

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE - TOURS
&
A.F.R.A.T.A.P.E.M.
Association Française de Recherche et Application de Techniques
Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE
ARTS PLASTIQUES AUPRES D'ADULTES ATTEINTS DE
PSYCHOSE CHRONIQUE**

**Mémoire de fin d'étude du Diplôme Universitaire
d'Art-thérapie**

De la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par Géraldine MORIN

Année 2011

Sous la direction de WEINLAND
Mireille,
en tant qu'enseignante d'arts plastiques
et d'Art-thérapie à l'UFR d'arts
plastiques et sciences de l'Art - Paris 1,
Panthéon-Sorbonne

Lieu de stage :
Résidence du Pr. Jules Falret
39, avenue de l'Europe
91 210 Draveil

Je remercie infiniment Richard Forestier pour toute la richesse de son enseignement.

Je remercie également le directeur Christian Toullec et la chef de service Sylviane Auguste de m'avoir accordé leur confiance, ainsi que Virginie Billia, ma directrice de stage qui m'a suivie, m'a accompagnée et soutenue tout au long de mon stage.

Je tiens également à exprimer ma profonde reconnaissance à ma directrice de mémoire Mireille Weinland, pour ses encouragements, ses conseils avisés et sa compétence professionnelle qui m'ont aidé dans la rédaction de mon mémoire.

Merci à tous les résidents et plus spécifiquement à Anne, Bernard, Françoise et Katia, sans qui ce travail n'aurait pu avoir lieu, mais aussi à Ahmed, Annie, Bénédicte, Corine et Corinne, Isabelle, Philippe, et Sandrine, pour leur participation active aux ateliers d'art-thérapie de groupe.

Merci enfin à ma famille et à mes amis qui m'ont épaulée et encouragée sur toute la durée de mon travail.

TABLES DES MATIERES

Remerciements.....	p.1
Table des matières.....	p.2
Introduction.....	p.6
Glossaire.....	p.7

1^{ère} partie : Les séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques peuvent être bénéfiques pour des personnes atteintes de psychose chronique

A● <u>La psychose chronique est un trouble mental, dont les caractéristiques altèrent la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes</u>	p.11
1. La psychose est une « maladie de l'âme » difficile à définir et à diagnostiquer.....	p.11
a) Portons un regard sur les concepts de « normal » et de « pathologique » et sur la notion de qualité de vie.....	p.12
b) Portons un regard sur les caractéristiques et les mécanismes des psychoses de l'adulte.....	p.13
2. Les personnes atteintes de psychose chronique peuvent être amenées à vivre en Foyer d'Accueil Médicalisé.....	p.15
3. La chronicité de la maladie et la maladie en elle-même retentissent sur leur bien-être physique, mental et social	p.16
a) L'autonomie des personnes atteintes de psychose chronique tend à diminuer, celles-ci deviennent dépendantes de soins constants.....	p.16
b) La psychose chronique entraîne des troubles de l'identité et une baisse de l'estime de soi.....	p.17
c) La manière d'être au monde des personnes atteintes de psychose chronique vient perturber leurs relations aux autres.....	p.18
B● <u>L'Art et la « folie » ont souvent été mis en relation</u>	p.20
1. L'Art a la particularité d'agir sur l'être humain.....	p.20
a) L'Art est une activité humaine qui évolue avec le temps.....	p.20
b) L'Art en soi n'a pas de but, mais il peut susciter un plaisir esthétique.	p.21
c) L'Art participe à la constitution du lien social.....	p.21
2. Quand l'Art est mis au service du soin, de l'Homme.....	p.22
a) Certains « fous » ont trouvé dans l'Art un moyen de s'exprimer.....	p.22
b) Avec l'avènement de l'Art-thérapie, une discipline à part entière est née.....	p.23

C● Les séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques peuvent être bénéfiques pour les personnes atteintes de psychose chronique.....p.24

1. Les arts plastiques appartiennent à l'Art et s'exploitent auprès des personnes atteintes de psychose chronique.....p.24
2. L'œuvre d'art est le point de départ du cheminement thérapeutique.....p.25
 - a) La contemplation d'une œuvre d'art stimule les sens et sollicite l'expression du goût.....p.25
 - b) L'expression artistique s'effectue au regard d'un cadre thérapeutique.....p.26
3. Les arts plastiques stimulent les potentialités oubliées de la personne psychotique.....p.27
 - a) Les arts graphiques et picturaux apportent un bénéfice sensoriel contribuant à revaloriser l'estime de soi.....p.27
 - b) Exprimer sa singularité par le biais des arts plastiques permet d'acquérir une meilleure confiance en soi.....p.28
 - c) Les arts plastiques laissent une trace et deviennent un support de communication, favorisant les relations sociales.....p.30

2^{ème} partie : Présentation d'une expérience d'art-thérapie auprès d'adultes psychotiques vivant en Foyer d'Accueil Médicalisé.

A● Mon stage s'est déroulé au sein de la résidence Falret.....p.32

1. La Résidence Falret est un Foyer d'Accueil Médicalisé, issu de l'association « l'Œuvre Falret ».....p.32
 - a) Présentation de l'œuvre Falret.....p.32
 - b) L'épanouissement et le bien-être des résidents est au cœur du projet de la résidence Falret.....p.32
 - c) La communication et le travail d'équipe contribuent au bon fonctionnement du foyer.....p.34
2. S'intégrer dans une nouvelle structure demande un temps d'observation et d'adaptation.....p.34

B● Le stagiaire art-thérapeute met en place des ateliers de groupe et des séances individuelles.....p.35

1. En accord avec la direction, le stagiaire inscrit le projet d'art-thérapie dans un cadre définip.35
2. Les séances de groupe à dominante arts plastiques se sont orientées vers une animation en art-thérapie.....p.35
3. Une stratégie thérapeutique s'élabore autour des prises en charges en individuelles : de l'orientation au bilan de fin de prise en chargep.36
 - a) L'indication en art-thérapie par l'équipe pluridisciplinaire s'est portée vers les personnes les plus isolées de la résidence.....p.36
 - b) Le stagiaire cible les objectifs thérapeutiques en vue de l'élaboration du cheminement thérapeutique.....p.37
 - c) L'art-thérapeute dispose d'outils spécifiques en vue du suivi thérapeutique : la fiche d'observation.....p.38

d) Le stagiaire retransmet un bilan de ces observations à l'équipe pluridisciplinaire.....	p.38
C● Madame X a bénéficié d'une prise en charge individuelle en art-thérapie à dominante arts plastiques	p.38
1. Présentation de la prise en charge de Madame X.....	p.39
a) S'informer de l'anamnèse et de l'état de base de Madame X nous permet de mieux appréhender sa prise en charge.....	p.39
- L'anamnèse nous informe sur le passé de Madame X.....	p.39
- L'état de base de Madame X a motivé sa prise en charge en art-thérapie.....	p.39
- L'intention artistique de Madame X s'est portée sur les arts plastiques.....	p.39
b) L'objectif général de la prise en charge de Madame X sera de rétablir sa confiance en elle.....	p.40
c) La stratégie thérapeutique adoptée est de valoriser le potentiel artistique de Madame X.....	p.40
2. Compte-rendu du déroulement des séances et stratégies thérapeutiques mises en place tout au long de la prise en charge de Madame X.....	p.41
3. Evaluation de la prise en charge de Madame X.....	p.46
a) L'autonomie, la détermination au cours de l'activité artistique et la prise d'initiatives face au projet sont des items relatifs à l'objectif général.....	p.46
b) L'expression du plaisir et l'auto-appréciation liée à la production sont des items relatifs à l'estime de soi qu'il convient d'évaluer.....	p.48
c) Ce tableau synthétise les observations relatives aux à la confiance en soi et à l'estime de soi au cours des 26 séances auxquelles Madame X a participé.....	p.49
4. L'évaluation des différents items tout au long des séances nous permettent d'effectuer un bilan de la prise en charge de Madame X.....	p.50

3^{ème} partie : Discussion autour de l'expérience de stage et plus spécifiquement autour de la relation en art-thérapie

A● La relation thérapeutique avec Madame X au sein de la prise en charge en art-thérapie n'a pas été concluante.....	p.54
1. Des points positifs sont constatés au regard du phénomène artistique.....	p.54
2. Des points négatifs sont constatés au regard du phénomène relationnel.....	p.55
B● Le pouvoir et les effets de l'Art sont susceptibles d'apporter un mieux-être aux personnes souffrant de psychose chronique.....	p.56
1. Par le biais de l'Art, la personne prise en charge en art-thérapie, retrouve son statut de sujet.....	p.56
2. L'activité artistique participe au maintien de l'autonomie de la personne atteinte de psychose chronique.....	p.57

3. L'art-thérapie contribue à restaurer l'estime et la confiance des personnes en souffrance psychique.....	p.57
<u>C● La relation instaurée dans le cadre de la prise en charge en art-thérapie influe de manière positive ou négative sur le processus de soin.....</u>	p.58
1. Etablir une relation thérapeutique contribue à créer du lien.....	p.58
2. Créer du lien avec des personnes psychotiques peut déboucher sur une relation dite fusionnelle.....	p.59
3. Des solutions auraient pu être envisagées pour optimiser la prise en charge de Madame X.....	p.60
Conclusion.....	p.62
Bibliographie.....	p.63
Annexes.....	p.65

INTRODUCTION

Avant de m'engager dans cette voie qui est celle de l'art-thérapie, j'ai d'abord suivi un enseignement de trois ans en psychologie qui m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le fonctionnement psychique de l'être humain et d'aiguiser mon regard sur les mécanismes des différents troubles mentaux.

C'est alors avec un intérêt tout particulier que j'ai eu l'opportunité de pouvoir effectuer mon stage d'art-thérapie au sein d'une résidence psychiatrique : le Foyer d'Accueil Médicalisé de l'œuvre Falret.

Exploiter le potentiel artistique des personnes souffrant de psychose chronique et plus spécifiquement de schizophrénie m'a alors permis de confronter mes connaissances théoriques à la réalité du terrain.

Nous verrons dans une première partie que si la psychose est une maladie difficile à définir et à diagnostiquer, il est néanmoins certain que celle-ci perturbe profondément la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Cela est d'autant plus vrai pour les personnes ayant vécu de longs séjours en hôpital psychiatrique, (comme cela a été le cas sur le lieu de mon stage) et pour qui la chronicité de la maladie est particulièrement handicapante.

Nous aborderons alors l'hypothèse selon laquelle « *l'art-thérapie à dominante arts plastiques peut être bénéfique pour ces personnes* ».

Nous verrons qu'au cours de l'Histoire, l'Art et la « folie » ont souvent été mis en relation. Avec l'art-thérapie est née une discipline à part entière qui a pour méthode d'utiliser l'Art dans le processus de soin des personnes souffrant notamment de troubles de l'expression, de la communication et de la relation. Nous décrirons alors de quelle manière les arts plastiques sont susceptibles d'apporter un mieux-être à ces personnes, qui rencontrent des difficultés à se sentir exister et à être en lien avec autrui.

La deuxième partie est consacrée à la présentation du stage pratique. J'ai choisi de cibler mon attention sur l'étude d'un cas en séance individuelle qui m'a poussée à m'interroger sur les conditions nécessaires à l'établissement d'une relation thérapeutique juste et adéquate. Je mettrai en évidence de quelle façon la pratique des arts plastiques en atelier d'art-thérapie lui ont permis de retrouver confiance en elle et estime d'elle-même.

Enfin nous terminerons dans la troisième partie en continuité avec cette expérience de stage, en soulevant les limites auxquelles l'art-thérapeute peut-être confronté. Nous verrons notamment que si le pouvoir et les effets de l'Art sont susceptibles d'apporter un mieux-être aux personnes atteintes de psychose chronique, la dynamique relationnelle est tout aussi déterminante dans leur processus de soin.

GLOSSAIRE

B.D.A. : Bouffée Délirante Aigue

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

C.I.M.10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} version ; elle est publiée par l'O.M.S

D.S.M. IV: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders; en français : le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} version. Il est publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (A.P.A.).

H.D.T. : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

H.O. : Hospitalisation d'Office

P.H.C : Psychose Hallucinatoire Chronique

Glossaire sur LA PSYCHOSE CHRONIQUE

ABOULIE : diminution ou disparition de la volonté, avec un ralentissement de l'activité intellectuelle et physique.

ANOSOGNOSIE : méconnaissance par un malade de la maladie dont il est atteint alors que celle-ci apparaît de façon évidente.

BARRAGE : il s'agit d'un arrêt brutal et inopportun du discours ou des mouvements.

DIAGNOSTIC : c'est le temps de l'acte médical qui permet d'identifier la nature et les causes de l'affection dont souffre un patient.

DIFFLUENCE : c'est un trouble du cours de la pensée et du discours, caractérisé par des idées apparaissant de manière désordonnée.

DISSOCIATION : rupture d'unité psychique, désorganisation tant au niveau des affects, de la pensée et des comportements. La dissociation est spécifique des troubles schizophréniques.

DOPAMINE : La schizophrénie serait due à une hyper sécrétion de la dopamine. La dopamine est un neurotransmetteur jouant dans le cerveau un rôle fondamental dans le contrôle de la motricité et dans la modulation des sorties psychiques.

ESTIME DE SOI : voir le glossaire sur l'Art-thérapie et les arts plastiques.

HALLUCINATION : c'est une perception sans objet.

IDENTITE : L'identité de l'individu est la connaissance et la reconnaissance de ce que l'on est, par soi-même ou par les autres. L'identité implique le sentiment de continuité et de stabilité.

IMAGE DE SOI : est l'idée que chacun se fait de son identité physique, psychologique et sociale. Elle est liée à la perception que l'on a de son propre corps. Elle est aussi liée à l'estime de soi, la façon dont on se juge.

PATHOGENE : élément nuisible qui provoque ou entraîne une maladie.

PATHOLOGIE : c'est l'étude des maladies, des passions (pathos), leurs causes et leurs mécanismes. **Le pathologique** est relatif à un mauvais état de santé, à la maladie.

PERSONNALITE : elle se définit par l'ensemble des comportements qui constituent l'individualité d'une personne et, est ainsi également liée à la façon d'établir des rapports, avec lui-même et autrui. Elle présente deux propriétés : - celle qui permet de dire qu'une personne est unique car se distinguant des autres ; - l'autre qui est celle de la stabilité, ce qui garantit la continuité d'être de la personne.

PSYCHOSE CHRONIQUE : trouble mental, caractérisé par la répétition et la chronicité des troubles.

SIGNES : ces sont les anomalies concrètes ou physiques que le médecin observe, constate et peut éventuellement mesurer chez son patient.

SYMPTOMES : ce sont les manifestations de la maladie que le patient ressent, dont il se plaint, et pour lesquelles, habituellement, l'amène à consulter un médecin.

TROUBLES COGNITIFS : ils font référence à la mémoire, à la capacité de jugement, à l'attention, au raisonnement...à tous les processus par lequel la personne acquiert des informations sur son environnement et les élabore pour adapter son comportement.

Glossaire sur L'ART-THERAPIE ET LES ARTS PLASTIQUES

ART-THERAPIE : exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique.

BEAU : il fait référence à ce qui plaît.

BIEN : il fait référence à la technique mise en œuvre.

BON : il fait référence au plaisir sensoriel et/ou esthétique suscité par la réalisation d'une production et la production en elle-même.

CONFIANCE EN SOI : c'est le fait de croire en soi et en ses potentialités.

CREATIVITE : c'est la faculté de prendre ce qui existe déjà et de le transformer en une chose nouvelle.

ESTIME DE SOI : c'est le jugement de valeur positif ou négatif que l'on porte sur soi.

IDEAL ESTHETIQUE : il dépend du rapport équilibré entre le fond et la forme de la production et se détermine au regard de l'objectif que le producteur se fixe.

ITEM : est la plus petite unité observable. **Le faisceau d'item** est le regroupement de plusieurs items.

MEDIUM : en arts plastiques ce terme désigne les matières diverses utilisées pour la création en trois ou deux dimensions (en dessin, en peinture ; les médiums utilisés peuvent être le fusain, la gouache, sculpture ou modelage, le matériel de récupération plastiques, coton...)

MONOTYPE : c'est un procédé d'impression dont le tirage est unique. Il s'agit de peindre sur un support en métal ou en plexiglas, puis d'imprimer la peinture sur une feuille. Il existe différentes techniques à cette pratique.

OBJECTIF GENERAL : c'est l'objectif thérapeutique que se fixe l'art-thérapeute

OBJECTIF INTERMEDIAIRE : il découle de l'objectif général, et se caractérise par la faculté à dépasser une difficulté.

PENALITE : ce qui cause de la peine de la souffrance, et qui altère le bien-être de la personne

SITE D'ACTION : c'est la localisation caractéristique d'une difficulté, sur laquelle l'art-thérapeute va s'arrêter pour l'éliminer.

Première partie :

LES SEANCES d'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES
PEUVENT ETRE BENEFIQUES POUR DES PERSONNES ATTEINTES DE
PSYCHOSE CHRONIQUE.

1^{ère} PARTIE : Les séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques peuvent être bénéfiques pour des personnes atteintes de psychose chronique

A. La psychose chronique est un trouble mental, dont les caractéristiques altèrent la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes

Mon expérience en art-thérapie s'est effectuée auprès d'adultes psychotiques, chronicisés et stabilisés vivant en Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.*¹). Nous allons tenter, dans cette première partie, de définir cette affection, en essayant de voir ce qui la caractérise et les conséquences portées sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes.

1. La psychose est une « maladie de l'âme » difficile à définir et à diagnostiquer

Avant de parler de psychose, on qualifiait l'état de ces personnes dont les pensées, les comportements n'étaient pas cohérents de « folie ».

Puis, suite à l'époque du « grand enfermement », où tous les marginaux (criminels, fous...) furent exclus de la cité enfermés dans les asiles, Philippe PINEL chercha à élaborer de nouvelles pratiques thérapeutiques et fut le premier à vouloir libérer les chaînes de ces « insensés ». Il introduit le terme d'aliénation mentale (du latin *alienus* : étranger ; *mentale* : de l'esprit, de l'âme) et considéra ces personnes comme étant des malades.

Le terme de psychose a été trouvé en 1845, par Ernst von Feuchtersleben, et vient du grec *psyché* : esprit, et *osis* : condition, maladie... et fait en somme, référence aux altérations de l'esprit, de l'âme.

La psychose appartient au groupe des troubles mentaux anciennement nommés maladie mentale.

¹ Tous les * sont répertoriés dans le glossaire

- a) Portons un regard sur les concepts de « normal » et de « pathologique » et sur la notion de qualité de vie.

Selon Edouard ZARIFIAN : « La folie est impossible à définir. »¹

Pour définir la « folie », il faudrait en premier lieu s'accorder sur les termes de « normal » et de « pathologique* ». A partir de quand, peut-on affirmer de quelqu'un qu'il est fou, et qu'un autre ne l'est pas?

J'aurais aimé approfondir ces différents concepts, mais cela ne fait pas l'objet du mémoire. Il est cependant important de les décrire brièvement :

- D'un point de vue statistique, la norme fait référence à la moyenne. En psychiatrie, le diagnostic* des troubles psychiques va se référer à des symptômes* subjectifs et aux comportements dits « déviants », c'est à dire qui s'éloignent de la norme.

- La norme se définit et varie par rapport au milieu et à la culture. Ainsi, le « fou » de notre culture peut se révéler être le chamane d'une autre civilisation.

- Le pathologique a pour objet l'étude des maladies et de leurs causes ; mais peut aussi, dans un langage plus courant, correspondre à la maladie en elle-même.

- Il n'existe pas de frontière entre le normal et le pathologique. Il ne s'agit que de différences quantitatives. Comme le pense Michel S. Levy et d'autres, il ne s'agit pas de voir la psychose « comme une anomalie [...] mais comme un miroir un peu déformé de ce qui concerne chacun. »²

- Porter un diagnostic permet d'avoir un langage commun au sein du même groupe. Cependant, dans le champ de la psychiatrie, celui-ci peut varier d'un pays à l'autre, d'une institution à une autre, d'une personne à une autre.

- La psychose altère le bien-être des personnes atteintes et leur qualité de vie peut en être gravement perturbée.

La santé et la qualité de vie sont indissociables et interagissent l'une sur l'autre : avoir une bonne qualité de vie n'est pas seulement vivre en bonne santé mais c'est aussi accéder au bien-être, ou pour reprendre l'expression de Richard FORESTIER : exister au bien-être.³

¹ ZARIFIAN, Edouard. *Les jardiniers de la folie*, Paris : Odile Jacob, 2000, pp 44

² Michel. S. LEVI « Psychose de déstructuration et de développement » [en ligne]
Consulté le 26/06/11

³ « En Art-thérapie, l'Art favorise la qualité existentielle des personnes pénalisées. » Résumé de l'intervention du 07 avril 2008 de Richard FORESTIER, [en ligne]
<http://cerap.univ-paris1.fr/spip.php?rubrique16> Consulté le 02/08/11

L'O.M.S.* définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système des valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes, ses inquiétudes, et, englobe : la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, etc...* »¹

Nous retiendrons pour ce mémoire qu'avoir une bonne qualité de vie doit englober un état de bien-être mental, physique et social.

La psychose chronique atteint la personne dans chacune de ces trois sphères citées ci-dessus qui caractérisent la qualité de vie. Nous verrons, par la suite, de quelle façon.

b) Portons un regard sur les caractéristiques et les mécanismes de la psychose adulte.

Rappelons que la psychose est un trouble mental qui se caractérise d'après le D.S.M.IV* comme des « *troubles transitoires ou permanents de la personnalité liés à une altération du sens de la réalité et de soi et s'associant à des symptômes dits positifs (hallucination, délires), négatifs (émoussement des affects, aboulie*...) et à des troubles des fonctions cognitives* (attention, mémoire).* »² Le malade n'a généralement pas conscience de ses troubles. On parle d'anosognosie*.

Les troubles de la personnalité désignent une anomalie d'être au monde que ce soit au niveau de la pensée, des sentiments et des comportements. Ils entraînent généralement une perturbation des relations sociales et parfois un état de souffrance. Pour autant, il ne s'agit pas de dédoublement de la personnalité, comme les médias ou le cinéma ont longtemps pu nous le faire croire.

➤ Les symptômes positifs ou dits productifs de la psychose :

La personne ne perçoit plus le monde « réel » de la même façon qu'à l'ordinaire. Celui-ci peut lui sembler particulièrement menaçant (voix du téléviseur s'adressant directement à la personne, sentiment de persécution, regards menaçants) ou étrange et irréel. La personne peut se sentir elle-même investit d'une mission divine, ou se prendre pour un personnage célèbre de l'histoire. Les limites entre le monde interne et l'environnement (le monde externe) de ces personnes peuvent leur sembler floues : comme le fait de voir sa main déformée, ou de ressentir la perte d'un organe.

¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Qualité_de_vie [en ligne] consulté le 04/08/2011

² <http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychose> [en ligne] consulté le 27/01/2011

Les psychiatres parlent alors de délire*ou d'idées délirantes et d'hallucinations* pour qualifier ces manifestations. Le délire est un des symptômes majeurs de la psychose mais peut aussi se retrouver dans d'autres pathologies comme la démence sénile. Il correspond à des idées bizarres ou irréelles auxquelles le sujet croit avec conviction. Les hallucinations, quant à elles, sont des perceptions sans objet. Elles peuvent toucher tous les sens, les plus fréquentes étant les hallucinations auditives.

Les épisodes psychotiques aigus, anciennement nommés Bouffées Délirantes Aigues (B.D.A.*), se manifestent à travers ces symptômes et sont décrits par les psychiatres comme un coup de tonnerre dans un ciel serein. Ils peuvent demeurer isolés dans la vie d'un individu ou bien être les premières manifestations d'une psychose chronique.²

Gérard Garouste, peintre français atteint lui de troubles bipolaires, décrit : « *Le délire, c'est une fuite, une peur très grande d'être au monde, alors on préfère se croire mort, tout puissant, ou juste un enfant.* »¹ Selon les psychiatres, le délire est une solution aux conflits internes ou externes et serait une façon de se créer une réalité interne plus supportable que celle vécue.

Vivre un épisode psychotique conduit habituellement la personne à se faire hospitaliser. Celle-ci n'ayant pas conscience de ses troubles, l'hospitalisation s'effectue, soit par Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (H.D.T.*), soit par Hospitalisation d'Office (H.O.*). La durée des hospitalisations dépendra de la sévérité des troubles.

➤ Les symptômes négatifs ou dits déficitaires :

D'autres symptômes sont généralement présents avant, après, voire pendant les phases aiguës de la maladie mais ils sont moins visibles. A la période de l'adolescence (âge auquel se déclare notamment la schizophrénie) certains accès de rébellion, ou de repli sur soi, peuvent se confondre avec les symptômes dits négatifs de la maladie.

Ils se manifestent généralement par un manque de motivation, une difficulté à exprimer ses émotions, un repli sur soi et une diminution des facultés cognitives (troubles de l'attention, de la mémoire, des apprentissages, du traitement de l'information...)

Les symptômes négatifs ont longtemps été mis de côté, car ils sont moins visibles et aussi moins néfastes pour la société que les symptômes positifs des épisodes psychotiques aigus. Alors que les neuroleptiques ont connu de flagrants progrès dans le soin des symptômes positifs, les symptômes négatifs quant à eux, sont restés nettement plus difficiles à soigner.

Les troubles des fonctions cognitives et les symptômes négatifs de la maladie vont diminuer l'autonomie des personnes atteintes et celles-ci seront amenées peu à peu à se retirer de la vie sociale. Il en résulte généralement une grande invalidité.

¹ GAROUSTE Gérard avec Perrignon Judith. *L'intranquille. L'iconoclaste*, 2009. pp112

² HANUS Michel & LOUIS Olivier. – *Psychiatrie de l'étudiant 10ème édition* – Maloine 2003, pp 91- 118

Il est important de noter qu'il existe une grande variabilité des symptômes d'un individu à l'autre et chez le malade en lui-même et qu'il n'existe pas une psychose mais plusieurs formes de psychoses.

Celles-ci ont à la fois des caractéristiques communes (comme le délire, les hallucinations, et l'anosognosie) et des spécificités propres.

Parmi elles on retrouve :

- les troubles psychotiques non schizophréniques ou troubles non dissociatifs, comme la paranoïa, la paraphrénie et la psychose hallucinatoire chronique (P.H.C.).
- les psychoses dissociatives ou troubles schizophréniques qui regroupent les différentes formes de schizophrénie.

Parmi les psychoses de l'adulte, c'est la schizophrénie qui est la forme la plus courante. Elle touche 1% de la population. Elle se rencontre dans toutes cultures et toutes ethnies, et touche indifféremment les deux sexes. C'est aussi la forme de psychose que l'on retrouve le plus en institution. La schizophrénie touche la personne au plus profond de son être en désorganisant sa pensée, en modifiant ses perceptions, en perturbant ses relations amicales et familiales. La schizophrénie est une psychose chronique qui peut, selon son évolution, altérer gravement la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes.

2. Les personnes atteintes de psychose chronique peuvent être amenées à vivre en Foyer d'Accueil Médicalisé

Les psychoses évoluent différemment. Plus la personne est prise en charge rapidement, meilleur sera le pronostic pour l'avenir. Les facteurs psycho-sociaux (bon entourage familial et relationnel, intégration dans des activités ou engagement dans un travail) jouent également un rôle prédominant dans l'évolution des psychoses.

Pour un quart d'entre elles, la venue d'un épisode psychotique demeurera isolée dans la vie de la personne.

La moitié d'entre elles revivront des épisodes psychotiques mais pourront s'intégrer à la communauté et exercer une activité professionnelle avec un suivi et un traitement régulier.

Le pourcentage restant concerne les personnes qui ont vu peu à peu leur autonomie diminuer et pour qui la vie en société n'est pas possible. ¹

Une maladie chronique est « *une maladie qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité, ou à la menace de complication et susceptible de réduire la qualité de vie du sujet.* » ²

¹ « Les psychoses » <http://users.skynet.be/fa378016/psy.htm> [en ligne] consulté le 26/02/11

² Glossaire de santé publique, <http://www.bdsp.tm.fr> [en ligne] consulté le 26/02/11

Ici, la chronicité de la maladie implique que la personne a généralement connu un long vécu en hôpital psychiatrique et que la survenue de leurs épisodes psychotiques se sont révélés être fréquents.

Suite aux hospitalisations, le retour à la réalité est souvent difficile. Cette interruption dans la réalisation des objectifs de vie associée à la diminution des facultés cognitives vont augmenter la difficulté pour ces personnes de se réinsérer socialement. De plus, la venue d'épisode dépressif est courante. Il n'est pas rare de trouver des cas de suicides, dans cette pathologie, notamment chez les personnes atteintes de schizophrénie.¹

Pour les personnes dont la gravité des symptômes est telle qu'elles ne peuvent plus vivre de manière autonome, des Foyers d'Accueil Médicalisés se chargent de les accueillir et de veiller à leur état de santé. Nous aborderons la spécificité de ces établissements dans la 2^{ème} partie de ce mémoire.

3. La chronicité de la maladie et la maladie en elle-même retentissent sur leur bien-être mental, social et physique

Vivre avec une affection chronique est un chemin long et difficile, ponctué de rechutes. Les patients atteints de psychose chronique connaissent de nombreuses récives (en moyenne entre 4 et 6) tout au long de leur vie, conduisant inévitablement à des hospitalisations.

Plus les hospitalisations sont longues et nombreuses, plus la qualité de vie de la personne atteinte sera perturbée, et nuira à son autonomie.

- a) L'autonomie des personnes atteintes de psychose chronique tend à diminuer, celles-ci deviennent dépendantes de soins constants.

La psychose est un trouble mental dont les causes sont multifactorielles. Ces dernières font l'objet de nombreuses controverses. En ce qui concerne le facteur neurobiologique, la cause de cette maladie serait une perturbation au niveau de la dopamine*. Celle-ci peut alors se soigner par la prise de médicaments qui agissent directement sur les neurones : ce sont les neuroleptiques.

¹ « Les psychoses » [en ligne] <http://users.skynet.be/fa378016/psy.htm> consulté le 26/02/11

En F.A.M., les personnes atteintes de psychose chronique sont dites stabilisées. C'est-à-dire que les neuroleptiques et/ou l'âge (stabilisation des symptômes positifs entre 35 et 55 ans) ont permis de diminuer ou de faire disparaître les productions délirantes et les troubles du comportement associés. Cependant la qualité de vie n'en est pas pour autant meilleure. Une éventuelle rechute dans un état délirant demeure possible. De plus, peu de traitements efficaces parviennent à soigner les symptômes négatifs et les troubles cognitifs qui sont particulièrement invalidants.

Les neuroleptiques sont classés d'après leur structure chimique et leurs effets. Parmi eux, on retrouve :

- Les sédatifs : ils diminuent l'agressivité, ou les angoisses sévères du malade ainsi que son agitation. Ils diminuent aussi les troubles du sommeil.
- Les anti-délirants ou antipsychotiques : ils suppriment ou diminuent les idées délirantes et les hallucinations.
- Les désinhibiteurs : ils combattent une certaine passivité.

Malgré les progrès pharmacologiques, ces médicaments bien qu'efficaces, sont puissants et non sans effets secondaires : des impatiences, des démangeaisons, une sécheresse de la bouche, des problèmes de poids, de somnolence et/ou de concentration viennent s'ajouter à leurs troubles et altérer leur bien-être physique.

Les médicaments à eux seuls ne suffisent pas à soigner. Ces personnes ont également besoin de soins thérapeutiques et d'un accompagnement psycho-social.

L'un des buts des institutions comme les F.A.M. est alors ciblé sur l'autonomie de ces personnes. Chercher à leur redonner un statut de sujet, leur donner la possibilité de les ouvrir à différentes activités ou sorties, font partie de leur moyen pour renouer avec le monde extérieur. L'objectif de l'art-thérapeute suivra également cette même visée.

- b) La psychose chronique entraîne des troubles de l'identité et une baisse de l'estime de soi.

Avoir une identité* implique une distinction, une mise à distance entre le monde interne de la personne et son environnement.

Or pour les psychotiques, cette lutte pour tenter d'exister est soumise à cette incapacité à distinguer le dedans du dehors. La personne psychotique se questionne alors sur la réalité de sa présence au monde. Les limites entre son monde interne et son monde externe sont floues.

Entendre des voix qui s'emparent de sa pensée, se sentir persécutée ou investie d'une mission divine, percevoir son corps comme démembré, n'aident pas à la construction de son identité, et risquent de menacer la personne dans sa propre existence.

Antonin Artaud, écrivain, poète, chroniqueur à la radio et comédien, souffrant de troubles schizophréniques dit à ce propos: « *c'est une lutte incessante contre une souffrance excessive qui envahit son corps et sa pensée.* » ¹

Ces différents symptômes, qui se définissent d'après le D.S.M. IV comme l'altération du sens la réalité et de soi, perturbent l'épanouissement de la personne, et lui offrent une mauvaise image d'elle-même.

Nous retenons par « l'image de soi* », l'idée que chacun se fait de sa propre identité physique, psychologique et sociale. L'image de soi est ainsi liée à la représentation que l'on a de son propre corps et à la façon dont on se juge.

Ces personnes sont habituellement plus sensibles aux frustrations de la vie et supporter la venue de ces conflits, qu'ils soient internes ou externes, requiert d'avoir une bonne image de soi, que l'amour que l'on a pour soi soit suffisamment développé.²

L'incompréhension de l'entourage, et la stigmatisation de la maladie sont susceptibles d'ajouter une souffrance supplémentaire à celle déjà vécue. La mésestime des autres retentit sur l'estime de soi* et les hospitalisations entre les fous et les soignants développent probablement le sentiment d'être hors norme...

Pour les personnes vivant en F.A.M., à cette longue liste des détresses, vient sans doute s'ajouter celle de ne plus avoir l'espoir de se rétablir un jour.

Cette difficulté à exister, ce sentiment d'être hors norme, la mauvaise estime des autres ont des répercussions évidentes sur le bien-être mental et celles-ci ne sont pas sans conséquences sur le bien-être social.

c) La manière d'être au monde des personnes atteintes de psychose chronique vient perturber leurs relations aux autres.

Comme nous avons pu le voir précédemment, la personne psychotique ne perçoit pas le monde de la même façon que nous et cela retentit sur sa personnalité*.

Les troubles de la personnalité sont liés à la façon d'établir des rapports humains, de percevoir et de concevoir l'environnement ainsi que sa propre personne.

¹ EVERS Angela : *Le grand livre de l'art-thérapie*. Eyrolles

² BERGERET Jean et al. *Psychologie pathologique théorique et clinique 9^{éd}*. Paris - Masson : 2004. pp208-211

Ainsi, les troubles de la personnalité entraînent inévitablement une perturbation des relations sociales, car c'est bien à travers elle, et par le biais de la communication que nous rentrons en contact avec autrui.

On communique : « dans le but de nouer des relations, partager des émotions, et des sentiments, pour agir sur autrui, pour séduire ou attaquer, pour conforter notre identité ou celle des autres. »

Communiquer, c'est transmettre des informations, et cela est indépendant du langage et des mots. Notre corps, nos gestes, nos sourires transmettent des informations à l'interlocuteur.

Or, chez les psychotiques, comportements, pensée, langage nous semblent incohérents : d'une part leurs propos nous sont difficilement intelligibles, (barrages*, diffluence*...) et d'autre part leur discours ne nous semble pas toujours adressé.

Les hospitalisations amènent peu à peu la personne à s'exclure, diminuant ses chances d'établir une vie professionnelle, réduisant ses relations amicales et affectives.

La difficulté dans le processus thérapeutique avec les personnes les plus isolées vivant en F.A.M., sera de créer du lien et un climat de confiance entre le patient et le thérapeute au-delà des mots, et de l'amener par la suite, à établir des contacts avec les autres personnes du foyer.

B● L'Art et la « folie » ont souvent été mis en relation.

1. L'Art a la particularité d'agir sur l'être humain.

a) L'Art est une activité humaine qui évolue avec le temps

L'Art existe depuis que l'Homme existe. De l'ère Paléontologique à nos jours, l'Homme n'a cessé de danser, chanter, peindre... Des manifestations reconnues aujourd'hui comme artistiques ont existé bien avant que le mot Art n'apparaisse.

L'Art s'inscrit dans le contexte socio-culturel dans lequel il naît.

Ainsi, à l'émergence des premières civilisations, l'Art relevait du divin, il était d'ordre spirituel. Ces civilisations l'intégraient à des rites que ce soit par la musique ou la danse, dans le but d'appeler les esprits. Ils espéraient ainsi, se protéger de la famine et de la maladie, soigner les maux d'une personne. Rappelons que c'est encore le cas de certaines ethnies d'Afrique ou de Mongolie.

Par la suite, l'Art est associé à la beauté. Le modèle à imiter dans le domaine de la peinture se trouve être ce qui émane du divin, à savoir la nature.

Le Beau* n'est pas seulement ce qui est agréable mais aussi ce qui suscite un plaisir esthétique. Le Beau est ce qui plaît. L'esthétique est ce qui est relatif au Beau et fait appel aux sensations.

L'Art est un concept qui a évolué et évolue avec le temps et dont la définition n'est pas encore communément admise.

Pour ce mémoire, nous retiendrons la définition du modèle de Tours, selon laquelle l'Art est une activité humaine, volontaire, dirigée vers un idéal esthétique*.¹

b) L'Art en soi n'a pas de but, mais il peut susciter un plaisir esthétique

Avant que la notion du Beau entre dans le champ de l'Art, il n'existait pas de distinction entre l'artiste et l'artisan. L'Art se définissait alors comme une habileté, un savoir-faire mais il ne se distinguait pas encore du métier. Ce n'est qu'à partir du XVIII^e siècle, que l'artiste s'émancipe des arts et métiers en devenant un praticien des Beaux-arts.

Si l'artisan a la possibilité d'exprimer sa créativité dans ce qu'il réalise, sa production, contrairement à l'artiste aura une visée utilitaire. L'œuvre de l'artiste n'a pas d'autre but que d'exister par elle-même, pour elle-même et en elle-même.

¹ FORESTIER Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Lausanne. Favre. 2005

L'artiste comme l'artisan détient un savoir-faire qu'il aura acquis et continuera d'acquérir avec le temps et la pratique. La maîtrise de la technique permet à l'artiste de traduire au mieux son intention, sa sensibilité et ses émotions.

La particularité de l'artiste sera alors de rendre visible les choses sensibles du monde qui l'entoure, ou bien de transformer ce qui existe déjà pour produire quelque chose de nouveau.

Son travail réside dans cette recherche d'un équilibre entre le fond et la forme, donnant lieu à son idéal esthétique.

- Le fond, à savoir ce que présente l'œuvre, et qui relève du subjectif.
- La forme, à savoir la technique mise en œuvre (support, matériaux...), et relevant de l'objectif.

Le plaisir à faire et en même temps la recherche perpétuelle de cet idéal esthétique, qui n'est pas sans remises en question, pousse sans cesse l'artiste à recommencer, à continuer de produire. L'Art en devient pour lui une nécessité, une raison d'être, et qui aura pour vocation d'être partagé aux yeux et aux oreilles de tous.

La chose achevée va rayonner et être captée dans un mécanisme d'impression par les sens de celui qui la contemple. Il est probable d'avoir déjà eu des frissons à l'écoute d'un morceau de musique, ou ressenti de vives émotions face à un tableau. L'Art ne laisse pas indifférent : il stimule nos sens, nos émotions et notre faculté de jugement.

c) L'Art participe à la constitution du lien social

L'Art est connu par ses œuvres et regroupe toutes les œuvres d'un pays, d'une culture, d'une période. Celles-ci peuvent se présenter sous différentes formes d'expression artistique. Hegel classe dans les produits des Beaux-arts : l'architecture, la sculpture, la danse, la musique, la littérature, et la peinture. Aujourd'hui, est venu s'ajouter à cette classification le cinéma, reconnu comme 7^{ème} art.

L'Art est un facteur de communication, un facteur universel qui va au-delà des frontières, des langues, des cultures. René Huyghe nous dit à ce propos : « l'Art, c'est le plus court chemin d'un homme à un autre et un pont entre les nations ».¹

¹ HUYGHE René, DESCAMPS Marc Alain, DONNARS Jacques. *Art et créativité*. Ed : Trismégiste. pp 75

2. Quand l'Art est mis au service du soin, de l'Homme.

a) Certains « fous » ont trouvé dans l'Art un moyen de s'exprimer.

Dès l'antiquité, il a été admis que l'Art pouvait guérir certains maux : les grecs utilisaient le théâtre ou la musique comme catharsis.

C'est véritablement à partir du XIX^{ème} siècle qu'on s'intéressera aux productions des « fous ». A cette époque-là, on parlait d'asile, de villes dans la ville, pour accueillir tous ceux qui étaient en marge de la société, ou considérés comme fous. Pour certains d'entre eux, l'Art fut un véritable moyen d'évasion, leur moyen à eux de s'exprimer.

On pensera notamment à Wolfi, à Aloyse ou encore à Séraphine qui trouvèrent par l'Art leur moyen d'expression et dont leurs productions ont été reconnues comme œuvre d'art. Néanmoins il est important de noter que si tout Art est expression, toute expression n'est pas Art.

C'est Hanz Prinzhorn, psychiatre, musicien et collectionneur d'art, qui est l'un des premiers à consacrer son objet d'étude à l'Art en milieu psychiatrique, dont il publiera ses recherches en 1922, sous le titre « *Expressions de la folie* ».

Jean Dubuffet, artiste peintre, s'est également intéressé aux productions des personnes enfermées et visita de nombreux asiles. Il recueillit un certain nombre d'œuvres, répertoriées sous l'appellation de « *La collection d'Art brut* ». Il est à l'origine d'un nouveau courant artistique qui prône la spontanéité, et dont il n'est pas requis d'avoir un savoir-faire. Pour ces auteurs, c'est un art en dehors de toutes contraintes, dénué de toute culture artistique, « *sans égard pour les conventions en usage.* »¹

Certains parlent d'art extraordinaire. Mais la recherche d'un idéal esthétique y est rare. La psychose gèle la mentalisation et ce n'est qu'en période de rémission que ces personnes peuvent être à même de produire quelque chose. La folie ne donne pas de talent.

Antonin Artaud, écrit à ce propos, avec une certaine clairvoyance : « *là où d'autres proposent des œuvres, je ne prétends pas autre chose, que de montrer mon esprit.* »² L'Art est un véritable moyen pour se connecter avec sa nature profonde et parfois de faire face à certains conflits. Trouver son identité par l'Art est un moyen pour se sentir exister.

Comme l'artiste, le patient, ou celui considéré comme « fou », cherchera par l'Art, le moyen d'exister. L'Art finit par devenir une nécessité. Si l'artiste est davantage porté par l'intention de trouver des réponses techniques ou esthétiques, il n'en restera pas moins que les deux chercheront avant tout à « être » par leur création.

¹ BONNEFON, George. *Art et lien social*- citation de Dubuffet – p65

² EVERS, Angéla. *Op cit.*

b) Avec l'avènement de l'art-thérapie, une discipline à part entière est née.

Emergeant vers 1930 aux Etats-Unis, c'est vers les années 80, que l'art-thérapie* connaîtra son essor en Europe.

En psychiatrie, les prises en charge en art-thérapie se font sous indication médicale, généralement au sein d'une équipe pluridisciplinaire de soin. L'art-thérapeute est en mesure d'établir un protocole thérapeutique dans le but d'éliminer les pénalités de la personne, qui sera l'un des objectifs à atteindre. On entend par pénalité ce qui cause de la peine, de la souffrance, qui nuit à l'épanouissement de la personne.

L'art-thérapie est aujourd'hui reconnue comme discipline paramédicale, et se définit d'après le modèle de Tours comme l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique.

Cette discipline demande alors à celui qui la pratique d'être à la fois un thérapeute et un praticien de l'art.

Etre thérapeute implique d'avoir des connaissances médicales et paramédicales et de les exploiter au mieux dans le but de soulager les symptômes de la personne.

Etre un praticien de l'art, signifie avoir des compétences dans un champ artistique que ce soit la musique, la danse, la peinture... On parlera d'art-thérapie à dominante danse, musique, peinture...etc.

Par sa pratique, il aura acquis un savoir-faire qui permettra de répondre aux attentes de la personne, et de devenir un moyen pour le patient d'arriver à ses fins dans la réalisation de ses productions.

C'est évidemment le lien entre ces deux champs de compétences qui sont importants et qui font l'originalité du métier d'art-thérapeute.

Car il est bien le seul à utiliser le pouvoir et les effets de l'Art dans le processus thérapeutique. L'art-thérapeute va s'intéresser à la partie saine de la personne, ce qui va bien chez elle, et exploiter, mettre en valeur ses potentialités, dans le but de redonner confiance en soi, s'affirmer, s'estimer. Redonner au patient son statut d'être, de sujet, et non de malade.

Les champs d'application de l'art-thérapie, que ce soit en groupe ou en individuel sont les troubles de l'expression, de la communication et/ou de la relation. Nous allons voir que les personnes psychotiques qui sont justement dans l'incapacité de pouvoir établir du lien avec autrui, peuvent bénéficier de l'art-thérapie.

C● Les séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques peuvent être bénéfiques pour les personnes atteintes de psychose chronique.

Si la problématique de la personne psychotique est bien l'incapacité de donner existence à son être, en quoi l'art-thérapie va-t-elle pouvoir pallier cette difficulté ?

Comme j'ai pu l'expliquer précédemment, la qualité de vie de la personne atteinte de psychose chronique est considérablement perturbée.

Je vais ici m'intéresser à la façon selon laquelle l'Art et en particulier les arts plastiques, en séance d'art-thérapie peuvent leur être bénéfique.

1. Les arts plastiques appartiennent à l'Art et s'exploitent auprès d'adultes psychotiques.

Avec l'avènement des arts plastiques, il est né un éclatement des différents types de médium*. Les arts plastiques regroupent ainsi un ensemble de disciplines artistiques dont les arts graphiques et picturaux, la photographie, les volumes (sculpture, installation) et la vidéo. Ils ont pour objet l'invention de formes et permettent une transformation des impressions du monde sensible en expression par des formes de taille, d'aspect, de couleurs différentes.

Chacune de ces disciplines fait appel à une méthode et à un savoir-faire particulier. L'artiste plasticien pourra mêler plusieurs techniques dans la réalisation de ses productions.

La particularité des arts plastiques, contrairement à la danse ou à la musique, est que la production qui résulte de l'activité est indépendante de son auteur. Alors qu'il n'y aura pas de musique ou de sons sans que le musicien ne prenne son instrument, la production du plasticien, une fois achevée peut exister et rayonner sans recourir à la présence de son auteur.

En art-thérapie, ce n'est pas seulement la chose finie qui est important mais aussi et surtout le processus par lequel est passé la personne pour arriver à cette chose aboutie.

S'il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation des arts plastiques auprès des personnes atteintes de psychose chronique lorsque cette dernière est dite stabilisée, l'art-thérapeute devra néanmoins veiller à ce qu'à l'aboutissement de la réalisation, la personne puisse la percevoir comme un élément bien distinct d'elle-même.

2. L'œuvre d'art est le point de départ du cheminement thérapeutique.

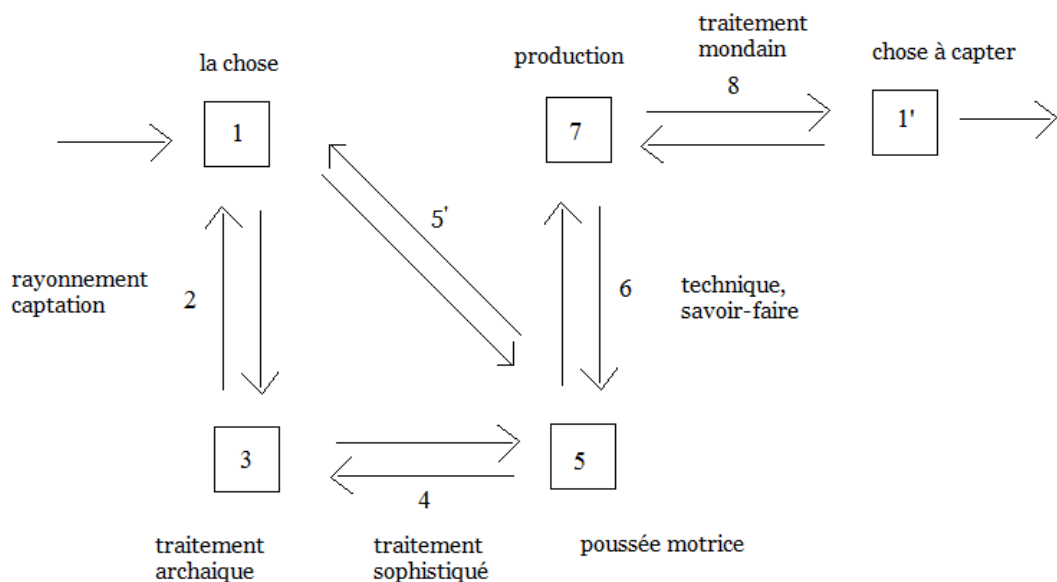
L'art-thérapeute va approcher ces personnes, en tenant compte de leur vécu, leurs expériences, leurs connaissances, et leur goût. Montrer des œuvres d'art, que ce soit par la lecture de poèmes, un moment d'écoute musicale, ou parcourir du regard un livre d'Art, permet de créer un moment de partage et de connaissance favorisant l'établissement d'un climat de confiance.

a) La contemplation d'une œuvre d'art stimule les sens et suscite l'expression du goût

Avant de pouvoir produire, il est important, mais évidemment pas suffisant, d'avoir reçu ou s'être nourri des choses qui nous entourent. Pouvoir se référer à des productions artistiques est nécessaire au développement de notre imagination. La contemplation éveille les sens.

Pour bien comprendre le cheminement thérapeutique voici les différentes étapes par lesquelles la réflexion circule chez la personne qui est dans la contemplation ou dans la production. On nomme ce processus l'opération artistique.¹

Schéma de l'opération artistique



¹ FORESTIER, Richard. op. cit. supplément à la 5^{ème} édition de 2007. « Synthèse de l'opération artistique » pp.187

Ainsi, l'œuvre d'art [1] rayonne et contribue ainsi à stimuler nos sens [2].

Ecouter la 9^{ème} symphonie de Beethoven, va pouvoir susciter des sensations telles que, suite au traitement archaïque [3], des émotions vont pouvoir naître ([4] : traitement sophistiqué). De la sensation procurée par l'œuvre, la personne peut émettre une réaction [4] et [5]. Celle-ci peut-être verbale : la personne fait part verbalement de son goût ou bien de son dégoût, ou non verbale : avec la musique par exemple, la personne pourra battre le rythme du pied.

Exprimer son goût « c'est la faculté de se déterminer dans l'appréciation qualitative sensorielle des choses qui nous entourent ».¹

Cette faculté se base sur nos expériences sensorielles vécues et fait appel à notre mémoire et à nos souvenirs.

Elle permet à la personne :

- d'une part, de se rappeler des émotions, des souvenirs qui étaient restés jusque-là enfouis,
- ressentir le plaisir esthétique que procurent les œuvres, permet d'accéder au statut de sujet, de se sentir un Homme parmi les autres Hommes,
- d'autre part, à s'affirmer en osant exprimer son goût, en étant capable de dire ce que nous aimons ou ce que nous n'aimons pas, ce que nous trouvons beau ou laid.

Cette première étape peut se transformer en un élément moteur pour passer à l'expression artistique.

a) L'expression artistique va s'effectuer au regard d'un cadre thérapeutique.

Mettre en place un cadre, est nécessaire. Cela passe par le respect du cadre horaire, du matériel, et de l'autre (que ce soit le thérapeute ou les autres membres du groupe, si l'atelier s'effectue à plusieurs).

Donner un repère spatio-temporel à ces personnes est indispensable à la bonne mise en place de l'atelier. En effet, pour elles, il n'est pas toujours évident de se repérer dans l'espace et dans le temps dont ce dernier semble parfois leur échapper.

Lors des séances, la méthodologie que va adopter l'art-thérapeute, au regard des pénalités de la personne, va être déterminant pour le bon déroulement de la prise en charge.

¹ FORESTIER, Richard, op cit, supplément à la 5^{ème} édition de 2007. pp.160

L'expression artistique ne pouvant être contrainte et forcée, l'atelier d'art-thérapie doit offrir les conditions nécessaires pour se sentir libre de faire ou de ne pas faire, de contempler ou juste d'écouter de la musique... et de laisser venir le moment opportun où la personne se sentira à même de s'exprimer.

Nous avons tous un champ privilégié d'expression. Pour certains, le sens le plus sensible sera l'ouïe, pour d'autres ce sera la vue, d'autres encore trouveront dans le langage corporel leur façon de s'épanouir. Cela dépend de tout un chacun.

En art-thérapie, il va s'agir d'utiliser la discipline artistique qui correspondra à la demande du patient, si demande il y a et/ou en fonction de sa problématique. Le but ne sera pas d'en faire des artistes, mais des personnes qui ressentiront un mieux-être grâce à cette possibilité de s'exprimer par l'Art.

Lors des ateliers d'art-thérapie, une relation triangulaire (le patient, l'art-thérapeute, la production et éventuellement les autres participants si l'atelier s'effectue en groupe) se met en place.

Avoir une attitude bienveillante, savoir observer et écouter en accueillant au mieux ce que la personne a à exprimer, à dire, font partie des qualités nécessaires de l'art-thérapeute. Le patient doit pouvoir se sentir libre d'exprimer tout ce qu'il a besoin d'exprimer sans se sentir jugé. Car comme nous le savons, l'Art vient puiser au plus profond de nous-même.

Si ces personnes n'ont pas toujours la technique et le savoir-faire, elles ont cependant une grande sensibilité qu'il faudra exploiter. L'art-thérapeute sera là pour pallier les difficultés techniques afin que le patient puisse arriver à ses fins et/ou tendre vers son idéal esthétique.

Susciter le désir de faire, le plaisir, leur donner la capacité de s'étonner est primordial !

b) Les arts plastiques, en stimulant les potentialités de la personne psychotique, sollicitent son engagement et son style

a) Les arts plastiques apportent un bénéfice sensoriel contribuant à revaloriser l'estime de soi.

Les arts plastiques donnent la possibilité de jouer avec les formes, les couleurs, les matières. De plus, ils ont la particularité de pouvoir stimuler pour ainsi dire tous nos sens, plus spécifiquement la vue et le toucher, mais aussi l'ouïe et l'odorat.

La peur de mal faire, de faire des dessins d'enfant, de ne pas reproduire le réel... peut être très présente pour ces personnes qui n'ont déjà pas beaucoup d'estime d'elles-mêmes.

Or, l'art-thérapeute va pouvoir faire appel à son inventivité pour impulser la prise d'initiative si celle-ci fait défaut ; et par le biais des arts plastiques susciter le désir et le plaisir de faire.

Par exemple, une méthode basée sur le jeu peut être un moyen efficace pour la personne d'oser expérimenter, de découvrir de nouvelles techniques, tout en dissipant sa peur de l'échec. L'amener à se laisser davantage aller aux sensations que la réalisation lui fournit, peut lui permettre de s'engager dans l'activité artistique, sans trop de réticences.

Si de simples gestes comme le fait de peindre au pinceau brosse une feuille « couleur arc en ciel » (réf. Madame X), ou de mélanger des couleurs entre elles et d'en voir apparaître de nouvelles peuvent nous procurer des sensations agréables, celles-ci susciteront en nous du plaisir.

Cette expression artistique, dont le corps est utilisé comme principal médiateur, est un acte anarchique, archaïque, sans intention préalable, que nous appelons en art-thérapie : Art I.

Celui-ci peut nous amener à ressentir du Bon. Le plaisir, qui correspond à la sensation initiale due à la réduction d'une tension, est nécessaire au bonheur, à l'épanouissement de l'homme. Freud disait même qu'il pouvait être thérapeutique.

Le plaisir sensoriel ou esthétique (par exemple suite à des séances de contemplation) pourra alors susciter chez la personne le désir et l'envie de réaliser quelque chose ou de poursuivre dans cette voie.

b) Exprimer sa singularité par le biais des arts plastiques permet d'acquérir une meilleure confiance en soi.

La pratique des arts plastiques impliquent une coordination visuelle et tactile, dont l'outil essentiel est la main.

La main implique la motricité fine : la tenue du pinceau, du crayon dans ses doigts.... La main va devoir coordonner nos représentations mentales, ce que l'on voit, ce que l'on est en train de tracer et se réajuster à chaque fois que cela sera nécessaire. Ainsi la production se génère dans le [4] – intention de la personne- ; se lance dans le [5] – le corps se met en mouvement en vue de la réalisation de son intention- ; et s'élabore dans le [6] – ajustement de ce que la personne veut faire et de ce qu'elle est en train de faire.

Si les tremblements, induits par la prise des médicaments, peuvent leur faire redouter un tracé incertain, l'intention portée au projet artistique, la tenue de l'outil, la concentration pourront à l'inverse permettre de diminuer, voire de faire disparaître ces tremblements lors de l'action artistique.

Tout comme l'artiste, la personne atteinte de schizophrénie pourra porter une intention à la réalisation de sa production.

En art-thérapie, nous nommons Art II, l'expression sophistiquée déterminée par l'intention, et orientée vers l'esthétique.

Ce type d'expression suppose un savoir-faire, une technique émanant d'un apprentissage, mais implique également la faculté de se projeter dans l'avenir.

L'aboutissement du projet artistique [7] déterminé par l'intention [4], va dépendre du savoir-faire mis en œuvre [6], des sentiments et de la sensibilité du moment (dedans) [3] et des contraintes imposées par le monde « réel » (dehors) – pour obtenir du vert, le mélange du bleu et du jaune s'impose. Ce va et vient entre le dedans et le dehors, va stimuler les capacités psychomotrices de la personne et lui permettre de construire peu à peu sa production en vue de son idéal esthétique.

Cependant rechercher à faire du Beau, n'est pas toujours si simple. Il peut parfois mettre en doute la nature de nos capacités, et susciter du déplaisir.

Par exemple, par le dessin de reproduction (mimésis), si la personne est trop attachée à son modèle et souhaite reproduire à l'identique ce qu'elle voit, celle-ci risque d'être toujours déçue par sa production.

Les efforts physiques et intellectuels fournis vont redonner à la personne le statut de sujet, d'« être » pensant et agissant, et lui permettre ainsi de reprendre confiance en ses capacités.

En étant l'auteur de ses choix, de voir du geste de sa propre main apparaître une forme, se sentir maître de ces formes qui voient peu à peu le jour, la trace ainsi laissée sera imprégnée du style de la personne.

Si la nature de la pénalité de la personne psychotique est celle de se sentir hors-norme, exprimer sa différence, son originalité, sa personnalité par le biais des arts plastiques est un moyen de faire de cette différence un atout.

Exprimer sa singularité par le biais des arts plastiques, peut nous donner ce sentiment d'être unique et distinct des autres individus.

Cette nouvelle chose, provenant de son monde interne devient alors quelque chose de matériel, qui se décrit, se touche, se sent... Un nouveau support de communication est né, basé sur quelque chose d'externe et de réel.

- c) Les arts plastiques laissent une trace et deviennent un support de communication, favorisant les relations sociales

Tout art est expression et l'expression est inhérente à l'être humain. « L'expression est la manifestation de la pensée, du sentiment par la parole, la physionomie, le geste. »¹ Elle est l'interface entre l'être humain et la collectivité.

Or, les arts graphiques et picturaux sont non seulement une activité expressive mais aussi un moyen de communication.

Dans le cadre des séances d'art-thérapie, comme sa définition l'indique, l'art-thérapeute va chercher à exploiter le potentiel artistique de la personne. Il est là pour montrer les différentes possibilités qui s'ouvrent au sujet, pour l'accompagner dans la découverte des différents outils artistiques, et pour lui faire parvenir à transmettre quelque chose autrement que par la parole.

En mettant en image ses idées, ses ressentis, parfois même ses visions, la personne va laisser son empreinte, sa trace à ce qu'elle a produit. Sa production va alors refléter ses choix, son style, et sa personnalité.

Cependant, produire pour produire n'est pas suffisant au bon épanouissement de la personne. La relation aux autres est indispensable. Créer, produire, c'est affirmer son identité. Et cette identité doit être reconnue par les autres.

Si les arts plastiques ont bien cette spécificité à savoir que la production achevée puisse se trouver dans un espace physiquement séparé du sujet, il sera du devoir de l'art-thérapeute de veiller à ce que cette distanciation, cette fois mentale soit bien opérante chez la personne atteinte de psychose chronique.¹

Une fois la prise de distance établie, le fait de pouvoir montrer sa production – à savoir ce que nous sommes- et obtenir une reconnaissance à ce qui a été fait- les efforts fournis – est important.

Leurs productions leur appartiennent ; ils sont libres d'en faire ce qu'ils en veulent.

En choisissant de montrer, ou d'offrir leurs productions que ce soit à leur médecin, à leur encadrant ou à leur famille, cet acte va contribuer à affirmer leur identité. Un échange pourra alors avoir lieu autour de leur production et renforcer par la venue de compliments leur confiance en eux.

¹ SEBAN, Gilles. *Création artistique et figuration délirante*. L'Harmattan : 2001.pp.104

Deuxième PARTIE :

PRESENTATION D'UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE AUPRES
D'ADULTES PSYCHOTIQUES VIVANT EN FOYER D'ACCUEIL
MEDICALISE

2^{ème} partie : Présentation d'une expérience d'art-thérapie auprès d'adultes psychotiques vivant en Foyer d'Accueil Médicalisé

A. Mon stage s'est déroulé au sein de la résidence Falret

1. La résidence Falret est un Foyer d'Accueil Médicalisé issu de l'association l'Œuvre Falret.

a) Présentation de l'Œuvre Falret

L'Œuvre Falret a été créée en 1841 par un célèbre psychiatre français, Jean Pierre Falret. Elève de Pinel et d'Esquirol, il a apporté une nouvelle vision de la maladie mentale. Il était avant tout un humaniste qui cherchait à défendre la cause des malades mentaux. Croyant à leur possible guérison, il a créé des établissements d'accueil afin d'accompagner le malade vers une réinsertion sociale.

Parmi une sélection de personnes, pas assez autonomes pour vivre en société et en même temps suffisamment stabilisées pour ne plus relever de l'hôpital psychiatrique, des Foyers d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) ont vu le jour pour leur permettre de bénéficier d'un hébergement, d'un lieu de vie, leur assurant un suivi médical, paramédical et éducatif. L'accès aux F.A.M. se fait sur orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (C.D.A.P.H). Les soins et personnels médicaux et paramédicaux sont financés par l'Assurance Maladie, tandis que l'hébergement et l'animation dépendent du conseil Général de la région.

Ces résidences sont plus riches en équipement divers et le personnel y est plus nombreux qu'en hôpital psychiatrique. Leur statut passe de celui de patient à celui de résident et chacun devra alors apprendre à vivre en communauté.

Chercher à apporter un mieux-être à ces personnes en souffrances psychiques, que ce soit par des soins adaptés et des prestations de qualité, font partie du projet de l'Œuvre Falret.

b) L'épanouissement et le bien-être des résidents est au cœur du projet de la résidence Falret.

La résidence Falret, récente d'à peine plus de deux ans s'est mise en place grâce à une équipe de direction et s'est peuplée au fur et à mesure de soignants et de résidents. Elle se trouve en banlieue parisienne, dans un lieu calme et verdoyant.

➤ La structure de l'établissement :

Elle comporte trois bâtiments :

- Le bâtiment d'accueil (bâtiment C) comprend les bureaux du directeur, du personnel administratif et le secrétariat.
- Les bâtiments A et B sont séparés par un jardin. Ils sont consacrés à l'espace de vie des résidents. Chaque étage nommé unité de vie comporte une cuisine, un coin télévision, un espace commun de vie... Il peut accueillir jusqu'à 10 résidents.

En tout, la résidence peut accueillir 56 résidents. Deux places supplémentaires sont réservées aux accueils temporaires. Ceux-là peuvent y séjourner trois mois répartis dans l'année.

Le bâtiment central (bâtiment A) a la particularité de regrouper les différentes salles d'activités, ainsi que le self et l'accueil de jour. L'accueil de jour peut accueillir jusqu'à 5 personnes qui viennent en raison de une à cinq journées par semaine afin de profiter des différentes activités proposées par la résidence, dont les ateliers d'art-thérapie.

➤ Le rôle de chacun :

Le fonctionnement de la résidence s'appuie sur la direction et l'administration, les aides médico psychologiques (A.M.P.), les aides-soignantes, les maîtresses de maison, les lingères, les agents d'entretien, les surveillants de nuit, les infirmiers, les psychologues, les psychiatres, les animateurs et les éducateurs ; chacun étant tenu de se mettre à la portée et au service de l'autre.

L'objectif commun de tout un chacun est ciblé sur la restauration de l'autonomie de ces personnes.

- La direction et l'administration veillent au bon fonctionnement du foyer dans son ensemble.
- Les aides médico-psychologiques, les aides-soignantes assurent l'aide et l'assistance dont les résidents ont besoin dans leur quotidien (hygiène, confort...)
- Les maîtresses de maison et les lingères peuvent jouer un rôle dans l'aide au maintien de l'autonomie en faisant participer les résidents à quelques-unes des tâches se rattachant à leur quotidien...
- Le médecin psychiatre de la résidence est là pour veiller au maintien de l'état de santé du résident. En cas de rechute (survenue de délire ou d'angoisses), il sera décidé en réunion de recourir ou non à une hospitalisation. Les traitements médicaux sont prescrits par leur médecin de secteur et sont délivrés par les infirmiers.

- Infirmiers et psychologues sont présents sur chacun des deux bâtiments. Les premiers sont chargés de distribuer et veiller à la prise des traitements de chacun des résidents, les deuxièmes s'assurent du bien-être à la fois du personnel et des résidents.
- Les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs présents sur chaque unité de vie, ont pour objectif de maintenir l'autonomie des résidents. Ainsi sont organisés en collaboration avec l'équipe d'animation des séjours et des sorties. Diverses activités (chant, théâtre, écriture, musique, et balnéothérapie...) proposées par les animateurs viennent inscrire les résidents dans la vie institutionnelle.

c) La communication entre les équipes pluridisciplinaires contribue au bon fonctionnement de la résidence Falret.

La communication est primordiale au bon fonctionnement institutionnel. Différentes sortes de réunions ont lieu hebdomadairement ou mensuellement. Elles s'effectuent pour la plupart d'entre elles avec la chef de service qui préside ces réunions.

Les réunions « le rôle de chacun » consistent à définir en quoi l'équipe pluridisciplinaire est complémentaire. Elles permettent d'éclaircir le rôle de chacun et d'aborder les difficultés pouvant se présenter dans l'exercice de son métier.

Une réunion de synthèse hebdomadaire a lieu pour effectuer le bilan du comportement, de l'évolution, et de l'intégration au sein de la résidence de deux résidents.

Chaque semaine également, psychologues, éducateurs et animateurs se réunissent pour faire le point, noter les incidents, et retransmettre oralement les faits importants s'étant déroulés sur une unité de vie.

D'autres réunions donnent la parole aux résidents, pour parler de la préparation des séjours, ou des fêtes à venir, ou afin qu'ils puissent faire part de leurs avis concernant la restauration ou autre. Donner son avis, émettre des suggestions, des critiques, leur donne la possibilité de prendre part à l'organisation de la vie institutionnelle.

2. S'intégrer en tant que stagiaire dans une nouvelle structure demande un temps d'observation et d'adaptation.

Je suis arrivée dans un contexte tel qu'un poste d'art-thérapeute était vacant. J'ai ainsi pu bénéficier d'un cadre adéquat, une salle aménagée et équipée était disponible pour pouvoir y effectuer un projet d'art-thérapie à dominante arts plastiques.

Ce projet s'est effectué en accord avec le directeur et la chef de service et s'est mis en place avec l'aide de ma directrice de stage, la psychologue du bâtiment B et le soutien de

l'équipe d'animation. Ce stage allait durer 140 heures, réparties entre septembre et décembre mais s'est finalement prolongé jusqu'à fin juin.

Durant les deux premières semaines du stage, j'ai demandé à prendre un temps d'observation, afin de m'intégrer à l'équipe et de faire connaissance avec les résidents. Ma première démarche a alors été de participer à quelques-unes des différentes activités qui étaient proposées.

Lors d'une réunion d'équipe et d'une réunion destinée aux résidents, j'ai pu présenter ma discipline, ainsi que mon projet thérapeutique. Des séances individuelles avec les personnes les plus isolées et des séances de groupe à dominante arts plastiques allaient être mises en place.

Parallèlement, je suis allée à la rencontre de chacune des personnes, au sein de leur unité de vie, afin de me présenter, prendre connaissance de leur goût, et leur donner les raisons de ma présence ici.

B. Le stagiaire art-thérapeute met en place des ateliers de groupe et des séances individuelles

1. En accord avec la direction, le stagiaire inscrit le projet d'art-thérapie dans un cadre défini.

Mettre en place un cadre, c'est déterminer le lieu, le jour et l'horaire des séances d'art-thérapie et cela s'effectue en accord avec l'équipe. Le cadre offre une régularité dans l'organisation des séances et donne un repère spatio-temporel nécessaire aux résidents.

Il a été ainsi proposé de mettre en place un atelier de groupe à dominante arts plastiques et des prises en charge individuelles pour les personnes les plus isolées du foyer. Il a été convenu en accord avec la direction et l'équipe que je viendrais à raison de deux fois par semaine le mardi et le jeudi.

2. Les séances de groupe à dominante arts plastiques se sont orientées vers une animation en art-thérapie.

Il existait déjà un atelier d'arts plastiques proposé par un animateur qui avait lieu une fois par semaine le jeudi matin de 10h30 à 11h30. Déjà promu à d'autres activités, il participa, de temps à autre, comme co-animateur, à ces séances. La présence des participants à cet atelier était fluctuante, cela pouvait aller de une à sept personnes.

J'ai cherché dans un premier temps à recadrer : à commencer par ranger l'atelier de sorte que le matériel soit facile d'accès, commander des cartons à dessin afin de pouvoir ranger les productions, redéfinir les horaires avec les résidents : « après l'heure ce n'est plus l'heure » !

Il a été important de leur préciser que leurs travaux ne sont ni jugés ni analysés, que leurs productions leur appartiennent, et qu'ils sont donc libres d'en faire ce qu'ils en veulent.

Déceler les potentialités et les difficultés de chacun, connaître leur goût dans le domaine des arts ont permis de créer un lien autre que le rapport soignant-soigné. L'atelier d'art-thérapie à proprement parlé s'est apparenté à une animation en art-thérapie à dominante arts plastiques, s'appuyant davantage sur la dynamique de groupe.

La plupart du temps un fond musical les accompagnait dans la réalisation de leurs productions, créant une atmosphère paisible et agréable.

Plaisir était le mot clef de l'atelier, expérimenter, était une façon ludique de leur faire découvrir de nouvelles choses.

Avec la possibilité de faire ou de ne pas faire, de nouvelles personnes ont pu venir contempler et/ou écouter de la musique jusqu'à finir par participer et prendre goût à l'atelier.

Par la proposition d'atelier à thème, (à partir d'un sujet ou à partir d'une technique particulière) ils ont pu découvrir de nouveaux champs d'expression.

Par la suite, la venue des participants est devenue plus régulière.

Après chaque séance, un compte-rendu personnalisé est transmis par écrit, sur le cahier des animateurs.

3. Une stratégie thérapeutique s'élabore autour des prises en charges individuelles : de l'orientation au bilan de fin de prise en charge

- a) L'indication en art-thérapie par l'équipe pluridisciplinaire s'est portée vers les personnes les plus isolées de la résidence

Pendant mon temps d'observation, avec ma directrice de stage, la psychologue du bâtiment B, et quelques autres membres de l'équipe, notamment les éducateurs et l'équipe d'animation, nous avons pu cibler ensemble les personnes pour qui, il serait bénéfique d'être pris en charge individuellement en art-thérapie.

Le projet du foyer s'inscrivant dans une démarche d'autonomisation et d'intégration de ces personnes, l'équipe m'a alors orientée vers les personnes les plus isolées du foyer.

Parmi elles, un contact s'est rapidement établi avec quatre d'entre elles.

La première rencontre avec ces personnes m'a fait prendre connaissance de leur intérêt dans le domaine des arts, (musique, écriture, peinture...) et vers quel type d'expression se sentaient-elles le plus à même de s'orienter.

En observant leur capacités relationnelles et selon leur pénalité, une stratégie thérapeutique allait pouvoir se mettre en place.

- b) Le stagiaire commence par cibler l'objectif général en vue de l'élaboration de la stratégie thérapeutique.

Les premières séances nous permettent de cibler l'état de base de la personne, ses intentions sanitaires et artistiques, ses difficultés ainsi que ses potentialités tant au niveau relationnel qu'artistique, et enfin l'objectif général* à atteindre. A partir de ces différents éléments, le stagiaire art-thérapeute pourra mettre en place une stratégie thérapeutique.

- L'état de base :

Définir l'état de base, c'est être avant tout observateur et à l'écoute du patient. C'est déterminer ses capacités esthétiques, ses goûts personnels, et ses capacités relationnelles. D'autres informations auprès de l'équipe ou dans leur dossier médical (comme le traitement médicamenteux, les relations familiales...) peuvent également être utiles dans la constitution du protocole thérapeutique.

- Les pénalités :

C'est déterminer les difficultés ou la problématique de la personne. C'est-à-dire, ce qui, par son handicap va altérer son bien-être. A partir de ces pénalités, l'art-thérapeute va mettre en place une stratégie thérapeutique.

- Les objectifs :

L'objectif général est l'objectif thérapeutique que l'art-thérapeute cherche à atteindre. Celui-ci s'inscrit généralement dans le projet thérapeutique de l'équipe pluridisciplinaire.

Des objectifs intermédiaires* vont découler de cet objectif général. Ils vont être un élément clef dans l'élaboration du cheminement thérapeutique. L'objectif intermédiaire atteint signifie que la difficulté a été dépassée, et que nous pouvons avancer en vue de l'objectif général.

Le stagiaire art-thérapeute va ainsi adapter les méthodes et les moyens en vue de l'objectif thérapeutique.

- c) L'art-thérapeute dispose d'outils spécifiques en vue du suivi thérapeutique : la fiche d'observation

L'art-thérapeute va remplir après chacune des séances, une fiche d'observation qui va lui servir d'aide-mémoire. Celle-ci est adaptée en fonction de la pathologie du patient et du type d'atelier mis en place.

Au sein du phénomène artistique, et/ ou au regard des capacités relationnelles, des items ou des faisceaux d'items vont apparaître. L'item est la plus petite unité observable, mais aussi l'élément sensible caractéristique d'une difficulté. Ainsi, lorsque l'item n'est plus visible, la difficulté a disparu.

Le choix, la nature et la quantification des items sont déterminants pour la réalisation de l'évaluation de la prise en charge. Ceux-ci sont généralement choisis en fonction de l'objectif thérapeutique ou des objectifs intermédiaires.

- d) Le stagiaire retransmet un bilan de ces observations à l'équipe pluridisciplinaire

Dans le cadre de mon stage, les retransmissions se sont faites auprès de ma directrice de stage, qui a ainsi pu m'épauler, et me faire bénéficier de sa compétence professionnelle. Des bilans en réunion d'équipe sont retransmis oralement. Un compte rendu par écrit a été délivré à l'occasion des réunions de synthèse et à la fin des prises en charge en individuelles.

Les échanges informels avec les différents membres de l'équipe, viennent également enrichir ou apporter des informations nécessaires au suivi thérapeutique des personnes prises en charge en art-thérapie.

C• Madame X a bénéficié d'une prise en charge individuelle en art-thérapie à dominante arts plastiques

Etre au plus proche du malade, de sa personnalité, de son rapport au monde et aux autres autant au sein de leur famille que dans leur lieu de vie actuel apporte des informations déterminantes au protocole thérapeutique.

J'ai choisi de vous présenter ici l'observation clinique de Madame X, qui a enrichi tout particulièrement ma réflexion sur l'art-thérapie. Nous avons choisi de la nommer ainsi afin de préserver son anonymat.

Ayant eu la chance de pouvoir poursuivre cette expérience en art-thérapie jusqu'à la fin du mois de juin, je vous présenterai l'évolution de sa prise en charge sur toute sa durée.

1. Présentation de la prise en charge de Madame X

- a) S'informer de l'anamnèse et de l'état de base de Madame X nous permet de mieux appréhender sa prise en charge :

- L'anamnèse de Madame X nous informe sur son passé :

Madame X est née en 1956. Le contexte familial, dans lequel elle a vécu, était difficile, les relations avec son père et sa mère étant pathogènes*.

Elle se trouve au milieu d'une fratrie de 3 sœurs dont l'aînée est décédée. Cet événement l'a beaucoup affecté et il lui arrivera de m'en parler lors de nos séances.

Après avoir obtenu son baccalauréat, elle s'est orientée vers un deug d'histoire.

Elle a vécu pendant 2 ans dans une famille d'accueil thérapeutique, avant d'arriver à la résidence Falret. Mais la relation avec son père aurait fini par compromettre celle avec sa famille d'accueil.

Il est noté dans son dossier qu'elle souffre de psychose chronique. Mais afin d'éviter toute stigmatisation, il n'est pas spécifié qu'elle souffre de schizophrénie.

Elle doit suivre un traitement médical constant et régulier. La prise des médicaments s'effectue 3 fois par jours avant les repas. Elle est très attentive et précautionneuse vis à vis de son traitement.

- L'état de base de Madame X a motivé sa prise en charge en art-thérapie :

Madame X a des ressources et une grande culture. Elle est de nature curieuse mais a tendance à se dévaloriser. La lucidité sur sa pathologie et sur elle-même, l'amène parfois à avoir des idées morbides.

Au regard de l'équipe, Madame X est quelqu'un d'ambivalent et méfiant (signes cliniques de sa pathologie). Elle ne participe à aucune activité.

- L'intention artistique de Madame X s'est orientée vers les arts plastiques

Madame X aime la musique classique et le dessin. Elle est désireuse d'exprimer des choses, mais dit ne pas savoir comment. Son choix d'expression privilégié s'est porté sur le dessin et la peinture. Durant les séances, il ne sera pas rare d'écouter de la musique en fond, ou de feuilleter des livres d'Art.

- b) L'objectif général de la prise en charge de Madame X sera de rétablir sa confiance en elle.

Madame X souffre (ce sont ses propres mots) de ne pas avoir confiance en elle. Elle a tendance à se dévaloriser ce qui entre autre, altère sa qualité de vie.

Si l'objectif général de l'équipe est de réintégrer Madame X à la vie communautaire, en la faisant participer aux différentes activités, celui de l'art-thérapeute sera en premier lieu de restaurer sa confiance en elle afin qu'à l'avenir Madame X puisse porter un nouveau regard sur elle. La confiance en soi et l'estime de soi sont indispensables à l'établissement d'un échange avec le monde extérieur, ainsi il pourra éventuellement émaner de ce changement l'envie de participer à d'autres activités.

Lors du cheminement thérapeutique, en vue de l'objectif thérapeutique, des objectifs intermédiaires sont apparus.

- Oser de nouvelles techniques
- Prendre du plaisir lors de l'activité
- S'autoriser à se satisfaire de ses productions
- Tout au long des séances, le stagiaire a également cherché à la faire gagner en autonomie.

- c) La stratégie thérapeutique adoptée est de valoriser le potentiel artistique de Madame X

Comme nous avons pu l'énoncer précédemment, Madame X est une personne qui a très peu confiance en elle. Elle évoque cependant avoir un goût prononcé pour les arts, et en particulier pour la musique classique et pour le dessin. Madame X s'engage ainsi à participer aux séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques. Par l'exploitation du potentiel artistique de Madame X, le stagiaire va chercher par des moyens adaptés à valoriser son potentiel et à rétablir ainsi sa confiance en elle.

Etat de base	Objectif thérapeutique	Les moyens utilisés
Madame X se dévalorise, ne participe pas ou peu aux activités. Elle dessine et aime la musique classique	Du stagiaire : Restaurer la confiance en soi De l'équipe : l'intégrer aux activités de la résidence	Madame X aime le dessin, l'engager dans une activité artistique peut permettre à Madame X de reprendre confiance en elle.

2. Compte rendu du déroulement des séances révélatrices des stratégies thérapeutiques mises en place tout au long de la prise en charge de Madame X.

La première rencontre (T0¹) se fait au cours d'un repas, durant lequel je me présente. Madame X semble intéressée par l'art-thérapie. Un rendez-vous est ainsi pris en accord avec l'équipe et la direction, pour la semaine suivante.

La prise en charge de Madame X a commencé le 21/09/10 et s'est finie le 26/05/11. Les séances d'art-thérapie ont eu lieu une fois par semaine à raison d'approximativement une heure. La durée des séances dépendront de l'humeur de la patiente, de son état de fatigue, de ses préoccupations.

Au départ nous avons fixé nos séances le mardi à 11H. En raison de certains contretemps et d'absences répétées de Madame X, nous avons décidé de décaler la séance du mardi à 12h, entre la prise de traitement et l'heure du déjeuner. Madame X n'est pas de nature très matinale, et cet horaire a semblé mieux lui convenir. Par un remaniement d'emploi du temps, à partir du mois de janvier, nous avons de nouveau changé d'horaire et fixé le jeudi à 14h.

Avant de commencer l'activité artistique, Madame X aura souvent besoin d'un temps pour parler de ses tracas.

De la séance 1 à 5 :

Les 5 premières séances ont été un temps d'adaptation, un temps pour faire connaissance, et de prendre note des capacités esthétiques et relationnelles de la personne.

T1 : Par un moment d'écoute musicale, Madame X se livre à moi et me fait part de ses goûts artistiques. Madame X est très sensible, et à l'écoute de la 9^{ème} symphonie de Beethoven (suite à sa requête), elle versera quelques larmes.

T2 : La semaine suivante la séance n'aura pas lieu. Madame X ne se sentait pas bien et n'a pas souhaité venir. Cette dernière est cependant venue me montrer dans un temps informel des dessins de fleurs qu'elle avait réalisé aux crayons de couleur. Elle m'a également parlé de sa famille et de quelques-unes de ses préoccupations.

Les deux premières séances m'ont permis de constater que Madame X est une personne fragile et sensible avec néanmoins beaucoup de ressources. En me montrant ses dessins de fleurs, j'ai pu noter que Madame X avait un bon sens de l'observation.

¹ L'atelier d'art-thérapie est à considérer comme un continuum, et chaque séance peut être notée par l'abréviation T –Temps- (T1 pour la première séance, T2 pour la deuxième...etc).

Ma stratégie est alors de proposer à Madame X pour la séance suivante de découvrir de nouveaux médiums (comme le collage) pour réaliser des fleurs, sujet qu'elle apprécie particulièrement. Si l'utilisation de nouvelles techniques peut faire peur, dans le cadre des séances d'art-thérapie, elle est moyen de découvrir en toute sécurité diverses manières de représenter quelque chose.

T3 : Je lui propose de réaliser en collage un bouquet de fleur. Elle me parle durant le découpage des magazines, elle est d'humeur joyeuse, fait des blagues. Puis au moment de faire, elle hésite beaucoup, refuse de passer à l'action. Je lui propose alors de faire ensemble.

Madame X est très hésitante, a régulièrement besoin d'être sollicitée et encouragée pour passer à l'activité artistique. Les difficultés se situent précisément au niveau du 4 et du 5 de l'opération artistique. Son intention n'est pas bien définie, l'énergie nécessaire à la poussée motrice est faible.

T4 : Elle ne désire pas poursuivre le collage. Cette séance sera alors une séance de contemplation. En observant avec intérêt un livre de dessins de fleurs, Madame X décide pour la prochaine fois, de dessiner une pensée et d'y écrire une phrase s'y rapportant.

Les mécanismes d'impression révélés par les phases 1, 2, 3 de l'opération artistique sont opérants. Ils induisent une activité mentale qui éveille en elle l'envie, l'intention de réaliser un dessin de fleurs à la prochaine séance.

Fait important : la contemplation du livre de fleur a suscité chez Madame X l'intention de s'engager dans un projet artistique.

De la séance 6 à la séance 10 :

Pendant ces séances, Madame X réalisera des dessins de fleurs d'après modèle et décidera par la suite de les rassembler pour les offrir à sa mère pour son anniversaire.

Au cours de ces séances, j'ai invité Madame X à utiliser l'aquarelle, afin que d'un point de vue esthétique, sa production soit mise en valeur et que son dessin ressorte par contraste, Si cette technique s'adapte relativement bien à la réalisation de fleurs, celle-ci requiert de nombreux efforts d'attention et de concentration. Madame X a pu se montrer surprise du résultat obtenu, mais trop attachée au modèle, Madame X n'est pas parvenue à tirer du plaisir de sa réalisation. Elle fera néanmoins preuve de persévérance en faisant la demande de participer à l'atelier de groupe pour poursuivre et finir son projet qu'elle offrira par la suite à sa mère.

Un nouveau site d'action est apparu : Madame X est trop attachée au modèle et ne parvient pas à tirer du plaisir de ses réalisations, elle continue de se dévaloriser.

Deux objectifs intermédiaires : viser une activité artistique davantage ciblée sur la prise de plaisir sensoriel ; rendre Madame X plus autonome dans la réalisation de ses productions.

Stratégie mise en place et moyens adoptés : inviter Madame X à passer une expression artistique plus archaïque, plus spontanée (Art I), en l'amenant peu à peu à se détacher du modèle. Je lui propose alors pour les séances suivantes de réaliser un animal de son choix en y mêlant différentes techniques (crayons, gouache, encre de chine, coton...)

Faits importants : - elle s'engage dans un projet artistique

- Madame X vient participer à l'atelier de groupe d'art-thérapie.
- J'apprends par sa psychologue que Madame X est venue lui dire qu'elle allait bien. Par la suite, Madame X m'a reparlé du cadeau qu'elle avait offert à sa mère, que cela lui avait fait plaisir, et que son père était fier d'elle.

De la séance 11 à 17 :

Madame X réalisera au cours de ces séances un caniche. Elle fera la demande de choisir un modèle pour s'y référer (T11 : recherches internet). Madame X persévère dans la réalisation de son dessin. Elle en réalisera deux avec des techniques différentes : le premier au crayon, le second avec de l'encre de chine et du coton. Ses hésitations demeurent nombreuses, en revanche, elle rira de bon cœur en revoyant ses productions achevées.

Les objectifs intermédiaires énoncés précédemment ne sont toujours pas atteints. Bien que sa production [1'] à sa vue, déclenche chez elle un rire [5], on ne peut pas dire que la réalisation de sa production en elle-même est suscitée un plaisir sensoriel. De plus madame X nécessite encore d'encouragements et de sollicitations pour s'engager dans l'activité artistique.

Faits importants : - Madame X veut persévérer dans son projet

- Madame X parvient à se détacher un peu du modèle en transformant ce dernier à l'aide de différentes techniques.
- Madame X est très préoccupée par l'état de santé de sa mère.

T14, T16, T18 : Madame X sera absente ; sa mère a dû se faire hospitaliser, cela l'affecte beaucoup, et elle ne préférera pas participer à quelques-unes de nos séances. Cependant Madame X me dit apprécier nos séances, et trouve cela bien que je la pousse à agir.

Séance 19

T19 : Je propose à Madame X de penser, de visualiser l'image d'une fleur, puis de dessiner cette représentation mentale. Durant cette séance Madame X est autonome, choisit d'elle-même son matériel, et ne sollicite presque pas mon attention. Cependant, elle n'est toujours pas satisfaite de ce qu'elle fait.

La stratégie était de lui montrer qu'elle est capable de réaliser quelque chose qui vienne d'elle-même sans nécessairement recourir à un modèle. Connaissant son aptitude à dessiner des fleurs d'après modèle, je ne risquais pas de mettre Madame X en échec.

Pour la séance suivante (T20) je propose à Madame X de peindre toute une feuille à l'aide de pinceaux brosses ; mon objectif étant toujours celui de susciter en elle un plaisir sensoriel. Les gestes liés à cet exercice, et le fait de voir peu à peu sa feuille se remplir de couleurs sont des éléments de la pratique artistique qui sont susceptibles de créer un plaisir sensoriel. Seulement, Madame X dit être fatiguée à cette séance, et partira avant d'avoir réalisé quelque chose.

Séance 21 :

Madame X arrive avec l'idée de peindre sur une feuille (demi-format A4) un dégradé de couleurs chaudes (du rouge au jaune). Elle exprimera pour la première fois beaucoup de plaisir à la réalisation de cette production. Elle dit être assez contente d'elle-même et cette production fera partie de ses préférées. Elle signe et date sa production.

L'objectif intermédiaire, qui était de tirer du plaisir de ses productions, est alors atteint.

Elle souhaitera réitérer cette expérience à la séance suivante (T22) en réalisant cette fois un dégradé allant des couleurs froides (bleu foncé, bleu clair, vert) aux couleurs chaudes (jaune, orange, rouge).

Faits importants : - Exprime pour la première fois du plaisir à la réalisation de sa production.

- est contente de sa production.

Séances 23, 24 et 26 :

T23 : Madame X ne réalisera pas de production à cette séance. En voyant le dessin d'une autre personne, Madame X se plaint de ne pas réussir à réaliser quelque chose qui vienne véritablement d'elle-même. Elle apporte quelques modifications à sa dernière peinture (dégradé arc en ciel), mais la séance sera davantage tournée vers la parole que vers l'agir. Elle me dit avoir toujours eu ce sentiment que ce qu'elle faisait lui provenait des autres. J'accueille ses propos avec bienveillance, d'autant plus qu'elle m'informe également au cours de cette séance être préoccupée par la disparition de choses dans sa chambre. Elle me dira aussi être angoissée sur l'état de santé de sa mère.

T24 et T26 : Madame X vient avec l'idée de réaliser une angoisse : sa main et son vieillissement. Elle fait sa production de manière entièrement autonome, sans hésitation, et en faisant preuve d'imagination et d'inventivité. Elle s'interroge sur la méthode, la technique à

employer, afin d'amener sa réalisation à la valeur de son idéal esthétique. T26 : elle finalise son dessin.

En se détachant petit à petit du modèle à représenter, ces différentes étapes ont permis à Madame X de s'engager dans une expression artistique tirée de son imagination.

Faits importants : - désire exprimer par l'Art ce qui l'angoisse
- passage du mimésis à l'heuristique : Madame X invente.

Prévenue de mon départ, Madame X me montre son inquiétude.

T27, T28, Madame X semble préoccupée, elle est peu motivée. Elle dit être déprimée. Si elle énonce en T27, l'idée de faire de l'aquarelle, c'est avec peu de motivation et de détermination qu'elle s'attèlera à cette activité.

Séance 29

A la séance suivante (T29), Madame X n'a pas d'idées particulières et je lui propose alors de réaliser un monotype (activité qui est réalisée durant la même période avec l'atelier de groupe, mais dont Madame X n'a pas pu bénéficier). C'est avec dynamisme, qu'elle pose directement ses couleurs sur la plaque en plexiglas et qu'elle imprime sa peinture. Mais la surprise du résultat ne lui plait pas : elle trouve cela laid. Néanmoins, elle décidera de les emmener dans sa chambre pour en offrir un à sa sœur qui doit venir la voir.*

Fait important : - souhaite montrer et/ou offrir ses productions.

De la séance 30 à 35

T30 : Madame X sera absente.

T32 : Après l'expérience de la séance 29, Madame X vient avec une idée de réalisation de monotype. Elle a déjà pensé aux choix des couleurs. Elle s'exécute, avec quelques hésitations. Elle semble un peu fatiguée, mais elle est contente de sa production. Elle dit même être fière d'elle, que cela correspondait à ce qu'elle avait en tête.

Fait important : - Madame X vient avec une idée bien déterminée de ce qu'elle voudrait faire.

T35 : Cette séance est normalement l'avant dernière séance. Madame X m'informe avoir des impatiences dans les jambes (certainement à cause des effets secondaires du traitement). Je lui demande si elle veut faire un tour dans le jardin. Munie d'une feuille et d'un crayon, je lui propose de dessiner un ou plusieurs éléments de ce qu'elle observe et mettre ainsi en application ses talents d'observatrice. Elle réalise sa production sans hésitation et sans refus.

Elle est moins dans le contrôle qu'aux premières séances. Elle se laisse davantage aller, écoutant ce que le paysage lui inspire et semble assez satisfaite de sa production.

Cependant, en repartant, Madame X me dit se sentir plus mal qu'avant.

Depuis peu, Madame X a appris que sa dernière petite sœur devait se faire opérer et cela la préoccupe beaucoup.

Faits importants : - est fière de sa production,
- ne dévalorise plus ses dessins de reproduction.

La semaine suivante, j'apprends que Madame X a demandé à être hospitalisée.

3. Evaluation de la prise en charge de Madame X

- a) L'autonomie, la détermination au cours de l'activité artistique et la prise d'initiatives face au projet sont des items relatifs à l'objectif général

Au regard du phénomène artistique, les acquisitions relatives à la pratique des arts plastiques, participe à redonner confiance en soi.

La confiance en soi, c'est croire en ses capacités et en son potentiel. C'est se sentir capable de. L'activité artistique, dans le cadre des séances d'art-thérapie permet de se sentir suffisamment en sécurité pour faire l'expérience de ses potentialités.

Nous choisirions d'évaluer les items suivants pour déterminer l'évolution de sa confiance en elle :

➤ est autonome :

L'autonomie va dépendre de l'aide et de la sollicitation nécessaire à Madame X pour passer à l'activité artistique. Moins elle aura besoin d'être aidée, plus elle sera autonome. L'autonomie sera évaluée comme suit :

Non : Madame X a besoin d'être aidée et accompagnée

Faiblement : Madame X a besoin d'être sollicitée régulièrement avant et pendant l'activité

Plus ou moins : Madame X a besoin d'être sollicitée à quelques reprises seulement

Assez : Madame X a seulement besoin d'être sollicitée pour passer à l'activité

Oui : Madame X n'a plus besoin d'être sollicitée

➤ prend des initiatives :

La prise d'initiatives au cours du projet est relative à la confiance en soi et sera évaluée comme suit :

Non : Madame X ne prend aucune initiative

Une : Madame X ne prend qu'une initiative, comme le choix de la couleur par exemple

Rares : Madame X ne prend que de rares initiatives

Quelques-unes : Madame X prend quelques initiatives

Nombreuses : Madame X prend l'initiative du choix du sujet, et de sa réalisation

➤ est déterminée :

La détermination de Madame X dont elle fait preuve lors de la prise de décisions, dans ses choix, dans ses gestes est également importante à mesurer, car elle est révélatrice de la confiance qu'elle pourrait avoir en elle.

Non, Madame X est très hésitante et a besoin d'être constamment rassurée dans ses choix

Faiblement, Madame X est un peu hésitante, elle a besoin d'être encouragée

Plus ou moins : Madame X est plus ou moins hésitante

Assez, Madame X est assez confiante et s'engage sans trop d'hésitations.

Oui, Madame X est sûre d'elle.

Etant fortement corrélés entre eux nous avons choisi de faire la moyenne de ces trois items, pour évaluer la confiance en soi.

Ce tableau ci-dessous présente la nature et la graduation des items relatifs à la confiance en soi :

CONFIANCE EN SOI			
Items Graduation	Est autonome	Prend des initiatives	Est déterminée
1 (-)	non	aucune	non
2	faiblement	unes	faiblement
3	plus ou moins	rares	plus ou moins
4	assez	quelques-unes	assez
5 (+)	oui	nombreuses	oui

- b) L'expression du plaisir et l'auto-appréciation liée à la production sont des items relatifs à l'estime de soi qu'il convient d'évaluer

Madame X est une personne qui se dévalorise souvent, et qui a des difficultés à se satisfaire de ce qu'elle fait. Il est alors important que Madame X puisse trouver un plaisir à la fois sensoriel et esthétique à ses productions. Le plaisir est un élément clef du processus thérapeutique. Il est ce qui nous donne envie de poursuivre l'activité artistique.

Considérer ce que l'on fait, c'est se considérer soi-même, ainsi il était important d'évaluer la considération de Madame X pour ses productions, afin de connaître l'évolution de l'estime d'elle-même au cours de la prise en charge.

Evaluer la satisfaction par rapport à sa production n'a pas toujours été évidente. Basée sur des critères subjectifs, la part d'erreur est probable. C'est néanmoins avec le plus de justesse possible que j'ai essayé de percevoir sa satisfaction ou non. Cet item a ainsi été évalué d'après mes observations de son comportement (petit sourire, l'ai étonné, surpris...), et de ce qu'elle pouvait en dire.

Ce tableau ci-dessous présente la nature et la graduation des items choisis relatifs à l'estime de soi.

ESTIME DE SOI		
Items Graduation	Appréciation de sa production	Exprime du plaisir
1 (-)	se dévalorise, n'est pas satisfaite	Exprime du déplaisir
2	est indifférente	Est indifférente
3	satisfaction mitigée	Exprime peu de plaisir
4	est assez contente	Exprime du plaisir
5 (+)	est fière d'elle	Exprime beaucoup de plaisir

c) Ce tableau synthétise les observations relatives à la confiance en soi et à l'estime de soi, au cours des 26 séances auxquelles Madame X a participé.

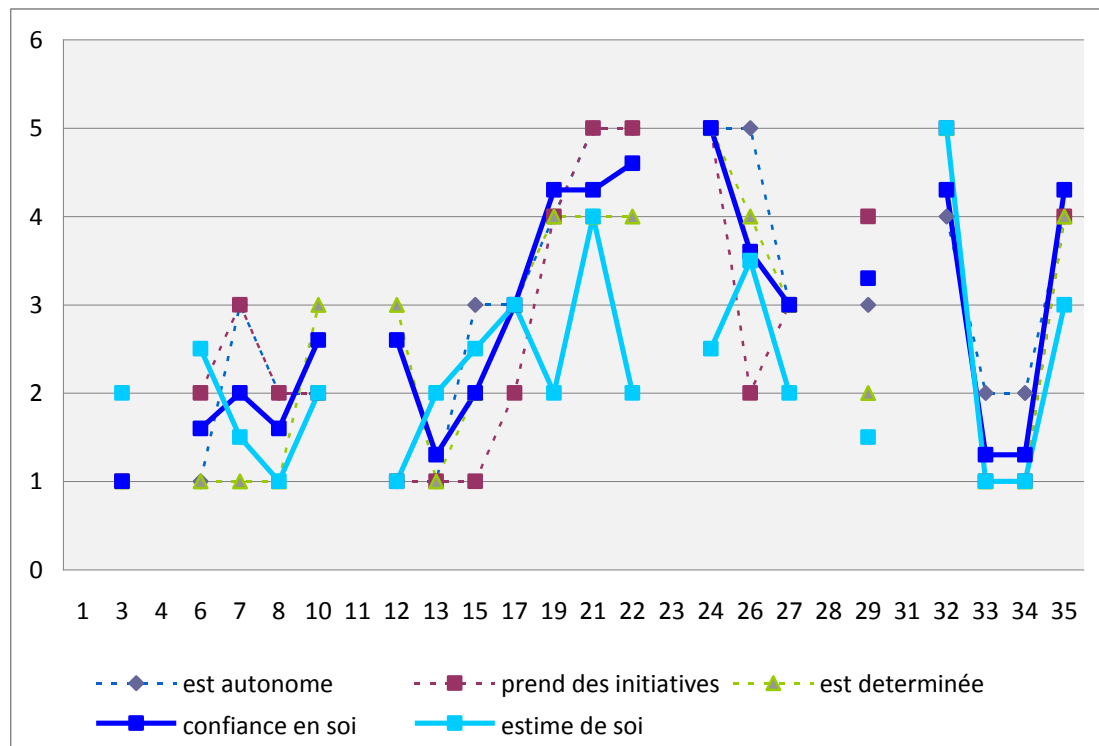
Les séances 2, 5, 9, 14, 16, 18, 20, 25, et 30 ne sont pas indiquées dans ce tableau car ce sont les séances où Madame X n'est pas venue. Les items n'ont donc pas pu être évalués. Madame X a ainsi bénéficié de 26 séances.

Les séances 1, 4, 11, 23, 28 et 31 sont des séances où il n'y a pas eu de productions. Celles-ci ont pu être des séances de contemplation (T1 et T4), de discussion (T23 et T28) ou de recherches (T11) ; les items relatifs à l'estime de soi et à la confiance en soi n'ont donc pas pu être évalués à ces séances.

Faisceaux d'items	Séances Items	1	3	4	6	7	8	10	11	12	13	15	17	19	21	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	34	35
CONFIANCE EN SOI	Est autonome	–	1	–	2	2	2	3	–	4	2	3	4	5	4	5	–	5	5	3	–	4	–	4	2	2	5
	Est déterminée	–	1	–	1	1	1	3	–	3	1	2	3	4	4	4	–	5	4	3	–	2	–	5	1	1	4
	Prend des initiatives	–	1	–	2	3	2	2	–	1	1	1	2	4	5	5	–	5	2	3	–	4	–	5	1	1	4
	Moyenne :		1		1,6	2	1,6	2,6		2,6	1,3	2	3	4,3	4,3	4,6		5	3,6	3		3,3		4,3	1,3	1,3	4,3
ESTIME DE SOI	Est satisfaite de sa production	–	2	–	2	1	1	3	–	1	2	3	3	2	4	3	–	3	3	2	–	1	–	5	1	1	3
	Exprime du plaisir	–	2	–	3	2	1	1	–	1	2	2	3	2	5	3	–	2	4	2	–	2	–	5	1	1	3
	Moyenne :		2		2,5	1,5	1	2		1	2	2,5	3	2	3	2		2,5	3,5	2		1,5		5	1	1	3

4. L'évaluation des différents items tout au long des séances nous permettent d'effectuer un bilan de la prise en charge de Madame X

Ce graphique synthétise l'ensemble des observations relatives à la confiance en soi et à l'estime de soi au cours de la prise en charge de Madame X



La pénalité de Madame X est de ne pas avoir confiance en elle. Par le biais des arts plastiques, le protocole thérapeutique établi en vue de cet objectif général est de : « lui redonner confiance en elle. »

Ce graphique nous montre que de la séance 1 à la séance 11, Madame X a très peu confiance en elle et n'est pas satisfaite de ses productions, ou semble indifférente. Malgré un bon sens de l'observation et quelques bases en dessin, en faisant des dessins de reproduction, nous avons pu noter que Madame X est souvent déçue par ses productions. Elle se dévalorise.

Nous nous souviendrons, que suite à une séance de contemplation (séance 4 : observation d'un livre de fleurs), elle a eu de sa propre initiative, la volonté de réaliser un projet (réalisation d'un livret composé de dessins de fleurs dans le but de l'offrir à sa maman).

Cependant, on observe que Madame X est très peu autonome lors de la réalisation de son projet, et qu'elle a souvent besoin d'être sollicitée et rassurée, et ce jusqu'à la 13^{ème} séance. Madame X manque considérablement d'assurance. Bien que ses réalisations

(mimésis) soient esthétiques et harmonieuses (objectivement, les proportions sont respectées), elle n'accorde aucune valeur à ce qu'elle produit.

Mon intention thérapeutique était alors d'amener Madame X à cibler davantage son attention sur les sensations engendrées par la réalisation d'une production, de sorte à ce qu'elle ressente du plaisir à faire. Passer à une expression plus spontanée, plus anarchique (ART I) est la méthode qui a été choisie.

Un changement s'effectue au cours des séances suivantes :

Il est important de rappeler qu'à cette période-là Madame X, est préoccupée par l'état de santé de sa maman qui doit se faire hospitaliser. Cette période a donc été ponctuée d'absences, notamment aux séances 16, 18 et 20. Néanmoins, au regard des autres séances auxquelles elle a participé, on constate une nette amélioration de sa confiance en elle : Madame X est de plus en plus autonome dans la réalisation de ses productions. Elle prend l'initiative de plusieurs idées de projet, qu'elle souhaite mettre en application avec persévérance.

Madame X se donne également la possibilité d'expérimenter, d'oser nouvelles techniques, de se laisser davantage aller aux multiples possibilités que nous offre cette discipline. En mettant de côté sa peur de l'échec, Madame X a exploré de nouvelles façons d'être au monde.

Elle n'ose pas encore tout à fait accorder de la valeur à ce qu'elle fait. Sa satisfaction est mitigée : certains comportements (sourires, regards) montrent une certaine satisfaction, mais ceux-ci peuvent être contredits par ses paroles.

Ce sera à la séance 21, que pour la première fois Madame X dira être contente de sa production. On se souviendra qu'elle a exprimé beaucoup de plaisir à cette séance.

1^{er} objectif intermédiaire obtenu : par le plaisir sensoriel que lui a suscité la réalisation de ses productions et le plaisir esthétique du résultat obtenu, Madame X s'est autorisée à être satisfaite de ses productions.

Alors qu'à la séance 24, Madame X est venue avec l'idée de représenter ce qui l'angoissait, celle-ci se montre entièrement autonome et sûre d'elle.

En devenant de plus en plus autonome au regard de l'activité artistique, la pratique des arts plastiques en art-thérapie semblait lui avoir permis de reprendre confiance en ses capacités, d'affirmer son style, et de restaurer l'estime d'elle-même. On serait alors tenter de vouloir valider l'hypothèse selon laquelle les séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques ont été bénéfiques à Madame X.

Seulement les observations relatives à ces faisceaux d'items nous montre, que ceux-ci demeurent assez fluctuants et que d'autres éléments, d'autres variables que nous n'avons pas mesuré ici, sont venus influencer le comportement de Madame X.

Notamment à la fin de la prise en charge, on se souviendra que Madame X est très préoccupée par l'état de santé de sa sœur, et que vient s'ajouter à cette préoccupation, la fin de la prise en charge en art-thérapie qui approche.

Lors de la semaine de notre dernière séance prévue, Madame X a demandé à être hospitalisée. Nous essayerons de comprendre et d'analyser ce qui a pu se passer et nous discuterons des caractéristiques de la relation thérapeutique avec des personnes atteintes de psychose chronique au cours de la troisième partie.

Troisième partie :

DISCUSSION AUTOUR DE L'EXPERIENCE DE STAGE ET PLUS
SPECIFIQUEMENT AUTOUR DE LA RELATION EN ART-THERAPIE

3^{ème} partie : Discussion autour de l'expérience de stage et plus spécifiquement autour de la relation en art-thérapie

Si dans le cadre des séances d'art-thérapie, l'art-thérapeute cherche à exploiter le potentiel artistique de la personne prise en charge dans une visée humanitaire et thérapeutique, il devra aussi savoir orienter le phénomène relationnel dans cette même visée.

A. La relation thérapeutique avec Madame X au sein de la prise en charge en art-thérapie n'a pas été concluante

En référence à l'expérience de stage, on peut noter des points positifs et des points négatifs sur la globalité de la prise en charge de Madame X.

1. Des points positifs sont constatés au regard du phénomène artistique

Par le biais des arts plastiques, Madame X est parvenue à passer du dessin de reproduction au dessin d'invention. Elle a ainsi pu oser l'utilisation de nouvelles techniques, de nouveaux médiums. Or oser de nouvelles choses c'est prendre le risque d'aller vers l'inconnu et cela requiert d'avoir une bonne confiance en soi.

En s'engageant sur le plan de l'activité artistique, Madame X est devenue de plus en plus autonome. Ses besoins d'accompagnement et de sollicitation pendant l'activité artistique ont diminué. Ses hésitations sont également devenues de moins en moins fréquentes. Madame X semblait prendre de l'assurance.

En expérimentant, elle s'est accordé la possibilité de se tromper ; « l'erreur », l'imprévu sont favorables à l'émergence de nouvelles formes et sollicitent l'imagination. Le fait de cibler son attention sur son ressenti, sur ses sensations a contribué à susciter en elle un plaisir sensoriel. Par la suite Madame X a inventé une trace sophistiquée (Art II) réalisée en lien avec une angoisse.

Alors que Madame X se dévalorisait sans cesse, les efforts fournis et les sensations ressenties l'ont amenée à estimer ses productions. Par le plaisir esthétique induit, Madame X s'est autorisée à trouver ses productions belles et agréables à regarder. En étant fière de certaines productions, les arts plastiques ont participé à restaurer l'estime d'elle-même.

Ses efforts et sa satisfaction l'ont conduite à montrer ses productions à sa famille et à sa psychologue référente. Une porte vers le monde extérieur semblait s'ouvrir à elle.

2. Des points négatifs sont constatés au niveau du phénomène relationnel

Lors de nos séances d'art-thérapie, un climat de confiance s'est rapidement établi avec Madame X. Nos relations ont toujours été cordiales et respectueuses.

Environ un mois et demi avant la fin de la prise en charge prévu mi-juin, Madame X ainsi que les autres résidents ont été prévenus que le stagiaire art-thérapeute n'exercerait plus à l'Œuvre Falret. Madame X s'en est inquiétée me répétant : « à chaque fois c'est pareil ! » Madame X avait déjà vécu comme tout un chacun plusieurs séparations mais ce phénomène et probablement le sentiment d'abandon qui en découlait, semblaient la fragiliser plus que les autres.

C'est alors que dans le courant de la semaine de notre dernier rendez-vous Madame X demanda à être hospitalisée. Cela généra une interrogation concernant le phénomène relationnel : En quoi le stagiaire peut-il être responsable de cet état de fait ?

L'ensemble du personnel soignant est confronté à cette difficulté de trouver et de respecter la bonne distance avec le patient et de veiller à n'être ni trop loin, ni trop près. Chaque personne va vivre la relation différemment selon sa personnalité. Carl Rogers dit qu'il est important de trouver l'équilibre entre l'expression de son intérêt et le respect de son besoin de distance.¹ La difficulté pour le stagiaire est alors de parvenir à trouver cet équilibre.

De l'autre côté, Thierry Tournebise, autour de ses études sur la relation thérapeutique, nous informe qu'il faut être pleinement soi pour que l'autre ait la possibilité d'être pleinement lui. Cependant, être sincère, avoir un comportement authentique n'exclut pas l'émergence d'une certaine empathie. L'empathie c'est la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent. Le stagiaire devra alors être vigilant à ne pas générer trop d'affectivité en se mettant à la place de l'autre.

Trop d'enthousiasme de la part du stagiaire à constater l'avancée, l'évolution du patient, peut l'amener à occulter le phénomène relationnel qui est en train de s'établir et qui peut être issu de la particularité de la maladie en question.

Il n'est pas rare que la personne schizophrène interprète de manière erronée ou directe notre langage ou nos attitudes et que cela porte à conséquences sur la relation.

Nous pourrions supposer que plus de neutralité, - comme la profession de psychologue ou de psychanalyste le requiert - pourrait être préférable notamment avec les personnes schizophrènes.

¹ LAMOUREUX Thierry. Article paru dans : *Espace éthique. La lettre 15-16-17-18, hiver 2001-2002*

² TOURNEBISE Thierry. Article sur l'empathie.

Nous pouvons également nous interroger sur le regard du patient porté sur sa prise en charge. Agit-il davantage de manière à satisfaire les intentions, les objectifs du thérapeute que de prendre du plaisir à faire les choses, à produire pour lui-même ?

Les soucis familiaux ou autres du patients peuvent également venir perturber ou influencer la relation thérapeutique. Ainsi, l'hospitalisation en premier lieu de la mère de Madame X au mois de décembre, puis celle de sa sœur vers le mois de mai l'ont beaucoup fragilisé et font peut-être partie des autres raisons ayant motivé sa demande d'hospitalisation.

B. Le pouvoir et les effets de l'Art sont susceptibles d'apporter un mieux-être aux personnes souffrant de psychose chronique

1. Par le biais de l'Art, la personne prise en charge en art-thérapie retrouve son statut de sujet

La personne malade perd généralement son statut de sujet au profit d'une maladie à soigner.

Pour les personnes psychotiques chroniques cela est d'autant plus vrai, qu'elles ont vécu de longues et nombreuses périodes en hôpital psychiatrique ; vivre entre « les fous » et les soignants ne les aide sûrement pas à se sentir maître et acteur de leur vie. La prise de traitements puissants et les consultations régulières viennent s'ajouter à cela.

L'art-thérapeute va aborder la personne dans sa globalité en tenant compte de son vécu, de ses expériences et proposer une méthode originale utilisant le pouvoir et les effets de l'Art. Il va aussi et surtout s'intéresser à ses goûts et à son potentiel artistique. En art-thérapie, c'est autour de l'Art que la relation va se construire. L'Art appartient au champ culturel, il fait partie du monde réel, du monde sensible...l'Art rassemble les productions humaines et inscrit l'Homme dans la communauté des Hommes. Par la contemplation d'œuvres d'art, une identification possible à l'artiste va générer ce sentiment d'appartenance à l'humanité.

L'Art a ainsi le pouvoir de « réunir les hommes au-delà de leur statut de médecin, artiste, patient, art thérapeute »; il fait appel aux sensations, au ressenti. En art-thérapie, un langage, une relation « d'âme à âme » (William Blake) va pouvoir s'instaurer.

2. L'activité artistique participe au maintien de l'autonomie de la personne atteinte de psychose chronique.

L'autonomie c'est la faculté d'agir par soi-même.

S'engager dans un projet artistique c'est être capable de mettre son corps en mouvement – qui est le principal médiateur de l'activité artistique – et d'émettre des idées.

Les impressions, que le nourrisson a reçues depuis qu'il est né, ont contribué au développement de son autonomie (par exemple avec l'acquisition du langage). Ces impressions provenant du monde externe que nous recevons sans cesse, sont à la base de nos connaissances. Ces dernières, stockées dans notre mémoire nourrissent notre monde spirituel. Elles sont propres au vécu, à l'expérience de chacun et permettent de comparer nos impressions, déterminer notre goût, mais aussi de fabriquer de nouvelles images, de nouvelles représentations mentales utiles au développement de notre imaginaire. Ces mécanismes d'impressions sont nécessaires à l'expression humaine.

La volonté, l'intention d'une personne à s'engager dans l'activité artistique la mènera à trouver l'énergie nécessaire au mouvement corporel, ce que nous désignons en art-thérapie « poussée motrice ». (cf opération artistique)

Les arts plastiques initient la possibilité de mettre ses idées, ses ressentis, ses émotions en forme, en couleur, en matière. Inversement, de nouvelles idées peuvent apparaître du plaisir sensoriel, lié au geste, aux couleurs, aux formes naissantes.

Les efforts fournis tant sur le plan physique, qu'intellectuel, outre le maintien de l'autonomie, vont permettre à la personne d'être acteur de ses choix, et de reprendre ainsi confiance en ses capacités ; « je suis puisque je fais »¹

Or, se sentir exister est primordial pour les personnes atteintes de psychose chronique.

3. L'art-thérapie contribue à restaurer l'estime et la confiance des personnes en souffrance psychique.

Inciter les malades à la création artistique ou plus modestement à produire quelque chose, contribue à leur redonner confiance en eux et à restaurer l'estime d'eux-mêmes. En cela l'art-thérapie va aider au processus de soin du malade. Car si la santé – dépendant plus du domaine de la médecine – est nécessaire au bon épanouissement de l'être humain, le bien-être l'est tout autant.

¹ SEBAN Gilles. Op Cit. pp 100 - formulation de CHARTIER D. inspiré du *Cogito, ergo sum* de Descartes

Comme il l'a été précisé ultérieurement, l'art-thérapie engage la personne dans l'activité artistique. Cet engagement implique que la personne ait confiance en elle. En testant ses potentialités, la personne va pouvoir se dire « je peux », « je suis capable. »

Confiance en soi et estime de soi vont de pair : si la personne arrive de nouveau à se sentir capable en s'engageant dans l'activité artistique, il est également nécessaire qu'elle s'estime et accorde de la valeur à ce qu'elle est pour considérer de manière positive ce qu'elle est en train de faire.

La pratique des arts plastiques peut être structurante et amener la personne à porter un nouveau regard sur elle. Par la trace ainsi laissée, par l'affirmation de son identité, un nouveau support de communication est né. Gilles Seban nous dit qu'« il s'agirait d'un langage silencieux et visuel qui donne à voir ce que les mots donnent à entendre. »¹

L'Art offre ainsi à la personne la possibilité de s'accorder de nouvelles façons d'être au monde. En s'estimant et en ayant une meilleure confiance en soi, c'est de manière plus sereine que la personne pourra interagir et entrer en communication et en relation avec son environnement.

C. La relation instaurée dans le cadre de la prise en charge en art-thérapie influe de manière positive ou négative sur le processus de soin.

1. Instaurer une relation thérapeutique contribue à créer du lien

La confiance est nécessaire à l'établissement d'une relation thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge en art-thérapie.

La relation thérapeutique est une relation d'aide à la personne dans le sens où le thérapeute cherche à soutenir, à accompagner la personne dans son projet de soin, d'autonomie et de développement de soi.

« Soigner c'est aider celui qui souffre à sortir de son isolement, à bâtir un projet de vie compatible avec son état. » Si l'art-thérapeute ne peut prétendre guérir, il sera néanmoins en mesure d'apporter du soin, en veillant au bon épanouissement de la personne.

La relation thérapeutique est une relation de deux personnes ne jouissant pas du même statut : l'un est « soignant », le thérapeute, l'autre est « soigné », le patient, ou le résident comme c'est le cas ici. Une relation soignant-soigné s'instaure avec ses règles et ses difficultés.

¹ SEBAN, Gilles. Op Cit. pp 109.

² LAMOUREUX Thierry. Op.cit.

La particularité d'une prise en charge en art-thérapie est que d'une part la relation va être triangulaire : « le patient – l'art-thérapeute – la production artistique » et que d'autre part, le cadre dans lequel les séances vont s'inscrire devra être en adéquation avec le protocole mis en place par l'art-thérapeute.

Le cadre comprend le lieu, l'horaire et la durée des séances. En art-thérapie, le lieu n'est ni un bureau de thérapeute, ni un atelier d'artiste. Il s'agit d'une salle où sont mis à disposition les outils et le matériel nécessaire au déroulement des séances. Ce lieu dépendra de la dominante artistique utilisée. La durée des séances va dépendre de la pathologie de la personne et de son état physique et mental du moment.

L'art-thérapeute est là pour animer les séances, pour guider, contenir ou rassurer le patient si nécessaire. Il se doit d'être à l'écoute de ce que la personne a à exprimer et poser un double regard bienveillant sur le sujet et sur la production qui est en train de se réaliser. Il a comme méthode particulière d'utiliser l'Art comme processeur de soin et par conséquent la relation qu'entretiendra l'art-thérapeute avec son « patient » sera particulière.

Le cadre offre à la personne un lieu sécurisant où un rapport de confiance va pouvoir s'établir entre deux êtres sensibles.

2. Créer du lien avec des personnes psychotiques peut déboucher sur une relation dite fusionnelle.

Créer du lien avec une personne schizophrène n'est pas évident et peut se transformer en relation fusionnelle.

Le premier lien est le cordon ombilical qui nous lie physiquement avec la mère. Le lien est la relation entre deux êtres. Il signifie l'attachement, le fait d'être « lié » à quelqu'un. Le lien peut ainsi être tenace ou fragile, solide ou ambigu....Alors qu'il est à la base de la construction d'une relation de confiance il peut aussi entraver la liberté de la personne.

Lors des premiers mois de la vie, le nourrisson dépend pleinement de la personne qui subvient à ses besoins. Le nourrisson vit alors de manière indistincte avec son environnement. D'un point de vue psychanalytique, on qualifie cette période de relation « fusionnelle » avec la mère. C'est par le développement de sa motricité, de ses sens, et du langage que le jeune enfant parviendra peu à peu à se distancier de son environnement et à construire sa propre identité.

La difficulté pour les personnes psychotiques se situerait à ce stade-là, où la frontière entre le dedans et le dehors demeure mal perçue. Les personnes psychotiques et plus spécifiquement atteinte de schizophrénie ont ainsi du mal à se distancier de ce qui les entoure. Nous pouvons nous référer au livre de M.A Sechehaye : « Journal d'une schizophrène », qui

illustre très bien ce phénomène par l'étude d'un cas ayant témoigné de sa maladie. Rappelons cependant que chaque cas est bien particulier et qu'aucun ne ressemble à un autre.

Il n'est pas rare que la personne schizophrène s'interroge sur la réalité de sa présence au monde et que celle-ci demande à alimenter son besoin d'amour pour se sentir exister.

Pour qu'en art-thérapie, l'épanouissement de la personne soit opérant, il est indispensable que celle-ci puisse distancier son monde interne du monde qui l'entoure (que ce soient les objets, les personnes, les situations). Car c'est seulement par distanciation avec l'autre qu'elle va pouvoir construire sa propre identité.

Par le biais de l'Art, l'art-thérapeute va tenter d'instaurer un lien de confiance avec son patient, lui assurant sécurité, protection et autonomie.

Au cours de la prise en charge de Madame X, un lien s'est rapidement établi. L'art-thérapie lui a ainsi donné la possibilité d'exprimer ses sentiments, ses émotions, parfois même son mal-être en toute confiance. En faisant œuvre, les arts plastiques lui ont permis d'exister tout au moins partiellement. Son besoin d'amour et de reconnaissance devait être assouvi. Le risque pour le stagiaire art-thérapeute est alors de laisser s'établir une relation dite fusionnelle sans s'en apercevoir.

« La fusion, en psychologie est la relation affective au cours de laquelle un individu est dans l'impossibilité de se différencier de l'autre »¹. Lors d'une relation dite fusionnelle la personne ne peut affirmer sa propre identité. Cette dernière n'existe qu'à travers celle de l'autre.

Même avec une parfaite connaissance théorique de cette pathologie, et de la personne il semble difficile d'éviter qu'une relation fusionnelle ou affective ne s'établisse. Alors comment l'art-thérapeute va-t-il pouvoir pallier ces difficultés ?

3. Des solutions auraient pu être envisagées pour optimiser la prise en charge de Madame X.

La relation individuelle favorisant un climat de confiance est nécessaire au processus de soin et d'autonomisation de la personne.

Cependant avec des patients pour qui le risque d'établir une relation fusionnelle est prévalent, la relation individuelle peut devenir inadaptée comme cela a été le cas avec Madame X.

¹ <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/fusion-approche-psychologique-9372.html> [en ligne] consulté le 20/08/11

Alors que le psychiatre et le psychologue sont en mesure d'analyser et d'utiliser lors de la thérapie, les phénomènes sous-jacents à la relation (les phénomènes de transfert et de contre-transfert), l'art-thérapeute, lui, n'a pas les compétences nécessaires à utiliser les mécanismes induits par la relation thérapeutique.

Il est néanmoins en mesure d'aiguiser ses observations et d'être davantage vigilant au phénomène relationnel avec ces personnes.

Modifier le cadre de la prise en charge de Madame X, en lui proposant d'effectuer les séances avec une tierce personne ou en l'amenant progressivement vers un atelier de groupe – atelier dont la dynamique relationnelle entre les différents membres du groupe joue un rôle privilégié - aurait pu lui être favorable. Forcée de constater que l'art-thérapeute peut porter son intérêt à d'autres, de manière égale (de sorte à ne pas créer de disparité), la dynamique relationnelle au sein du groupe aurait pu diminuer les risques d'établir une relation dite fusionnelle.

L'atelier d'art-thérapie de groupe amène la personne à se démarquer en tant qu'individu différent d'un autre et à affirmer sa propre identité. Le cheminement de l'art-thérapeute sera alors de pouvoir conduire la personne à affirmer sa personnalité au sein du groupe et à s'ouvrir aux autres.

Il découle de cette expérience, la nécessité de veiller à bien penser son cadre, et dans quelle mesure celui-ci peut être transformé.

CONCLUSION

Ces personnes atteintes d'une des dix plus graves des maladies mentales et une des plus invalidantes (selon l'O.M.S.), ont généralement vu leur vie défiler, sans avoir véritablement pu en saisir l'essence.

Suite à un début de vie plus ou moins ordinaire, avec les difficultés et les moments de joie propres à chacun, c'est vers le début de l'âge adulte, période où l'avenir est encore entre nos mains, où notre identité est en train de se construire et de s'affirmer, que ces personnes ont vu la leur s'ébranler.

Ces personnes, qui vivent désormais en F.A.M., après avoir été l'objet de soin pendant tant d'années, ces personnes pour qui la vie est un combat incessant pour se sentir exister, alors qu'il ne leur reste seulement peu chance de se réinsérer socialement, la question de leur devenir interroge.

Au cours de cette expérience, nous avons pu voir que l'atelier d'art-thérapie s'est révélé être un moment particulier dans l'histoire du résident.

Il a été constaté que, celui-ci bien que de courte durée, pouvait stimuler les potentialités oubliées (aussi bien physique que mental) de ces personnes, et dans une certaine mesure les aider à reprendre confiance en elle et à restaurer leur estime d'elle-même. Néanmoins cela n'a pas été suffisant pour pouvoir leur faire profiter d'un véritable mieux-être.

En effet, la difficulté de ces personnes à être en lien avec autrui, peut conduire certaines d'entre elles à vivre une relation dite fusionnelle et l'art-thérapeute sera alors amené à s'interroger sur la qualité de la relation qu'il tente d'instaurer au sein de la prise en charge.

L'objectif à long terme, qui rejoint celui de l'équipe pluridisciplinaire serait alors par l'exploitation du pouvoir et des effets de l'Art, de rendre ces personnes autonomes.

Dans une société où la compétitivité et la productivité sont de mises, où les médias stigmatisent cette maladie, offrant une mauvaise perception de la folie, on pourrait être à même de souhaiter que ces personnes en étant autonome par l'exercice régulier de cette pratique, trouve leur moyen à eux de s'exprimer, de communiquer leur ressenti et de nous partager leur perception du monde.

BIBLIOGRAPHIE

Monographies

- ANZIEU, Didier. *Le corps de l'œuvre*. Gallimard, 1981.
- BONNEFON, Gérard. *Art et lien social*, Pratiques artistiques des personnes handicapées. Desclée de Brouwer : 1997
- DORON, Roland et PAROT, Françoise. *Dictionnaire de psychologie*
- FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 4^{ème} éd. mise à jour. Lausanne : Favre, 2000
- FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Lausanne : Favre, 2004.
- HANUS, Olivier, LOUIS, Olivier. *Psychiatrie de l'étudiant 10^{ème} édition*. Paris. Maloine : 2003
- HUYGHE René, DESCAMPS Marc Alain, DONNARS Jacques. *Art et créativité*. Ed : Trismégiste.
- SEBAN, Gilles. *Création artistique et figuration délirante*. L'Harmattan, 2001.
- MORON, Pierre, SUDRES, Jean Luc, ROUX, Guy. *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, 2^{ème} éd. Paris Masson : 2003-2004.
- SULLIVAN, Pierre. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. In press Edition : 2001.
- ZARIFIAN, Edouard. *Les jardiniers de la folie*. Odile Jacob, 2000.

Revues

- « Art, culture et psychiatrie » *Soins psychiatrie*, Mars avril 2004
- « Spécial « psy » Quand l'esprit dérape » Hors-série *Sciences et Vie*, Juin 2011.
- « Comprendre la créativité pour la stimuler » *Cerveau & Psycho*, Juillet- Août 2011.
- « Depuis quand a-t-on peur des fous ? La folie d'Erasmus à Foucault » *Histoire*, Avril-Juin 2011.

Documents internet

« Centre d'étude et de recherche en arts plastiques »

www.cerap.fr

Dr. Jean Desclin « Schizophrénie »

<http://www.mens-sana.be/schizof/schizof.htm>

« La création comme tentative de donner existence à du corps »

http://www.psydire.com/FR/Div/20050708_ART&001ET&001EXISTENCE

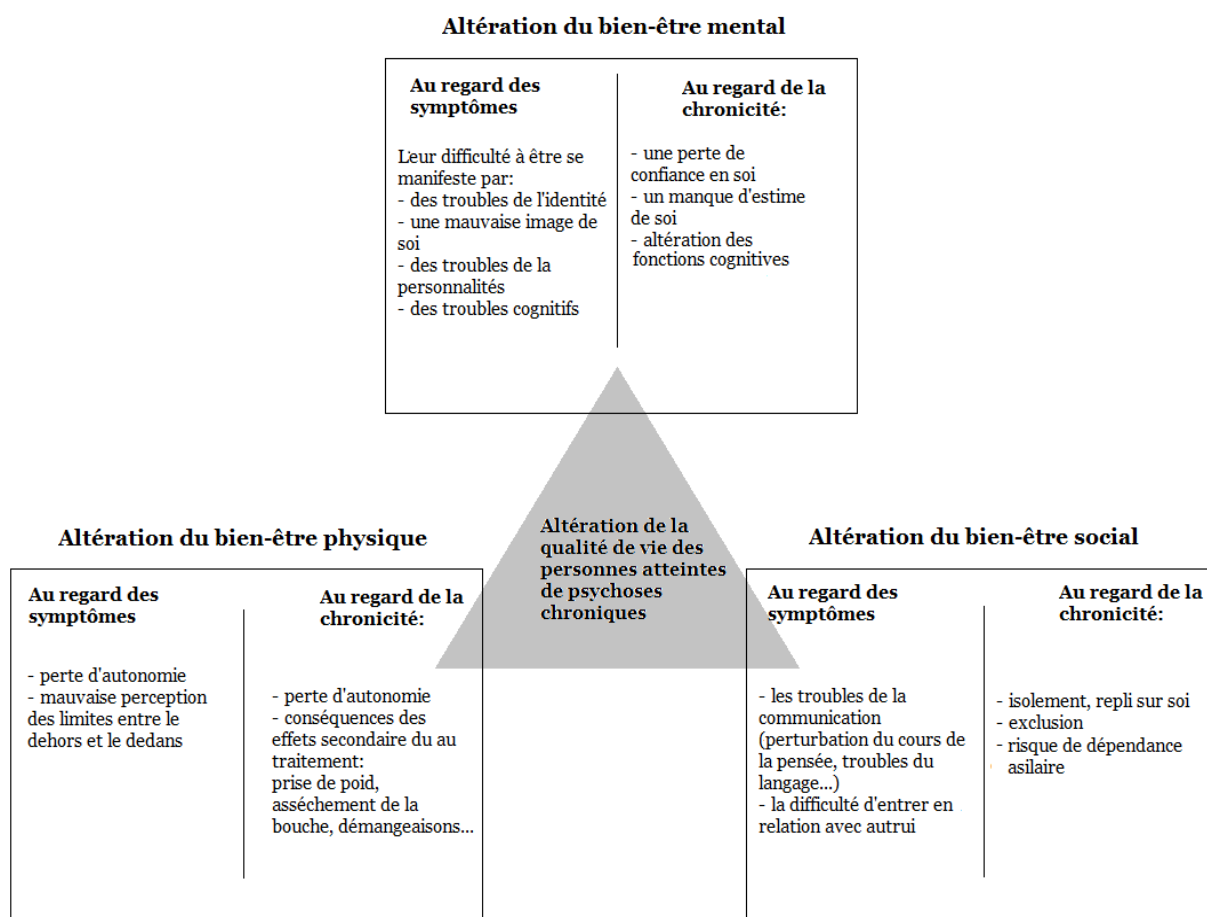
L'œuvre Falret

<http://www.falret.org/>

ANNEXES

ANNEXE 1

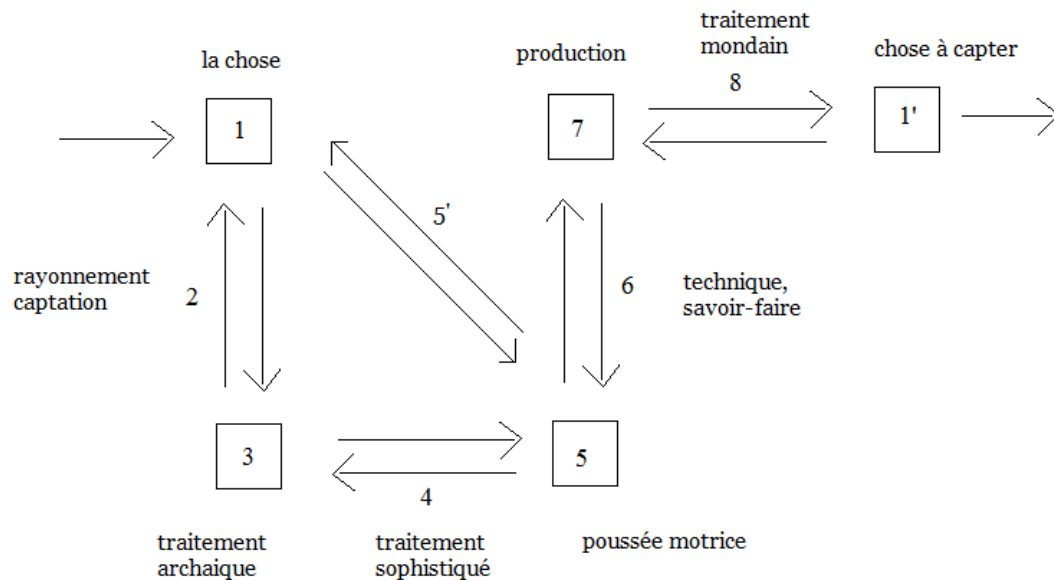
Schéma représentant l'altération de la qualité de vie des personnes atteintes de psychose chronique¹



¹ Inspiré du schéma du concept de qualité de vie, se trouvant dans le livre de MARTIN P. et AZORIN, J.M.
« *Qualité de vie et schizophrénie* »

ANNEXE 2

Schéma de l'opération artistique



[1] : la chose, l'œuvre, la production

[2] : rayonnement et captation de la chose

[3] : traitement brut ou archaïque de l'information (impact sensoriel, et stimulation des activités mentales)

[4] : traitement sophistiqué de l'information (détermination de l'intention)

Ces éléments de l'opération artistique font partie des mécanismes d'impression.

[5] : poussée motrice (la volonté, l'intention peut entraîner le corps à se mettre en mouvement)

[5'] : la contemplation (la stimulation sensorielle, liée à la contemplation peut entraîner l'action corporelle)

[6] : le savoir-faire (technique, moyens mis en œuvre par le corps sous l'autorité de la volonté)

[7] : production artistique

[8] : traitement mondain (la production en elle-même est amenée à être captée par d'autres)

[1'] : la production devient chose à capter.

Les éléments 5, 6, 7 et 8 de l'opération artistique font partie des mécanismes de l'expression.

L'opération artistique inclut le phénomène artistique déterminé par l'intention, l'action et la production se trouvant en phase 4, 6, 7 et 8 de l'opération artistique.

**UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire
d'art-thérapie de la faculté de Médecine de TOURS**

Soutenu : 2011

Par : MORIN, Géraldine

Titre : Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques, auprès d'adultes atteints de psychose chronique

Résumé

Ce travail de recherche a été mené auprès d'adultes atteints de psychose chronique vivant dans un Foyer d'Accueil Médicalisé appartenant à l'Œuvre Falret. La psychose est un trouble mental qui altère sévèrement la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes.

Nous étudierons les caractéristiques de cette affection et nous essaierons de répondre tout au long de ce travail de recherche à l'hypothèse selon laquelle l'art-thérapie à dominante arts plastiques peut leur être bénéfique. Nous décrirons à travers une étude de cas les spécificités de l'art-thérapie ainsi que ses méthodes d'application.

Enfin dans la discussion nous aborderons les limites auxquelles l'art-thérapeute peut être confronté au cours de la relation thérapeutique.

Title: An experience of Art-therapy with adult patients suffering from chronic psychosis with an emphasis on visual arts.

Summary

This research was conducted among adults suffering from chronic psychosis living in a residential care home run by the "Oeuvre Falret" association. Psychosis is a mental disorder which severely affects the quality of life of people with this condition.

We will study this disease's characteristics and, throughout this work, we will try to answer to the hypothesis that art-therapy, primarily based on visual arts, can be beneficial to them. Through a case study, we will describe the specificities of art-therapy as well as its methods and procedures.

Finally, we will discuss the limits the art-therapist may be faced with in the course of the therapeutic relationship.

Mots-clefs :

- Art-thérapie
- Arts plastiques
- Confiance en soi
- Psychose chronique
- Relation thérapeutique

Key-words :

- Art-therapy
- Visual arts
- Self confidence
- Chronic psychosis
- Therapeutic relationship

