers hommes à se consacrer à

l'art et la médecine. Conseiller du roi, il était d'une part architecte avec la construction du vaste complexe funéraire de Saqqarah, qui inclut la première pyramide égyptienne, mais aussi médecin symbolisant la fusion de la médecine mythologique, sacerdotale et praticienne<sup>7</sup>.

L'ère de l'Égypte Antique fut marquée par le développement de la médecine avec ses premières représentations artistiques.

L'arrivée de la Grèce Antique permet l'essor de la médecine au cours du Vème siècle avant Jésus-Christ. La mythologie grecque dans le domaine médical est représentée par le Dieu Asclépios (qui correspond à l'Esculape romain, et à l'Imhotep égyptien), doté de son bâton autour duquel s'enroule un serpent, symbole de la médecine actuelle. Nous pouvons également ajouter Apollon, le dieu guérisseur qui était aussi le dieu poète, de la musique et des arts.

Par la suite la naissance d'Hippocrate en 460 avant Jésus-Christ, marqua la naissance de la profession médicale occidentale. Considéré comme le père de la médecine il écrit *le Corpus hippocratique*, recueil d'une soixantaine de livres parmi lesquels se trouve *le Serment d'Hippocrate*. Dans le domaine de l'art, la médecine est représentée sur des bas-reliefs illustrant des scènes thérapeutiques et des ex-voto anatomiques<sup>8</sup> qui remercient la grâce obtenue en la matérialisant. La guérison d'un organe était gravée sur des plaques métalliques. La sculpture était l'outil principal à cette époque délaissant le bois pour la pierre et le marbre. Enfin l'art paléochrétien symbolisait la médecine et la guérison lors de funérailles tel que *la Leçon d'anatomie* dans les catacombes comme l'hypogée de la Via Latina<sup>9</sup> (Iconographie 1).

Bien que l'Antiquité gréco-latine soit marquée par les représentations de la médecine dans l'art, nous y rencontrons également les prémices de l'art-thérapie. Nous pouvons considérer qu'Aristote avec la catharsis, ou Platon avec la psychagogie, sont les premières « bornes » de cette discipline. En effet, ces deux techniques avaient pour finalité d'apaiser le patient. Platon apporta une réelle réflexion sur l'art et l'humanité avec une conscience très vive de l'esthétique de l'art et de l'effet qu'il produit sur l'homme. L'art s'adresse à la sensibilité et finalement au corps même de l'homme pour l'aider à se reconstruire. L'Antiquité marque une évolution vers les bienfaits de l'art sur les patients.

Ces bénéfiques vont cependant régresser au Moyen Âge (476 à 1492). Aux temps médiévaux, l'image du médecin était imprécise et les seuls véritables soignants restaient le moine ou le clerc<sup>10</sup>. L'épidémie de peste, crise sociale démographique et économique permettra la progression de la science. Des écoles et hôpitaux sont créés et dirigés par des religieux. L'art intervenait dans ce contexte pour célébrer le dévouement des soignants ou des grands mécènes. Les œuvres à l'intérieur même de l'hôpital puisaient leur source dans une pensée religieuse profonde, et occupaient dans les hôpitaux une place identique à celle retrouvée dans les lieux de culte. Après les sépultures préhistoriques et les momifications de l'Antiquité, la mort est représentée par des crucifixions évoquant à nouveau la religion à travers la mort du Christ. Les grandes pathologies de cette période historique, telles que la peste ou la lèpre sont représentées par des artistes avec les premières iconographies de maladies<sup>11</sup>. D'autres artistes préfèrent illustrer les dissections comme le peintre néerlandais Jérôme Bosch (1450-1516), véritable satire de la société médiévale avec son œuvre *l'Extraction de la Pierre de folie*<sup>12</sup> (Iconographie 2). Face aux mouvements religieux incitant les malades à demander guérison à Dieu ou au Christ, la rationalité scientifique a bien du mal à s'imposer. A cette époque l'illustration est alors l'unique fonction médicale de l'art.

La Renaissance (1492 à 1789) va bousculer toutes ces croyances. Durant cette période, les connaissances médicales se sont étendues et l'art s'est vu attribuer d'autres qualités en cessant d'être un simple support pour le savoir. Pendant la période moderne du XV<sup>ème</sup> au XVIII<sup>ème</sup> siècle, l'artiste est considéré comme un scientifique. Celui-ci partait en quête de la représentation la plus précise possible de la réalité et cherchait à reproduire exactement l'anatomie humaine, avec la découverte des lois de la perspective. Par la suite les artistes se sont détournés de cette recherche de l'exactitude. Ils ont revendiqué le fait de pouvoir porter un regard particulier sur le monde tandis que les scientifiques étaient chargés d'observer leur environnement avec objectivité. Les dissections étaient effectuées par les médecins et les peintres faisaient avancer la science en illustrant et transmettant une collection de dessins de Maîtres<sup>13</sup>. Parmi les plus célèbres, Léonard de Vinci (1452-1519) artiste et savant, nous livrera des planches d'anatomies détaillées tel que le dessin de *l'Homme de Vitruve*<sup>14</sup> (Iconographie 3). Citons également un autre précurseur de cette science picturale, André Vésale (1514-1564) qui a étudié dans un premier temps l'art puis la médecine au Collège Royal de Paris<sup>15</sup>. Passionné de dissection il publia le livre d'anatomie le plus précis de son temps : *la Fabrica* (Iconographie 4). Pour finir Ambroise Paré (1510-1590) père de la chirurgie et maître de l'art manuel, rédigea de nombreux ouvrages anatomiques, dont le plus célèbre en 1561 : *L'Anatomie universelle*<sup>16</sup>.

Tout en se gardant de placer son art au dessus de la religion, avec prudence il affirmait à propos de l'un de ses patients « Je le pensai, Dieu le guérit ». Pourtant au cours du XVIème siècle, la science et l'humanisme se sont imposés face aux croyances religieuses. L'invention de l'imprimerie en 1450 facilita la diffusion du savoir mais surtout la collaboration entre artistes et anatomistes<sup>17</sup>. Les bibliothèques n'apparaîtront qu'en 1845 dans les établissements de soins.

Néanmoins l'art est utile pour les médecins et leur apprentissage avec un rôle illustratif, mais pas encore pour les malades et leurs guérisons avec un rôle thérapeutique. Ce n'est qu'en 1634 qu'apparut la notion de « bénéfice » pour les malades via l'art et la culture. En effet la lecture à l'hôpital existait alors sous le vocable « distraction des malades », comme l'ébauche d'un effet thérapeutique et anxiolytique. Rejoignant cette technique, c'est de 1803 à 1813 que le Marquis de Sade dirige des représentations théâtrales publiques à la maison de la santé de Charenton, où la comédie est définie « comme un moyen curatif de l'aliénation »<sup>18</sup>.

### **1.3/ XIXème ET XXème SIECLES : UNE REVOLUTION ARTISTIQUE ET THERAPEUTIQUE**

Après l'émergence de la médecine moderne du XVIIème et XVIIIème siècle, nous assistons à un profond développement de celle-ci au cours du XIXème et XXème siècles. La science s'institutionnalisa et pris son autonomie vis-à-vis de la culture. Elle se développa avec des universités et des laboratoires, permettant la promotion de l'économie, l'industrie et la technique, mais délaissant l'art en contrepartie. La Psychiatrie spécialité évoluant depuis la Renaissance, permit cependant de voir apparaître la genèse du bénéfice des arts dans la médecine. La Révolution libéra le « fou » de ses chaînes et la notion de folie passa du monde surnaturel au rang de maladie.

A l'asile psychiatrique de Bicêtre à Paris, jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, les « fous » étaient enfermés avec les criminels. Le Docteur Philippe Pinel (1745-1826) décida de ne plus les enchaîner et préconisa des ateliers occupationnels pour distraire les malades et les éloigner de leurs symptômes<sup>19</sup>. Ces ateliers fournissaient de nombreuses productions avec les premières collections de médecins aliénistes. Certains médecins s'avéraient être de véritables collectionneurs d'art comme le Docteur Paul Ferdinand Gachet (1828-1890) qui rencontrera des Maîtres de la peinture tels que Cézanne, Van Gogh, Renoir ou Pissarro<sup>20</sup>. L'art se mis au service de la science.



La culture n'étant pas encore conviée dans les hôpitaux, le XIX<sup>ème</sup> siècle nous livra tout de même deux institutions avant-gardistes alliant art et soins. Premièrement la maison de santé du Docteur Esprit Blanche (1796-1852) qui accueillait de nombreux artistes : Flaubert, Maxime Du Camp, Guy de Maupassant (qui mourut dans la clinique), Antoni Deschamps, Théo Van Gogh et Gérard de Nerval<sup>21</sup>. Cet asile d'un genre nouveau était doté d'une psychothérapie moderne soignant la folie par la création, encourageant les artistes à produire des œuvres pour leur guérison. Notons aussi qu'à cette époque Vincent Van Gogh fut hospitalisé à la Maison de Santé Saint-Paul de Mausole, à Saint-Rémy de Provence où le Docteur Théophile Peyron l'encouragea à peindre ses plus célèbres tableaux. Cet établissement est par ailleurs toujours réputé actuellement en France pour ses thérapeutiques conjuguant art et médecine.

Le Docteur Jean Martin Charcot (1825-1893) médecin français, avait hésité entre la médecine et la peinture. Il affirmait que la grande névrose hystérique était une affection ancienne et qu'on en retrouvait des traces iconographiques depuis le V<sup>ème</sup> siècle, dans des œuvres artistiques représentant des possédés démoniaques parmi celles de Raphaël ou Rubens<sup>22</sup>. Par ailleurs, il était fréquent à cette époque de faire appel à des artistes pour peindre les portraits « des fous » afin de repérer les signes de la maladie. Par exemple en 1820 au croisement de l'histoire de l'art et de l'institution psychiatrique, des théories du portrait et celles du symptôme, apparaissent *les Monomanes de Géricault* (1771-1824) (Iconographie 5), véritable étude morphologique des aliénés<sup>23</sup>. Les artistes ne mettaient plus en avant l'anatomie, mais les maladies elles mêmes, et la psychiatrie dominait cette nouveauté. Plus tard cette spécialité s'intéressera à l'expression artistique par les malades.

Le premier texte sur les « peintures des fous » fut publié en 1872 par Ambroise Tardieu (1818-1879) sous le titre *Etudes médico-légales sur la folie* ouvrant ainsi un nouvel intérêt pour l'expression des maladies à travers un art<sup>24</sup>. Les arts plastiques sont alors devenus un instrument de diversion et également une thérapie<sup>25</sup>. Citons par la suite en 1907 la publication de *L'art chez les fous* par le Docteur Paul Meunier (1873-1957) sous le pseudonyme de Marcel Reja, psychiatre de l'asile de Villejuif ainsi qu'en 1912 la revue *Imago* consacrée à la psychanalyse des œuvres d'art créée par Sigmund Freud (1856-1939), Otto Rank (1884-1939) et Hanns Sachs (1881-1947)<sup>26</sup>.

L'art-thérapie issue de « l'art psychopathologique », est une pratique thérapeutique avec une médiation de l'expression artistique spontanée.

Aux États-Unis, dès les années 1920, Jacob Levy Moreno (1889-1974) psychiatre Roumain, est considéré comme l'initiateur de la pensée Humaniste en matière d'art-thérapie, et

Carl Rogers (1902-1987) psychologue clinicien développe également des thèses à ce sujet<sup>27</sup>. En 1921 Walter Morgenthaler (1882-1965) psychiatre en suisse nous livre une monographie sur Adolf Wölfli (1864-1930) (Iconographie 6) l'un de ses patients souffrant de schizophrénie, finalement considéré comme un artiste et non un cas clinique. N'oublions pas le psychiatre Carl Gustav Jung (1875-1961) qui a expérimenté les bienfaits de l'expression par le dessin, en admettant un intérêt capital à « l'instinct créateur » et en soulignant le rôle de l'imagination libératrice dans un processus d'individuation. Il faisait colorier des mandalas à ses patients afin de se recentrer et réconcilier les parties conscientes et inconscientes de chacun.

Enfin le Docteur Auguste Armand Marie (1865-1934), médecin novateur et collectionneur « d'œuvres des aliénés », encourageait aussi au dessin ou même à la muséologie. La création, permettant une communication, ouvrait alors le patient sur le monde pour le réintégrer à celui-ci.

Par ces techniques le patient n'est plus réduit au rang de spectateur, il devient aussi acteur. Des courants artistiques vont alors se dégager de cette effervescence créatrice.

Figure emblématique de l'évolution des relations entre art et science durant le XXème siècle, Hans Prinzhorn (1886-1933) suivit des études d'histoire de l'art puis commença des études de médecine. Il fut nommé assistant dans une clinique psychiatrique de Heidelberg et constitua en deux ans une collection de 5000 peintures réalisées par 450 aliénés souffrant principalement de psychose. Ce médecin et historien de l'art allemand, étudiant « l'art psychopathologique », publia en 1922 *l'Expression de la folie*. Cet ouvrage eut une influence majeure sur le monde artistique et la psychopathologie de l'expression. En effet, des peintres tel que Paul Klee et Max Ernst, ou le poète Paul Eluard, s'approprièrent ce livre pour le courant artistique qu'est le Surréalisme. Le Surréalisme est un mouvement du XXème siècle initialement littéraire puis touchant les arts plastiques<sup>28</sup>. Il représente l'ensemble des procédés de création et d'expression utilisant toutes les forces psychiques (automatisme, rêve, inconscient). Dérivé de l'art psychopathologique, il se base sur les théories psychanalytiques de Freud. André Breton (1896-1966), écrivain ayant fait des études littéraires et de psychiatrie, publia en 1924 *le Premier Manifeste du Surréalisme*<sup>28</sup>. Chef du courant surréaliste il le définît comme un « Automatisme psychique pur par lequel on se propose d'exprimer, soit verbalement, soit par écrit, soit de toute autre manière, le fonctionnement réel de la pensée, en l'absence de tout contrôle exercé par la raison, et en dehors de toute préoccupation esthétique ou morale ».

En 1949 André Breton s'associa à Jean Dubuffet (1901-1985) pour la création de la Compagnie de l'Art Brut, définissant un art spontané et produit par des non professionnels de

l'art tel que les patients psychiatriques. Ils s'intéressaient à l'expression des œuvres et leurs bienfaits pour l'auteur, sans tenir compte de leurs esthétiques<sup>29</sup>. A partir de cette idée naquit la notion du bénéfice de ces interventions artistiques que l'on n'osait peut-être pas encore appeler « créatrices » mais intéressantes en tant que « réalisations ».

Le XXème siècle marque donc un tournant dans la relation entre l'art et la médecine, avec l'essor de techniques proches de celle de l'art-thérapie. Après le statut de représentation puis d'interprétation ou de distraction, l'art s'intéresse enfin à la création des patients et aux effets positifs qui en ressortent.

#### **1.4/ NAISSANCE DE L'ART THERAPIE**

En 1943 est publiée *la thérapeutique par l'Art, issue de la thérapeutique par le Travail* par Adrian Hill (1895-1971). Il s'agit de la première publication sur l'art comme thérapie<sup>2</sup>. La notion d'art-thérapie a donc d'abord été introduite par un peintre. En sanatorium, Adrian Hill atteint de tuberculose et alité, dessinait les objets proches, sa chambre, son opération. Il énonçait que « le germe de l'Art, une fois qu'il est fermement dans l'esprit et dans le cœur, est beaucoup plus difficile à déloger qu'un autre germe qui nous est à tous plus familier » et son tableau *La Salle de bains du sanatorium* attira la presse. Ce pionnier de l'art-thérapie expliquait que « lorsqu'il est satisfait, l'esprit créateur favorisera la guérison au cœur du malade »<sup>30</sup>. Il fut soutenu par le Ministère de la Santé Publique, et la Croix-Rouge britannique qui encourageaient l'expérience en organisant des expositions de tableaux dans les hôpitaux et sanatoriums<sup>3</sup>. Il y eut aussi Edward Adamson (1911-1996) qui fut le premier artiste à être embauché à temps plein dans un hôpital en Angleterre en 1946. Il considérait l'artiste à l'hôpital comme un catalyseur pouvant accepter les créations des patients, pour encourager la communication comme un pas vers la guérison. Il sera le père de l'art-thérapie en Angleterre<sup>31</sup>.

L'art et la médecine se sont aussi côtoyés mondialement. En effet l'art-thérapie fut officiellement créée aux États-Unis en 1947 par la psychologue Margaret Naumburg (1890-1983) qui publia *Studies of the Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Mean of Diagnosis and Therapy*<sup>32</sup>. Elle résuma dans cet ouvrage les études effectuées entre 1943 et 1945 fondées sur la théorie et la pratique psychanalytique encourageant le dessin spontané. Pour Margaret Naumburg le vécu inconscient s'exprimait souvent plus naturellement à travers

des images plutôt qu'à travers des mots. Le dessin par exemple symbole d'une fenêtre ouverte sur l'extérieur, permettrait au patient de se réinsérer dans la société en se détachant de la maladie pour mieux vivre<sup>33</sup>.

Les bienfaits de l'art dans la médecine se sont développés à Paris dans les années 1950. Le premier congrès mondial de psychiatrie à l'Hôpital Sainte-Anne de Paris présenta la première exposition d'art psychopathologique. Quelques 2000 œuvres d'environ 300 patients venant de dix sept pays différents ont été exposées, attirant plus de 10000 visiteurs<sup>34</sup>.

Le Professeur Robert Volmat (1920-1998) favorisa la création d'ateliers d'expressions plastiques dans le Département d'Art psychopathologique de l'Hôpital Sainte-Anne avec le Professeur Jean Delay (1907-1987), mais ils ne furent dits « thérapeutiques » que plusieurs années après. Par la suite le Docteur Claude Wiart (1929-2004) mis en place à partir de 1964 le Centre d'Étude de l'Expression doté de quatre axes : thérapeutique, recherche, enseignement, documentation. Véritable bibliothèque spécialisée, il constitua une iconothèque avec tout ce qui se faisait dans ces ateliers, qui ne sont alors plus uniquement « occupationnels »<sup>35</sup>. Aux objectifs socio thérapeutiques, s'ajoutent désormais les perspectives de créativité et les psychothérapies médiatisées. L'art devient un soin.

Le Professeur Robert Volmat permit la création de la SIPE (Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression) en 1959 devenue la SIPEAT (Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression et d'Art Thérapie) en 1997<sup>36</sup>. L'art-thérapie se développe aussi à l'étranger avec en 1964 la fondation de la British Association of Art Therapists (BAAT) et en 1969 la fondation de l'American Art Therapy Association (AATA).

En 1973, le Musée des Images de l'Inconscient ouvrit ses portes et exposa plus de 300 000 œuvres au Centre Psychiatrique National de Rio de Janeiro sous la direction de Docteur Silveira de Nise (1905-1999) (pionnière de la thérapie par l'expression plastique spontanée améliorant les malades souffrant de pathologies chroniques)<sup>37</sup>. Les musées et leurs expositions permettent maintenant de créer une nouvelle relation entre l'art et la médecine.

L'AFRATAPEM (Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine) association loi 1901, est fondée en 1976 en France. Ce centre d'enseignement et de recherche est reconnu comme référence internationale dans son domaine. Il est à l'origine du premier diplôme de l'enseignement supérieur universitaire français dédié à la profession d'art thérapeute en collaboration avec la Faculté de Médecine de Tours. Aujourd'hui l'AFRATAPEM travaille en collaboration avec plusieurs facultés de

médecine et universités françaises (Tours, Lille, Grenoble) et étrangères (Roumanie, Corée)<sup>38</sup>. L'art-thérapie s'est alors positionnée en se référant à la définition humaniste de la santé, telle que l'a défini l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « la santé est le meilleur état de bien être physique mental et social ».

La première édition de la revue *Art et Thérapie* fut publiée en 1981, sous la rédaction du Docteur Jean-Pierre Klein, suivi de l'édition des *Cahiers de l'Art Cru* en 1986. Cet auteur et psychiatre fonda l'INECAT (Institut National d'Expression et de Création d'Art et de Thérapie) en 1981<sup>39</sup>. Dès son premier poste de chef de service, et malgré les classifications et prescriptions qui régissent le monde psychiatrique, il engagea des artistes pour la promotion des bienfaits de l'art auprès des patients<sup>34</sup>.

En 1991 ECARTE (European Consortium for Arts Therapies Education) s'est constitué avec 14 pays Européens ayant pour but de promouvoir l'art dans le domaine médical. En France, ECARTE est représenté par l'Université Paris V.

Enfin en 1997, l'Angleterre est le premier pays européen où la profession d'art thérapeute a été reconnue par les services de santé publique. Cette même année le mot art-thérapie rejoint le vocabulaire de la Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression.

## 1.5/ CONCLUSION : XXIème SIECLE ET PERSPECTIVES FUTURES, LA CULTURE S'INVITE A L'HOPITAL

Le 4 Mai 1999, l'union de l'art et la culture avec la médecine est officialisée avec la Convention « Culture et Hôpital » entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Culture. Cette convention est constituée d'un partenariat entre les Directions Régionales des Affaires Culturelles (DRAC) et les Agences Régionales de Santé (ARS) avec un programme de financements entre hôpitaux, ARS et soutiens privés. La convention met en place 3 actions : le jumelage entre les hôpitaux et leur réseau culturel de proximité (bibliothèque, musée, conservatoire de musique, etc.), la mise en valeur de la lecture et enfin la création d'un nouveau métier de responsable culturel hospitalier<sup>40</sup>.

Les hôpitaux initialement appelés « hôtels-Dieu », « hospices » ou « maisons Dieu » ont été créés en 806 par le concile d'Aix-la-Chapelle. Par ailleurs l'une des premières œuvres exposées dans les salles des malades fut *le Retable d'Issenheim* de Matthias Grünewald (Iconographie 7) pour aider à supporter et accepter les souffrances ou l'approche de la mort.

L'art et la culture animaient les établissements de soins par la beauté de l'architecture, de la sculpture et de la peinture sans prétendre guérir la douleur, mais essayer de la calmer. Il s'agissait de maintenir l'espoir en luttant contre l'isolement ou l'anormal pour garder un lien avec la société et améliorer l'environnement du malade.

Le XXIème siècle permet alors l'essor de ce nouveau duo Culture et Hôpital, avec en 2001 les premières Rencontres Européennes de la Culture à l'Hôpital à Strasbourg, puis en 2004 avec les Rencontres Internationales de la Culture à l'Hôpital à Dublin.

En 2009, pour commémorer les dix ans de la convention de 1999, est née l'idée d'une publication regroupant trente projets culturels dans le magazine *Humanité : dix ans d'art et de culture dans les CHU*<sup>41</sup>.

L'art-thérapie est alors reconnue comme soin de support participant à l'amélioration de la qualité de vie des malades et comme thérapie non médicamenteuse de façon officielle dans certains domaines tels que le plan Alzheimer ou le plan Autisme<sup>42</sup>.

En 2010 le Ministère de la Santé et des Sports et le Ministère de la Culture et de la Communication signent une nouvelle convention « Culture et Santé »<sup>43</sup>. Depuis 2017 toutes les agences régionales de santé lancent un appel à projet pour ce thème. L'art trouve donc aujourd'hui une place prépondérante dans les soins.

Au fil des époques l'art et la médecine se croiseront lors d'activités thérapeutiques. De la préhistoire à notre société actuelle l'art jouera plusieurs rôles. Il servira à illustrer la médecine et ses techniques, représenter des pathologies, distraire les malades, interpréter ou décrypter des symptômes, et finalement aider les patients à s'exprimer ou créer pour s'approcher de la guérison. Des médecins artistes, médecins collectionneurs, ou peintres médecins ont marqué l'histoire.

Dominé par le monde religieux puis le développement des sciences et de la médecine, l'art perd initialement sa fonction thérapeutique. La révolution et l'émergence de la Psychiatrie, permettront de briser l'idée première selon laquelle la créativité était dangereuse pour des esprits fragiles et malades. De plus les nombreuses iconographies de grandes épidémies telles que la lèpre ou la peste sont la preuve que les artistes étaient déjà à l'écoute des souffrances et des espoirs de guérison des populations. Cette aspiration pour l'aide et le réconfort peut donc être considérée comme le début d'une volonté thérapeutique.

Les techniques scientifiques et médicales se développent rapidement et l'art s'apparente à un traitement en représentant un réel bénéfice pour les patients, leur famille et les soignants. Aujourd'hui et pour les années à venir, l'art et la culture animeront le corps hospitalier. Demain, l'art pourrait intégrer le cursus médical, avec la muséologie comme le pratiquent certaines facultés de médecine. Les étudiants pourraient observer avec précision une œuvre tel un « tableau clinique » afin d'être plus attentifs à leurs patients.

## II. L'ANXIÉTÉ : SYMPTÔME OU MALADIE

### 2.1/ INTRODUCTION : L'ANXIÉTÉ, UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle place le bien-être psychique comme une composante essentielle<sup>44</sup> qui importe autant que la santé physique pour le bien-être général des individus. Les pathologies psychiatriques sont devenues une priorité en terme de santé publique dans les années 2000<sup>45</sup>. En 2018, l'OMS assure que « la charge des troubles mentaux continue de croître et d'avoir une forte incidence sur la santé ainsi que des conséquences majeures sur le plan social, économique et des droits de l'homme dans tous les pays du monde »<sup>46</sup>. Parmi les nombreux troubles mentaux nous nous intéresserons plus précisément dans cette partie à l'anxiété.

D'après le dictionnaire historique de la langue française le mot « anxiété » dérive du latin *anxietas*, lui-même dérivé de *anxius*, forme du verbe *angere* (oppresser, serrer la gorge). Ce terme est apparu au XII<sup>ème</sup> siècle. Il a été utilisé dans le langage médical à partir du XVIII<sup>ème</sup> siècle puis au XIX<sup>ème</sup> siècle dans le langage courant<sup>47</sup>. L'anxiété dont l'intérêt médical est relativement récent, n'est apparue dans les nouvelles catégories diagnostiques qu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> et au début du XX<sup>ème</sup> siècle, même si des cas d'anxiétés pathologiques ont été rapportés au cours de l'Antiquité<sup>48</sup>.

Les émotions, les cognitions et les comportements interagissent ensemble pour constituer un état d'équilibre physique et psychique chez l'être humain. L'anxiété correspondrait à un dérèglement de cet équilibre<sup>49</sup>. Cette affection fréquente entraîne un état psychologique et physiologique caractérisé par une association de symptômes physiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux<sup>50</sup>. Ces symptômes peuvent entraîner une altération importante sur les activités quotidiennes<sup>51</sup>. Il a été suggéré que l'anxiété est l'émotion que nous ressentons lorsque nous ne pouvons pas, ou ne savons pas comment prendre des mesures pour faire face à une menace<sup>52</sup>, comme impuissant face à un danger. Cet état s'accompagne de signes somatiques d'hyperactivité du système nerveux autonome tels que des palpitations cardiaques, rougeurs, sueurs, tremblements<sup>53</sup>. Il peut être physiologique ou évoluer vers le pathologique. L'évolution



de l'anxiété pathologique peut se décomposer entre le stade symptomatique, le syndrome et la forme évoluée à savoir le trouble anxieux<sup>54</sup>.

Au delà d'être un symptôme, l'anxiété peut donc évoluer vers un trouble, rentrant dans la catégorie des troubles anxieux. En 2015 la proportion de la population mondiale atteinte de troubles anxieux était estimée à 3,6%<sup>55</sup>, et le nombre total estimé de personnes en souffrant dans le monde était de 264 millions<sup>56</sup>. D'après de nombreuses études, les troubles anxieux auraient une composante familiale et génétique, avec des interactions entre gènes et/ou entre gènes et environnement<sup>57</sup>. Sur le plan neurobiologique, les trois principaux neurotransmetteurs impliqués dans les troubles anxieux sont la sérotonine, la norépinephrine et le GABA<sup>50</sup>. La neuro-imagerie quant à elle n'apporte que peu d'informations sur ce phénomène mais soutient l'hypothèse d'une hyperréactivité amygdalienne<sup>58</sup>.

L'intensité de l'anxiété est mesurable. Les échelles psychométriques les plus utilisées sont les suivantes : State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI) et Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)<sup>59</sup>.

- L'auto-questionnaire STAI (dont nous parlerons par la suite car utilisé pour notre étude) mesure par auto-évaluation la présence et la sévérité des symptômes anxieux sur l'instant (questionnaire Etat) et une propension généralisée à être anxieux (questionnaire Trait)<sup>60</sup>.

- L'inventaire d'anxiété de Beck est une liste de 21 symptômes d'anxiété développée auprès de grands échantillons cliniques. Les items correspondent aux symptômes principaux du trouble panique et de l'anxiété généralisée. La personne indique la fréquence du symptôme pendant les 7 derniers jours sur une échelle de 0 à 3<sup>61</sup>.

- L'échelle HADS est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21)<sup>62</sup>.

L'anxiété est donc une réaction physiologique susceptible d'apparaître suite à la confrontation à des situations stressantes de la vie quotidienne, pouvant se transformer en symptôme puis en trouble à part entière. Les pathologies somatiques chroniques peuvent faire apparaître l'anxiété en tant que symptôme, la précipiter ou l'exacerber. En 2010, une revue de la littérature retrouvait une prévalence de l'anxiété élevée dans les maladies pulmonaires obstructives chroniques (6 à 74%) et dans l'insuffisance cardiaque chronique (11 à 45%). Ainsi dans une partie dédiée nous nous intéresserons plus attentivement aux cas des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique<sup>63</sup>.

L'époque dans laquelle nous vivons valorise le bien-être, la beauté du corps et la forme physique avec un refus de la maladie et de la souffrance qui lui est associée. Ceci est susceptible de modifier notre rapport personnel à la santé et de générer de l'anxiété. Nous discuterons donc également de l'anxiété présente avant des soins ou une consultation médicale, et de l'effet blouse blanche.

## **2.2/ ANXIETE ET PSYCHIATRIE**

En psychiatrie, l'anxiété peut être à la fois un symptôme s'associant à des troubles mais aussi un trouble à part entière. Les troubles anxieux sont fréquents dans la pratique clinique psychiatrique et invalidants pour les patients, en altérant leur qualité de vie<sup>51</sup>. Plusieurs troubles anxieux sont définis dans la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM V). Ils diffèrent les uns des autres dans les types d'objets ou de situations qui induisent la peur, l'anxiété, le comportement d'évitement et les idées cognitives associées<sup>64</sup>.

Parmi les différents types de troubles anxieux voici les plus fréquents :

- L'anxiété généralisée qui montre des symptômes durant plus de six mois avec une anxiété, un sentiment de menace et l'absence de facteur déclenchant. Il s'y ajoute des ruminations incontrôlables et envahissantes avec des signes d'hypervigilance (tension, insomnie, fatigue, difficultés de concentration) et des symptômes fonctionnels chroniques (douleurs musculaires, céphalées, troubles digestifs).
- Les phobies spécifiques, très fréquentes dans la population générale, sont limitées à un stimulus déterminé qui peut être physique ou correspondre à une situation entraînant une réaction anxieuse immédiate et systématique. Cette réaction peut aller jusqu'à l'attaque de panique. Des phénomènes d'anticipation et des stratégies d'évitement peuvent se développer.
- Le trouble panique débute brutalement chez un adulte jeune, et résulte de la répétition d'attaques de panique. Cette répétition conduit à une anxiété entre les crises de plus en plus importante constituant le trouble panique<sup>65</sup>.

Le diagnostic de troubles anxieux ne peut être établi que lorsque les effets physiologiques de substances, de médicaments ou d'autres pathologies ont été éliminés<sup>64</sup>. En effet d'un point de vue diagnostique toutes les causes somatiques sont à exclure pour ne pas passer à côté d'une pathologie organique curable. L'anxiété peut également être d'origine non psychiatrique, notamment au cours de maladies somatiques chroniques. Ainsi une évaluation approfondie et systématique du patient doit inclure : un examen clinique complet, une enquête

pharmacothérapeutique ou toxicologique, et un bilan biologique. Le diagnostic une fois établi permet de mettre en place des traitements médicamenteux type anxiolytiques ou antidépresseurs et non médicamenteux tels que les thérapies cognitivo-comportementales. Il est également nécessaire de mettre en place un accompagnement spécifique du patient dans le cadre de son rétablissement pour une prise en charge globale.

En psychiatrie un trouble anxieux peut s'associer à d'autres troubles anxieux ou coexister avec d'autres pathologies psychiatriques.

Habituellement on oppose les symptômes anxieux et dépressifs d'un point de vue clinique et thérapeutique tout en considérant leurs interactions. Pourtant la comorbidité entre les troubles anxieux et la dépression est la plus fréquente, constituant un facteur de sévérité<sup>51</sup>. Cette association est également considérée comme un facteur de chronicité et de réponse moindre aux antidépresseurs<sup>66</sup>. Elle augmente le retentissement psychosocial de la pathologie et majore le risque suicidaire<sup>67</sup>. D'un point de vue sémiologique, une anxiété de durée importante est souvent associée à une participation thymique conséquente. Inversement il existe peu de dépressions sans participation anxieuse<sup>66</sup>. Concernant le trouble bipolaire, des études cliniques ont pu rapporter une forte prévalence de symptômes anxieux au cours de cette pathologie, lors d'accès thymiques ou lors de phases de normothymie<sup>67</sup>. Même sub-syndromique, cette anxiété peut avoir des conséquences fonctionnelles importantes<sup>68</sup>.

Dans notre étude, nous nous intéressons plus particulièrement à l'anxiété chez les patients souffrant de schizophrénie. Cette pathologie désigne un ensemble de symptômes caractérisés par la présence d'une désorganisation de la pensée, d'affects émoussés ou inappropriés, d'hallucinations et d'idées délirantes<sup>64</sup>. La prévalence de ce trouble est d'environ 1% dans tous les pays et affecte principalement les jeunes adultes<sup>65</sup>. L'anxiété, décrite depuis longtemps dans la schizophrénie<sup>69</sup>, est un symptôme fréquent avec une prévalence allant jusqu'à 65%<sup>70</sup>. Elle domine dans la phase prodromique comme un indice de progression vers la « décompensation psychotique ». Ce symptôme accompagne souvent le premier épisode de schizophrénie et par la suite l'anxiété et le stress associé sont également des indicateurs de rechute<sup>71</sup>. Peu d'études ont tenté d'évaluer l'anxiété dans la schizophrénie, puisque n'étant pas admise comme un signe spécifique de cette affection. L'anxiété n'est d'ailleurs pas utilisée comme critère de diagnostic dans les classifications actuelles<sup>64</sup>. Considérées comme un symptôme secondaire, les manifestations anxieuses seraient masquées par la dissociation et les troubles de la communication propres à la schizophrénie<sup>72</sup>. Les symptômes psychotiques positifs et négatifs peuvent interférer avec l'évaluation de l'anxiété dans la schizophrénie<sup>70</sup>. Les

symptômes anxieux peuvent se présenter de diverses manières, comme des états secondaires à des symptômes dits positifs, ou suivant une manifestation réactionnelle à un ou plusieurs facteurs de stress<sup>69</sup>. Ils augmentent le risque de rechute et l'incidence des tentatives de suicide. Ils aggravent aussi les déficits cognitifs, la stigmatisation sociale, le fonctionnement et la qualité de vie dans la schizophrénie<sup>73</sup>.

Une des notions importantes du domaine psychiatrique, et plus spécialement des pathologies psychotiques est le phénomène nommé « *insight* »<sup>74</sup>. Sur le plan clinique, « *l'insight* » est la compréhension pour le patient de sa pathologie psychiatrique. Ainsi le patient aurait à la fois conscience de l'état pathologique de son fonctionnement psychique et de la nécessité de prendre un traitement. Il aurait de plus l'aptitude à nommer et repérer les phénomènes mentaux dits anormaux. Des études montrent que « *l'insight* » est corrélé de façon positive avec une élévation de l'anxiété<sup>75,76</sup>. Néanmoins il est difficile de savoir si cela résulte d'une perception plus accrue des symptômes et donc de l'anxiété, ou du traitement en lui-même<sup>75</sup>.

En psychiatrie, l'anxiété est à la fois un trouble et un symptôme inclus dans certaines pathologies. Concernant la schizophrénie, l'anxiété en plus d'être un symptôme associé, pourrait être également liée avec la connaissance du patient de sa maladie. Ce phénomène se remarque aussi pour les pathologies somatiques chroniques.

### **2.3/ ANXIETE CHEZ LES INSUFFISANTS RENAU**

En France, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques, considérées la plupart comme des affections de longue durée (ALD)<sup>77</sup>. Certaines personnes peuvent souffrir de plusieurs pathologies chroniques à la fois. En 2014, 37% de la population française déclarait avoir un problème de santé chronique. Il s'agissait d'un indicateur de santé perçu mais pas de gravité<sup>78</sup>. Il existe une grande diversité de pathologies chroniques dont la sévérité est variable, et toutes ne sont pas incurables. Toutefois, dans la majorité des cas, une maladie chronique entraîne des changements durables sur les dimensions psychologique, sociale et économique de la vie d'un patient<sup>77</sup>.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini les pathologies chroniques comme « tout problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années

ou de plusieurs décennies »<sup>79</sup>. Selon Perrin et al., il s'agit d'un état pathologique présent chez l'individu depuis au moins trois mois et appelé à durer<sup>80</sup>.

Les affections chroniques comprennent les maladies cardio-vasculaires, l'insuffisance rénale chronique, l'asthme, les bronchites chroniques, le cancer ou le diabète. Certaines sont plus rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies. Il existe aussi celles qui sont transmissibles et persistantes comme le virus de l'immunodéficience humaine ou le virus de hépatite C, ainsi que les douleurs chroniques ou situations post opératoires importantes (par exemple les stomies). Pour finir, les troubles mentaux de longue durée dont nous avons parlé précédemment sont également considérés comme des maladies chroniques<sup>81</sup>.

Les patients avec des pathologies chroniques somatiques auraient un risque plus élevé de présenter comme comorbidités des troubles mentaux à type d'anxiété et de dépression<sup>82</sup>. Concernant notre étude nous avons choisi de nous intéresser à des patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) voire terminale et hémodialysés. La maladie rénale chronique (MRC) est définie par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale (structurelle) et/ou d'une baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (fonctionnelle). Le stade 5 correspondant à un DFG inférieur à 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> définit l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)<sup>83</sup>. Le taux d'incidence annuel de l'IRCT traitée en France est estimé à 162 cas par million d'habitants<sup>78</sup>. L'hémodialyse, traitement le plus utilisé en France pour l'IRCT est une technique de suppléance de la fonction rénale et d'épuration du sang par le biais d'un circuit extra corporel, auquel le patient est relié par un abord vasculaire créé : la fistule artério-veineuse. Cette technique doit s'effectuer trois fois par semaine durant quatre à cinq heures. Le temps de dialyse dépend entre autres du poids pris entre deux séances. Nous parlons ainsi d'hémodialyse chronique pour souligner le caractère régulier des séances, mais aussi la lourdeur de ce traitement et ses effets secondaires<sup>84</sup>.

L'impact psychologique de la dialyse est multifactoriel. Il serait notamment lié à la néphropathie causale, aux circonstances de démarrage ou incidents de cette technique, et aux caractéristiques du patient. Les symptômes les plus fréquents et anxiogènes en séance de dialyse sont les douleurs au point de ponction, les crampes et les hypotensions artérielles. A cela se surajoute l'angoisse de la mort, de l'atteinte corporelle, et des contraintes liées au temps et au régime alimentaire imposé. Le sentiment de dépendance à une machine peut également altérer la qualité de vie du patient, mais aussi l'observance au traitement et déclencher des troubles psychologiques. En effet certaines études montrent une forte prévalence d'anxiété et de dépression chez les patients hémodialysés chroniques<sup>85</sup>. L'apparition de ces troubles suggère

l'absence d'acceptation et d'adaptation à la maladie<sup>86</sup>. Des facteurs psychosociaux influencent la survenue de la dépression dans l'évolution de l'IRC. Dans les premiers stades de l'IRC, les symptômes dépressifs ou anxieux surviennent en lien avec la peur de la dialyse, l'incertitude du pronostic de la maladie et les expériences négatives avec les soins. Les patients dialysés souffrent des changements engendrés dans leur quotidien et de l'impact sur leur vie familiale et leur état physique<sup>87</sup>. Notons que l'évaluation de ces troubles peut être difficile car certains symptômes somatiques liés à la pathologie physique se confondent parfois avec les signes liés à la pathologie psychiatrique. Par exemple chez les personnes insuffisantes rénales chroniques une élévation de l'urée est présente. Les symptômes communs entre la dépression et l'urémie sont les dysfonctions cognitives, l'irritabilité, l'insomnie et la perte d'appétit.

D'autres études montrent également la possibilité d'un lien direct entre les symptômes dépressifs et certains indicateurs de qualité de dialyse (critères tensionnels, taux d'hémoglobine, stade de dénutrition). Par exemple, une étude a montré que la pression artérielle moyenne aussi bien en pré dialyse qu'en post dialyse est plus élevée chez les patients souffrant d'une dépression associée. Ces derniers avaient également une tendance à la dénutrition et un index de masse corporelle plus faible<sup>88</sup>.

Cela induit une possible association entre la morbidité, la mortalité et l'évaluation de la qualité de vie chez les patients atteints d'IRCT<sup>89</sup>. Une prise en charge globale est indispensable et doit se faire de façon précoce car les données de la littérature ont montré la présence d'une souffrance psychique plus sévère au début du traitement par hémodialyse. La période initiale de traitement est ainsi potentiellement anxiogène<sup>90,91</sup>. L'éducation thérapeutique en pré dialyse est de ce fait essentielle. Ceci suggère donc une collaboration néphrologue–psychiatre renforcée et précoce pour mieux tenir compte de la souffrance psychique engendrée et améliorer la qualité de vie du patient<sup>88</sup>.

Nous pouvons aussi penser que les patients ont débuté un traitement par hémodialyse en souffrant déjà d'un trouble anxieux ou dépressif, conséquence d'un long parcours de soins, pouvant être exacerbé lors de la mise en place du traitement invasif. Des études ont en effet suggéré que la dépression clinique se produit chez environ 21% des patients atteints d'IRC avec des stades 2 à 5<sup>92</sup>. Ainsi nous pouvons supposer que pour les patients en consultation de néphrologie, la perspective de la dialyse ou la greffe, et les complications de l'IRC en général, les exposent à des manifestations anxieuses masquées mais comparables à celles des patients dialysés.

Véritable enjeu de la prévention des troubles anxieux dans le cadre de maladies chroniques, l'encadrement global du patient doit donc se faire pour toutes les consultations, même sans la perspective d'un traitement invasif. Par ailleurs, n'est-il pas justifié de penser que la notion d'anxiété existe également pour la plupart des patients, avant ou pendant une consultation, un soin ou n'importe quelle intervention, concernant une maladie chronique ou non ?

## **2.4/ ANXIETE DES PATIENTS : BIEN PLUS QU'UN EFFET BLOUSE BLANCHE**

Être dans un lieu de soins et en présence d'un médecin peut augmenter le niveau d'anxiété. Le cabinet médical ou le médecin peuvent être considérés comme un stimulus conditionné et faire varier ce niveau d'anxiété<sup>93,94</sup>. La consultation médicale constitue un moment particulier durant lequel le patient, soit de façon directe soit à l'aide des examens complémentaires qu'il a réalisés et par l'interrogatoire et l'examen de son médecin, présente son état de santé à la recherche d'une amélioration de celui-ci. Cette consultation peut être potentiellement anxiogène pour certains patients. Cette anxiété réactionnelle et également contextuelle peut modifier des paramètres comportementaux et physiologiques. Des signes physiques peuvent alors être interprétés à tort entraînant une erreur de diagnostic. L'exemple le plus connu de ce processus est l'effet « blouse blanche ».

L'effet « blouse blanche » est défini comme une élévation de la tension artérielle causée par le stress psychologique ressenti par le patient. Il s'agit du résultat d'une réaction émotionnelle à l'environnement clinique, sorte d'anxiété anticipée<sup>93-95</sup>. Ce biais de mesure tensionnelle au cabinet peut entraîner la mise en place de traitements pharmacologiques inutiles voire délétères pour le patient et générant des coûts. L'« HTA blouse blanche » est définie par une pression artérielle (PA) au cabinet de 140/90 mmHg alors que la PA ambulatoire est inférieure à 135/85 mmHg<sup>96</sup>. Cela nécessite une surveillance annuelle, et il est recommandé d'effectuer des auto mesures et une mesure ambulatoire de la pression artérielle nommée MAPA à domicile<sup>97</sup>. De plus, une erreur de résultat tensionnel au cabinet due à un effet blouse blanche peut amener le patient à penser souffrir d'hypertension artérielle, et nourrir à nouveau cette d'anxiété.

Il a été montré en médecine générale que les patients étaient plus susceptibles de souffrir d'anxiété après la consultation si leur niveau d'anxiété était élevé avant celle-ci<sup>98</sup>. Mais ce phénomène serait-il dû à une erreur de communication médecin-patient ?

La rencontre médecin-patient est une interaction complexe et dynamique. Le processus de consultation prenant en compte la prise de rendez-vous, l'attente, l'entretien avec le praticien et le suivi, est rempli de difficultés pour certains patients. L'un des principaux obstacles est la salle d'attente. Celle-ci est présente dans tous les domaines de la médecine et quasiment inéluctable, que ce soit avant une consultation, un soin, un résultat, ou une intervention. Cette pièce a longtemps été décrite comme un lieu d'isolement et d'ennui. Les patients peuvent y éprouver une certaine forme de détresse émotionnelle, en la considérant comme un espace de confinement, où la frustration est inévitable. Nous pourrions penser que l'attente fait partie de la vie moderne, et que la plupart des personnes présument qu'une certaine quantité de temps soit nécessaire pour recevoir des soins. Mais patienter avant une consultation médicale génère fréquemment stress et anxiété chez les personnes espérant des réponses médicales, suspendues à la simple connaissance de leur santé, entraînant ce sentiment d'incertitude. Est-ce leur horloge interne, telle une minuterie cognitive et émotionnelle qui interviendrait ?

Des études montrent que le temps d'attente est corrélé à une majoration du doute, provoquant une inquiétude importante chez certains patients, mais aussi à une diminution de la satisfaction à l'égard des services de santé<sup>99</sup>. De plus à mesure que le temps d'attente pour le patient augmente, son niveau d'anxiété risque d'accroître, et compromettre la qualité de l'action médicale qui s'en suit<sup>100</sup>. Notons que cette anxiété en salle d'attente a été retrouvée au cours de différentes situations médicales, et atteint tout aussi bien les adultes que les enfants<sup>101,102</sup>. Le stade préopératoire est fortement pourvoyeur de ce phénomène<sup>103</sup>. L'anxiété face à une intervention chirurgicale est une manifestation bien connue. La crainte porte surtout sur la chirurgie et l'anesthésie. Par ailleurs l'anxiété préopératoire est un des principaux facteurs jugés comme indésirables par les anesthésistes. Ainsi la prise en charge de cet état ne doit pas se limiter à une simple prémédication. Les informations potentiellement anxiogènes, doivent être transmises au cours d'un entretien ouvert, attentif et adapté à chaque patient. Cela nous ramène donc à la relation et surtout à la communication médecin-patient qui tend à être améliorée.

Cependant il paraît primordial de rester vigilant face à ce type d'anxiété sans pour autant le confondre avec des pathologies telles que l'hypocondrie ou les troubles somatoformes. L'hypocondrie relève d'une élaboration multidimensionnelle incluant : la peur de la maladie ou des médicaments, la conviction d'être malade et la préoccupation somatique<sup>104</sup>. Elle est associée à un comportement de recherche, de réassurance et de soins. Ce sont les ruminations



obsessionnelles et pensées intrusives qui caractérisent le mieux ce trouble. À l'opposé, les troubles somatoformes sont composés de multiples manifestations somatiques<sup>105</sup>. Mais ceux-ci sont caractérisés par une alternance de recherche et de rejet du soin et des soignants. Il est alors particulièrement recommandé pour ces types de troubles de faire un examen clinique et de pratiquer les explorations raisonnables éventuellement indiquées pour tous nouveaux signes allégués par le patient.

L'HAS nous explique que l'information d'un patient n'est pas une tâche facile pour le médecin. Plus qu'une annonce, il s'agit d'un échange. Il est donc nécessaire de dialoguer avec le patient tout en prenant compte de ses connaissances médicales, sa souffrance et ses difficultés quotidiennes, pour une compréhension optimale. Véritable enjeu pour la suite de la prise en charge, la transmission d'informations complexes doit se faire progressivement au cours d'une consultation<sup>106</sup>. Les phénomènes anxieux que ressentent les malades peuvent parfois passer inaperçus, mais une communication adaptée serait une des solutions au problème. Une réflexion sur la communication soignés-soignants est particulièrement importante avec les transformations actuelles du système de santé (prévalence croissante des maladies chroniques, nouvelles modalités de leur prise en charge, évolution de la démographie des professionnels). Depuis peu les patients deviennent autonomes et responsables ce qui place la relation médecin-malade au cœur de nouveaux enjeux<sup>107</sup>. Ce défi communicationnel cherche à dépasser l'interrogatoire classique recueillant les informations, et à créer une base solide pour tenter de diminuer les états anxieux. De plus cette relation de confiance a bien évolué au fil du temps afin de former une véritable alliance thérapeutique<sup>108</sup>. Des études montrent par ailleurs que cette entente est déterminante pour le jugement porté par le patient sur la qualité des soins qu'il reçoit<sup>109</sup>. Une bonne communication améliore le suivi des traitements et les résultats cliniques. La qualité de vie des patients s'améliore, de même que leur satisfaction personnelle et celle des soignants. Notons qu'avant même cette interaction l'accueil du patient est essentielle. La salle d'attente, la réception ou le secrétariat doivent déjà être considérés comme faisant partie intégrante de la préparation à une communication réussie.

L'anxiété de chacun avant, pendant ou après un acte ou une consultation médicale nécessite d'être écoutée et prise en charge. En tenant compte de ce phénomène, l'observance et la compliance aux traitements seront favorisées, et l'éducation du patient permettra une meilleure prévention.

## **2.5/ CONCLUSION : UNE RELATION MEDECIN MALADE A AMELIORER**

Comme nous l'avons écrit précédemment, l'anxiété est fréquente dans le domaine médical, que ce soit en psychiatrie, comme co-morbidité de maladies chroniques, ou accompagnant une consultation ou un acte médical. Les recommandations et techniques d'approches pour le suivi des maladies chroniques ou les annonces de mauvaises nouvelles devraient être utilisées pour toutes les consultations, et adaptées à chaque situation clinique et chaque patient. La mise en place de distractions positives est une caractéristique environnementale en cours de développement, qui suscite des sentiments positifs et retient l'attention sans imposer ou stresser l'individu, bloquant ainsi ses pensées anxieuses. En effet dans la communauté médicale, les interventions artistiques sont souvent utilisées pour aider les patients. Que ce soit avec les arts visuels, plastiques ou la musique, certaines études ont montré une diminution de l'anxiété en salle d'attente<sup>110-112</sup>. L'exemple le plus frappant reste celui des salles d'attente d'accueil des urgences qui montraient non seulement une réduction de l'anxiété, de l'agitation, et du niveau de bruits. Il y avait aussi une diminution significative du nombre de requêtes effectuées à la réception, réduisant le stress du personnel soignant ce qui engendrait une meilleure prise en charge. En plus d'une bonne communication médecin-malade, une activité artistique ou culturelle pourrait donc aider à lutter contre les situations anxieuses en médecine et améliorer la qualité de l'entretien des deux parties.

Le gouvernement a d'ailleurs tenu compte de ce constat en instaurant la promotion de la culture à l'hôpital, qui se développe dans tous les domaines de la santé, hospitaliers comme ambulatoires. Enfin la prévention reste un point fort de notre société actuelle, alors pourquoi ne pas en plus d'une activité physique, promouvoir une activité culturelle et artistique régulière, véritable bénéfice pour chacun. Notre cerveau qui intervient tout autant, voire plus que nos mains pour colorier, dessiner ou peindre, serait peut-être préservé de sa dégénérescence par le biais d'activités artistiques créatrices. L'art conserverait alors notre plasticité cérébrale.

### **III. LES BENEFICES DES ARTS PLASTIQUES**

#### **3.1/ ART-THERAPIE OU ACTIVITE ARTISTIQUE ?**

Avant de débiter cette partie bibliographique il est nécessaire de définir l'art-thérapie, technique dont le principe se rapproche de celui utilisé dans notre étude par la suite, mais pourtant bien plus singulière.

L'art-thérapie est un accompagnement thérapeutique. Réalisable avec l'aide d'un art thérapeute diplômé (artiste ou professionnel de relation d'aide), cette spécialité utilise une médiation artistique. Il s'agit d'une intervention auprès de patients ou personnes en difficulté de par leur pathologie ou leur contexte social, utilisant des activités artistiques créatrices<sup>25</sup>. L'art thérapeute se trouve au centre de divers intervenants : médecin, famille, assistants sociaux, psychologue et l'ensemble du personnel para médical pour entraîner un échange, initialement non verbal au sein d'une relation de confiance, afin d'aider au processus de guérison. Cette transformation nécessite une participation du patient, invité à regarder puis observer et enfin comprendre l'œuvre qu'il a réalisé. Une analyse partagée avec l'art thérapeute est largement nécessaire lors de ces ateliers. Toutes sortes d'activités artistiques sont utilisées : peinture, dessin, écriture, modelage, sculpture, théâtre, arts visuels, musique et chants. L'art-thérapie permet alors d'exprimer ses émotions, de gagner un espace d'expression libre, de diminuer le sentiment d'exclusion et de développer de nouvelles capacités. De véritables bénéfices lui sont donc attribués dans le domaine de la santé. La création artistique peut être considérée comme une expression créative qui apporte du plaisir, de nouvelles connaissances et compétences. Elle est également un vecteur d'expression de soi<sup>113</sup>. Une activité artistique peut être réalisée seule ou en groupe. Un professionnel de santé peut la mettre en place pour un patient sans être un art thérapeute. Les activités artistiques requièrent moins de ressources que l'art-thérapie et s'en détachent<sup>114</sup>. Celles-ci ne nécessitent pas de formation spécialisée et sont moins coûteuses<sup>115</sup>. Les activités artistiques ont été documentées pour aider à exprimer les expériences trop stressantes à mettre en mots<sup>116</sup>. Leur pratique permet de focaliser l'attention et le temps paraît passer plus vite<sup>117</sup>. On comprend alors que des ateliers artistiques réalisés par des patients recevant des traitements sur quelques heures, sont bénéfiques pour détourner leur attention de ce traitement et du contexte des soins.

## **3.2/ ATELIERS ARTISTIQUES ET PATHOLOGIES CHRONIQUES**

### **ART-THERAPIE, ACTIVITES ARTISTIQUES ET ONCOLOGIE**

En oncologie, les thérapeutiques alternatives comme l'art-thérapie sont de plus en plus sollicitées. De nombreuses études soutiennent l'idée que la pratique artistique distrait le patient souffrant de pathologie cancéreuse des pensées ou des sentiments négatifs tout en renforçant son sentiment de contrôle<sup>118</sup>. L'art-thérapie peut être considérée comme une psychothérapie de soutien et permet aux patients d'utiliser les processus créatifs pour exprimer leurs préoccupations et leurs émotions<sup>119</sup>.

Rhondali et al. ont évalué l'impact d'une séance d'art-thérapie à dominante d'arts plastiques sur les douleurs et l'estime de soi chez 12 patients atteints de cancers à un stade avancé et pris en charge en unité de soins palliatifs. Il s'agissait d'un atelier peinture. Le lendemain de cet atelier un entretien avec le patient était réalisé, faisant ensuite l'objet d'une analyse lexicale et qualitative. Les participants ont rapporté que les séances étaient relaxantes et leur permettaient de mettre à distance leurs inquiétudes liées à la maladie. L'activité artistique n'augmentait pas la fatigue et avait tendance à stimuler les sujets. Une réduction de l'anxiété et une amélioration de l'estime de soi ont également été rapportées. Cette étude a montré l'impact positif d'une seule séance d'art-thérapie même à des stades avancés de pathologies néoplasiques<sup>119</sup>.

Dans leur revue de la littérature, Wood et al. ont démontré que l'utilisation de l'art-thérapie dans les pathologies cancéreuses n'était pas délétère pour les patients. D'autre part, ils ont suggéré qu'elle pouvait mener à une implication plus active des patients dans la gestion de leurs symptômes et de leurs soins personnels<sup>120</sup>.

Mische Lawson et al. ont étudié la perception de l'expérience artistique type peinture à travers un entretien chez 20 patients durant une greffe de cellules souches hématopoïétiques. L'entretien était semi-dirigé par des questions ouvertes portant sur l'atelier artistique, enregistré et analysé. Les trois thématiques les plus courantes dans les entretiens étaient le temps d'occupation (20,5%), l'expression créative (13,5%) et les réactions à la peinture (13,5%). Les autres thématiques comprenaient entre autres le soutien (12,2%), les effets secondaires (7,3%), les autres activités suggérées par les patients (7%), le processus de traitement (6,2%), l'expérience partagée de peinture (5,9%), les changements de vie (3,8%) et la spiritualité (3%).

Les participants ont rapporté que cette intervention renforçait les pensées positives et diminuait les conflits émotionnels. Les auteurs ont conclu que les activités artistiques étaient bénéfiques pour ces patients puisque l'expérience créative pouvait améliorer les effets psychologiques du traitement<sup>114</sup>.

Mische Lawson et al. ont poursuivi leurs travaux. Ils ont cherché à démontrer si une activité artistique lors d'un traitement de greffe de moelle osseuse modifiait les symptômes à type d'anxiété et de stress liés à la thérapie. Vingt patients ont participé à cette étude. Les participants ont rempli un questionnaire démographique, un questionnaire concernant leurs symptômes (Therapy-Related Symptom Checklist TRSC) et un questionnaire sur leur anxiété (STAI). De plus un prélèvement salivaire a été effectué pour doser le cortisol. Deux groupes ont ensuite été constitués, un avec un atelier d'art plastique type peinture libre durant une heure et un groupe contrôle sans activité. L'étude se déroulait en cross-over. Les mesures étaient réalisées avant et après l'intervention pour chaque groupe. Les résultats ont montré que le score de l'échelle TRSC pour le groupe art était significativement plus faible après l'activité. Aucun changement n'a été montré dans le groupe témoin. Les taux de cortisol salivaire étaient significativement plus faibles lors de la mesure après l'activité dans les groupes intervention ( $p=0.02$ ) et contrôle ( $p=0.02$ ). Aucun changement n'a été montré sur le score STAI des participants dans les groupes intervention ( $p=0.34$ ) et contrôle ( $p=0.39$ ). Les auteurs ont suggéré que la diminution du score TRSC pouvait être liée à la capacité de l'activité artistique « à distraire ». L'absence de différence sur le score STAI a été expliquée par le fait que la création artistique ne réduit pas l'anxiété en tant que symptôme de détresse psychologique. Ils ont rappelé que ce type d'activité n'interférait pas avec les soins du patient<sup>121</sup>.

Mische Lawson et al. ont poursuivi une nouvelle fois leurs travaux avec ce même profil de patients dans une autre étude. Ils ont étudié l'effet d'une activité artistique (à savoir la peinture sur un carreau de carrelage) et l'effet de l'écoute musicale sur les effets secondaires induits par le traitement (évaluée par l'échelle TRSC), l'anxiété (évaluée par l'échelle STAI) et les paramètres vitaux (fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle et température) chez des patients ayant une pathologie hématologique néoplasique. Trente neuf patients ont été inclus dans cette étude et répartis en 3 groupes, un groupe atelier artistique, un groupe écoutant de la musique et un groupe contrôle qui regardait la télévision ou utilisait un ordinateur. Les échelles STAI et TRSC et les paramètres vitaux étaient mesurés avant l'activité puis 60 minutes après. Les résultats n'ont pas retrouvé de différences significatives entre les groupes pour les scores STAI et TRSC avant et après, tout comme pour les paramètres vitaux. Lors de la discussion, les auteurs précisent qu'il n'y a pas eu d'effets indésirables retrouvés lors de ces interventions et

donc qu'elles sont sans danger. De plus ils expliquent que l'effet attendu peut également ne pas être immédiat et agir à plus long terme. Ceci a été montré dans d'autres études<sup>122,123</sup>. Des travaux réalisés dans le bâtiment de l'étude ont interféré avec le recrutement des patients. Ils n'ont donc pas pu inclure le nombre de patients souhaités. Malgré l'absence de résultats significatifs, les auteurs font la promotion de ces activités puisqu'ayant déjà démontré leur efficacité.

Puetz et al. ont réalisé une méta-analyse pour étudier les bénéfices des activités artistiques sur des sujets souffrant de pathologies néoplasiques. Vingt-sept essais soit 1576 patients ont été inclus. Les études comparaient le bénéfice de la réalisation d'activités artistiques chez des patients atteints de cancers avec des patients ayant également cette pathologie mais sans traitements alternatifs complémentaires. Les interventions pouvaient avoir lieu dans un contexte d'hospitalisation ou en consultation externe. Elles étaient réalisées en groupe ou individuellement. Les études incluses utilisaient l'art, la danse, le théâtre, la musique, l'écriture. Les résultats comprenaient des mesures de l'anxiété, de la dépression, de la douleur, de la fatigue, et de la qualité de vie évaluées avant, pendant et après les activités. Les résultats montrent que la pratique d'ateliers artistiques réduit les symptômes d'anxiété, de dépression et de douleur. La fatigue n'était par contre pas significativement modifiée. De plus une amélioration de la qualité de vie a été mise en évidence. A noter que les effets positifs étaient généralement diminués au cours du suivi pour les études comprenant un suivi<sup>122</sup>.

Les activités artistiques peuvent également être proposées aux aidants. Walsh et al. ont réalisé une étude pour évaluer leur efficacité sur le stress, l'anxiété et les émotions des aidants de patients atteints de cancer. Les auteurs expliquent que les aidants familiaux éprouvent des niveaux de stress élevés et qu'ils n'ont ni le temps ni les ressources nécessaires pour prendre soin d'eux-mêmes, ou participer à des activités visant à réduire leur stress en raison de leur concentration sur le patient. Ainsi durant six mois, des ateliers artistiques (peinture aquarelle, mandala, affiche à créer, broderie) ont été mis en place dans un service de cancérologie auxquels quarante aidants ont participé. Ceux-ci devaient répondre à trois questionnaires au début et à la fin de l'étude : le Mini-POMS (évaluant l'anxiété, la tristesse, la dépression, la confusion, l'énergie, la fatigue et la colère qui donne un score pour la perturbation totale de l'humeur), le Beck Anxiety Inventory (BAI) (contenant 21 items pour décrire les symptômes associés à l'anxiété) et le Derogatis Affects Balance Scale (DABS) (utilisé pour mesurer l'affect négatif et positif). Les résultats ont montré une réduction significative du stress, une diminution de l'anxiété et une augmentation des émotions positives à la suite de la participation au programme. L'intervention artistique a favorisé le bien-être à court terme des aidants inclus dans l'étude<sup>124</sup>.

Ainsi ces activités présentent des effets bénéfiques chez les patients avec des pathologies cancéreuses que ce soit sur les symptômes induits par les traitements, sur la douleur et également sur l'anxiété. L'utilisation de ce type d'activité peut également être proposée aux aidants avec des effets positifs.

## **ART-THERAPIE, ACTIVITES ARTISTIQUES ET SCHIZOPHRENIE**

Les recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) énoncent que les thérapies artistiques comprennent « l'art-thérapie ou la psychothérapie artistique, la thérapie par mouvements de danse, la psychothérapie corporelle, la thérapie par le théâtre et la musicothérapie »<sup>125</sup>. Le but de l'utilisation de l'art-thérapie est d'améliorer la créativité, l'expression émotionnelle, la communication, la perspicacité et la capacité de se rapporter à soi-même et aux autres. Selon l'Association Britannique d'Art-Thérapie (BAAT), elle est définie comme « une forme de psychothérapie qui utilise les activités artistiques comme mode d'expression et de communication primaire » pour soutenir les personnes en souffrance<sup>126</sup>. Les recommandations NICE rapportent que les thérapies artistiques (y compris l'art-thérapie) peuvent aider les patients schizophrènes dans le rétablissement, en particulier chez ceux présentant des symptômes négatifs<sup>125</sup>.

La littérature concernant l'art-thérapie et la schizophrénie est vaste et parfois contradictoire. Nous avons retenu quelques études et une revue de la littérature pertinentes pour notre réflexion.

L'essai clinique MATISSE était randomisé contrôlé multicentrique avec 417 participants. Les participants étaient des patients schizophrènes. Ils étaient répartis en 3 groupes : un groupe art-thérapie - traitement habituel, un groupe activité - traitement habituel, et un groupe traitement habituel. La séance d'art-thérapie de 90 minutes par semaine sur 12 mois n'était pas précisée et restait libre pour les sujets. Elle était encadrée par un art thérapeute. Dans le groupe activité, l'activité réalisée ne devait pas être artistique. Le niveau symptomatique et le fonctionnement global du patient étaient évalués avant et à la fin de l'étude. D'autres mesures ont également été réalisées comme l'adhérence au traitement, le fonctionnement social et la qualité de vie. Cette recherche n'a pas mis en évidence d'efficacité de l'art-thérapie sur les paramètres mesurés. Les auteurs ont alors suggéré que des approches combinées avec l'utilisation de musique ou de danse pourraient être efficaces<sup>127</sup>. Cette étude a été critiquée puisque des erreurs dans la méthodologie ont rendu les résultats moins pertinents. Ils sont donc

à interpréter avec prudence d'autant qu'ils allaient à l'encontre des recommandations de la NICE<sup>128</sup>.

D'autres études ont néanmoins montré les bénéfices de l'art-thérapie pour les patients schizophrènes. Green et al. ont constaté qu'un groupe de patients avec 10 semaines d'art-thérapie présentait des améliorations dans les interactions sociales et dans l'estime de soi par rapport au groupe traitement habituel<sup>129</sup>. Richardson et al. ont étudié l'effet d'un groupe de 12 semaines de traitement par art-thérapie par rapport à un groupe traitement habituel. Les symptômes négatifs observés dans le groupe art-thérapie ont diminué de manière significative après l'intervention<sup>130</sup>. Une étude contrôlée randomisée a montré qu'une intervention de groupe de 15 semaines d'art-thérapie rapportait des améliorations des symptômes psychiques, de la qualité de vie et du fonctionnement chez les patients hospitalisés souffrant de psychose par rapport au traitement habituel<sup>131</sup>.

Montag et al. ont réalisé un essai contrôlé randomisé incluant 58 patients atteints de schizophrénie et hospitalisés pour un épisode psychotique. Ces patients ont été répartis en 2 groupes, l'un recevant 12 séances d'art-thérapie à un rythme bimensuel en plus du traitement habituel et l'autre simplement le traitement habituel. Dans le groupe art-thérapie les résultats ont montré une réduction significative des symptômes positifs, une amélioration du fonctionnement psychosocial, et une réduction moyenne plus importante des symptômes négatifs au suivi par rapport au groupe sans art-thérapie. Aucune différence n'a été montrée concernant les symptômes dépressifs entre les groupes. Les patients du groupe art-thérapie ont montré une amélioration significative dans leur perception émotionnelle, en particulier de leur capacité à réfléchir aux états mentaux émotionnels des autres. L'absence d'effet sur la qualité de vie est expliquée par les auteurs par un temps d'intervention trop court. Dans leur discussion, ils énoncent un des avantages de l'art-thérapie par rapport aux autres thérapies. Il s'avèrerait que les patients souffrant de schizophrénie peuvent externaliser leurs états internes d'une manière concrète grâce à l'art-thérapie. L'œuvre d'art permettrait de réfléchir et de clarifier le sens des états internes<sup>132</sup>.

Attard et Larkin ont réalisé une revue de la littérature sur l'efficacité de l'art-thérapie dans la schizophrénie. Ils expliquent que l'art-thérapie est ancrée dans la théorie et l'expérience clinique, mais les recherches rigoureuses et contrôlées sont faibles. Ils ont également rapporté que la motivation et l'intérêt pour l'art pouvaient influencer de manière positive l'engagement et le bénéfice perçu par les patients de l'art-thérapie. Ils ont relevé que le processus de création artistique pourrait améliorer la capacité des personnes à identifier, exprimer et explorer leur détresse émotionnelle. À travers l'art, certains patients s'exprimeraient à un niveau plus profond



qu'ils ne le feraient normalement, l'art-thérapie leur donnant la liberté d'être créatifs en l'absence d'atmosphères stressantes et de jugement extérieur. Les auteurs ont cité des articles qui précisent que ces interventions améliorent le bien-être, la confiance en soi, l'estime de soi et la socialisation des personnes schizophrènes.

Leur conclusion a été que les preuves de l'efficacité de l'art-thérapie dans la réduction des symptômes chez les personnes atteintes de psychose ne sont pas concluantes actuellement. Ils énoncent que cela s'explique par le peu d'études à niveau de preuve élevé et par le fait que le mécanisme de l'art-thérapie est peu compris. Néanmoins ils incitent à poursuivre cette pratique puisque les études qualitatives l'ont indiquée comme appropriée et significative. Ils engagent également à poursuivre la recherche qualitative afin de guider les essais contrôlés randomisés. Ces études qualitatives s'intéresseraient aux expériences des individus en matière de création artistique et comment l'art-thérapie les aide<sup>133</sup>.

Ainsi l'art-thérapie montre des bénéfices chez les patients atteints de schizophrénie en améliorant leurs symptômes négatifs et également leur qualité de vie. Néanmoins ces résultats restent à confirmer avec des études plus robustes préparées par des études qualitatives.

## **ART-THERAPIE, ACTIVITES ARTISTIQUES ET HEMODIALYSE**

Ross et al. ont cherché à mesurer l'effet de l'art chez des patients hémodialysés. Les auteurs se sont basés sur le fait que l'hémodialyse à long terme est associée à une détérioration de la qualité de vie et à une dépression, impactant sur l'observance des traitements. A ces soins s'associent un régime strict et les symptômes de comorbidités comme l'urémie.

Le programme Arts in Medicine (AIM) est un dispositif composé de 16 artistes rémunérés, proposant des ateliers dans toutes les disciplines artistiques, et qui travaillent dans six bâtiments distincts des hôpitaux de Gainesville et de Jacksonville aux Etats-Unis<sup>23</sup>. Ce programme a été conçu pour transformer l'expérience hospitalière des patients, des visiteurs, des soignants et du personnel. Ainsi avec le succès du programme AIM de leur établissement, Ross et al. ont débuté des activités similaires dans l'unité de dialyse pour mesurer son effet. Ils ont inclus 46 patients en cours de traitement par dialyse. Ce programme mettait à disposition des œuvres d'art (dessin et aquarelle), des objets d'artisanat (décorations de saison pour l'unité de dialyse), du crochet (foulards), de la musique (instruments de type xylophone), des écrits littéraires, un journal pour l'expression de leurs expériences de dialyse et un autre journal sur la manière dont AIM a affecté

leurs vies. Les patients étaient encouragés à avoir une exposition murale de leurs créations et pouvaient également apporter des œuvres de leur domicile. Le score pour l'évaluation de la qualité de vie SF-36 et le score de dépression Beck Depression Inventory ont été mesurés au début de l'étude et à 6 mois chez les 46 participants. Des paramètres de dialyse ont également été évalués tels que le pourcentage de temps de dialyse, le gain de poids entre les séances de dialyse et les résultats biologiques en pré-dialyse. Il était impératif que les activités ne perturbent pas les protocoles de soins infirmiers et que la participation des patients n'interfère pas avec la stabilité du placement de l'aiguille dans l'accès vasculaire. Les résultats ont montré qu'à 6 mois, les patients, les infirmières et les médecins croyaient subjectivement que l'art avait un impact positif sur l'unité, et qu'il pouvait être source d'amélioration de l'état général. Notons qu'il ne s'agissait pas d'ateliers d'art-thérapie puisqu'il n'y avait pas l'intervention d'un thérapeute spécialisé. Durant l'étude les sujets ont souvent fait des commentaires sur le fait que l'activité artistique leur permettait de mieux tolérer la dialyse. Par rapport aux valeurs initiales, les résultats ont montré une amélioration significative des scores SF-36 pour la partie physique ( $p=0,04$ ), moins de gain de poids ( $p=0,02$ ), une teneur en dioxyde de carbone plus élevée dans le sérum ( $p<0,01$ ), un taux de phosphate plus élevé ( $p=0,04$ ) et une tendance à l'amélioration de la dépression (score de Beck,  $p=0,07$ ). Les analyses ont montré que la participation élevée aux ateliers était corrélée aux scores SF-36, qu'elle améliorait la fonction sociale ( $p=0,01$ ) et la douleur corporelle ( $p=0,04$ ). Malgré l'environnement particulier de l'unité de dialyse, les artistes ont réussi à concevoir des activités adaptées à ces patients. Subjectivement, de nombreux patients semblaient beaucoup plus heureux et satisfaits car ils étaient occupés pendant leur séance de dialyse<sup>135</sup>.

Nishida et Strobino ont rapporté le cas d'une patiente âgée de 57 ans hémodialysée, et qui a bénéficié de 2 séances par semaine d'art-thérapie pendant un mois. Ils ont noté que l'art-thérapie présente plusieurs avantages pour les patients avec des maladies chroniques, en particulier pour l'IRCT, car l'activité peut avoir lieu pendant l'hémodialyse qui dure 3 à 4 heures. Des entretiens étaient réalisés à la fin des ateliers puis analysés de façon qualitative. L'art-thérapie a facilité les expressions verbales et non verbales chez cette patiente. Elle a indiqué un sentiment d'accomplissement et une impression accrue de contrôle et de confiance en soi. De plus, la patiente a décidé de poursuivre ces activités au domicile après l'étude, bien qu'elle ne pratiquait pas d'activités artistiques auparavant<sup>136</sup>.

Weldt a réalisé une étude sur 8 patients hémodialysés en leur proposant une activité de dessin. Des entretiens étaient réalisés avec les œuvres obtenues. L'auteur a discuté des avantages de l'art et en particulier du dessin dans ce contexte. Les patients ont rapporté qu'ils se sentaient

détendus et qu'ils aimaient se concentrer sur des tâches actives telles que dessiner pendant l'hémodialyse. Celles-ci s'opposent aux activités passives comme regarder la télévision. Les participants ont indiqué que l'art était un outil utile pour communiquer leurs désirs. Tous les patients ont apprécié le projet artistique parce que c'était « amusant », « relaxant ». Ils ont également aimé se concentrer sur les dessins et garder « les mains occupées et l'esprit hors de la machine ». Les résultats de cette étude montrent que la participation à une activité artistique active est bénéfique pour les patients hémodialysés<sup>137</sup>.

Les études évaluant l'efficacité de l'art-thérapie ou des activités artistiques en hémodialyse sont peu nombreuses mais semblent montrer un effet positif sur la qualité de vie. D'autre part ces travaux montrent que malgré l'appareillage conséquent d'une unité d'hémodialyse, ces tâches actives peuvent être mises en place.

### **3.3/ EXEMPLE D'UNE ACTIVITE ARTISTIQUE : LE COLORIAGE**

Les livres de coloriages pour adultes sont de plus en plus présents dans les rayons des librairies avec comme argument de vente une diminution du stress ou une amélioration du bien être. Rigby énonçait en 2016 que les patients rapportaient des livres de coloriage dans son service d'oncologie. Elle espérait alors « que cette tendance actuelle dure car elle distrait et semble apporter beaucoup d'interaction, de joie et de détente »<sup>138</sup>.

Mais réaliser un coloriage pourrait-il réduire l'anxiété ?

L'hypothèse de l'efficacité du coloriage est que les individus qui colorient des formes géométriques complexes, ont la possibilité de s'engager dans une activité qui les éloigne des pensées négatives<sup>139</sup>. Plusieurs études se sont intéressées à ce phénomène.

Il est nécessaire avant de poursuivre de préciser la définition du mot mandala. Les mandalas sont des dessins artistiques circulaires qui peuvent être créés, coloriés ou visualisés à des fins de méditation<sup>140</sup>. On associe souvent le terme de mandala aux motifs complexes circulaires présents dans les livres de coloriages. Nous devrions plutôt parler de « mandalas pré-dessinés ». Les mandalas utilisés dans les travaux que nous allons présenter sont également pré-dessinés.

Dans notre étude, qui sera détaillée dans la prochaine partie, pour éviter toute confusion nous parlerons de forme symétrique circulaire à motifs complexes.

Sandmire et al. ont réalisé une étude pour démontrer les effets positifs de la pratique d'une activité artistique sur le stress et l'anxiété des étudiants avant leurs examens. Les auteurs s'appuient sur le fait que l'anxiété chez les jeunes est répandue, notamment lorsqu'elle concerne leur avenir ou leurs performances scolaires. Les tâches proposées duraient entre 20 et 30 min et comprenaient le coloriage de mandalas, des collages, du dessin ou de la modélisation avec de l'argile, celles-ci étaient réalisées avant les examens. Un groupe contrôle ne pratiquait aucune activité avant les examens. D'après les auteurs le coloriage de formes complexes nécessitait peu de réflexion créative et entraînait ainsi un état de relaxation contrairement à l'expression libre sur une feuille blanche bien plus stressante. Pour analyser l'anxiété des 57 participants avant et après l'activité, les questionnaires STAI-Etat et Trait étaient utilisés. Les résultats ont montré une réduction significative du score STAI dans le groupe pratiquant une activité artistique mais pas dans le groupe contrôle. Ces résultats suggèrent qu'une courte activité artistique peut réduire l'état d'anxiété d'une personne, et offrir par exemple des méthodes pour aider les étudiants à faire face au stress<sup>141</sup>.

Curry et Kasser ont examiné l'efficacité du coloriage dans la réduction de l'anxiété. Ils ont émis l'hypothèse que les individus qui colorent des formes géométriques complexes ont la possibilité de suspendre leurs pensées et de s'engager dans une activité de pseudo-méditation, notamment par le coloriage de mandalas. Quarante-deux étudiants (âgés de 18 à 22 ans) ont été inclus. Au début de l'étude, les participants remplissaient le STAI-Etat (temps 1). Après une induction d'anxiété en leur demandant de réfléchir au moment qui leur paraissait le plus angoissant, et d'écrire pendant quatre minutes à propos de cette expérience, ils remplissaient une nouvelle fois le questionnaire (temps 2). Enfin après 20 minutes de coloriage, tous les participants ont rempli le STAI-Etat (temps 3). Les étudiants étaient répartis en 3 groupes de coloriage : un groupe coloriant un mandala, un deuxième une forme géométrique à carreaux, et le dernier avait une feuille blanche pour un coloriage libre. Les auteurs ont montré que l'anxiété de base était équivalente dans les trois groupes ( $p=0,93$ ). Puis l'anxiété induite a effectivement donné une augmentation significative sur le score STAI, ( $p<0,001$ ) de T1 à T2 pour les 3 groupes. Les résultats ont montré que le groupe mandala avait des scores d'anxiété T3 plus faibles que le groupe de forme libre ( $p <0,001$ ). Le groupe du dessin à carreaux avait également un score plus faible d'anxiété à T3 que le groupe forme libre ( $p <0,001$ ). Les groupes carreaux et mandalas ne différaient pas significativement l'un de l'autre. Dans leur discussion les auteurs attribuent cette similitude au fait que le motif à carreaux était tout aussi complexe que le

mandala et qu'une activité de coloriage structurée sert alors à réduire l'anxiété. De plus le coloriage sur forme libre ne durait pas 20 minutes du fait de la réflexion sur l'objet du dessin. Curry et Kasser font remarquer qu'avec une feuille blanche les sujets s'arrêtaient souvent suggérant un manque de direction ou de structure. Le coloriage du mandala avec ses motifs complexes répétés aiderait à attirer les individus dans un état similaire à la méditation. Ils énoncent que « si l'anxiété est un type de « chaos intérieur », il semble probable qu'une activité structurée telle que le coloriage d'une conception prédéterminée et quelque peu complexe aiderait à organiser ce chaos ». Ils ont confirmé l'hypothèse selon laquelle colorier un mandala est plus efficace pour réduire l'anxiété que sur une feuille blanche pendant 20 minutes. La tristesse, la colère ou d'autres émotions désagréables pourraient également être affectées par le coloriage. Les auteurs énoncent aussi qu'il serait intéressant de déterminer si les motifs géométriques sont des éléments nécessaires pour réduire l'anxiété, ou si d'autres figures structurées (par exemple, paysages, dessins simples) fonctionneraient<sup>139</sup>.

Van Der Vennet et Serice ont reproduit la même étude sur 51 sujets. Le schéma de l'étude était le même que Curry et Kasser. Les résultats ont montré que l'anxiété pouvait être réduite de manière significative en coloriant un mandala contrairement aux sujets qui coloriaient une forme libre sur une feuille vierge ou un motif à carreaux. Les résultats ont donc montré une différence entre le coloriage du mandala et celui du motif à carreaux ce qui diffère de l'étude de Curry et Kasser. La mesure finale de l'anxiété pour le groupe mandala était statistiquement inférieure à l'anxiété initiale. Les auteurs démontrent que le fait de colorier et la focalisation sur mandala permettent de réduire l'anxiété<sup>142</sup>.

Trois limites ont été relevées pour ces deux études à savoir que l'échantillon n'était pas représentatif de la population, l'effectif était faible, et l'utilisation d'une auto-mesure de l'anxiété a pu engendrer un biais<sup>142</sup>.

Mantzios et Giannou ont cherché à identifier dans le coloriage si l'attention était accrue et si des conseils étaient nécessaires pour colorier, tout comme la méditation de pleine conscience. Ils sont partis du principe que le coloriage d'un mandala était assimilé à un état de pleine conscience et que cet effet pourrait être renforcé en donnant des conseils au participant pendant le coloriage. Ils ont réalisé une première étude contrôlée randomisée. Dans cette étude, 88 étudiants universitaires ont été affectés à un groupe de coloriage de mandala non guidé ou à un groupe de dessin libre. L'état de pleine conscience (échelle State Mindfulness Scale (SMS)) et l'anxiété (échelle STAI-Etat) ont été mesurés avant et après l'expérience. L'échelle SMS se compose de deux sous-échelles relatives aux sensations corporelles ou aux événements mentaux<sup>143</sup>. Les résultats n'ont indiqué aucun changement dans l'état de pleine conscience ou

dans l'anxiété entre les 2 groupes. Néanmoins les résultats ont indiqué que le coloriage entraînait une diminution des niveaux d'anxiété, mais les deux groupes ont produit des résultats similaires. Dans la seconde expérience contrôlée randomisée, 72 étudiants universitaires ont été affectés à un groupe de coloriage de mandalas comme pour l'expérience 1 ou à un groupe de coloriage guidé par un praticien de mindfulness (thérapeute de pleine conscience). Ce praticien guidait les participants comme dans la méditation respiratoire en pleine conscience, avec des instructions modifiées et appliquées au coloriage. Le groupe avec le coloriage guidé avait une diminution du score STAI plus importante mais aucun changement sur le score de pleine conscience n'a été constaté entre les deux groupes. Les auteurs ont précisé que certains participants n'aimaient pas la voix du thérapeute qui les guidait pendant le coloriage. Dans ce contexte, l'intervention du thérapeute a pu impacter l'attention dirigée vers la tâche<sup>144</sup>.

Curry et Kasser tout comme Mantzios et Giannou énoncent que le coloriage de mandalas aurait un effet de méditation avec une focalisation de l'attention. Ils citent le concept du « *Flow* ». Csikszentmihalyi définit le « *Flow* » (ou flux en français) comme un état d'activation optimale dans lequel le sujet est complètement immergé dans l'activité<sup>145</sup>. Le sujet se trouve dans un état de concentration maximale, de plein engagement et de satisfaction dans son accomplissement. Le « *Flow* » se caractérise par l'absorption totale d'une personne par son occupation<sup>146</sup>. Csikszentmihalyi a décrit un état analogue à la « transe » qui se produit pendant le processus de création artistique. Il a constaté que le produit artistique fini a tendance à être considéré comme moins important pour l'artiste que le processus créatif<sup>147</sup>. Cela pourrait être lié à l'expérience tactile et visuelle ainsi qu'à l'activité musculaire répétitive inhérente à la création artistique<sup>141</sup>.

Nous avons pu voir au cours de cette partie que les activités artistiques pouvaient être bénéfiques dans certaines disciplines médicales d'une part et d'autre part que le coloriage de formes circulaires à motifs complexes et symétriques (mandalas) pouvait réduire l'anxiété. Une activité de coloriage d'une forme circulaire symétrique à motifs complexes pourrait-elle réduire l'anxiété liée aux soins dans des situations médicales différentes ?

#### **IV. L'ETUDE COLORI : INFLUENCE DU COLORIAGE D'UNE FORME COMPLEXE SUR L'ANXIETE ASSOCIEE AUX SOINS**

Les travaux présentés dans cette partie ont fait l'objet d'un protocole de recherche clinique intitulé COLORI dont le promoteur était le Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne-sur-Mer (CHITS) qui a été soumis et accepté par un comité de protection des

personnes (référence CPP : 18.01.06, Id-RCB : 2017-A03537-49 (catégorie 3)). Il est également enregistré sur la plateforme Clinical Trials sous le numéro NCT03489980. Ce protocole suit la méthodologie de référence 003 (MR003) de la CNIL pour laquelle le promoteur a signé une déclaration de conformité.

#### **4.1/ RATIONNEL SCIENTIFIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE**

L'influence de l'art sur la santé est reconnue depuis de nombreuses années. L'art est utilisé comme thérapie dans de nombreuses disciplines médicales comme la psychiatrie<sup>148</sup>, la gériatrie<sup>149</sup> ou la cancérologie<sup>122</sup>. Les travaux de recherche actuels portent aussi bien sur le rôle de l'art dans la promotion de la santé<sup>150</sup>, la prévention et la gestion des maladies chroniques au long cours<sup>151</sup>. Il existe également une volonté de la politique actuelle pour promouvoir l'action culturelle en milieu sanitaire et médico-social. Les disciplines artistiques créatives utilisées dans ce contexte sont principalement la musique, les arts plastiques visuels, l'expression créative axée sur le mouvement et l'expression par l'écriture. Il a été démontré que la participation à des activités artistiques, soit en tant qu'observateur, soit comme initiateur de ses propres activités créatives, peut améliorer ses émotions, réduire l'anxiété, favoriser les relations sociales et montrer un effet sur des paramètres physiologiques<sup>152,153</sup>. La participation à des activités créatives peut contribuer à réduire le stress et la dépression et peut améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies chroniques<sup>152</sup>. L'art est donc un outil avec des applications multiples et pluridisciplinaires. Ce travail se détache de l'art-thérapie, discipline à modalité spécifique et pratiquée par des spécialistes confirmés. Néanmoins notre recherche s'inspire de la méthodologie de certaines études portant sur l'art-thérapie<sup>154</sup>.

Nous supposons que la réalisation d'une tâche de coloriage d'une forme complexe permettra de réduire l'anxiété liée à la maladie et à l'environnement de soin, avant une consultation ou un soin. De plus elle montrera l'adaptation possible de tâches de créations artistiques dans diverses disciplines médicales. En effet colorier une forme abstraite complexe de type mandala semble avoir une efficacité plus marquée dans la réduction de l'anxiété qu'un dessin sur feuille blanche<sup>155</sup>. L'hypothèse serait que cette forme complexe permet de focaliser l'attention et d'entrer dans un état de pseudo méditation. Il est possible que le coloriage d'une forme complexe prédéfinie génère peu de pensées créatives et favorise ainsi un état de relaxation, différent d'une création sur feuille blanche<sup>141</sup>. Csikszentmihalyi (1997) a décrit ce type d'état lors d'une activité artistique<sup>147</sup>. Il a constaté que le résultat de la production créative

était moins important pour le créateur que le processus de réalisation lui-même. Cela peut être dû à l'expérience tactile et visuelle ainsi qu'à l'activité musculaire répétitive inhérente à l'art. Mercer et al. ont montré que l'effet de soulagement de l'anxiété lié à la création artistique ne serait que temporaire<sup>156</sup>. Ils ont évalué l'anxiété via l'échelle State Trait Anxiety Inventory (STAI)<sup>60</sup>, chez des sujets sains en situation de stress induit et qui réalisaient ensuite une tâche de coloriage. L'auto-questionnaire State Trait Anxiety Inventory (STAI) mesure par auto-évaluation la présence et la sévérité des symptômes anxieux sur l'instant et une propension généralisée à être anxieux<sup>59</sup>. Il se divise en 2 sous échelles. L'échelle Anxiété-Etat qui évalue l'état actuel de l'anxiété et l'échelle Anxiété-Trait qui évalue les aspects relativement stables d'une prédisposition à l'anxiété<sup>157</sup>. Ce questionnaire montre une bonne fiabilité et une bonne validité<sup>158</sup>. Il a été traduit et validé en français<sup>159</sup>. Le questionnaire STAI a été validé pour les populations étudiées dans ce travail<sup>60,160-162</sup>.

## **OBJECTIFS**

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'apport d'une tâche artistique de type coloriage d'une forme complexe dans la diminution de l'anxiété liée aux soins et à la pathologie par un auto-questionnaire STAI-Etat dans 3 situations médicales ambulatoires différentes. Ces trois groupes de patients suivis en ambulatoire ont en commun un suivi itératif et régulier. Le critère de jugement principal était le taux de diminution du score STAI- Etat après la tâche artistique pour chaque population.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le vécu de la tâche artistique de type coloriage d'une forme complexe dans la diminution de l'anxiété liée aux soins et à la pathologie par un auto-questionnaire (ECTM2-Qa) dans 3 situations médicales différentes, et d'évaluer l'état d'anxiété de base du patient via le questionnaire STAI-Trait. Les critères de jugement secondaires étaient d'une part pour chaque population une étude descriptive de l'auto-questionnaire ECTM2-Qa, et d'autre part l'évaluation de l'état d'anxiété de base du patient via le questionnaire STAI-Trait, qui permettra de compléter l'interprétation du critère de jugement principal. Le questionnaire ECTM2-Qa est adapté du questionnaire *ECTM2-Q* (Questions adaptées de celles déterminées par Jean Luc Sudres - Psychologue clinicien, Maître de conférences en psychologie, psychomotricien, art thérapeute - ; outil basé sur « Le vécu des activités d'atelier » ECTM2-Q (Echelle Clinique de Thérapies Médiatisées) et « Questionnaire d'exploration du vécu ECTM2-Q abrégé »)<sup>119,163,164</sup>.



## **4.2/ MATERIELS ET METHODE**

Nous avons étudié l'apport d'une tâche artistique, à savoir le coloriage d'une forme complexe, dans la diminution de l'anxiété liée aux soins et à la pathologie dans 3 groupes correspondant à 3 situations médicales ambulatoires différentes à savoir :

- Groupe HDJ Psychiatrie : dans un service d'hospitalisation de jour (HDJ) en psychiatrie, Service du Docteur Véronique Morville, Centre Médico-Psychologique (CMP) de Toulon.

- Groupe Hémodialyse : dans un service d'hémodialyse, Service du Docteur Yannick Knefati, Hôpital Sainte-Musse, Toulon.

- Groupe Consultation : dans une salle d'attente de consultation ambulatoire de l'Hôpital Sainte-Musse, Service du Docteur Yannick Knefati (patients ayant un rendez-vous de consultation avec le Docteur Knefati), Hôpital Sainte-Musse, Toulon.

Les critères d'inclusions étaient les suivants :

Concernant le Groupe HDJ Psychiatrie :

- Hommes ou femmes âgés de plus de 18 ans et de moins de 65 ans.
- Admis en hôpital de jour psychiatrique depuis au minimum 10 jours consécutifs de prise en charge.
- Personne en mesure de réaliser un coloriage et répondre à un questionnaire, sans altération sévère de l'état général selon l'appréciation de l'investigateur.
- Patient souffrant de schizophrénie stabilisée.

Concernant le Groupe Hémodialyse :

- Hommes ou femmes âgés de plus de 18 ans et de moins de 65 ans.
- Personne en mesure de réaliser un coloriage et répondre à un questionnaire, sans altération sévère de l'état général selon l'appréciation de l'investigateur.
- Personne ayant eu au moins 6 séances d'hémodialyse.
- Bras dominant valide (permettant le coloriage – absence de fistule).
- Personne actuellement en traitement de dialyse.

Concernant le Groupe Consultation :

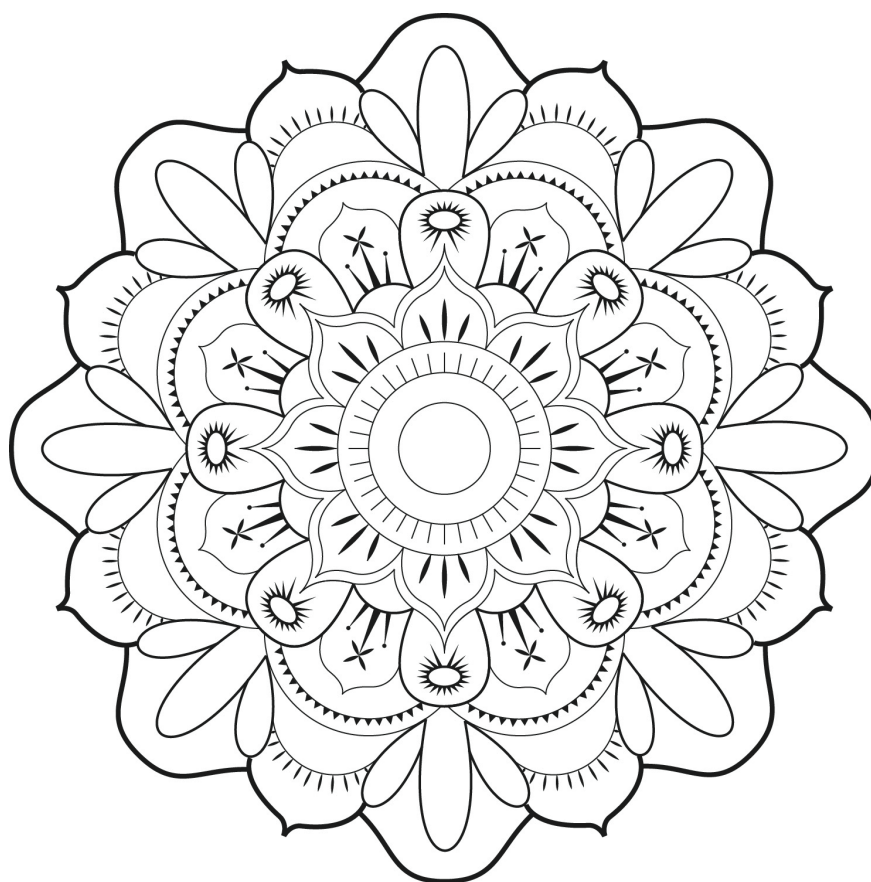
- Hommes ou femmes âgés de plus de 18 ans et de moins de 65 ans.
- Personne en mesure de réaliser un coloriage et répondre à un questionnaire, sans altération sévère de l'état général selon l'appréciation de l'investigateur.
- Consultant un praticien à l'hôpital.

Les critères d'exclusions étaient :

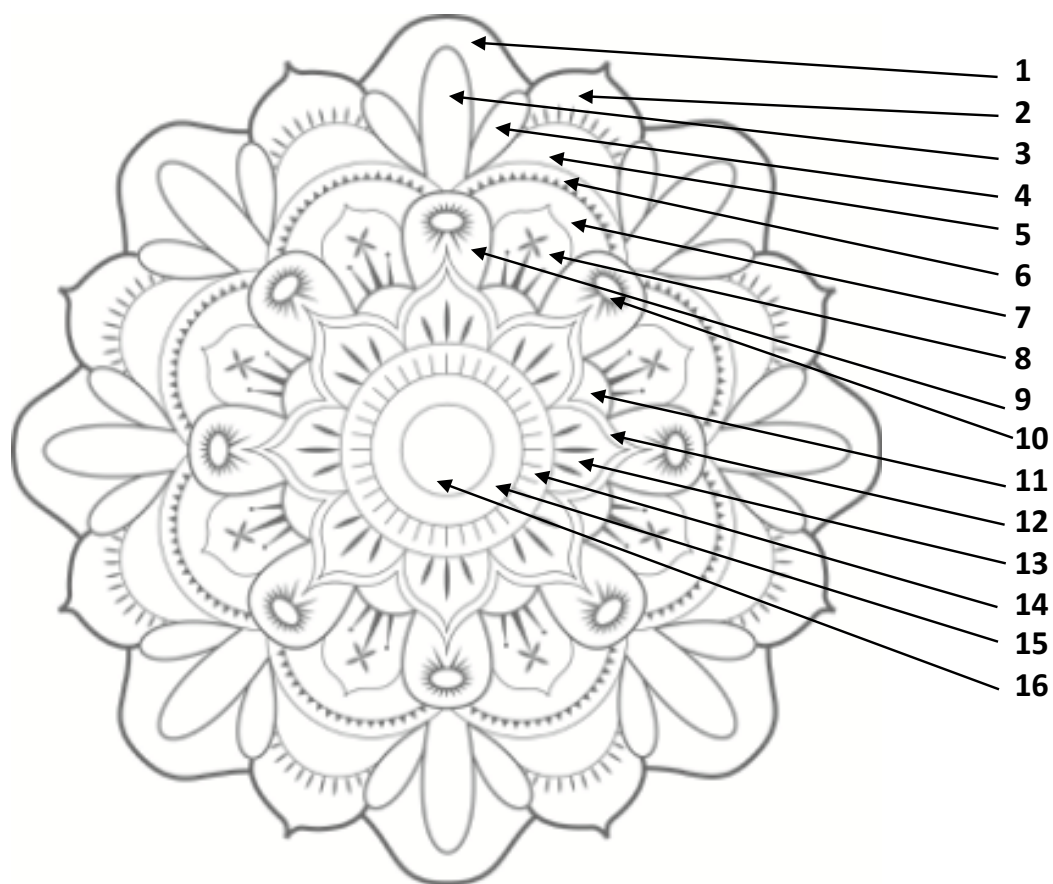
- Personne présentant une altération cognitive évoluée altérant la réponse au questionnaire ou la réalisation du coloriage selon l'appréciation de l'investigateur.
- Opposition du volontaire.
- Non affiliation à un régime de Sécurité Sociale (bénéficiaire ou ayant droit).

## CREATION DE LA FORME CIRCULAIRE A MOTIFS COMPLEXES

Une forme circulaire à motifs complexes a été créée via le logiciel Adobe Illustrator® en format vectoriel puis simplifiée de telle sorte que son coloriage dure une vingtaine de minutes (chez un sujet sain coloriant à un rythme normal). La forme complexe ainsi obtenue est présentée sur la Figure 1). Cette forme complexe contient 108 motifs avec 16 motifs de référence (Figure 2). La superficie de chaque motif de référence a ensuite été analysée par un script à l'aide du logiciel Adobe Illustrator®. Les résultats sont présentés sur le Tableau 1.



**Figure 1 :** Forme complexe obtenue et utilisée pour l'étude (échelle 1:1).



**Figure 2 :** Numérotation des motifs de la forme complexe.

Motif	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Superficie (cm <sup>2</sup> )	1,69	1,15	1,2	0,49	1	0,57	0,9	1,06	1,1	0,09	0,24	2,45	0,77	3,4	2,3	1,3
Nombre de répétition du motif	8	8	8	16	8	8	8	8	8	8	8	1	8	1	1	1

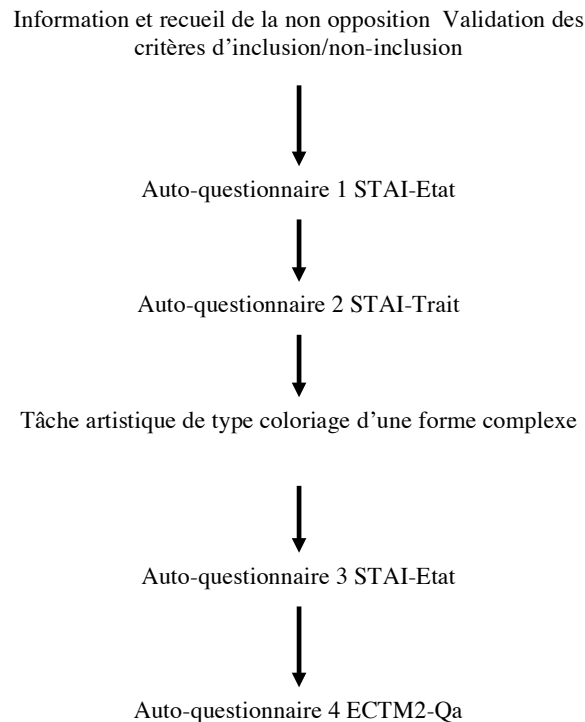
**Tableau 1 :** Numérotation, surface et nombre de répétitions des motifs de la forme complexe.

## **DEROULEMENT DE L'ETUDE**

Nous avons demandé aux patients de chaque groupe, lors d'une visite unique faisant partie de leur suivi habituel et après leur avoir expliqué la réalisation de cette étude et obtenu leur non opposition, de remplir les auto-questionnaires STAI-Etat et STAI-Trait puis de réaliser le coloriage de la forme complexe présentée précédemment, puis de remplir une nouvelle fois l'auto-questionnaire STAI-Etat et le questionnaire ECTM2-Qa. Le déroulement de l'étude est présenté sur la Figure 3. La consigne et les échelles remises au patient sont disponibles en annexe. La forme complexe était imprimée sur une feuille blanche au format A4. Douze crayons de couleur étaient mis à disposition pour le coloriage. Les couleurs disponibles étaient le noir, le gris, le marron, le bleu foncé, le bleu clair, le violet, le vert foncé, le vert clair, l'orange, le rouge, le jaune et le rose. Le choix des couleurs était libre. Le patient pouvait arrêter de colorier quand il le souhaitait ou décider de ne pas finir le coloriage entier. Pour le Groupe HDJ Psychiatrie, l'activité a été réalisée dans un bureau mis à disposition pour la réalisation de cette étude après avoir été proposée au début d'une journée de prise en charge d'hôpital de jour. Pour le Groupe Hémodialyse, l'activité a été réalisée lors d'une séance d'hémodialyse après avoir été proposée au début de l'hémodialyse. Pour le Groupe Consultation, l'activité a été réalisée dans un bureau mis à disposition pour la réalisation de cette étude après avoir été proposée avant la consultation.

Un patient est remplacé :

- S'il ne remplit pas les critères d'inclusion/non inclusion (inclusion à tort).
- S'il ne remplit pas les auto-questionnaires Etat et/ou Trait.
- S'il omet de remplir plus de 3 réponses aux auto-questionnaires STAI.



**Figure 3 : Schéma du déroulement de l'étude.**

## **ANALYSE STATISTIQUE**

### **Nombre de sujets nécessaires**

Une étude analogue à notre projet a comparé la variation du score STAI-Etat en situation d'anxiété induite avant et après la réalisation d'un coloriage d'une forme complexe<sup>155</sup>. La moyenne de la réduction du score STAI-Etat était de 14,92 et l'écart type de 11,14. Soit  $\Delta=14,92$  et  $\sigma=11,14$ , pour un risque  $\alpha=0,05$  et  $\beta=0,20$ , on obtient avec la formule de Bouyer J et al. un nombre minimum de 9 sujets à inclure. Nous avons donc décidé d'inclure 10 sujets par groupe<sup>165</sup>.

### **Analyse des données**

L'analyse du critère de jugement principal concernait les scores des auto-questionnaires STAI-Etat 1 et 2. Ils ont été analysés et leur distribution évaluée. En cas de distribution normale des données, les moyennes des scores ont été comparées à l'aide d'un test de Student pour des

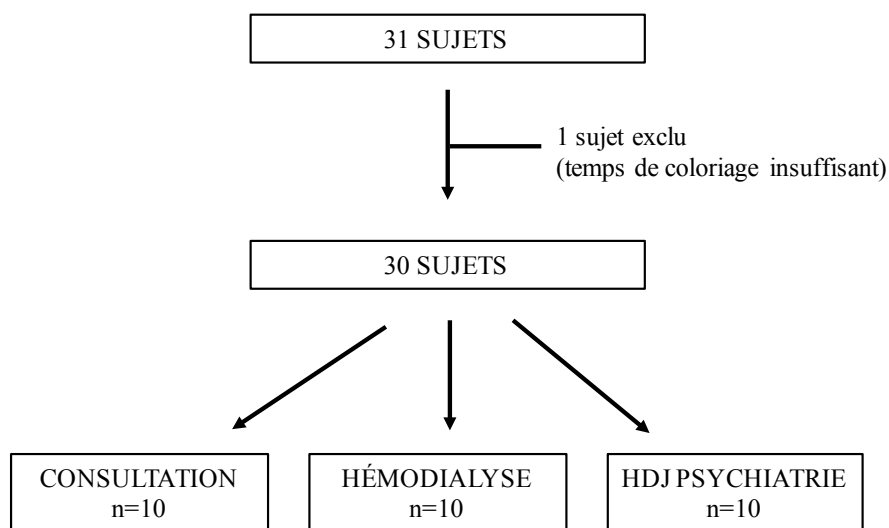
séries appariées. En cas de distribution non normale des données, la comparaison a été réalisée à l'aide d'un test de Wilcoxon. Les analyses ont été faites en fonction des groupes de l'étude. Pour le critère de jugement secondaire les données issues des scores des auto-questionnaires ECTM2-Qa et STAI-Trait ont été analysées de façon descriptive. La répartition des couleurs et des parties coloriées a été calculée avec le Tableur Excel® à partir des surfaces déterminées par le logiciel Adobe Illustrator® puis analysée de façon descriptive. Le motif est considéré comme colorié en entier si il a été colorié sur plus de 85% de sa surface. On considère alors la surface coloriée comme la surface du motif en question. La surface totale coloriée et le score STAI-Trait ont été comparés entre les groupes avec un test statistique de Kruskal-Wallis. L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé avec le logiciel R (R Development Core Team) (*R: A language and environment for statistical computing R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria*).

## 4.3/ RESULTATS

### POPULATION

Trente et un patients ont participé à l'étude. Un patient a été retiré de l'étude car n'ayant pas colorié sur un temps et une surface suffisants. Trente patients (21 hommes et 9 femmes) ont été inclus dans l'étude, dont 10 sujets (6 hommes et 4 femmes) dans le groupe consultation, 10 sujets (7 hommes et 3 femmes) dans le groupe hémodialyse et 10 sujets (8 hommes et 2 femmes) dans le groupe HDJ psychiatrie (Figure 4).

Sur les 3 groupes, la moyenne d'âge des 30 sujets était de 47 ans. Vingt-sept sujets étaient droitiers et 3 sujets étaient gauchers. Treize sujets (43,33%) ont colorié la forme en entier. Dans le groupe consultation, la moyenne d'âge des sujets était de 43,5 ans. Neuf sujets étaient droitiers et un sujet était gaucher. Deux sujets (20%) ont colorié la forme en entier. Dans le groupe hémodialyse, la moyenne d'âge des sujets était de 53,5 ans. Huit sujets étaient droitiers et 2 sujets étaient gauchers. Sept sujets (70%) ont colorié la forme en entier. Dans le groupe HDJ psychiatrie, la moyenne d'âge des sujets était de 42,5 ans. Les sujets étaient tous droitiers. Quatre sujets (40%) ont colorié la forme en entier. Ces caractéristiques sont résumées sur le Tableau 2.



**Figure 4 :** Schéma de l'étude.



Groupe	n	Age (années)				Main dominante		Coloriage réalisé en entier	
		moyenne	SD	min	max	Droitier	Gaucher	n	%
Consultation	10	43,5	4,38	22	60	9	1	2	20%
Hémodialyse	10	53,5	4,23	22	64	8	2	7	70%
HDJ Psychiatrie	10	42,2	4,03	20	55	10	0	4	40%
Total (3 groupes)	30	47	2,51	20	64	27	3	13	43,33%

**Tableau 2 :** Caractéristiques des sujets.

### SCORE STAI

Sur les 3 groupes, le score total STAI-Etat après coloriage était significativement inférieur au score STAI-Etat avant coloriage (test de Wilcoxon,  $p < 0,005$ ).

Le score total STAI-Etat après coloriage était inférieur au score STAI-Etat avant coloriage dans le groupe hémodialyse (test de Wilcoxon,  $p < 0,05$ ) et dans le groupe HDJ psychiatrie (test de Wilcoxon,  $p < 0,05$ ) mais pas dans le groupe consultation (test de Wilcoxon,  $p > 0,05$ ) (Tableau 3). Le score total STAI-Etat avant coloriage n'était pas différent entre les 3 groupes (test de Kruskal-Wallis,  $p = 0,19$ ). Le score total de l'échelle STAI-Trait n'était également pas différent entre les 3 groupes (test de Kruskal-Wallis,  $p = 0,58$ ) (Tableau 4).

Groupe	STAI-Etat <sup>1</sup>		STAI-Etat <sup>2</sup>		Valeur de $p$ <sup>3</sup>
	moyenne	SD	moyenne	SD	
Consultation	33,8	13,69	32,3	9,8	$p=0,26$
Hémodialyse	31	8,18	25,9	4,33	$p=0,02$
HDJ Psychiatrie	39,2	10,25	32,3	9,71	$p=0,0045$
Total (3 groupes)	34,66	2,11	30,17	8,62	$p=0,00031$

**Tableau 3 :** Résultats score STAI-Etat selon les groupes.

<sup>1</sup>: STAI-Etat avant coloriage <sup>2</sup>: STAI-Etat après coloriage <sup>3</sup>: Test de Wilcoxon pour séries appariées.

Groupe	STAI-Trait	
	moyenne	SD
Consultation	44,2	13,24
Hémodialyse	40,1	14,39
HDJ Psychiatrie	42,2	9,15
Total (3 groupes)	42,2	12,1

**Tableau 4 :** Résultats score STAI-Trait selon les groupes.

## **SCORE ECTM2-Qa**

Les résultats du questionnaire ECTM2-Qa des 3 groupes sont présentés sur le Tableau 5 et la Figure 5 et selon les groupes sur le Tableau 6 et la Figure 6.

Pour la question « **Avez-vous ressenti, constaté un changement et/ou une amélioration des difficultés au cours et/ou après cette activité ?** »

Soixante pour cent des sujets (n=6) du groupe consultation, 40% (n=4) des sujets du groupe hémodialyse et 50% (n=5) des sujets du groupe HDJ psychiatrie ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question. Au total, 50% (n=15) des sujets sur les 3 groupes ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question.

Pour la question : « **Pratiqueriez-vous de nouveau une activité artistique ?** »

Soixante pour cent des sujets (n=6) du groupe consultation, 80% (n=8) des sujets du groupe hémodialyse et 40% (n=4) des sujets du groupe HDJ psychiatrie ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question. Au total, 60% (n=18) des sujets sur les 3 groupes ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question.

Pour la question : « **L'activité a-t-elle amélioré votre concentration ?** »

Soixante-dix pour cent des sujets (n=7) du groupe consultation, tous les sujets (n=10) du groupe hémodialyse et 60% (n=6) des sujets du groupe HDJ psychiatrie ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question. Au total, 76,67% (n=23) des sujets sur les 3 groupes ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question.

Pour la question : « **Etes-vous satisfait de cette activité ?** »

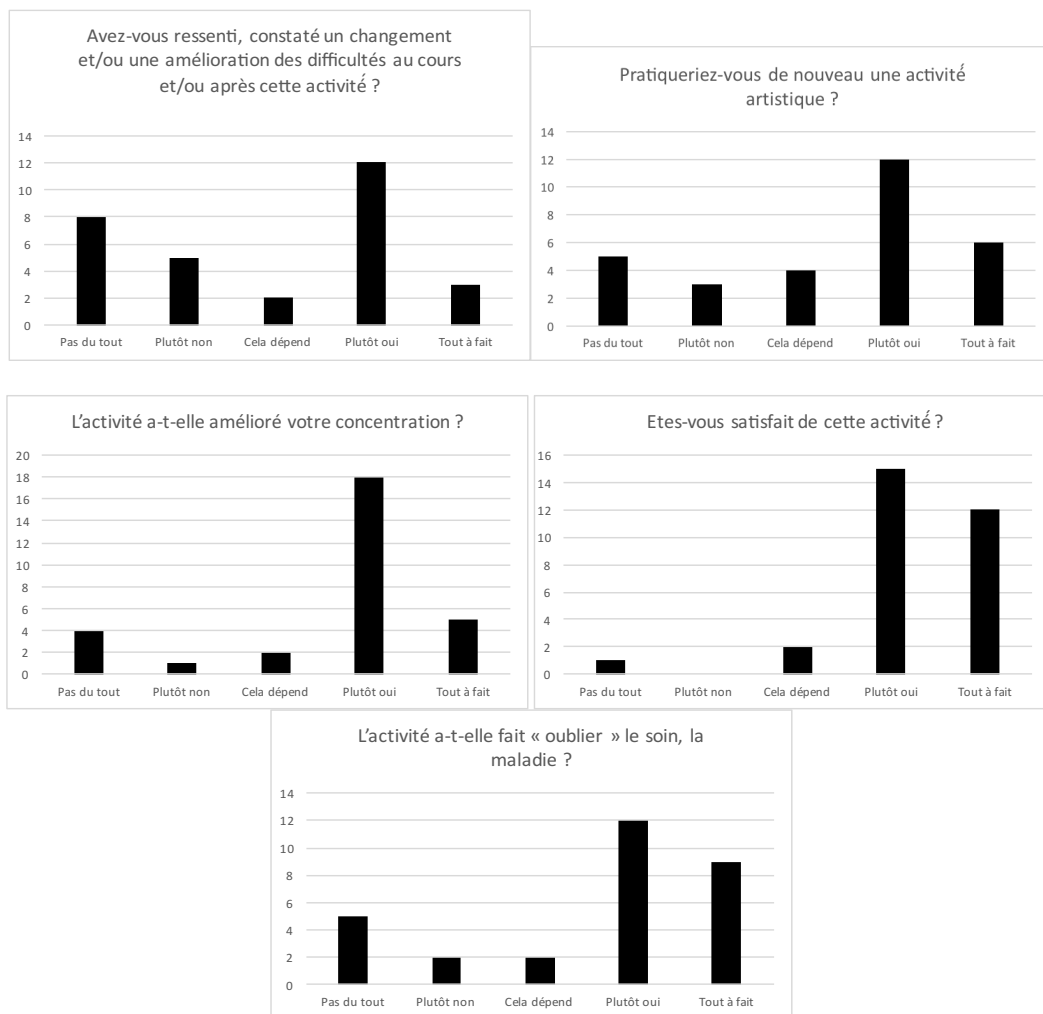
Quatre-vingt pour cent des sujets (n=8) du groupe consultation, tous les sujets (n=10) du groupe hémodialyse et 90% (n=9) des sujets du groupe HDJ psychiatrie ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question. Au total, 90% (n=27) des sujets sur les 3 groupes ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question.

Pour la question : « **L'activité a-t-elle fait « oublier » le soin, la maladie ?** »

Soixante pour cent des sujets (n=6) du groupe consultation, 70% (n=7) des sujets du groupe hémodialyse et 80% (n=8) des sujets du groupe HDJ psychiatrie ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question. Au total, 70% (n=21) des sujets sur les 3 groupes ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » à cette question.

Question ECTM2-Qa		Nombre de réponses				
		Pas du tout	Plutôt non	Cela dépend	Plutôt oui	Tout à fait
Avez-vous ressenti, constaté un changement et/ou une amélioration des difficultés au cours et/ou après cette activité ?	n	8	5	2	12	3
	%	26,67%	16,67%	6,67%	40%	10%
Pratiqueriez-vous de nouveau une activité artistique ?	n	5	3	4	12	6
	%	16,67%	10%	13,33%	40%	20%
L'activité a-t-elle amélioré votre concentration ?	n	4	1	2	18	5
	%	13,33%	3,33%	6,67%	60%	16,67%
Etes-vous satisfait de cette activité ?	n	1	0	2	15	12
	%	3,33%	0	6,67%	50%	40%
L'activité a-t-elle fait « oublier » le soin, la maladie ?	n	5	2	2	12	9
	%	16,67%	6,67%	6,67%	40%	30%

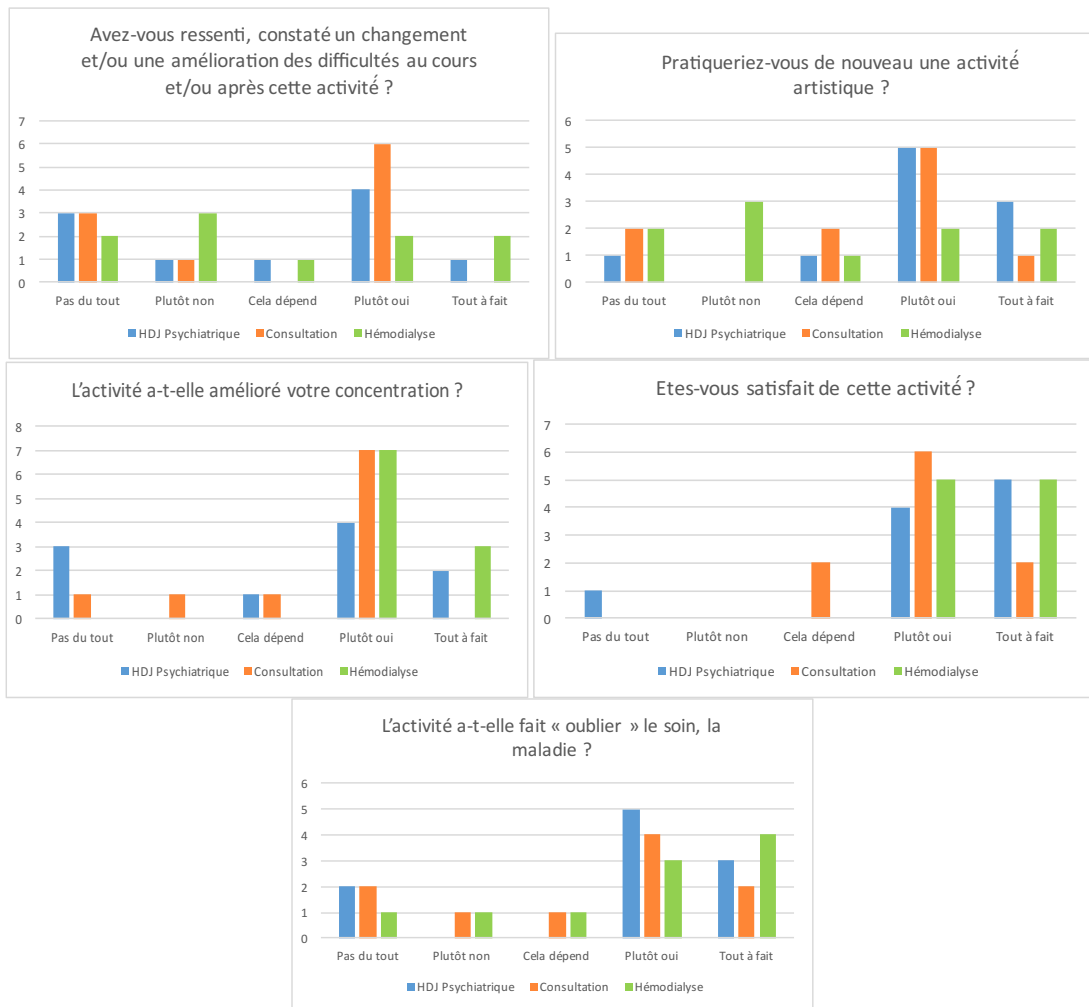
**Tableau 5** : Réponses au questionnaire ECTM2-Qa selon les questions pour les 3 groupes réunis.



**Figure 5 : Représentation graphique des réponses au questionnaire ECTM2-Qa selon les questions pour les 3 groupes réunis.**

Question ECTM2-Qa	Groupe	Nombre de réponses				
		Pas du tout	Plutôt non	Cela dépend	Plutôt oui	Tout à fait
Avez-vous ressenti, constaté un changement et/ou une amélioration des difficultés au cours et/ou après cette activité ?	HDJ Psychiatrique	3	1	1	4	1
	Consultation	3	1	0	6	0
	Hémodialyse	2	3	1	2	2
Pratiqueriez-vous de nouveau une activité artistique ?	HDJ Psychiatrique	1	0	1	5	3
	Consultation	2	0	2	5	1
	Hémodialyse	2	3	1	2	2
L'activité a-t-elle amélioré votre concentration ?	HDJ Psychiatrique	3	0	1	4	2
	Consultation	1	1	1	7	0
	Hémodialyse	0	0	0	7	3
Etes-vous satisfait de cette activité ?	HDJ Psychiatrique	1	0	0	4	5
	Consultation	0	0	2	6	2
	Hémodialyse	0	0	0	5	5
L'activité a-t-elle fait « oublier » le soin, la maladie ?	HDJ Psychiatrique	2	0	0	5	3
	Consultation	2	1	1	4	2
	Hémodialyse	1	1	1	3	4

**Tableau 6 :** Réponses au questionnaire ECTM2-Qa selon les questions selon les groupes.



**Figure 6 : Représentation graphique des réponses au questionnaire ECTM2-Qa selon les questions selon les groupes.**

## COLORIAGES

La surface du coloriage était remplie à 56% en moyenne pour le groupe consultation, 82% pour le groupe hémodialyse et 72% pour le groupe HDJ psychiatrie (Figure 7). Au total, sur les 3 groupes, la surface du coloriage était remplie à 70%. La surface coloriée n'était pas différente entre les groupes (test de Kruskal-Wallis,  $p = 0.13$ ) (Tableau 7).

Toutes les couleurs ont été utilisées dans les coloriages sauf le gris. La proportion des couleurs utilisées selon la surface coloriée et selon les groupes est présentée sur le Tableau 8 et les Figures 8, 9, 10 et 11. Les coloriages des patients sont présentés sur les Figures 12a, 12b et 12c. La numérotation des motifs de référence de la forme a été précédemment présentée sur la Figure 2.

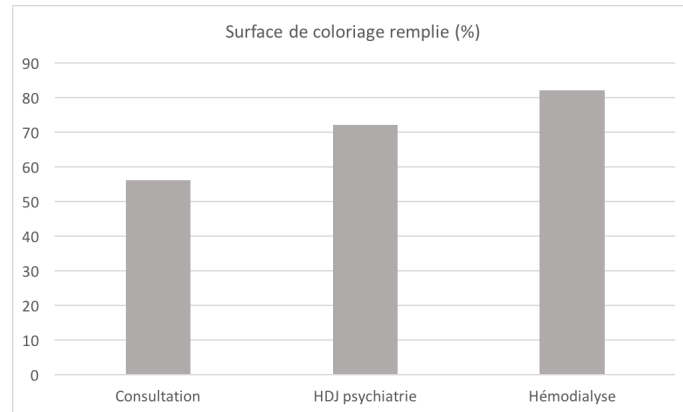
Dans le groupe consultation, les deux motifs qui ont été les plus coloriés sont les motifs 4 et 15, les moins coloriés sont les motifs 5 et 1 (Figure 13).

Dans le groupe hémodialyse, les deux motifs qui ont été les plus coloriés sont les motifs 4 et 5, les moins coloriés sont les motifs 7 et 12 (Figure 14).

Dans le groupe HDJ psychiatrie, les deux motifs qui ont été les plus coloriés sont les motifs 16 et 15, les moins coloriés sont les motifs 10 et 6 (Figure 15).

Au total, sur les 3 groupes, les deux motifs qui ont été les plus coloriés sont les motifs 4 et 15, les moins coloriés sont les motifs 10 et 11 (Figure 16).





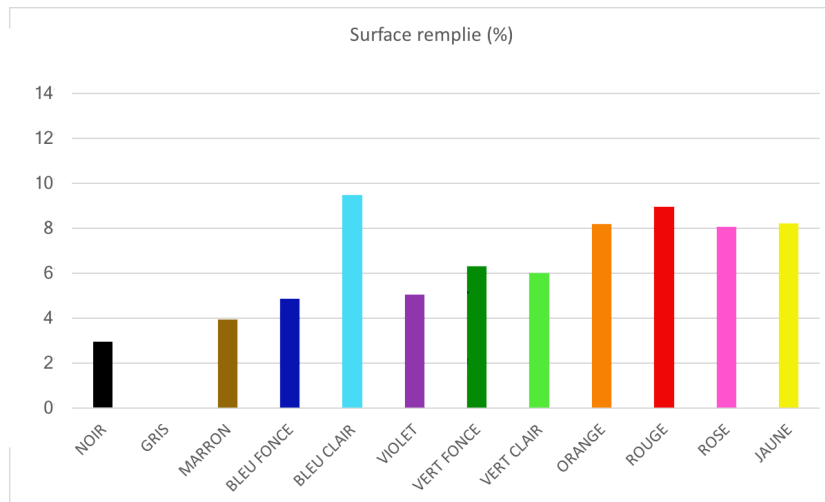
**Figure 7 : Pourcentage de surface totale de coloriage remplie selon les groupes.**

Groupe	Surface coloriée (cm <sup>2</sup> )	
	moyenne	SD
Consultation	53,69	24,84
Hémodialyse	78,2	19,42
HDJ Psychiatrie	68,9	25,42
Total (3 groupes)	66,93	24,79

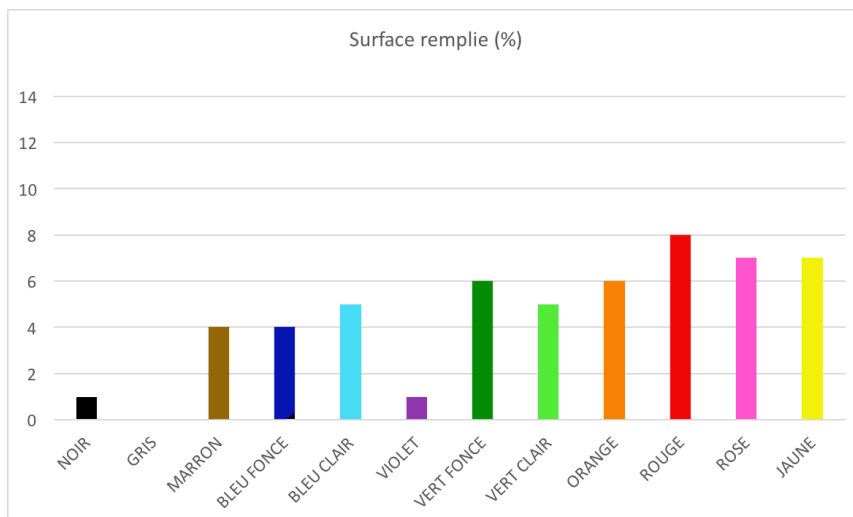
**Tableau 7 : Moyenne de la surface coloriée selon les groupes.**

Groupe	% SURFACE REMPLIE SELON LA COULEUR											
	NOIR	GRIS	MARRON	BLEU FONCE	BLEU CLAIR	VIOLET	VERT FONCE	VERT CLAIR	ORANGE	ROUGE	ROSE	JAUNE
Consultations	1%	0%	4%	4%	5%	1%	6%	5%	6%	8%	7%	7%
Hémodialyse	5%	0%	5%	4%	10%	9%	8%	6%	8%	6%	10%	11%
HDJ psychiatrie	3%	0%	2%	7%	13%	4%	5%	6%	9%	11%	7%	6%

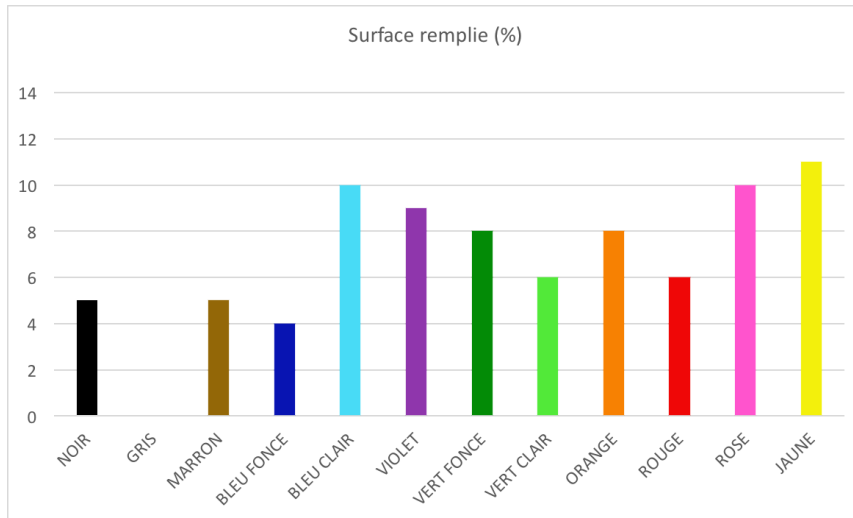
**Tableau 8 :** Pourcentages de surface de la forme remplie selon les différentes couleurs et dans les différents groupes.



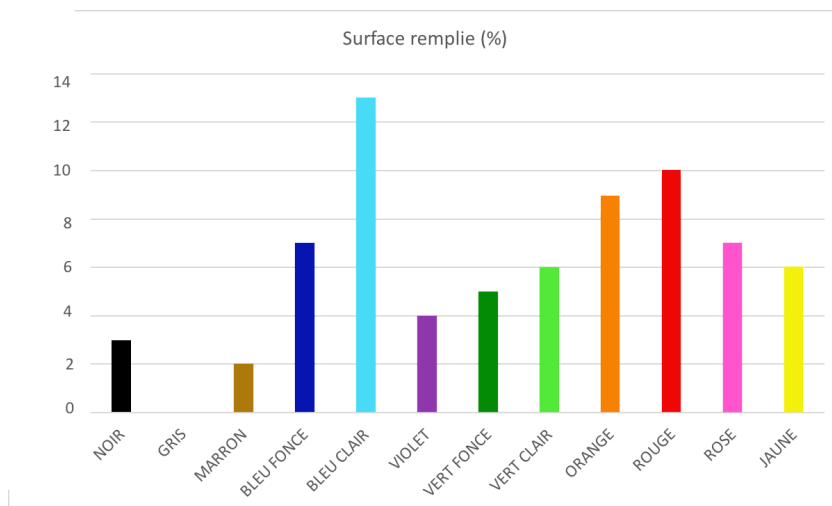
**Figure 8 :** Histogramme des pourcentages de surface de la forme remplie selon les différentes couleurs pour les 3 groupes.



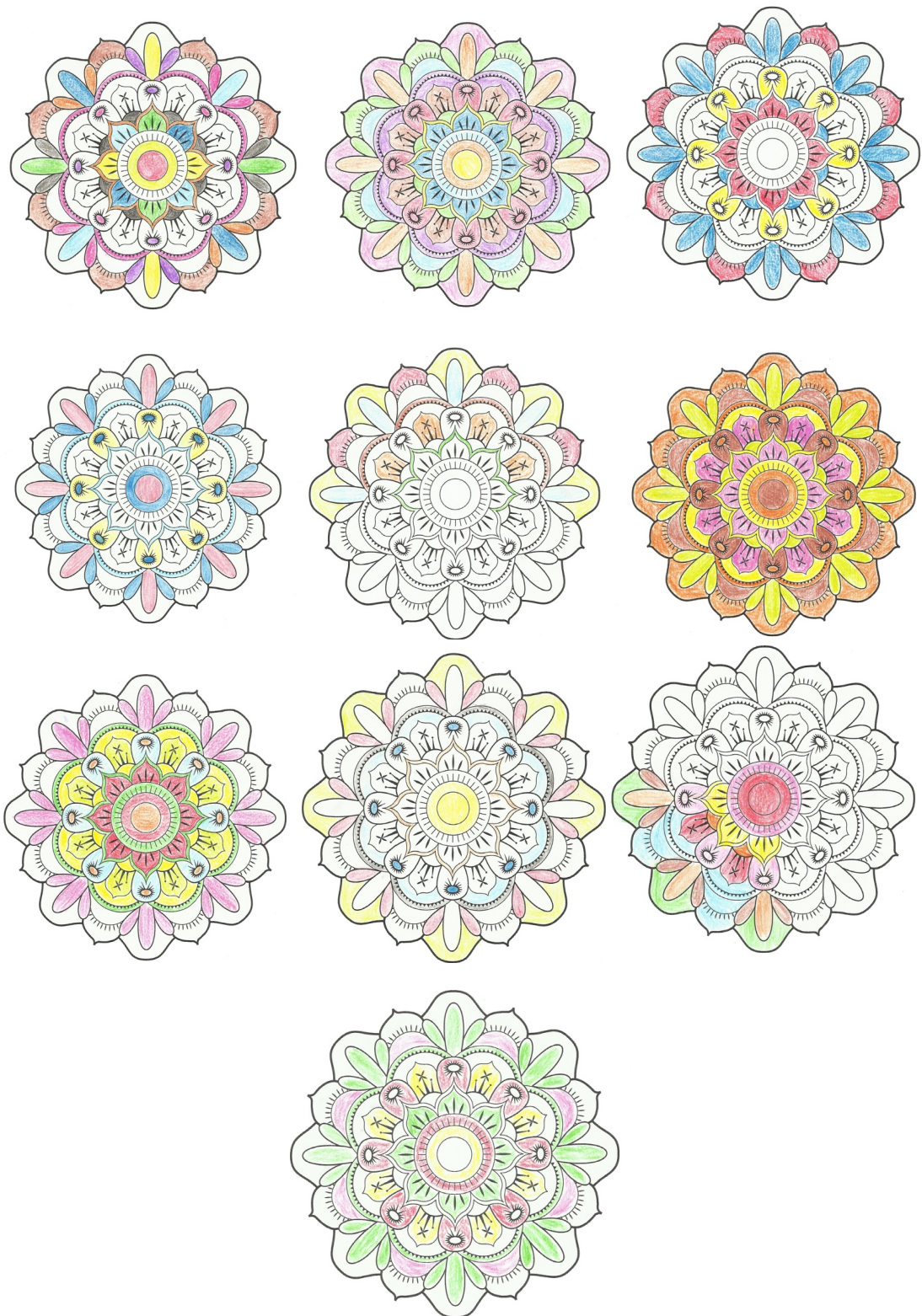
**Figure 9 :** Histogramme des pourcentages de surface de la forme remplie selon les différentes couleurs pour le groupe consultation.



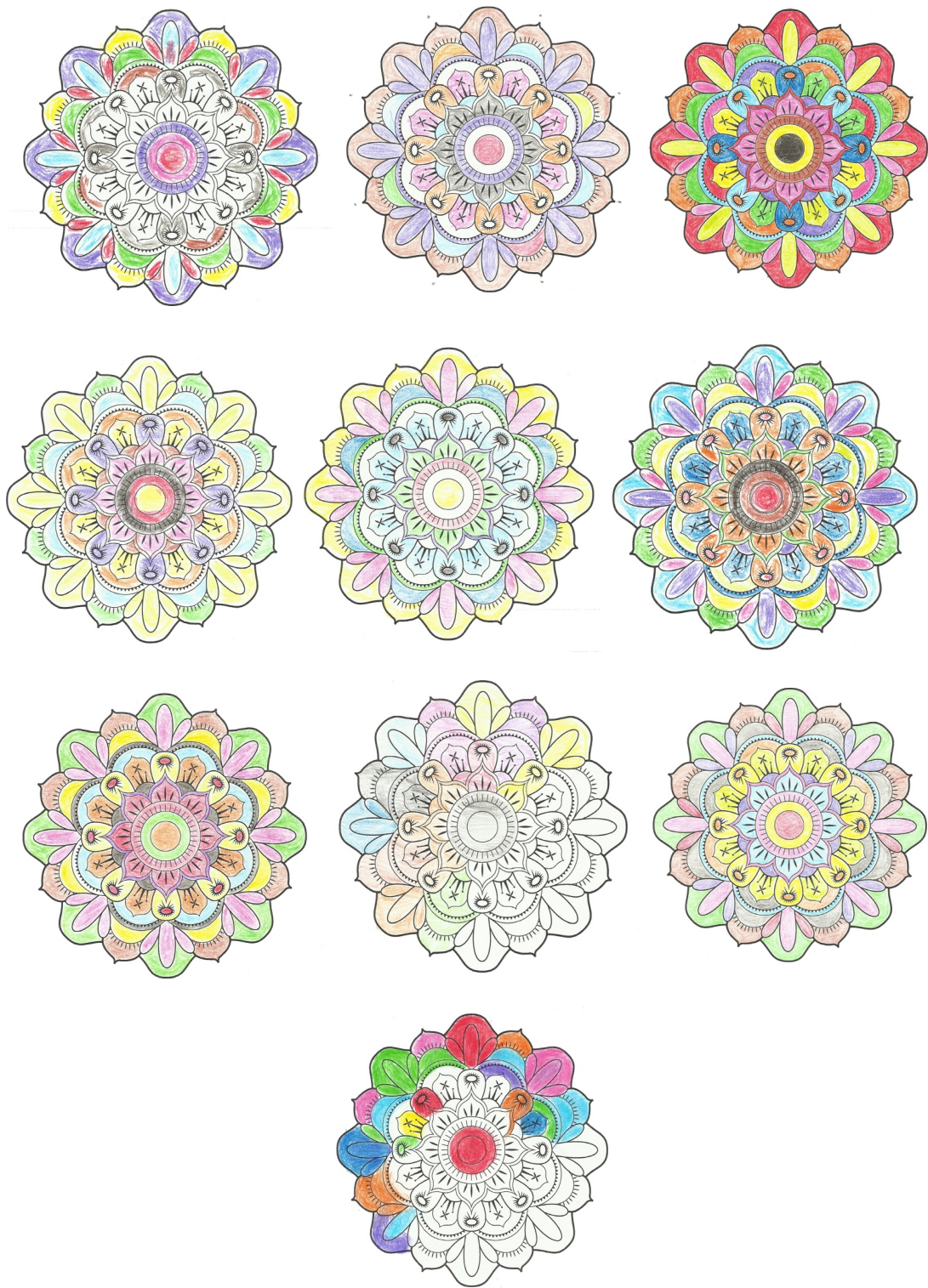
**Figure 10 : Histogramme des pourcentages de surface de la forme remplie selon les différentes couleurs pour le groupe hémodialyse.**



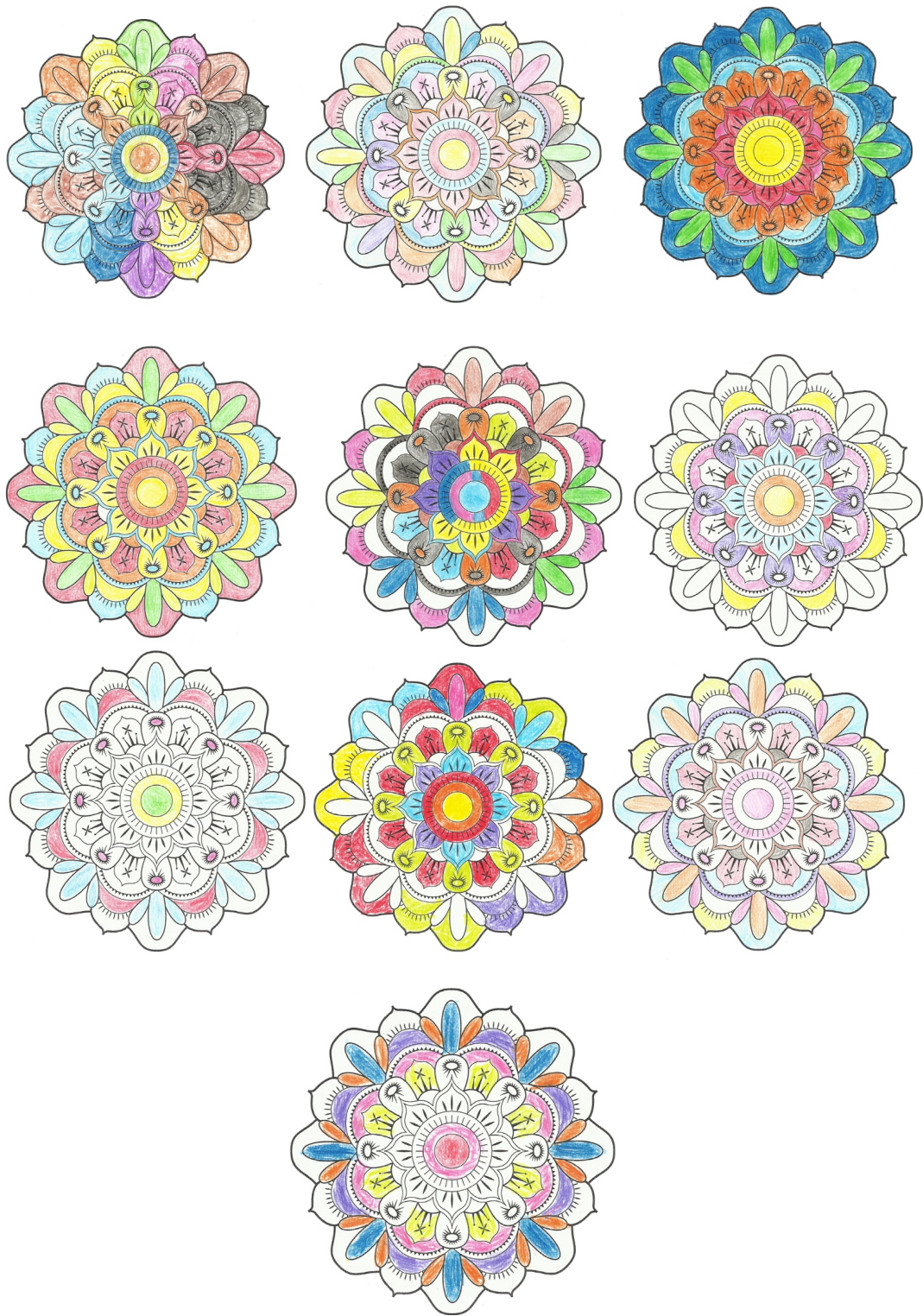
**Figure 11 : Histogramme des pourcentages de surface de la forme remplie selon les différentes couleurs pour le groupe HDJ psychiatrie.**



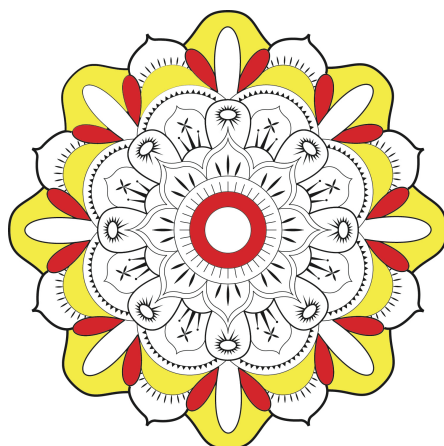
**Figure 12a : COLORIAGES GROUPE CONSULTATION**



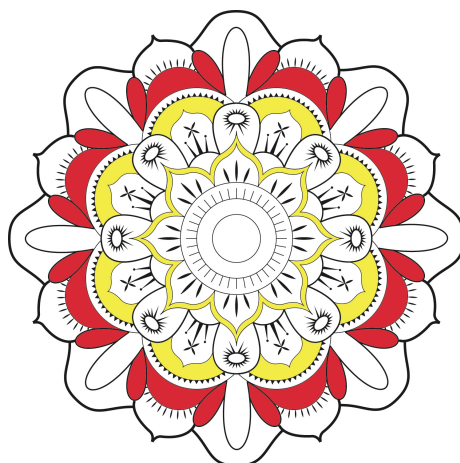
**Figure 12b : COLORIAGES GROUPE HEMODIALYSE**



**Figure 12c : COLORIAGES GROUPE HDJ PSYCHIATRIE**

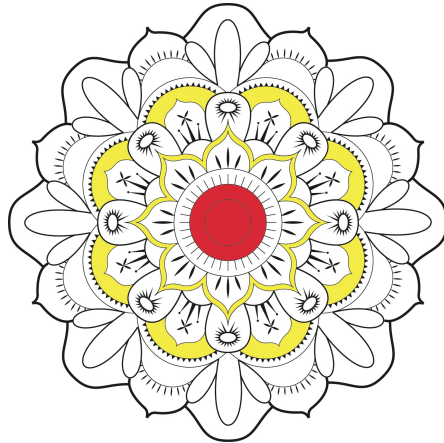


**Figure 13 :** Les deux motifs les plus coloriés (en rouge) et les moins coloriés (en jaune) pour le groupe consultation.

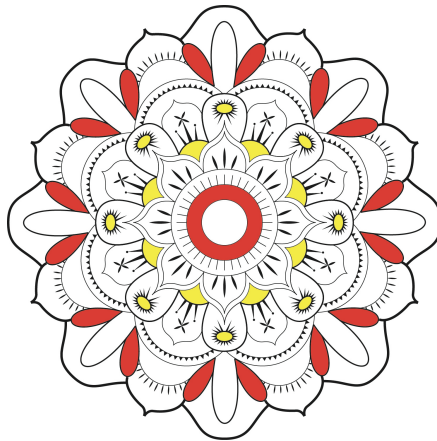


**Figure 14 :** Les deux motifs les plus coloriés (en rouge) et les moins coloriés (en jaune) pour le groupe hémodialyse.





**Figure 15** : Les deux motifs les plus coloriés (en rouge) et les plus coloriés (en jaune) pour le groupe HDJ psychiatrie.



**Figure 16** : Les deux motifs les plus coloriés (en rouge) et les moins coloriés (en jaune) pour les 3 groupes.

## 4.4/ DISCUSSION

### SCORE STAI-ETAT APRES COLORIAGE

Dans le groupe hôpital de jour psychiatrique le score STAI-Etat est réduit significativement après le coloriage, ce qui signifie que l'anxiété diminue après l'activité. Nos résultats sont en accord avec des études citées précédemment qui montraient les avantages des activités artistiques chez les patients souffrant de schizophrénie<sup>133</sup>. Il a été suggéré que le processus physique de la création artistique est considéré comme apaisant et qu'il permettrait la mise à distance des symptômes chez ces patients<sup>133</sup>. Ce constat pourrait s'expliquer par l'effet de pseudo méditation du coloriage de forme circulaire à motifs complexes<sup>139</sup>. Au delà des résultats obtenus sur l'anxiété, il serait intéressant de savoir si cette activité spécifique réalisée de façon régulière permet d'améliorer les symptômes psychotiques, positifs ou négatifs, et également la qualité de vie, ce qui a déjà été rapporté dans certaines études<sup>133</sup>. Ce type d'activité pourrait également être étendu à des troubles psychiatriques non psychotiques pour lesquels les bienfaits de l'art-thérapie ont déjà été démontré<sup>166</sup>. Il serait intéressant de rechercher si d'autres émotions, au cours d'affections psychiatriques telles que la tristesse ou la colère, pourraient être affectées par le coloriage. Nous avons également constaté qu'une cohésion croissante avec l'équipe a été ressentie pour mener à bien ce projet de recherche avec un intérêt commun pour l'activité proposée. Ceci rappelle le constat de Ross et al. sur l'impact subjectif positif d'un programme d'art-thérapie sur l'ensemble d'un service<sup>135</sup>. Ainsi le stress lié à l'environnement de soins pourrait être réduit.

Pour le groupe hémodialyse le score STAI-Etat était réduit significativement après le coloriage. Les patients hémodialysés étaient moins anxieux après cette activité artistique. Ce constat pourrait être d'une part probablement lié à la durée de l'activité. Nous n'avons pas pu mesurer la durée de coloriage mais il apparaît que le temps de coloriage était relativement plus long que pour le groupe consultation. En effet le patient était libre de colorier le temps qu'il le souhaitait, et la durée des séances d'hémodialyse d'environ 4 heures s'y prêtait. Rappelons que ces séances ont lieu plusieurs fois par semaine. Nishida et Strobino avaient souligné la possibilité d'utiliser ce temps pour réaliser des activités bénéfiques pour le patient en opposition aux activités passives<sup>136</sup>. Comme le montrait Weldt, le patient qui devient actif reprend confiance et oublie la machine<sup>137</sup>. Là encore, nous pouvons supposer que la diminution de l'anxiété peut être induite par l'effet de pseudo méditation du coloriage de forme circulaire à motifs complexes, permettant de mettre à distance l'environnement de soins.

Cette activité et les activités de création artistiques en général pourraient peut-être se développer et remplacer les occupations classiques passives des sujets dialysés, telles que la télévision ou l'utilisation de matériel informatique. Notons que ces activités artistiques sont facilement réalisables malgré l'appareillage important d'un service d'hémodialyse et sans interférence avec ce traitement.

Mais est-ce l'aspect créatif et libre ou simplement le fait d'un atelier distrayant qui permet de diminuer cette anxiété ? Quelle que soit la réponse, les équipes médicales et paramédicales ont rapporté que les patients toléraient mieux le soin. Les infirmiers ont noté un impact positif lors de la réalisation de notre protocole ce qui rappelle l'étude de Ross et al.<sup>135</sup>. Une attention plus accrue et une attitude bienveillante avec un lien privilégié patient-soignant en découlent. Il serait alors intéressant d'explorer si cet effet positif va au delà de l'environnement de soins avec une amélioration de la qualité de vie.

Concernant le groupe consultation, le score STAI-Etat n'était pas réduit significativement après le coloriage. Le niveau d'anxiété n'a pas varié après cette activité artistique. Nous pouvons penser que notre intervention n'était pas adaptée pour cette situation. En effet le temps disponible pour la réalisation de l'activité n'était pas le même que pour les autres groupes. Cela a pu engendrer une frustration pour le patient qui ne profitait pas pleinement du coloriage en fonction de la durée d'attente. D'autre part, le temps passé avant la consultation était aussi prolongé pour le sujet qui devait se présenter plus tôt afin de participer à l'étude. Il faudrait envisager des activités plus pratiques et modulables en salle d'attente. Un cahier d'activités artistiques en libre service ou même l'exposition d'œuvres d'art avec leurs explications transformant une salle d'attente en musée pourraient être un bon compromis, comme le suggérait le programme Arts in Medicine (AIM) utilisé dans l'étude de Ross et al.<sup>135</sup>.

Comme nous l'avons décrit dans notre partie bibliographique, certaines études ont utilisé en plus des questionnaires sur l'anxiété des paramètres physiologiques comme la fréquence cardiaque, la tension artérielle et même des paramètres biologiques comme les prélèvements de cortisol. Nous n'avons pas mesuré ces paramètres pour notre étude pour différentes raisons. Premièrement l'intervention aurait été bien plus invasive et complexe justifiant alors des coûts plus élevés. De plus, le fait de prendre les constantes (pouls et tension artérielle) aurait pu biaiser nos résultats par l'effet blouse blanche.

Deuxièmement le groupe hémodialyse n'aurait pas permis un prélèvement adapté du cortisol. Cette hormone de stress sécrétée par l'hypophyse diffère selon l'environnement physiologique de chacun et fluctue au cours de la journée. Les activités auraient dû être réalisées à heure égale chez tous les patients ce qui n'était pas possible dans notre protocole. De plus, les patients hémodialisés pouvaient avoir un biais dans le taux de cortisolémie compte tenu de l'insuffisance rénale, la dialyse, et l'heure de la séance. Ainsi la standardisation de cette méthode aux 3 groupes était impossible.

### **SCORE STAI-ETAT AVANT COLORIAGE**

Le score STAI-Etat avant coloriage ne montre pas de différence significative entre les trois groupes, ainsi l'anxiété évaluée serait la même avant une journée en hôpital de jour psychiatrique, une séance d'hémodialyse ou une consultation en néphrologie. Mais les sujets présentent-ils le même type d'anxiété ?

La consultation comporte une part d'incertitude diagnostique ou de suivi. En hémodialyse l'angoisse s'associe à la chronicité de la maladie, l'appareillage important et l'abord vasculaire. En hôpital de jour de psychiatrie, la maladie elle-même participe à l'anxiété du patient. Devant ces anxiétés diverses, il est utile de rappeler que le questionnaire STAI évalue l'anxiété mais ne la caractérise pas.

Existerait-il aussi un état d'anxiété de base similaire avant un soin ou simplement dû à un environnement médical et notamment hospitalier dans notre cas ? Un nombre de patients plus importants par groupe et dans d'autres situations serait intéressant à étudier, d'autant plus en utilisant des consultations en cabinet de médecine générale de ville pour varier notre lieu de soin. Nous pouvons aussi penser, qu'il existe une appréhension globale avant la réalisation d'une étude ce qui peut influencer nos résultats.

## SCORE STAI-TRAIT

Le score STAI-Trait, reflet de l'anxiété générale et quotidienne de chacun, ne montre pas de différence significative entre les trois groupes. Nos différents sujets présentaient en général une anxiété comparable d'un point de vu quantitatif, mais probablement pas d'un point de vu qualitatif. En effet malgré trois groupes de pathologies différentes mais chroniques avec un suivi ambulatoire, le ressenti de chacun reste à discuter. Comme dit précédemment un questionnaire plus adapté, pour cibler véritablement les causes et type d'anxiété de chacun dans la vie quotidienne s'avèrerait être utile. Il pourrait alors correspondre à un dépistage de facteurs altérants la qualité de vie des patients.

## SCORE ECTM2-Qa

Pour le score ECTM2-Qa l'ensemble des résultats est la preuve d'un vécu positif d'une activité artistique en médecine ambulatoire.

Pour la première question « **Avez vous ressenti, constaté un changement et/ou une amélioration des difficultés au cours et/ou après cette activité ?** » la majorité des résultats sont positifs, utilisant les réponses « plutôt oui » ou « tout à fait ». Néanmoins, toutes les difficultés sont elles prises en compte, ou uniquement celles directement liées au soin ? Le groupe consultation, dont l'anxiété après coloriage n'est pas diminuée statistiquement, montre malgré tout un progrès au cours de l'activité. Nous pourrions par exemple penser que l'évitement de la salle d'attente par le biais d'une activité artistique favorise ces réponses positives. Cependant les difficultés à prendre en compte avant une consultation sont nombreuses : la prise de rendez vous, le déplacement, l'horaire. En hôpital de jour psychiatrique l'accessibilité est plus facile et plus libre, et en hémodialyse les séances et déplacements sont programmés et préparés à l'avance, entraînant ainsi moins de contraintes ou d'anxiété.

A la deuxième question « **Pratiqueriez vous de nouveau une activité artistique ?** » plus de la moitié des patients ont répondu favorablement.

Tout d'abord quelques sujets (dans les 3 groupes confondus) ont rapporté avoir déjà pratiqué des coloriages à domicile afin de se détendre et d'y reprendre goût avec notre étude. Un patient du groupe dialyse a voulu réaliser d'autres coloriages lors des séances suivantes et continue actuellement cette activité. Celui-ci rapporte une totale immersion lui permettant de se détacher du soin comme l'indiquaient Mantzios et Giannou avec la notion du « *Flow* »<sup>144</sup>. Ce patient nous confiait peindre quelques années auparavant. Comme le décrivaient Attard et Larkin plus l'intérêt initial du patient pour l'art est grand plus l'effet semble important<sup>133</sup>.

Bien sûr des aspects négatifs ont aussi été remarqués, mais de façon peu fréquente, tels que le fait de se sentir infantilisé, ou même d'être agacé par un coloriage trop répétitif et symétrique. Un patient souhaitait par exemple plutôt colorier un paysage. Notons cependant qu'aucune demande de coloriage ou dessin libre sur feuille blanche n'a été faite par les patients, préférant probablement une activité encadrée. Ceci rejoint les constats de l'étude de Curry et Kasser<sup>139</sup>. D'autres sujets, non familiers des arts plastiques préféraient se consacrer au domaine de la technologie avec leurs ordinateurs, leurs téléphones portables, leurs tablettes ou la télévision (très souvent présente dans les box de dialyse), malgré l'état passif associé.

Ces résultats encouragent à poursuivre ces activités et à les étendre dans d'autres situations médicales comme dans les hôpitaux de jour en oncologie. Notre partie bibliographique sur l'oncologie argumente d'autant plus cette idée en démontrant que ces interventions sont réalisables et bénéfiques.

Enfin, en consultation nous retiendrons une question intéressante posée par un sujet avant de débiter le coloriage : « puis-je mettre de la musique ? ». Bien que refusée afin de ne pas biaiser l'étude, cette interrogation nous force à penser que l'alliance de plusieurs activités artistiques serait un véritable bénéfice pour certains. Pour les patients souffrant de schizophrénie, la combinaison de différents types d'activités avait été suggérée dans l'étude MATISSE<sup>127</sup>.

Concernant la troisième question « **L'activité a-t-elle amélioré votre concentration ?** », les réponses « tout à fait » et « plutôt oui » sont aussi majoritaires. Par ailleurs tous les sujets du groupe hémodialyse ont répondu de cette façon, preuve d'une nouvelle focalisation de leur attention. En effet une séance d'hémodialyse est loin d'être dépourvue de facteurs intercurrents qui perturbent souvent les patients comme le prenait en compte l'étude de Ross et al.<sup>135</sup>. Pourtant notre activité a permis aux sujets d'oublier ou d'atténuer la présence de ces événements quasi obligatoires, tels que les alarmes des machines, les passages infirmiers,

les prises de tensions artérielles, les soins de pansements, ou les prélèvements sanguins. Pour le groupe en hôpital de jour psychiatrique nous pouvons penser qu'ils ont déjà été amenés à pratiquer ce genre d'activités et à travailler leur concentration. Nous assistons à une sorte de méditation artistique et graphique, rappelant à nouveau le « *Flow* » de Csikszentmihalyi <sup>146</sup>.

La quatrième question « **Etes-vous satisfaits de cette activité ?** » montre des réponses positives pour l'ensemble des sujets. Lors de leur participation à l'étude les patients inclus nous ont permis d'obtenir de nombreuses réactions envers le coloriage. Sans même passer par l'étape des calculs statistiques l'activité était pour la plupart considérée comme positive. Les différents termes les plus répétés ont qualifié l'étude de « sympathique, amusante, agréable, qui aide, détend, calme et apaise ». Cette satisfaction bien que subjective est retrouvée dans la plupart des études citées auparavant.

Le résultat le plus surprenant est celui du groupe hémodialyse où la totalité des sujets répondent positivement. Une impression de modification de la durée de la séance pour certains a lieu à travers l'activité artistique. Ce changement de vision radical est tout aussi remarqué par l'ensemble de l'équipe soignante, ravie de voir certains patients bien plus détendus en dialyse. Un impact positif a lieu sur l'ensemble du service. Au delà de l'activité artistique présentée on note un réel enthousiasme des sujets participants à une étude non invasive, originale et sans risque, différente de l'image des essais thérapeutiques.

Essentielle pour notre étude, la dernière question du score ECTM2-Qa « **L'activité a-t-elle fait « oublier » le soin, la maladie ?** » génère un franc succès auprès des participants. En consultation, seul 60% des patients répondent positivement. La plupart venaient pour des consultations de suivi néphrologique, cependant pour certains aucun diagnostic n'était encore déterminé. Serait-il alors plus difficile d'oublier la maladie, lorsque l'on n'en connaît pas l'étiologie exacte ? Par ailleurs le seul sujet exclu de notre thèse, faute de coloriage suffisant, se trouvait dans le groupe consultation et affirmait qu'aucune activité ne pouvait lui faire oublier sa pathologie latente.

Un autre sujet au contraire, conscient de son diagnostic et guéri, venant pour un simple suivi présentait une réaction intéressante. Il affirmait avoir eu de multiples loisirs pour oublier la maladie durant le traitement, et depuis la guérison il se consacrait uniquement à la vie active et sa profession améliorant sa qualité de vie. Les consultations trop polymorphes limiteraient peut-être un oubli total du soin.

Les groupes hémodialyse et HDJ psychiatrie ont été une véritable réussite, ce qui coïncide avec notre résultat STAI-Etat après le coloriage. En effet l'activité et plus particulièrement sa durée était probablement plus adaptée dans ces deux classes plutôt qu'avant une consultation.

Une mise à distance du soin par une distraction artistique et favorisant une liberté d'expression permet donc d'atténuer ou au mieux d'oublier la maladie comme le décrivaient Mische Lawson et al.<sup>121</sup>.

Afin de préserver l'effet positif des activités artistiques, il serait intéressant de répéter plusieurs fois ces ateliers, ou même d'en proposer d'autres pour s'adapter aux goûts de chacun et faire perdurer ces bénéfices sur la santé. Les études citées précédemment avec un suivi renforcent cette idée. Mais rappelons qu'il a été prouvé par Rhondali et al. que même une seule activité peut s'avérer être efficace<sup>119</sup>.

## **COLORIAGES**

L'ensemble des réalisations montre que les patients ont utilisé généralement plusieurs couleurs. Nous pouvons supposer que leur utilisation augmente l'effet de méditation et la focalisation de l'attention. Nous n'avons pas retrouvé de gris. Ceci peut être lié au fait que le crayon de couleur noir et le gris se confondaient. Nous avons choisi de ne pas analyser les profils de couleurs selon la psychologie des couleurs. En effet cette analyse nécessite des connaissances pointues et un domaine d'expertise pour ne pas faire des conclusions erronées comme l'explique Zenna O'Connor<sup>167</sup>.

Les motifs remplis plus fréquemment sont plutôt les motifs simples et de grande taille suggérant une immersion progressive dans l'activité en commençant par le coloriage des motifs les plus simples.

## **LIMITATIONS**

Notre étude présente des limitations. Tout comme les études de Curry et Kasser et de Van Der Vennet et Serice nos échantillons sont faibles<sup>139,142</sup>. Nous n'avons pas réalisé de groupe contrôle ni de suivi pour savoir si l'efficacité se poursuivait sur le long terme. Nos groupes contiennent plus d'hommes que de femmes. Enfin la durée d'évolution des maladies et les traitements associés (notamment en psychiatrie) n'étaient pas pris en compte tout comme les



antécédents des patients inclus. Le temps de coloriage n'a également pas été mesuré. Pour finir la mesure à deux reprises du score STAI a pu entraîner un biais de répétition.

Bien que notre étude présente des limitations, elle montre qu'une activité artistique a type de coloriage peut être mise en place facilement dans plusieurs situations médicales ambulatoires et avec un impact positif. Des travaux futurs pourraient s'intéresser à préciser les résultats et explorer le mécanisme d'efficacité du coloriage sur l'anxiété.

## **V. L'ART ET LA MEDECINE DANS LA SOCIETE ACTUELLE**

### **5.1/ GENERALITES EN FRANCE**

L'art et plus généralement la culture, ont une incidence voire une influence sur la santé comme nous l'avons montré dans les parties précédentes. Au cours de l'histoire de la médecine, les dimensions psychologique, spirituelle et culturelle du patient seront prises en compte, malgré l'importance des recherches et des thérapies principalement centrées sur la question organique. Mais pour que l'art franchisse réellement les portes des hôpitaux il a fallu du temps. Pour s'imposer, ce phénomène a dû lutter contre des dogmes bien ancrés tels que la séparation imaginaire entre le corps et l'esprit, ou le fait que l'isolement soit propice à la guérison. La santé perd alors sa simple définition de donnée objective mais devient un fait en grande partie culturelle. Les artistes et leurs œuvres atteignent enfin l'hôpital, procurant à tous les patients un nouveau mode d'expression, participant aux processus de guérison<sup>41</sup>.

Ainsi depuis 1999 avec la première signature de la Convention « Culture à l'hôpital », maintenant plus largement intitulée « Culture et Santé » de nombreuses évolutions ont eu lieu. Frédéric Mitterrand Ministre de la Culture et de la Communication en 2010 explique qu'il s'agit « d'une fenêtre ouverte sur l'esthétique et l'émotion contribuant à faire naître un désir d'art et de culture, et par là aider à retrouver l'énergie et les forces de vivre nécessaires pour lutter »<sup>43</sup>. A l'hôpital, l'irruption de l'art permet un moment de partage au delà des maux, dépassant cet univers souvent austère et de haute technicité. Les objectifs de l'alliance Santé et Culture sont donc les suivants : améliorer la prise en charge globale du patient, créer de nouveaux objectifs pour le personnel hospitalier, associer l'hôpital au monde extérieur et favoriser la rencontre de la culture et de l'art avec la population.

La Convention Culture et Hôpital lie deux ministères, tandis que les conventions régionales associent souvent aux Directions Régionales des Affaires Culturelles (DRAC) et aux Agences Régionales de la Santé (ARS), une ville, une région et/ou parfois un département. Le public visé englobe l'ensemble de la communauté sanitaire : personnes hospitalisées, personnes âgées, familles, professionnels de la santé et du médico-social<sup>168</sup>. La fonction de responsable culturel est souvent attribuée au chargé de la communication de l'hôpital. De nos jours ce rôle est primordial et traduit l'importance que l'engagement artistique et culturel peut avoir en termes d'image pour l'établissement.

Depuis la signature de cette Convention, de nombreuses journées d'échanges thématiques entre acteurs hospitaliers et artistiques sont réalisées. Initialement lieu de soins souvent anxiogène dans lequel évoluent les patients avec leurs doutes et inquiétudes, l'hôpital se dynamise et se doit d'être chaleureux. Lieu de vie pour les patients hospitalisés, il est également un lieu de travail pour son personnel médical ou non. L'aménagement des espaces et l'introduction d'œuvres d'art constitue alors un élément fort du management social d'un établissement de santé<sup>169</sup>.

Parmi les grands exemples d'interventions artistiques en France à citer, nous pouvons nous rendre compte que certains datent d'avant la naissance des conventions Culture et Hôpital, tels que la fresque réalisée par Fernand Léger en 1956<sup>170</sup> (1881-1955) à l'Hôpital Mémorial de Saint-Lô. Cette œuvre de 40 m<sup>2</sup> de mosaïque est réalisée après la mort de l'artiste d'après une de ses maquettes, et célèbre l'amitié franco-américaine à l'issue de la deuxième guerre mondiale. Fernand Léger adepte de la thérapie par la couleur, prône la polychromie hospitalière en clamant qu'elle était une nécessité vitale. Il inspirera aussi les fenêtres multicolores de cet établissement de santé, à présent classé monument historique. Les couleurs synonymes de lumière ont un effet positif sur notre santé globale, contrairement à l'obscurité ayant un effet plutôt délétère. Nos hôpitaux initialement vêtus de blanc se parent alors de multiples couleurs. La croyance en un pouvoir thérapeutique d'origine surnaturelle aux œuvres d'art est ainsi progressivement remplacée par l'étude plus pragmatique des effets psychologiques ou physiologiques des couleurs et de leur harmonie.

A Paris, en avril 1987 sur la cage d'escalier de secours de l'Hôpital Necker-Enfants Malades apparaît une fresque aux teintes vives et aux formes ludiques : *la Tour* de Keith Haring (1958-1990)<sup>171</sup> (Iconographie 8). « Je l'ai peinte pour le plaisir des enfants malades de cet hôpital, maintenant et pour le futur », écrit l'artiste américain peu après la finalisation de l'œuvre. Celle-ci a été entièrement rénovée en 2017 et s'intègre parfaitement au milieu du nouveau jardin de l'Hôpital Necker tel un totem, symbole de vie et d'espoir pour les enfants hospitalisés, leurs parents et le personnel soignant.

Autre intervention de grande ampleur en 2016 à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) : une reproduction en mosaïque du fameux personnage de série télévisée, Dr House, sur un mur de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Iconographie 9). Cette œuvre qui rend hommage au corps médical est signée par Invaders, street artiste connu internationalement et qui travaille habituellement dans l'ombre afin d'illuminer la ville.

Les fresques semblent être un moyen idéal de communication. Pourrions-nous donc intégrer à ce phénomène les célèbres fresques d'internat, iconographies paillardes faisant souvent polémique, et les considérer comme une sorte de catharsis pour les médecins, ou comme libératrices d'émotions en salle de garde ?

D'autre part, il a été remarqué que l'art apaise tout autant ceux qui le pratiquent que ceux qui le regardent, ainsi les échanges entre musées et hôpitaux sont de plus en plus fréquents. Notons l'intervention en partenariat avec l'AP-HP le « Louvre à l'hôpital »<sup>172</sup>, permettant non seulement d'organiser des rencontres et conférences destinées aux patients et à leurs proches mais aussi d'exposer des reproductions de chefs d'œuvre aux murs des chambres des hôpitaux. Les musées permettent aussi de voir apparaître l'idée d'une éducation thérapeutique à travers les arts. Une faculté parisienne a initié des sessions au Louvre, où les étudiants en médecine choisissent un tableau faisant référence à une maladie pour ensuite en discuter avec les visiteurs du jour. Même les soignants rejoignent donc cette révolution culturelle et artistique. Prenons comme exemple la genèse de l'Association des Artistes Professionnels de la Santé (AAPS) créée en mars 2015, fille de l'Association des Anciens Internes des Hôpitaux de Paris (AAIHP) où plusieurs disciplines artistiques sont représentées.

Concernant l'art-thérapie quelle serait sa place au sein des conventions Culture et Santé ? Lors des Premières Rencontres Européennes de la Culture à l'Hôpital, un des principaux débats concernait la différence entre l'art à l'hôpital et l'art-thérapie. D'une part les pratiques artistiques type art-thérapie, permettent de développer les facultés d'expression, de communication et de relation des patients souffrant d'anxiété, dans un but curatif. A l'opposé l'art à l'hôpital, n'a pas de finalité thérapeutique immédiate. Néanmoins il contribue indirectement au processus de guérison ou d'acceptation de la maladie. Malgré une différence d'ordre théorique, les résultats en pratique sont bien plus nuancés. Par ailleurs des techniques proches de l'art-thérapie ont tendance ces dernières années à se développer en dehors des établissements de santé, notamment à l'aide des coloriages largement vendus en librairies pour essayer d'apaiser l'anxiété et favoriser le bien-être de chacun.

Si nous parlons d'art-thérapie nous devons citer l'un des plus grands pourvoyeurs de ces techniques de soins : l'Hôpital Sainte-Anne à Paris, avec le Docteur Anne Marie Dubois psychiatre. Ce médecin est responsable de l'unité d'art-thérapie clinique des maladies mentales et de l'encéphale, et dirige le Musée d'Art et Histoire de l'Hôpital Sainte-Anne : le MAHSA. Véritable trésor scientifique et artistique depuis le XXème siècle, il est constitué de dons et de

créations de patients, réalisés initialement dans l'ombre puis encouragés par les soignants. Cet important patrimoine a permis d'obtenir le label « Musée de France » en 2016.

Dans le sud de la France à Saint-Rémy de Provence se situe la réputée Maison de Santé Saint-Paul de Mausole, où l'association Valetudo (nom d'une divinité romaine de la santé) constituée de soignants bénévoles et art thérapeutes, place l'art et la culture au service du soin. Pour anecdote Vincent Van Gogh y avait été soigné de 1889 à 1890 tout en continuant à peindre. Bien sûr il ne fut pas le seul artiste à créer lors de la maladie. Matisse opéré d'un cancer en 1941 et alité, peignait toute la journée passant du petit espace de sa toile à son infini imaginaire. San Francis gravement blessé à la colonne vertébrale créait sans cesse, en disant qu'il serait probablement mort si il n'avait pas vécu pour peindre. Enfin l'un des meilleurs exemples reste Frida Kahlo, artiste peintre mexicaine qui lors de ses nombreuses hospitalisations suite à un terrible accident de la voie publique, affirmait peindre la vie pour apaiser ses souffrances : « L'art soigne il est libérateur, il transforme des vies ». En partant de l'art comme catharsis nous pourrions obtenir l'épanouissement par la créativité.

De nos jours l'hôpital ne peut malheureusement pas résoudre seul la crise sociologique et économique qu'il traverse. L'action culturelle et créative devient un lien étroit entre le monde hospitalier et le monde extérieur. Des espaces publics adaptés, deviennent indispensables pour le devenir de ces établissements. L'art et la culture ont le pouvoir d'interagir avec notre société médicale, en changeant le regard du personnel soignant sur l'institution hospitalière ou des familles sur les professionnels de santé. Les artistes prennent aussi conscience de questions cruciales sur lesquelles travailler, comme la mort, la souffrance, et le corps. L'art peut donc enfin modifier la façon dont les patients perçoivent l'hôpital, leur maladie et leur vie.

## 5.2/ EXEMPLES A L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE MARSEILLE (AP-HM)

Marseille deuxième plus grande ville de France avec ses 4 hôpitaux et 3400 lits fait de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) le 3ème Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de France. Cette ville rayonnante participe pleinement à la politique publique nationale valorisant la Culture et la Santé depuis 1999. Participation d'autant plus marquée depuis 2013 où la ville de Marseille a bénéficié durant un an du statut de Capitale de la Culture. Marseille-Provence 2013 (MP2013) a en effet permis, non seulement à la population de la cité phocéenne de bénéficier d'une perfusion de culture, mais aussi aux hôpitaux d'élargir leur palette d'interventions artistiques. Depuis 2009 plus de 25 projets artistiques ont été mis en œuvre au sein du programme « Santé e(s)t culture(s) », pour valoriser l'histoire de l'humanisation de l'hôpital<sup>173</sup>.

En 2013 trois thèmes sont abordés à l'hôpital lors du relooking culturel de Marseille : Premièrement l'Hôpital Créatif qui contribue à la dignité et l'intégrité des personnes hospitalisées en leur proposant divers ateliers artistiques en services de soins, favorables aux moments de partages entre artistes, soignés, et soignants. Deuxièmement l'Hôpital Radieux qui favorise un cadre de vie idéal pour les malades et le personnel, propice à une plus grande convivialité. Des aménagements se font dans les services de médecine interne, gériatrie et pédiatrie de l'Hôpital Nord mais aussi dans les espaces d'attente de radiologie, pour faciliter et agrémenter le parcours des usagers. Les couleurs, forces rayonnantes et génératrices d'énergies, inondent alors l'hôpital pour lutter contre l'obscurité de ses couloirs. Autre aménagement retenu, le projet *L'Ecume des Jours* habillera la façade de l'Hôpital Nord d'une vague composée de plusieurs modules, écho de l'évolution en cours de ce bâtiment. Cette œuvre inspirée de Boris Vian, rappelle la Méditerranée. Son auteur Didier Faustino nous rapporte qu'elle « amène une forme poétique sur cette façade rigoureuse, qui cache et protège des moments fragiles de la vie<sup>174</sup> ». Enfin, le troisième thème sera l'Hôpital Euro Méditerranéen pour promouvoir une culture de la santé ouverte sur la Méditerranée. Citons comme exemple le projet artistique *Cartocacoethes*, qui se tourne vers des rivages imaginaires et invite à voyager. Il a permis à des enfants hospitalisés dans les centres hospitaliers de Marseille, Beyrouth, Alexandrie, Tunis et Alger de participer à des ateliers et d'exposer leurs œuvres sur le thème de la cartographie.

Mais l'AP-HM ne s'arrête pas là, tandis que certains couloirs deviennent des lieux d'expositions pour les œuvres de patients, et que les espaces de soins se transforment en ateliers créatifs, le musée s'empare de l'hôpital. Un récent partenariat est mis en place depuis 2016 avec le Musée Cantini, permettant d'accrocher dans les couloirs entre le grand hall de la Timone Adulte et la Timone 2 des reproductions d'œuvres exposées au musée. L'exemple le plus marquant est celui de l'exposition *Le Rêve*<sup>175</sup> (Iconographie 10) offrant aux patients, visiteurs et personnels hospitaliers la possibilité de découvrir une trentaine de tableaux reprenant les différents moments de la nuit : le sommeil, le rêve, les fantômes, les cauchemars, les hallucinations et le réveil. Aidé de Dali, Ernst ou Magritte le patient pourra oublier sa maladie laissant libre cours à son imagination durant quelques instants, en se baladant dans ce véritable musée thérapeutique.

Actuellement ce sont les reproductions de Picasso, issues de l'exposition *Voyages Imaginaires* du Centre de la Vieille Charité et du Musée des Civilisations de l'Europe et de la Méditerranée (Mucem), qui sont exposées à la Timone<sup>176</sup>. Citons le philosophe Merleau-Ponty, qui nous explique dans son livre *L'Œil et l'Esprit* que la vision d'une œuvre d'art est plus qu'une expérience. La lumière, les formes, les textures et les couleurs d'une toile éveillent un écho positif dans notre corps, participant à notre bien être<sup>177</sup>.

Parfois l'artiste se trouve au cœur même de l'hôpital faisant parti du personnel soignant et l'AP-HM en tient compte avec les journées « nos hospitaliers ont du talent »<sup>178</sup>. L'établissement valorise alors la fibre artistique de son personnel par le biais de stands exposant leurs œuvres au public.

Les patients peuvent aujourd'hui faire de même, grâce au nouveau partenariat avec les enseignants et élèves des Beaux-Arts de Marseille issus de l'École Supérieure d'Art et de Design de Marseille Méditerranée (ESADMM)<sup>179</sup>. Entre art-thérapie et pratique occupationnelle c'est la créativité des patients qui cherche véritablement à être développée par le biais d'ateliers d'arts plastiques. Depuis 2015 cette collaboration bénéficie d'un espace dédié au sein de l'Hôpital Sainte-Marguerite dans 3 services : la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte et le service d'éducation thérapeutique et investigation clinique.

Concernant l'art-thérapie celle-ci se développe dans diverses structures des Bouches du Rhône. Des art thérapeutes professionnels interviennent dans ses ateliers dédiés aux patients atteints de

cancer, en association avec l'Espace Rencontre Information (ERI) aux hôpitaux Nord et Sud de l'AP-HM.

D'ailleurs l'art comme thérapie complémentaire intéresse même les chercheurs et étudiants, comme le prouve le colloque « Art & Santé » organisé par Aix Marseille Université au théâtre de la Criée en Novembre 2017<sup>180</sup>.

La culture à l'hôpital suit aussi l'évolution de notre société. Dans le domaine des arts plastiques le Street Art s'étend de plus en plus sur la ville de Marseille, recouvrant initialement le Cours Julien, il colore aussi les rues du Panier. Ce mouvement artistique contemporain est entrain de conquérir les établissements de santé par son dynamisme et ses couleurs vitaminées. Qualifiés d'Art Urbain, les graffitis qui représentent la communauté actuelle ont pour qualité de réintégrer les patients dans la vie quotidienne. L'un des meilleurs exemples à Marseille est l'intervention de l'artiste David Mesguich en 2015, avec les détenus du centre pénitentiaire des Baumettes suivis par le service médico-psychologique régional (SMPR)<sup>181</sup> (Iconographie 11). La réalisation de deux fresques dans la cour du Centre Pénitentiaire de Marseille est une démarche positive pour l'estime de soi. Cette déstigmatisation, ouvre une porte vers l'extérieur, et montre la sensibilité artistique de certains patients détenus. Enfin, un des derniers projets marquants de l'AP-HM est l'ouverture de l'Institut Hospitalier Universitaire (IHU) Méditerranée Infection, avec son architecture atypique qui accueille une fresque du graffeur français Jace célébrant la recherche en maladies infectieuses et tropicales<sup>182</sup> (Iconographie 12).

Pour finir, les projets culturels des hôpitaux Marseillais ne sont pas près de s'arrêter, en effet cinq ans après le succès de MP2013 Capitale de la Culture, Marseille devient cette année MP2018 Capitale de l'Amour avec l'AP-HM comme partenaire, déclarant sa flamme aux arts, aux artistes et au territoire.



### **5.3/ EXEMPLES AU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL TOULON LA SEYNE-SUR-MER (CHITS)**

Toulon ville maritime et militaire, une des principales bases navales de France, sort des rangs depuis peu et côtoie l'art de près. Le remaniement récent de la ville et sa revalorisation culturelle avec la fameuse Rue des Arts, nouveau terrain de jeux du Street Art, mais aussi l'ouverture voire la rénovation de musées en sont la preuve. Mais qu'en est il dans le milieu de la santé ?

L'Hôpital Sainte-Musse faisant suite à l'Hôpital Font-Pré depuis les années 2011 et l'Hôpital George Sand de la Seyne-sur-Mer, n'offrent malheureusement que peu d'interventions artistiques. Les services étant des cours séjours les activités se font rares, bien que de fréquentes expositions aient lieu dans le hall d'entrée attirant l'œil des passants.

Du côté des longs séjours à l'Hôpital de Clemenceau à la Garde, appartenant aussi à l'ensemble du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne-sur-Mer (CHITS), la création permet à cet établissement souvent mis à l'écart de se démarquer. En effet Guylène Fournot animatrice des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de Clemenceau redonne le sourire aux patients et vie au bâtiment, par de nombreux projets artistiques mêlant peinture et sculpture avec l'aide d'art thérapeutes et artistes (plasticiens et potiers) du Var. Les heureux résidents exposent alors leurs œuvres au sein de l'hôpital mais aussi en partenariat avec certains musées comme celui de la Marine de Toulon, permettant de plus d'effectuer des sorties culturelles. Ainsi les activités proposées ne sont pas seulement occupationnelles mais aussi éducatives et permettent une amélioration de la qualité de vie de chacun (Iconographie 13).

Enfin, le secteur ambulatoire ne laisse pas l'association culture et santé de côté. En effet au Centre Médico Psychologique (CMP) de Toulon l'Unité Intersectorielle d'Adaptation et de Réhabilitation (UISAR) permet aux patients souffrant de pathologies psychiatriques diverses de réaliser une palette d'activités artistiques variées.

Un vent de culture commence donc à souffler sur la ville Toulon et sa rade, annonçant une nouvelle conquête de l'art au service de la santé.

## CONCLUSION

L'histoire est riche de rencontres entre artistes et scientifiques. L'art s'est développé au cours des siècles pour illustrer, représenter, enrichir et finalement aider la médecine. Véritable support thérapeutique l'art permet de soulager les patients en plus de leurs traitements médicaux.

Que ce soit avec des activités artistiques isolées, des ateliers accompagnés ou de véritables séances d'art-thérapie, un effet positif sur la santé est ressenti par les patients, les soignants et même les aidants familiaux ou accompagnants. Ce phénomène est d'autant plus remarqué pour des symptômes tels que l'anxiété, la dépression avec l'isolement, la douleur. L'impact final d'interventions créatives est alors une amélioration de la qualité de vie des patients. Au cours de notre travail nous sommes plus particulièrement intéressés à l'anxiété, problème de santé publique aux multiples facettes. Retrouvé au cours de pathologies psychiatriques, somatiques chroniques ou avant une consultation, ce symptôme a fait l'objet de nombreuses études alliant art et médecine. En effet notre partie bibliographique montre à de nombreuses reprises les bénéfices des interventions artistiques type art-thérapie ou non, sur la diminution de l'anxiété dans divers domaines tels que l'oncologie, la psychiatrie, la néphrologie. Le coloriage de formes complexes comme les mandalas, s'avère être un outil efficace pour focaliser l'attention des patients tout en diminuant le stress dû à l'environnement des soins.

Ainsi dans la continuité de ces travaux, nous avons réalisé une étude dont l'objectif était d'évaluer l'apport d'une tâche artistique de type coloriage d'une forme complexe dans la diminution de l'anxiété liée aux soins, au cours de trois situations médicales ambulatoires. Pour nos groupes en hôpital de jour psychiatrique et en hémodialyse, notre expérience apporte des résultats positifs avec une diminution de leur anxiété suite à l'activité artistique. Pour le groupe consultation nous ne notons pas d'amélioration ou d'aggravation de l'anxiété après le coloriage. De plus un vécu positif de l'activité est montré pour l'ensemble des participants. Au cours de notre discussion, les bienfaits d'une activité créative ont été mis en avant, tout en suggérant l'adaptation de ces techniques à d'autres spécialités de la médecine.

Les hôpitaux, de plus en plus investis dans ces thérapies alternatives sont la preuve d'une véritable performance des arts plastiques pour accompagner la guérison des patients. Suivant les pensées d'artistes reconnus tel que le peintre Yves Klein (1928-1962) qui affirmait que «

l'art c'est la bonne santé », le Ministère des Solidarités et de la Santé renforce alors cette idée avec les nouvelles conventions « Art et Culture ». En prônant une activité artistique régulière comme message de prévention, nous pourrions donc améliorer la qualité de vie et le bien-être de chacun.




## ANNEXE : Consignes et questionnaires remis aux patients



### CONSIGNES

**La recherche se déroule en 4 étapes. Nous vous demandons de suivre les instructions ci-dessous.**

**Vous pouvez faire une pause quand vous le souhaitez.**

<b>Etape 1</b>	Remplir les auto-questionnaires 1A et 1B qui vous ont été remis. Bien répondre à toutes les questions. Une fois fini passez à l'étape 2.	
<b>Etape 2</b>	Colorier, à l'aide des crayons de couleurs disponibles, le coloriage qui vous a été remis.  Dès que vous arrêtez le coloriage, passez à l'étape 3.	
<b>Etape 3</b>	Remplir les auto-questionnaires 2A et 2B qui vous ont été remis. Bien répondre à toutes les questions.	

**Merci pour votre participation.**



## AUTO-QUESTIONNAIRE 1A

### STAI-ETAT

---

#### CONSIGNES :

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1	Je me sens calme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je me sens sûr(e) de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je suis tendu(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je me sens contraint(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je me sens à mon aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je me sens bouleversé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je me sens satisfait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	J'ai peur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Je me sens bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	J'ai confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Je suis agité(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Je me sens indécis(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Je suis détendu(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Je suis content(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Je suis inquiet(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je me sens troublé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je me sens stable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Je me sens dans de bonnes dispositions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## AUTO-QUESTIONNAIRE 1B

### STAI-TRAIT

---

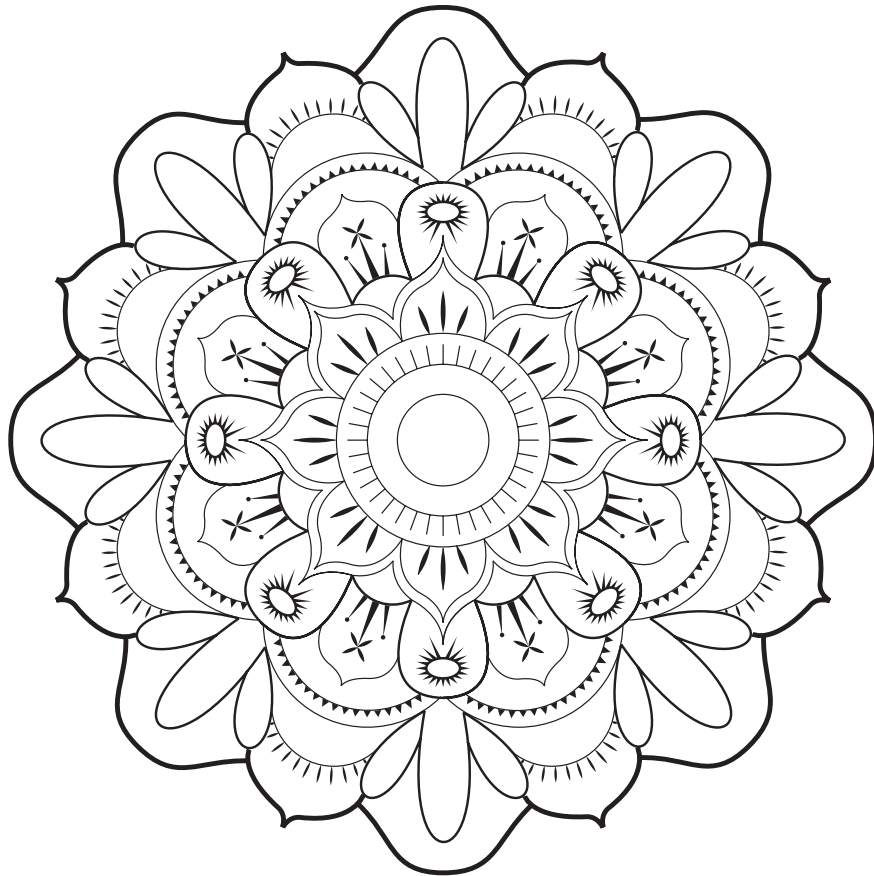
#### CONSIGNES :

Ci-après figurent un certain nombre de déclarations que les gens utilisent souvent pour se décrire. Lisez chacun des énoncés et cochez dans la case appropriée de droite ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez en général.

Il n'existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez généralement. Répondez à toutes les questions et ne cochez qu'une case pour chacune d'entre elles.

		Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1	Je me sens dans de bonnes dispositions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je suis content(e) de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	J'aimerais me sentir aussi heureux(se) que les autres le paraissent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je me sens un raté(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je me sens paisible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je suis calme, détendu(e), de sang froid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Je suis heureux(se) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	J'ai des pensées qui me tourmentent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je manque de confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Je suis sûr de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Je prends facilement des décisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Je ne me sens pas à la hauteur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Je suis content(e) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me tracassent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je ressens les contretemps si fort que je ne peux les chasser de mon esprit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je suis quelqu'un de calme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis et problèmes actuels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







## AUTO-QUESTIONNAIRE 2A

### STAI-ETAT

---

#### CONSIGNES :

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1	Je me sens calme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je me sens sûr(e) de moi .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je suis tendu(e) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je me sens contraint(e) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je me sens à mon aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je me sens bouleversé(e) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je me sens satisfait(e) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	J'ai peur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Je me sens bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	J'ai confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je me sens nerveux(se) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Je suis agité(e) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Je me sens indécis(e) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Je suis détendu(e) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Je suis content(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Je suis inquiet(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je me sens troublé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je me sens stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Je me sens dans de bonnes dispositions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## AUTO-QUESTIONNAIRE 2B :

### ECTM2-Qa

---

Lisez chaque question, puis marquez d'une croix, parmi les cinq points en dessous, celui qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti durant la tâche de coloriage.

• **Avez-vous ressenti, constaté un changement et/ou une amélioration des difficultés au cours et/ou après cette activité ?**

Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt Oui       Tout à fait

• **Pratiqueriez-vous de nouveau une activité artistique ?**

Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt Oui       Tout à fait

• **L'activité a-t-elle amélioré votre concentration ?**

Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt Oui       Tout à fait

• **Etes-vous satisfait de cette activité ?**

Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt Oui       Tout à fait

• **L'activité a-t-elle fait « oublier » le soin, la maladie ?**

Pas du tout       Plutôt non       Cela dépend       Plutôt Oui       Tout à fait

## ICONOGRAPHIE



1



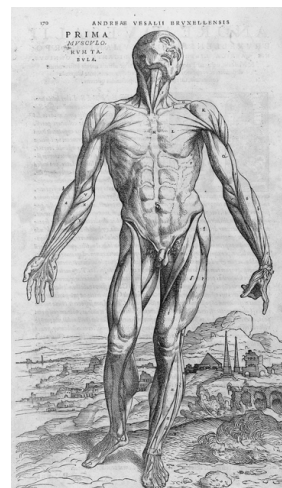
2

Iconographie 1 : Leçon d'anatomie à l'hypogée de la Via Latina

Iconographie 2 : L'Extraction de la pierre de folie, par Jérôme Bosch



3



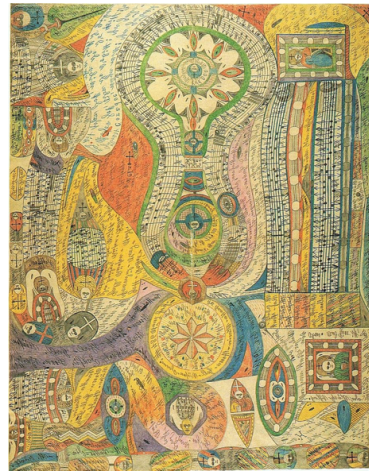
4

Iconographie 3 : L'Homme de Vitruve, par Léonard de Vinci

Iconographie 4 : De Humani Corporis Fabrica, par André Vésale



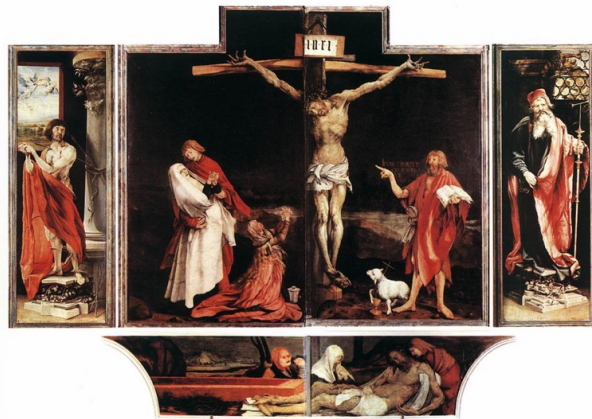
5



6

**Iconographie 5 : La Monomanie de l'Envie, par Théodore Géricault**

**Iconographie 6 : Œuvre d'Adolf Wölfli**



7

**Iconographie 7 : Le Retable d'Issenheim, par Matthias Grünewald**



8



9

**Iconographie 8 : La "Tower" de Keith Haring, à l'Hôpital Necker-Enfants malades, AP-HP**

**Iconographie 9 : Dr House, par Invaders, à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP**

  
 A l'occasion de l'exposition LE RÊVE au Musée Cantini  
 L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille  
 Les Musées de Marseille  
**EXPOSITION**  
**LE RÊVE**  
 10 octobre 2016 31 janvier 2017  
 Accès libre Hôpital La Timone  
 Passerelle située entre les halls  
 Timone Adultes et Timone 2  
  
Man Ray, A l'heure de l'observation - Les amours, 1975  
 Collection particulière Paris © Man Ray Trust / ADAGP Paris 2005



10

**Iconographie 10 : Affiche de l'AP-HM pour l'exposition Le Rêve**



11

**Iconographie 11** : Street art au centre pénitentiaire des Baumettes par les patients du SMPR et David Mesguich, AP-HM



12



13

**Iconographie 12** : Fresque de l'IHU AP-HM par Jace

**Iconographie 13** : Œuvre réalisée par les patients de l'EHPAD de Clémenceau, CHITS



## REFERENCES DES ICONOGRAPHIES

### **Iconographie 1 : Leçon d'anatomie à l'hypogée de la Via Latina**

(Hypogée de via Latina - « Médecin » entouré de ses élèves. disponible sur <http://romechretienne.fr/catacombes-4.html>)

### **Iconographie 2 : L'extraction de la pierre de folie, par Jérôme Bosch**

(Bosch H. Extracting the stone of madness [Internet]. 1494. Disponible sur: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Extraction\\_of\\_the\\_Stone\\_Hieronymus\\_Bosch.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Extraction_of_the_Stone_Hieronymus_Bosch.jpg))

### **Iconographie 3 : L'Homme de Vitruve, par Léonard de Vinci**

(Ortuns. English: Da Vinci [Internet]. 1492. Disponible sur: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Homme\\_de\\_vitruve.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Homme_de_vitruve.jpg))

### **Iconographie 4 : De Humani Corporis Fabrica, par André Vésale**

(Vesalius A. Anatomy [Internet]. 1543. Disponible sur: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:De\\_humani\\_corporis\\_fabrica\\_\(27\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:De_humani_corporis_fabrica_(27).jpg))

### **Iconographie 5 : La Monomane de l'Envie, par Théodore Géricault**

(Fichier:The mad woman-Theodore Gericault-MBA Lyon B825-IMG 0477.jpg. In: Wikipédia [Internet]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:The\\_mad\\_woman-Theodore\\_Gericault-MBA\\_Lyon\\_B825-IMG\\_0477.jpg](https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:The_mad_woman-Theodore_Gericault-MBA_Lyon_B825-IMG_0477.jpg))

### **Iconographie 6 : Œuvre d'Adolf Wölfli**

(Wölfli A. Zeichnung von Adolf Wölfli [Internet]. 1930. Disponible sur: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Adolf\\_W%C3%B6lfli\\_006.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Adolf_W%C3%B6lfli_006.jpg))

### **Iconographie 7 : Le Retable d'Issenheim, par Matthias Grünewald**

(Grünewald M. Retable d'Issenheim de Matthias Grünewald, (vue correcte des panneaux) - Colmar [Internet]. 1512. Disponible sur: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Grunewald\\_Isenheim.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Grunewald_Isenheim.jpg))

### **Iconographie 8 : La "Tower" de Keith Haring, à l'Hôpital Necker-Enfants malades, AP-HP**

(Bellet H. La tour-escalier de Keith Haring à l'hôpital Necker de Paris, sauvée [Internet]. 2013 [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/culture/article/2013/04/17/la-tour-escalier-de-keith-haring-a-l-hopital-necker-de-paris-sauvee\\_3161298\\_3246.html](https://www.lemonde.fr/culture/article/2013/04/17/la-tour-escalier-de-keith-haring-a-l-hopital-necker-de-paris-sauvee_3161298_3246.html))

### **Iconographie 9 : Dr House, par Invaders, à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP**

(Jardonnat E. Le Dr House fait le mur à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Le Monde.fr [Internet]. 24 juin 2016 [cité 1 sept 2018]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/arts/article/2016/06/24/le-dr-house-fait-le-mur-a-l-hopital-de-la-pitie-salpetriere\\_4957092\\_1655012.html](https://www.lemonde.fr/arts/article/2016/06/24/le-dr-house-fait-le-mur-a-l-hopital-de-la-pitie-salpetriere_4957092_1655012.html))

### **Iconographie 10 : Affiche AP-HM, Exposition Le Rêve**

(Les musées à l'hôpital - Le rêve | AP-HM [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/actu/les-musees-a-l-hopital-le-reve>)

### **Iconographie 11 : Street art aux Baumettes par les patients du SMPR et David Mesguich, AP-HM**

(Benhaïem A. PHOTOS. Aux Baumettes, les fresques de David Mesguich redonnent des couleurs à la prison [Internet]. Le Huffington Post. 2015 [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: [https://www.huffingtonpost.fr/2015/04/19/photos-fresque-baumettes-realisee-prisonniers-david-mesguich\\_n\\_6927210.html](https://www.huffingtonpost.fr/2015/04/19/photos-fresque-baumettes-realisee-prisonniers-david-mesguich_n_6927210.html))

### **Iconographie 12 : Fresque de l'IHU AP-HM par Jace.**

(La fresque de JACE - IHU Méditerranée Infection [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.mediterranee-infection.com/article.php?leref=956&titre=la-fresque-de-jace>)

## **ABBREVIATIONS**

AAIHP : Association des Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

AAPS : Association des Artistes Professionnels de la Santé

AATA : American Art Therapy Association

AIM : Arts in Medicine

ALD : affection de longue durée

AP-HM : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agences Régionales de Santé

BAAT : British Association of Art Therapists

BAI : Beck Anxiety Inventory

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DABS : Derogatis Affects Balance Scale

DFG : débit de filtration glomérulaire

DRAC : Directions Régionales des Affaires Culturelles

ECARTE : European Consortium for Arts Therapies Education

ECTM2-Q : Echelle Clinique de Thérapies Médiatisées

EHPAD : Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESADMM : Ecole Supérieure d'Art et de Design de Marseille Méditerranée

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : hospitalisation de jour

HTA : hypertension artérielle

IRC : insuffisance rénale chronique

IRCT : insuffisance rénale chronique terminale

AFRATAPEM : Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

INECAT : Institut National d'Expression et de Création d'Art et de Thérapie

MAHSA : Musée d'Art et Histoire de l'Hôpital Sainte-Anne

MAPA : mesure ambulatoire de pression artérielle

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : pression artérielle

SIPE : Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression

SIPEAT : Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression et d'Art Thérapie

SMPR : service médico-psychologique régional

SMS : State Mindfulness Scale

STAI : State-Trait Anxiety Inventory

TRSC : Therapy-Related Symptom Checklist

UISAR : Unité Intersectorielle d'Adaptation et de Réhabilitation

VHITS : Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne-sur-Mer

## BIBLIOGRAPHIE

1. Expositions [Internet]. L'Humanité. 1999 [cité 29 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.humanite.fr/node/212023>
2. Bitonte RA, De Santo M. Art Therapy: An Underutilized, yet Effective Tool. *Ment Illn.* 4 mars 2014;6(1):5354.
3. Lemarquis P. *Portrait du cerveau en artiste*. Paris: O. Jacob; 2014. 302 p. (Poches Odile Jacob Sciences).
4. Ehret C. *La médecine et les médecins dans l'Égypte ancienne*. [Marseille]; 1991.
5. Médecins célèbres... depuis l'Égypte des pharaons... jusqu'au noyau de la création [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/aaccuemed.htm>
6. Pearn J. Hammurabi's Code: A primary datum in the conjoined professions of medicine and law, Hammurabi's Code: A primary datum in the conjoined professions of medicine and law. *Med Leg J.* 1 sept 2016;84(3):125-31.
7. John F. The Healers. In: *Ancient Egyptian Medicine*. University of Oklahoma Press; 2002. p. 113-36.
8. Vauthey M, Vauthey P. Les ex-voto anatomiques de la Gaule romaine (Essai sur les maladies et infirmités de nos ancêtres) - Chapitre IV. *Rev Archéologique Cent Fr.* 1983;22(2):75-81.
9. Henri-Irénée M. Sur une peinture de la nouvelle catacombe de la Via Latina. *Comptes Rendus Séances Académie Inscr B-lett.* 1969;113(2):250-6.
10. Darricau-Lugat C. Regards sur la profession médicale en France médiévale(XIIe – XVe). *Cah Rech Médiév Humanistes J Mediev Humanist Stud* [Internet]. 15 févr 1999 [cité 25 janv 2018];(6). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/crm/939>
11. Boeckl CM. *Images of leprosy: disease, religion, and politics in European art*. Kirksville, Mo: Truman State University Press; 2011. 234 p. (Early modern studies).
12. Schoute RV, Verboomen M. La cure de la Folie. In: *Jérôme Bosch. Renaissance Du Livre*; 2003. p. 33-4.
13. Bical A. *L'anatomie des maîtres : trente planches reproduisant les originaux de Léonard de Vinci, Michel-Ange*. LEN POD; 2017.
14. L'Homme de Vitruve: un dessin de proportion anatomique par Léonard de Vinci. *Morphologie.* 1 déc 2008;92(299):204-9.
15. André Vésale, pionnier de l'anatomie humaine. *Presse Médicale.* 1 juin 2010;39(6):713-21.

16. Malgaigne J-F. Histoire de la chirurgie en Occident depuis le VI<sup>e</sup> jusqu'au XVI<sup>e</sup> siècle et histoire de la vie et des travaux d'Ambroise Paré. Baillière; 1870. 358 p.
17. Steinberg SH, Warde B. THE FIRST CENTURY OF PRINTING 1450–1550. In: Five hundred years of printing. Mineola, N.Y: Dover Publications, Inc; 2017. p. 32-185.
18. Chappey J-L. Le nain, le médecin et le divin marquis. Folie et Politique à Charenton entre le Directoire et l'Empire. *Ann Hist Révolution Fr.* 1 déc 2013;(374):53-83.
19. Creek J, Lougher L. Occupational Therapy and Mental Health. Elsevier Health Sciences; 2011. 621 p.
20. HAAS L. Paul Ferdinand Gachet (1828-1909). *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* nov 1997;63(5):596.
21. Murat L. La maison du Docteur Blanche. JC Lattès; 2001. 262 p.
22. Charcot DJM, Richer PMLP. Les Démoniaques Dans L'Art. Kessinger Publishing; 2010. 128 p.
23. Montazami M. Les Monomanes de Géricault: une vie infâme dans l'histoire de l'art. *Images Re-Vues Hist Anthropol Théorie Art* [Internet]. 9 nov 2013 [cité 26 janv 2018];(11). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/imagesrevues/3373>
24. Tardieu A. Étude Médico-Légale Sur La Folie. Ulan Press; 2012. 644 p.
25. Klein J-P. L'art-thérapie: «Que sais-je?» n° 3137. Presses Universitaires de France; 2017. 113 p.
26. Navelet C. L'Art chez les fous. Le dessin, la prose, la poésie: Réja M. Paris: L'Harmattan, coll. « Psychanalyse et civilisation »; 2000. 238 p. *L'Évolution Psychiatr.* 1 juill 2003;68(3):487.
27. Vick RM. A brief history of art therapy. In: *Handbook of art therapy*, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2012. p. 5-16.
28. Duplessis Y. Le surréalisme. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
29. Delavaux C. Dubuffet et l'art brut: les enjeux d'un discours [PhD Thesis]. Paris 8; 2005.
30. Klein J-P. Quatre questions aux ancêtres, Hans Prinzhorn, Paul Bernard, Alfred Bader, Adrian Hill, Four questions to ancestors, Hans Prinzhorn, Paul Bernard, Alfred Bader, Adrian Hill. *Perspect Psy.* 2009;48(3):223-8.
31. Hogan S. British art therapy pioneer Edward Adamson: a non-interventionist approach. *Hist Psychiatry.* 1 août 2000;11(43):259-71.

32. Naumburg M. Studies of the « free » art expression of behavior problem children and adolescents as a means of diagnosis and therapy. *Nerv Ment Disord Monogr Ser.* 1947;71:xi + 225-xi + 225.
33. Klein J. L'esthétique de la justesse. In: COGNISUD, éditeur. *Plaisir esthétique dans les arts.* 2014. p. 55-74.
34. Klein J, Oudin F. Définitions - Art-Tension Hors série - L'art thérapie aujourd'hui. *nov 2017;(22):22-32.*
35. Dubois A. La collection singulière de l'hôpital Sainte-Anne. *La revue du praticien.* 2004;(54):1270-3.
36. Jakab I. The history of the founding of Societe de Psychopathologie de L'Expression (SIPE) and the early development. *Psychiatr Hung Magy Pszichiatrai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata.* 2010;25(4):276-90.
37. Soci MR. Une pionnière de la thérapie par l'expression plastique spontanée, la Doutora Nise da Silveira, Abstract. *Cah Jungiens Psychanal.* 2003;(107):93-107.
38. Ecole d'Art-thérapie de Tours [Internet]. AFRATAPEM. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://art-therapie-tours.net/ecole-dart-therapie-de-tours/>
39. Klein J-P. Avant-Propos : Art-thérapie. *Perspect Psy.* 2009;48(3):217-217.
40. Bubien Y, Even R, Glorion B, Galaverna O. Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital. *Trib Santé.* 2004;no 3(2):57-65.
41. Leteurtre J. Humanités, 10 ans d'arts et de culture dans les CHU. 2010.
42. Lustman F. Le plan Alzheimer 2008-2012, The Alzheimer Plan for 2008-2012. *Trib Santé.* 23 nov 2011;(32):61-8.
43. Mitterrand F, Bachelot R. Convention Culture et Santé.
44. International Health Conference. Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bull World Health Organ.* 2002;80(12):983-4.
45. Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématique, Summary. *Santé Publique.* 2005;17(4):583-96.
46. Troubles mentaux [Internet]. World Health Organization. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
47. Rey A. Dictionnaire Historique de la langue française. NATHAN; 2011. 23721 p.
48. Crocq M-A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci.* sept 2015;17(3):319-25.

49. Phillipot P, Douilliez C. Emotion, cognition et comportement : apport des modèles émotionnels à la compréhension de l'anxiété. In: Les troubles anxieux. Médecine Sciences Publications; 2014. p. 6-16.
50. Shah AA, Han JY. Anxiety. Contin Minneap Minn. juin 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):772-82.
51. Norton J, Capdevielle D, Boulenger J-P. épidémiologie, facteurs de risque, incapacité et coût social des troubles anxieux. In: Les troubles anxieux. Lavoisier; 2014. p. 119-31.
52. Freeman D, Freeman J. What is anxiety ? In: Anxiety: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 32-54. (Very short introductions).
53. Kahn AP, Fawcett J. The encyclopedia of mental health. 3rd ed. New York: Facts On File; 2008. 520 p. (Facts on File library of health and living).
54. Clere N, Robert T. Anxiété mineure : du symptôme au trouble. Actual Pharm. 1 nov 2014;53(540):37-9.
55. Organization WH. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017;
56. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Lond Engl. 08 2016;388(10053):1545-602.
57. Boukhezra O, Courtet P. 7. Génétique de l'anxiété. In: Les troubles anxieux. Lavoisier; 2014. p. 59-68.
58. Lambrey S, Fossati P. 12. Neuro-imagerie des troubles anxieux. In: Les troubles anxieux. Lavoisier; 2014. p. 109-18.
59. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). Arthritis Care Res. nov 2011;63 Suppl 11:S467-472. /
60. D Spielberger C, Gorsuch R, E Lushene R, Vagg P, A Jacobs G. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). Vol. IV. 1983.
61. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. déc 1988;56(6):893-7.
62. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. juin 1983;67(6):361-70.
63. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. Int J Geriatr Psychiatry. déc 2010;25(12):1209-21.

64. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
65. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
66. Vanelle J-M. Comorbidité, dépression et anxiété : les liaisons dangereuses. *Enceph-Rev Psychiatr Clin Biol Ther - Enceph.* 1 déc 2005;31:34-6.
67. Goes FS. The importance of anxiety states in bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep.* févr 2015;17(2):3.
68. Slama F, Etain B, Henry C. Anxiété, troubles anxieux et troubles bipolaires. In: *Les troubles anxieux.* Cachan: Lavoisier; 2014. p. 269-76.
69. Braga RJ, Reynolds GP, Siris SG. Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 30 nov 2013;210(1):1-7.
70. Temmingh H, Stein DJ. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs.* 2015;29(10):819-32.
71. Baylé F-J, Blanc O, De Chazeron I, Lesturgeon J, Lançon C, Caci H, et al. Prise en charge médicamenteuse de l'anxiété chez le patient souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale.* mai 2011;37:S83-9.
72. Baylé J, Llorca P-M, Olie J, Loo H. Anxiété et schizophrénie: situation actuelle. Elsevier. 2000;158(10):741-9.
73. Llorca P-M, Lancon C, Blanc O, de Chazeron I, Samalin L, Caci H, et al. A composite scale applied to evaluate anxiety in schizophrenic patients (SAES). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* mars 2014;264(2):171-8.
74. Bouroubi W, Banovic I, Andronikof A, Omnès C. Insight et schizophrénie : revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatr.* avr 2016;81(2):405-22.
75. Stefanopoulou E, Lafuente AR, Saez Fonseca JA, Huxley A. Insight, global functioning and psychopathology amongst in-patient clients with schizophrenia. *Psychiatr Q.* sept 2009;80(3):155-65.
76. Wiffen BDR, Rabinowitz J, Lex A, David AS. Correlates, change and « state or trait » properties of insight in schizophrenia. *Schizophr Res.* sept 2010;122(1-3):94-103.
77. Salines E, Danet S. L'état de santé de la population en France- Rapport 2007. 2008;



78. France, Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Santé publique France. L'état de santé de la population en France: rapport 2017. 2017.
79. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action 2008-2012 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. OMS; 2010.
80. Perrin EC, Newacheck P, Pless IB, Drotar D, Gortmaker SL, Leventhal J, et al. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics*. avr 1993;91(4):787-93.
81. Robieux L, Zenasni F, Flahault C, Tavani J-L. L'espoir dans la maladie chronique : représentations sociales de l'espoir chez les patients et soignants. *Psychol Fr*. 1 mars 2018;63(1):37-50.
82. Health Quality Ontario. Screening and management of depression for adults with chronic diseases: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13(8):1-45.
83. Néphrologie CU des E de. Néphrologie - 8e édition. 8e édition. ELLIPSES MARKETING; 2018. 432 p.
84. Desseix A. «L'hémodialyse, cette maladie». Approche anthropologique d'un amalgame, « Hemodialysis, this disease »: anthropological approach to an amalgam, *Resumen. Sci Soc Santé*. 2011;29(3):41-73.
85. Untas A, Aguirrezabal M, Chauveau P, Leguen E, Combe C, Rascle N. Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Néphrologie Thérapeutique*. juin 2009;5(3):193-200.
86. Barrah S, Jebali H, Rafrafi N, Rafrafi S, Smaoui W, Khedher R, et al. Anxiété et dépression chez les patients hémodialysés. *Néphrologie Thérapeutique*. 1 sept 2017;13(5):317.
87. Zalai D, Szeifert L, Novak M. Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. *Semin Dial*. juill 2012;25(4):428-38.
88. Sqalli-Houssaini T, Ramouz I, Fahi Z, Tahiri A, Sekkat FZ, Ouzeddoun N, et al. [Effects of anxiety and depression on haemodialysis adequacy]. *Nephrol Ther*. mars 2005;1(1):31-7.
89. Kimmel PL, Patel SS. Quality of life in patients with chronic kidney disease: focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. *Semin Nephrol*. janv 2006;26(1):68-79.
90. Ratti MM, Delli Zotti GB, Sangiovanni E, Vai B, Limido A, Bertoli S, et al. [Quality of life, anxiety and distress in patients suffering from chronic kidney disease: pre-dialysis and start of dialytic treatment]. *G Ital Nefrol Organo Uff Della Soc Ital Nefrol*. févr 2017;34(1).
91. Maïga DD, Ide A, Larabou H, Seyni H, Sidikou A. La dépression et de l'anxiété chez les patients en hémodialyse chronique à l'Hôpital national de Lamordé (Niger), Anxiety and depression during chronic hemodialysis treatment in Niger, a prevalence study. *Perspect Psy*. 2013;52(4):366-70.

92. Finkelstein FO, Wuerth D, Finkelstein SH. An approach to addressing depression in patients with chronic kidney disease. *Blood Purif.* 2010;29(2):121-4.
93. Gerin W, Ogedegbe G, Schwartz JE, Chaplin WF, Goyal T, Clemow L, et al. Assessment of the white-coat effect. *J Hypertens.* janv 2006;24(1):67-74.
94. van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, Grol RPTM, Kester AD, Rinkens PELM, et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med.* avr 2009;7(2):112-20.
95. Cobos B, Haskard-Zolnierek K, Howard K. White coat hypertension: improving the patient-health care practitioner relationship. *Psychol Res Behav Manag.* 2015;8:133-41.
96. Bloomfield DA, Park A. Decoding white coat hypertension. *World J Clin Cases.* 16 mars 2017;5(3):82-92.
97. Reynolds K, Bowling CB, Sim JJ, Sridharan L, Harrison TN, Shimbo D. The Utility of Ambulatory Blood Pressure Monitoring for Diagnosing White Coat Hypertension in Older Adults. *Curr Hypertens Rep.* nov 2015;17(11):86.
98. Spruill TM, Pickering TG, Schwartz JE, Mostofsky E, Ogedegbe G, Clemow L, et al. The impact of perceived hypertension status on anxiety and the white coat effect. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* août 2007;34(1):1-9.
99. Catania C, De Pas T, Minchella I, De Braud F, Micheli D, Adamoli L, et al. « Waiting and the waiting room: how do you experience them? » emotional implications and suggestions from patients with cancer. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* juin 2011;26(2):388-94.
100. Thu H (Sue), Stutzman SE, Supnet C, Olson DM. Factors Associated With Increased Anxiety in the MRI Waiting Room. *J Radiol Nurs.* 1 sept 2015;34(3):170-4.
101. Heilbrunn BR, Wittern RE, Lee JB, Pham PK, Hamilton AH, Nager AL. Reducing anxiety in the pediatric emergency department: a comparative trial. *J Emerg Med.* déc 2014;47(6):623-31.
102. Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ, Cicchetti DV. Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med.* déc 1996;150(12):1238-45.
103. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg.* mars 1996;82(3):445-51.
104. Lejoyeux M. Hypocondrie. *EMC - Psychiatr.* janv 2005;2(4):1-9.
105. Rouby P, Dauchy S, Landrieux I. Somatisation, conversion et trouble somatoforme... nosographie et psychopathologie. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 1 févr 2005;6(1, Part 1):14-20.

106. Haute Autorité de Santé (HAS). Annoncer une mauvaise nouvelle. HAS. 2008;2008-10.
107. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature, Summary. Santé Publique. 2007;19(5):413-25.
108. Fragu P. La relation médecin-patient: Histoire d'une transformation. *Éthique Santé*. 1 janv 2004;1(1):26-31.
109. Couillerot-Peyrondet A-L, Midy F, Bruneau C. Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 févr 2011;59(1):23-31.
110. Miller AC, Hickman LC, Lemasters GK. A distraction technique for control of burn pain. *J Burn Care Rehabil*. oct 1992;13(5):576-80.
111. Pati D, Nanda U. Influence of positive distractions on children in two clinic waiting areas. *HERD*. 2011;4(3):124-40.
112. Nanda U, Chanaud C, Nelson M, Zhu X, Bajema R, Jansen BH. Impact of visual art on patient behavior in the emergency department waiting room. *J Emerg Med*. juill 2012;43(1):172-81.
113. Ennis G, Kirshbaum M, Waheed N. The beneficial attributes of visual art-making in cancer care: An integrative review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 janv 2018;27(1):e12663.
114. Mische Lawson L, Glennon C, Amos M, Newberry T, Pearce J, Salzman S, et al. Patient perceptions of an art-making experience in an outpatient blood and marrow transplant clinic. *Eur J Cancer Care (Engl)*. mai 2012;21(3):403-11.
115. Mische Lawson L, Wedan L, Stock M, Glennon C. A qualitative study of blood and marrow transplant patient experiences participating in art making and music listening. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. juin 2016;22:71-7.
116. Gabriel B, Bromberg E, Vandenbovenkamp J, Walka P, Kornblith AB, Luzzatto P. Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study. *Psychooncology*. avr 2001;10(2):114-23.
117. Wearden JH. The Perception of Time: Basic Research and Some Potential Links to the Study of Language. *Lang Learn*. 58(s1):149-71.
118. Reynolds F, Prior S. The role of art-making in identity maintenance: case studies of people living with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. sept 2006;15(4):333-41.
119. Rhondali W, Chirac A, Filbet M. L'art-thérapie en soins palliatifs : une étude qualitative. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. déc 2013;12(6):279-85.

120. Wood MJM, Molassiotis A, Payne S. What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psychooncology*. févr 2011;20(2):135-45.
121. Lawson LM, Williams P, Glennon C, Carithers K, Schnabel E, Andrejack A, et al. Effect of art making on cancer-related symptoms of blood and marrow transplantation recipients. *Oncol Nurs Forum*. juill 2012;39(4):E353-360.
122. Puetz TW, Morley CA, Herring MP. Effects of creative arts therapies on psychological symptoms and quality of life in patients with cancer. *JAMA Intern Med*. 10 juin 2013;173(11):960-9.
123. Garland SN, Tamagawa R, Todd SC, Speca M, Carlson LE. Increased mindfulness is related to improved stress and mood following participation in a mindfulness-based stress reduction program in individuals with cancer. *Integr Cancer Ther*. janv 2013;12(1):31-40.
124. Walsh SM, Martin SC, Schmidt LA. Testing the efficacy of a creative-arts intervention with family caregivers of patients with cancer. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. 2004;36(3):214-9.
125. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
126. About Art Therapy [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://www.baat.org/About-Art-Therapy>
127. Crawford MJ, Killaspy H, Barnes TR, Barrett B, Byford S, Clayton K, et al. Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: a randomised controlled trial (MATISSE). *Health Technol Assess Winch Engl*. 2012;16(8):iii-iv, 1-76.
128. Holttum S, Huet V. The MATISSE Trial—A Critique: Does Art Therapy Really Have Nothing to Offer People With a Diagnosis of Schizophrenia? *SAGE Open*. 1 janv 2014;4(2):2158244014532930.
129. Green BL, Wehling C, Talsky GJ. Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. *Hosp Community Psychiatry*. sept 1987;38(9):988-91.
130. Richardson P, Jones K, Evans C, Stevens P, Rowe A. Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *J Ment Health*. 1 janv 2007;16(4):483-91.
131. Meng P, Zheng R, Cai Z, Cao D, Ma L, Lui J. Group intervention for schizophrenia inpatient with art as medium. *Acta Psychol Sin*. 1 janv 2005;37:403-12.
132. Montag C, Haase L, Seidel D, Bayerl M, Gallinat J, Herrmann U, et al. A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. *PLoS One*. 2014;9(11):e112348.

133. Attard A, Larkin M. Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry*. nov 2016;3(11):1067-78.
134. Arts in Medicine» Shands HealthCare» Shands HealthCare» University of Florida [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://artsinmedicine.ufhealth.org/>
135. Ross EA, Hollen TL, Fitzgerald BM. Observational study of an Arts-in-Medicine Program in an outpatient hemodialysis unit. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. mars 2006;47(3):462-8.
136. Nishida M, Strobino J. Art Therapy with a Hemodialysis Patient: A Case Analysis. *Art Ther J Am Art Ther Assoc*. 22 avr 2011;22:221-6.
137. Cristina Weldt MA M. Patients' Responses to a Drawing Experience Hemodialysis Unit: A Step Towards Healing. *Art Ther*. 1 janv 2003;20(2):92-9.
138. Rigby M, Taubert M. Colouring books for adults on the cancer ward. *BMJ*. 6 janv 2016;h6795.
139. Curry NA, Kasser T. Can Coloring Mandalas Reduce Anxiety? *Art Ther*. janv 2005;22(2):81-5.
140. Mahar DJ, Iwasiw CL, Evans MK. The mandala: first-year undergraduate nursing students' learning experiences. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 5 déc 2012;9.
141. Sandmire DA, Gorham SR, Rankin NE, Grimm DR. The Influence of Art Making on Anxiety: A Pilot Study. *Art Ther*. juin 2012;29(2):68-73.
142. Vennet R van der, Serice S. Can Coloring Mandalas Reduce Anxiety? A Replication Study. *Art Ther*. 1 juin 2012;29(2):87-92.
143. Tanay G, Bernstein A. State Mindfulness Scale (SMS): development and initial validation. *Psychol Assess*. déc 2013;25(4):1286-99.
144. Mantzios M, Giannou K. When Did Coloring Books Become Mindful? Exploring the Effectiveness of a Novel Method of Mindfulness-Guided Instructions for Coloring Books to Increase Mindfulness and Decrease Anxiety. *Front Psychol*. 2018;9:56.
145. Demontrond P, Gaudreau P. Le concept de «flow» ou «état psychologique optimal»: état de la question appliquée au sport, Abstract, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen. *Staps*. 7 mars 2008;(79):9-21.
146. Nakamura J, Csikszentmihalyi M. The concept of flow. In: *Flow and the foundations of positive psychology*. Springer; 2014. p. 239–263.
147. Csikszentmihalyi M. *Creativity: the psychology of discovery and invention*. 1. ed. New York: Harperperennial; 2013. 456 p. (modern classics).

148. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (Update) [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2009 [cité 14 mars 2018]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11681/>
149. Chancellor B, Duncan A, Chatterjee A. Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *J Alzheimers Dis JAD*. 2014;39(1):1-11.
150. Haidet P, Jarecke J, Adams NE, Stuckey HL, Green MJ, Shapiro D, et al. A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. *Med Educ*. mars 2016;50(3):320-31.
151. Camic PM. Playing in the mud: health psychology, the arts and creative approaches to health care. *J Health Psychol*. mars 2008;13(2):287-98.
152. Stuckey HL, Nobel J. The Connection Between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature. *Am J Public Health*. févr 2010;100(2):254-63.
153. Perruzza N, Kinsella EA. Creative Arts Occupations in Therapeutic Practice: A Review of the Literature. *Br J Occup Ther*. 1 juin 2010;73(6):261-8.
154. Slayton SC, D'Archer J, Kaplan F. Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings. *Art Ther*. janv 2010;27(3):108-18.
155. van der Venet R, Serice S. Can Coloring Mandalas Reduce Anxiety? A Replication Study. *Art Ther*. juin 2012;29(2):87-92.
156. Mercer A, Warson E, Zhao J. Visual journaling: An intervention to influence stress, anxiety and affect levels in medical students. *Arts Psychother*. 2010;2(37):143-8.
157. Groth-Marnat G. Brief Instruments for Treatment Planning, Monitoring, and Outcome Assessment. In: *Handbook of Psychological Assessment*. John Wiley & Sons; 2009. p. 666-70.
158. Elwood LS, Wolitzky-Taylor K, Olatunji BO. Measurement of anxious traits: a contemporary review and synthesis. *Anxiety Stress Coping*. nov 2012;25(6):647-66.
159. Gauthier J, Bouchard S. Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport*. 1993;25(4):559-78.
160. Okun A, Stein RE, Bauman LJ, Silver EJ. Content validity of the Psychiatric Symptom Index, CES-depression Scale, and State-Trait Anxiety Inventory from the perspective of DSM-IV. *Psychol Rep*. déc 1996;79(3 Pt 1):1059-69.
161. Kaneda Y, Nagamine I, Fujii A. State-anxiety in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*. 2003;(17):99-105.

162. Ratti MM, Delli Zotti GB, Sangiovanni E, Vai B, Limido A, Bertoli S, et al. [Quality of life, anxiety and distress in patients suffering from chronic kidney disease: pre-dialysis and start of dialytic treatment]. *G Ital Nefrol Organo Uff Della Soc Ital Nefrol*. févr 2017;34(1).
163. Laroque F, Sudres J-L. Le patient dépressif en art-thérapie : évaluation des bénéfices et recommandations pratiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juill 2015;173(6):541-6.
164. Sudres J-L, Anzules C, Albermann K, Pezzoli V, Evangelista N, Mulattieri M, et al. Efficacité d'un programme d'art-thérapie pour adolescents obèses. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. déc 2016;8(2):20106.
165. Bouyer J, Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Unité de recherches épidémiologiques et statistiques sur l'environnement et la santé. *Épidémiologie: principes et méthodes quantitatives*. Paris: Ed. Tec & Doc; 2009.
166. Uttley L, Stevenson M, Scope A, Rawdin A, Sutton A. The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMC Psychiatry*. 7 juill 2015;15:151.
167. O'Connor Z. Colour psychology and colour therapy: Caveat emptor. *Color Res Appl*. 1 juin 2011;36(3):229-34.
168. Pellecchia A, Gagnayre R. Art et maladie: perspectives pour l'éducation thérapeutique. *2004;3:79-84*.
169. SFHH. *Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux*. 2011;(140).
170. Découvrir l'hôpital [Internet]. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ch-stlo.fr/decouvrir-l-hopital,49,81.html>
171. Art à l'hôpital : la tour de Keith Haring restaurée à Necker [Internet]. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/art-a-l-hopital-la-tour-de-keith-haring-restauree-a-neck/>
172. Le Louvre au-devant des patients de l'AP-HP [Internet]. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/le-louvre-au-devant-des-patients-de-lap-hp/>
173. AP-HM. Santé e(s)t Culture(s) [Internet]. 2013 [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sante-est-cultures-accueil-presentation-generale-du-projet-archive>
174. L'Écume des jours - La commande artistique de l'Hôpital Nord | AP-HM [Internet]. [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/culture/hopital-radieux/l-ecume-des-jours-la-commande-artistique-de-l-hopital-nord>
175. Les musées à l'hôpital - Le rêve | AP-HM [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <http://ap-hm.fr/actu/les-musees-a-l-hopital-le-reve>
176. En Bref, La lettre d'information du personnel de l'AP-HM. 2018.

177. Merleau-Ponty M. L' œil et l'esprit. Paris: Gallimard; 1989. 92 p. (Collection folio Essais).
178. Nos hospitaliers ont du talent: Acte 1! | AP-HM [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/actu/nos-hospitaliers-ont-du-talent-acte-1>
179. Les ateliers de pratique artistique | AP-HM [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/patients-public/vivre-ensemble/culture-animations/les-ateliers-de-pratique-artistique>
180. Colloque Art & Santé | Aix Marseille Université [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.univ-amu.fr/fr/news/2474/colloque-art-sante-0>
181. Au Baumettes, une fresque réalisée par des patients du service médico-psychologique régional | AP-HM [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/actu/au-baumettes-une-fresque-realisee-par-des-patients-du-service-medico-psychologique-regionale>
182. La fresque de JACE - IHU Méditerranée Infection [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.mediterranee-infection.com/article.php?laref=956&titre=la-fresque-de-jace>



## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## **RESUME**

L'Art et la Médecine sont deux domaines liés depuis toujours. D'abord utilisé dans la transmission du savoir, l'art est ensuite devenu un outil thérapeutique au cours de l'histoire, et même une discipline à part entière au sein de la médecine. La pratique d'activités artistiques est présente dans de nombreuses spécialités médicales et a montré des bénéfices dans l'amélioration de l'anxiété. Nous nous sommes alors intéressés à l'efficacité d'une activité de coloriage d'une forme symétrique circulaire complexe, plus couramment appelée mandala, sur l'anxiété liée aux soins dans 3 situations médicales ambulatoires différentes.

Trente patients ont été inclus en 3 groupes dans notre étude et provenaient de 3 situations médicales ambulatoires différentes : un groupe en hémodialyse (n=10), un groupe en hôpital de jour (HDJ) psychiatrique (n=10) et un groupe en consultation de néphrologie (n=10). Nous avons demandé aux patients de remplir le questionnaire STAI-Etat et STAI-Trait puis de colorier une forme circulaire complexe, et de remplir une nouvelle fois le questionnaire STAI-Etat ainsi qu'un questionnaire sur le vécu de l'activité ECTM2-Qa.

Les résultats ont montré que le score STAI-Etat était significativement plus faible après le coloriage pour les groupes hémodialyse ( $p=0,02$ ) et HDJ psychiatrique ( $p=0,005$ ) mais pas pour le groupe consultation ( $p=0,26$ ). Les scores STAI-Trait n'étaient pas différents entre les groupes. Le questionnaire ECTM2-Qa a retrouvé un vécu positif de l'activité sur l'ensemble des groupes.

Ces résultats démontrent l'efficacité d'une activité de coloriage d'une forme complexe sur l'anxiété associée aux soins. Cela renforce les applications multiples d'activités artistiques dans différentes disciplines médicales et encourage à les développer au sein des environnements de soins.

**MOTS CLEFS :** MEDECINE AMBULATOIRE, ACTIVITES ARTISTIQUES, ANXIETE, ART-THERAPIE.