UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE ART VISUEL AUPRES DE JEUNES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DE LA SANTE MENTALE

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
De la faculté de Médecine de TOURS

présenté par Morgan QUINAOU

Année 2011

Sous la direction de :
Isabelle Lebreton
Art-thérapeute diplômée
de la faculté de Médecine de Tours

Lieu de stage :
Centre du Bois Perrin – Unité Sirius
Centre Hospitalier Guillaume Régnier
35000 Rennes

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Applications des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE ART VISUEL AUPRES DE JEUNES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DE LA SANTE MENTALE

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
De la faculté de Médecine de TOURS

présenté par Morgan QUINAOU

Année 2011

Sous la direction de :
Isabelle Lebreton
Art-thérapeute diplômée
de la faculté de Médecine de Tours

Lieu de stage :
Centre du Bois Perrin – Unité Sirius
Centre Hospitalier Guillaume Régnier
35000 Rennes

REMERCIEMENTS

Je débuterai ce mémoire en adressant mes remerciements à tous ceux qui ont permis que cette expérience se réalise, et ceux qui ont eu la gentillesse de faire de ce travail un moment profitable et agréable.

Je remercie particulièrement Madame Blateau, sans qui je n'aurais pu réaliser mon stage. Un grand merci également à toute l'équipe de l'unité Sirius, sans qui il n'aurait pu être une véritable expérience et aventure humaine. Je les remercie pour leurs conseils, pour leur accompagnement et leur bonne humeur.

Je remercie également Monsieur Forestier, directeur pédagogique et enseignant de la formation du diplôme universitaire d'art-thérapie et tous les intervenants qui ont eu la gentillesse de nous faire partager leurs connaissances. Merci pour la qualité de cet enseignement.

Je finirai en réservant une pensée toute particulière aux adolescents de l'unité Sirius, acteurs principaux des observations présentes dans ce mémoire. Sans eux cette expérience n'aurait pu naître. Merci pour leur gentillesse et leur accueil.

PLAN

REMERCIEMENTS.....1
PLAN.....2
GLOSSAIRE.....5
INTRODUCTION.....9

PARTIE 1

Des connaissances théoriques et des expériences pratiques nous permettent d'énoncer que la mise en place d'un atelier d'art-thérapie à dominante Art visuel auprès de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale peut contribuer à améliorer leur qualité de vie.

A. Des troubles de la santé mentale chez des jeunes adolescents entraînent des pénalités de vie de natures et d'intensités variables.

A1. A l'adolescence, une personne peut être confrontée à des difficultés particulières.
A1-1. Des besoins fondamentaux sont indispensables à la bonne santé et au bien-être.....10
A1-2. Le passage de l'enfance à l'âge adulte se détermine par plusieurs caractéristiques.....10
A1-3. Des difficultés peuvent être rencontrées durant cette période.....11
A2. Les troubles de la santé mentale peuvent affecter un ensemble de fonctions nécessaires au bien-être.
A2-1. Les troubles de la santé mentale constituent un handicap pouvant perturber l'autonomie et l'épanouissement de l'adolescent.....12
A2-2. Diverses psychopathologies peuvent être détectées à l'adolescence.....13
A2-3. Ces troubles perturbent principalement la communication et la socialisation.....14

B. L'Art peut contribuer à améliorer la qualité de vie d'une personne.

B1.Nous pouvons distinguer une évolution des notions d'Art et d'artiste à travers l'Histoire.
B1-1. La signification du mot Art a évolué.....15
B1-2. L'Art est une activité volontaire dirigée vers l'esthétique.....15
B1-3. L'Art peut provoquer des changements physiologiques et psychologiques.....16
B2. L'art-thérapie a pour objectif d'utiliser l'Art dans une visée humanitaire et thérapeutique.
B2-1. L'école de Tours propose une théorie spécifique.....16
B2-2. L'art-thérapie est une activité paramédicale originale.....18
B2-3. L'art-thérapie est une discipline exploitant principalement l'expression non verbale.....19

C. Il semble pertinent de mettre en place un atelier d'art-thérapie à dominante Art visuel auprès de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale.

C1. L'Art visuel activent chez l'être humain les mécanismes d'impression et d'expression.....19
C2. L'Art visuel produit une coupure entre le patient et sa production.....20
C3. Cette coupure peut permettre à une personne n'ayant pas de contact avec la réalité de prendre conscience de son environnement.....20
C4. Garder une trace de sa production peut avoir un impact sur la conscience de soi.....21
C5. Cette conscience de soi peut permettre de s'investir dans une activité artistique.....21

Conclusion partie 1.....22

PARTIE 2

L'analyse de diverses prises en charge en séance d'art-thérapie à dominante Art visuel, de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale, menées dans un service de psychiatrie infanto-juvénile de Rennes, démontre les bénéfices que peut apporter le cadre art-thérapeutique.

A. Un service de pédopsychiatrie du Bois Perrin a intégré des séances d'art-thérapie aux prises en charges de certains patients.

A1. Le Centre Hospitalier Guillaume Reignier a pour rôle de soigner des personnes présentant des troubles psychiatriques.

A1-1. Un établissement de soin psychiatrique est installé à Rennes.....23

A1-2. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Rennes dispose de divers services déployés au Centre du Bois Perrin.....23

A1-3. L'unité « Sirius » possède des missions spécifiques et un fonctionnement singulier.....24

A1-4. Le cadre organisant la vie quotidienne au sein de l'unité Sirius est important.....25

A2. Des séances d'art-thérapie ont été intégrées à la multiplicité des soins déjà mis en œuvre par l'unité Sirius.

A2-1. Le protocole de stage prévoyait la mise en place de séances d'art-thérapie sur une durée de huit mois.....26

A2-2. Les séances d'art-thérapie étaient soit collectives soit individuelles.....27

B L'expérience pratique permet de présenter trois études de cas.

B1.Des séances individuelles ont été mises en place

B1-1. Damien a participé à un atelier d'art-thérapie individuel afin d'améliorer son autonomie et sa relation aux autres.....27

B1-2. Hervé a participé à un atelier d'art-thérapie individuel afin d'améliorer l'affirmation et l'estime de soi.....38

B2. Des séances d'art-thérapie collectives ont également été menées.

B2-1. Par la suite, Hervé a été accueilli au sein de séances d'art-thérapie collectives.....42

B2-2. Pour Gwenaël, les séances d'art-thérapie visaient à favoriser la relation aux autres et la communication verbale.....48

C. L'analyse des études de cas démontre l'importance du cadre art-thérapeutique.

C1. Les stratégies et les outils art-thérapeutiques ont été adaptés à chaque prise en charge.

C1-1. Le passage d'un travail individuel à un autre collectif, a permis de mieux répondre aux objectifs thérapeutiques.....56

C1-2. Varier les techniques artistiques a permis de s'adapter à chaque situation.....56

C2. Mon expérience pratique a nécessité un travail hors du cadre de l'atelier.

C2-1. Assister aux réunions de transmissions a permis de relativiser certaines observations.....57

C2-2. Participer à des évènements de la vie quotidienne a favorisé la relation avec les adolescents et a permis de réajuster les stratégies thérapeutiques.....58

C2-3. Il semble important de différencier le cadre art-thérapeutique de celui de la vie quotidienne.....58

Conclusion partie 2.....59

PARTIE 3

Nous émettons l'hypothèse qu'il est possible qu'un art-thérapeute emploi une technique différente de sa dominante artistique, afin de mieux répondre à la prise en charge de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale.

A. L'art-thérapeute peut adapter ses stratégies thérapeutiques aux particularités de la prise en charge de chaque patient en utilisant des techniques artistiques autres que sa dominante et pour lesquelles il ne détient que peu de connaissances.

A1. Certaines activités artistiques peuvent être contre-indiquées pour les patients.....61

A2. Répondre à la demande d'un adolescent en employant une technique artistique qu'il a choisi, peut faciliter la relation avec l'art-thérapeute.....61

A3. S'il maîtrise la technique artistique, le patient peut prendre en main l'activité.....62

A4. Débuter une activité avec le même niveau de savoir-faire qu'un adolescent présentant des troubles de la santé mentale, peut lui permettre de se revaloriser et peut provoquer une communication.....63

A5. Diversifier les techniques artistiques démontre les compétences de l'art-thérapeute à s'adapter à chaque situation.....64

A6. Un travail en collaboration avec un professionnel maîtrisant la technique artistique peut faciliter la mise en place de l'activité.....64

B. Si l'art-thérapeute désire utiliser une technique artistique pour laquelle il n'a acquis que peu d'expérience, il doit prendre en considération l'impact hostile qu'elle pourrait provoquer.

B1. L'utilisation par l'art-thérapeute d'une technique artistique qu'il ne maîtrise pas, peut produire un cadre non-sécurisant pour un adolescent présentant des troubles de la santé mentale.....64

B2. La relation de confiance établie entre le jeune et l'art-thérapeute peut être affectée.....65

B3. Le manque d'expérience de l'art-thérapeute peur amplifier ou provoquer des sites d'actions.....66

B4. L'incapacité de l'art-thérapeute de permettre à un patient d'acquérir une technique artistique peut le dévaloriser.....66

B5. Le mauvaise connaissance d'une technique spécifique pratiquée lors d'une séance d'art-thérapie peut remettre en cause la capacité de l'intervenant à exercer son métier.....66

B6. Le manque d'assurance de l'art-thérapeute peut entraîner des difficultés afin de mener à bien les observations.....67

***C. Un tableau de synthèse nous permet de récapituler les points importants*.....68**

***D. S'il souhaite utiliser une technique artistique différente de sa dominante et pour laquelle il n'a acquis que peu de connaissances, l'art-thérapeute doit tenir compte de la limite de ses compétences*.....69**

Conclusion partie 3.....70

CONCLUSION GENERALE.....71

Annexe.....72

Bibliographie.....75

GLOSSAIRE

Les mots définis ci-dessous regroupent des abréviations et des définitions. Elles sont classées par ordre alphabétique et sont indiquées dans les textes à travers l'emploi de divers signes :

* glossaire médical et paramédicale

** glossaire artistique

*** glossaire des sigles

Les définitions sont issues des ouvrages qui suivent :

-*Dictionnaire de la langue française : Langue, encyclopédie, noms propres,* Hachette, 1990.

-EVENO Bertrand ed. , *Le Petit Larousse,* Larousse, 1998.

-FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie,* Favre, 2009.

-MANUEILA, LEWALLE, NICOULIN, *Dictionnaire médical*, Masson, 2001.

-MORFAUX L.-M., *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, Armand Colin, 13ème tirage, 1991.

-ROBERT Paul, Dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert*, Le Petit Robert, 1995.

Certaines notions d'Art-thérapie sont également issues de la formation ISA, décernée par l'AFRATAPEM de Tours et du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de l'Université François Rabelais de Tours.

Glossaire médical et paramédical

Affirmation de soi : (du latin *affirmatio*, de *affimare*, rendre ferme, d'où : donner comme certain) Acte par lequel on énonce un jugement (affirmatif ou négatif) comme vrai et certain.

Angoisse : (du latin *angustia*, étroitesse, lieu resserré) Malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction épigastrique (gorge serrée). Peur sans objet (à la différence de l'anxiété).

Anxiété : Etat d'inquiétude extrême causé par l'appréhension d'un événement.

Art-thérapie : Exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique (d'après les enseignements universitaires de la discipline : Tours, Poitiers, Grenoble et Lille).

Autisme : (du grec *autos*, de soi-même) Terme employé par Bleuler (psychiatre) en 1911 pour décrire un comportement de repli sur soi, de rupture entre une personne et le monde extérieur. Depuis 1981, l'autisme est défini comme un trouble envahissant du développement.

Autonom(i)e : (du grec *autos*, de soi-même) Etat de celui qui veut se gouverner par soi-même et qui peut faire des choix et des actions lui permettant de s'épanouir.

Boucle d'inhibition : Le sujet évalue sa production comme insatisfaisante par rapport à l'objectif. Il adopte un comportement d'évitement face à l'échec ou une situation désagréable. Il se trouve en situation d'échec.

Boucle de renforcement : Le sujet évalue sa production comme satisfaisante par rapport à l'objectif fixé. Il adopte un comportement dont la conséquence augmente la force et la fréquence de son

comportement. Le sujet est mis en situation de réussite.

Clastique : (du grec *klatos*, brisé) *Crise clastique*, caractérisée par des actes de violents et imprévisibles.

Communication : (du latin *communicare*, mettre en commun, communiquer) Ensemble des phénomènes concernant la possibilité, pour un sujet de transmettre une information à un autre sujet, par le langage articulé ou par d'autres codes.

Confiance en soi: Espérance ferme en soi, affirmer et assumer ses valeurs.

Conscience : (du latin cum *scientia*, accompagné de savoir) Sentiment que chacun a de son existence et de ses actes. Etre conscient, c'est agir avec le savoir qu'on agit, vivre avec la conscience d'exister. C'est le dédoublement qui distingue l'homme des choses de la nature. La spécificité de l'existence humaine est la conscience d'exister, de même la conscience implique l'existence.

Coprolalie : (du grec *kopros*, excréments et *lalein*, parler) Tendance pathologique à proférer des mots orduriers.

Diagnostic : (du grec *diagnôstikos*, apte à reconnaître) Acte médical qui permet de déterminer une maladie selon ses symptômes.

Emotion : (du latin *emovere*, ôter d'un lieu ; ébranler) Trouble affectif global, brusque, intense et passager d'un sujet, de tonalité agréable ou pénible (joie, peur, colère), provoqué par une situation inattendue, et qui s'accompagne d'une réaction organique confuse de dérèglement, de désadaptation et d'un effort plus ou moins désordonné pour rétablir l'équilibre rompu.

Estime de soi : Sentiment favorable né de la bonne opinion qu'on a de sa valeur.

Expression : (du latin *exprimere*, faire sortir de, exprimer) Manifestation d'une pensée, d'un sentiment, par le langage, le corps, le visage, l'art.

Génétique : Qui concerne l'hérédité, la transmission par les chromosomes de caractère spécifiques.

Homéostasie : (du grec *homoios*, immobile) Maintient à un niveau constant des caractéristiques internes (température, concentration des substances, etc.).

Imagination : (du latin *imaginatio*, image) Faculté d'élaborer des images à partir d'actes antérieurs de perception.

Impression : (du latin *impressio*, impression sensorielle) Réception d'informations par le sens.

Intention : (du latin *intentio*, action de tendre au sens de l'exécution effective du mouvement) Résolution par laquelle l'agent veut réaliser un projet.

Mutisme : (du latin, *mulus*, muet) Attitude de celui qui garde le silence.

Neurobiologi(qu)e : Discipline qui étudie le système nerveux ou ses maladies.

Névrose : (du grec *neuron*, nerf) Affection psychique perturbant peu la personne et la vie sociale, et dont le sujet est conscient.

Paramédical : Se dit des activités et professionnels qui ont trait sur les plan techniques ou administratifs aux activités relatives à la santé.

Pathologi(qu)e : ensemble des manifestations d'une maladie, état de santé défaillant.

Pénalité : Etat ou événement qui fait qu'une personne a une qualité de vie qui ne lui permet plus de s'épanouir et qui nécessite de l'aide.

Perception : Connaissance sensorielle, capture de la plus grande quantité d'information utile qui aboutit à l'extraction d'invariants.

Protocole : (du grec *prôtokollon*) Ensemble d'éléments qui constituent l'intérêt, la faisabilité et la

réalisation d'une activité.

Physiologi(qu)e : Science qui étudie le fonctionnement normal d'un organisme vivant ou de ses parties.

Plaisir : (du latin *placere*, plaire) Sensation ou sentiment agréable déclenché par des substances ou des stimuli naturels.

Poliomyélitique : (du grec *polios*, gris et *muelos*, moelle) Inflammation de la substance grise de la moelle épinière. Provoquant parfois des paralysies, éventuellement suivies de séquelles.

Psychologi(qu)e : (du grec *psukhê*, âme et *logos*, science) Relatif au psychisme, à la manière de penser, de sentir, d'agir qui caractérise une personne.

Psychomot(eure)ricité : Evolution des fonctions sensorielles et motrices grâce à la croissance et l'expérimentation. Elle permet des acquisitions telles que la préhension et la marche.

Psychose : Affection mentale caractérisée par une désorganisation profonde de la personnalité, avec troubles de la perception, du jugement, du raisonnement et du comportement dont le malade n'a pas conscience.

Qualité de vie : Perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. (Définition de l'OMS***, 1993).

Relation : (du latin *relatio*, dérivé de *relatus*, participe passé de *referre*, reporter une chose sur une autre) C'est être l'un avec l'autre. « La relation […] est une mise en commun du sens. »

Ressenti corporel: Il permet l'auto-régulation motrice et produit des sensations de nature à déterminer l'esthétique comme science du Beau.

Saveur existentielle : Sensation agréable qui donne le goût de vivre.

Sensation : Phénomène psychique élémentaire provoqué par une excitation physiologique. Les sensations peuvent être externes (sensations tactiles, thermiques, visuelles, etc.) ou internes (sensations de faim, de fatigue, de chute, etc.).

Sensib(le)ilité : (du latin *sensibilis*, de *sentire*, sentir) Fonction par laquelle le système nerveux perçoit et analyse des objets ou des phénomènes extérieurs ou intérieurs.

Site d'action : Localisation d'une difficulté qui se rapporte aux mécanismes humains défaillants.

Socialisation : Processus par lequel l'enfant intériorise les divers éléments de la culture environnante, (valeurs, normes, codes symboliques et règles de conduite) et s'intègre dans la vie sociale.

Thérap(ie)eutique : (du grec *therapeutika*, soigner) Relatif au traitement des affections de la santé.

Glossaire artistique

Art : Acte humain volontaire dirigé vers l'esthétique / art (du grec *theknikos*, technique, du latin *ars*, habilité) Ensemble de compétences et de procédés techniques.
Arts plastiques : (du latin *plasticus*, qui concerne le modelage) Qui peut être façonné par les doigts.
Beau(té) : C'est une sensation agréable face à des situations extérieures, elle est conçu en elle-même, par elle-même, pour elle-même et sans autre but qu'elle-même.
Contemplation : (du latin *contemplatio* ; le *templum* était l'espace du ciel dans lequel les augures observaient les présages ; d'où action de regarder attentivement) Diriger toute son attention vers une source de sensations esthétiques, moins l'effort d'abstraction est important plus l'œuvre est réussie.
Esthétique : (du grec *aisthètikos*, qui peut être perçu par les sens, de *aisthèsis*, sensation) Théorie de l'art et des conditions du beau, de conception très diverses selon les auteurs.
Goût : Faculté toute spontanée qui précède la réflexion, que tout le monde possède mais qui est différente pour chacun.
Heuristique : **(**du grec *heuriskein*, trouver, de *heuris*, bon nez, flair) Qui se rapporte à la découverte.
Plaisir esthétique : Il se caractérise par une activité réfléchie entre une production artistique (expression sensible de l'idéal esthétique de l'artiste) et un état psycho-physiologique (situation d'attente).
Rythme : (du grec *rhythmos*, dérivé de *rhéo* : couler) Ordonnance des sons dans le temps selon des proportions accessible à la perception, fondées sur la succession de leurs durées et l'alternance de leurs points d'appui.
Style : (du latin *silus*, écrit) Façon personnelle d'exprimer sa pensée, ses émotions, ses sentiments.

Glossaire des sigles

AFARTAPEM : Association Française de Recherche et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine.
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent.
CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Reignier
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, publication de l'OMS.
CMP : Centre Médico-psychologique.
CSSTP : Centre Spécialisé des Soins pour Toxicomanes et Pharmacodépendants
DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual, publié par l'association américaine de psychiatrie en 1994.
IME : Institut Médico-Educatif.
INSERM : Institut National de la santé et de la Recherche Médicale créé en 1964.
ISA : Intervenant Spécialisé en Art-thérapie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

Introduction

Ce mémoire relate l'expérience que j'ai pu mener au Centre du Bois Perrin de Rennes (35), en mettant en place un atelier d'art-thérapie auprès de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale. Cet écrit permet ainsi de finaliser et concrétiser un cycle d'études universitaire, mais ouvre également la possibilité d'exercer une pratique professionnelle.

A travers diverses expériences en Centre de Loisir, mais aussi de bénévole au sein d'une association visant à apporter de l'aide à des jeunes en difficultés scolaires et sociales, je me suis intéressée très tôt aux problématiques soulevées par les souffrances des enfants et des jeunes adolescents. L'altération du comportement, de la communication et de la relation aux autres, engendrées par les troubles de la santé mentale et/ou les difficultés liés à la période de l'adolescence, pèsent non seulement sur le jeune, mais aussi sur son entourage et empêche ainsi son épanouissement. Enrichie par ces diverses expériences et munie de mes connaissances artistiques, j'ai fait le choix de me tourner vers la profession d'art-thérapeute. En s'engageant au sein d'une équipe de soin, cette activité paramédicale vise à ce que le patient retrouve des repères, une estime et une confiance en soi et se resocialise. Le choix d'effectuer un stage auprès de jeunes adolescents m'a donc paru naturel.

De plus, l'orientation de ce mémoire sur la thématique de la prise en charge de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale s'est menée en concertation avec Isabelle Lebreton, Art-thérapeute diplômé de l'Université de médecine de Tours et exerçant son métier au Centre Hospitalier Guillaume Regnier de Rennes.

La première partie de ce mémoire énonce les difficultés auxquelles des adolescents présentant des troubles de la santé mentale peuvent être soumis, en proposant une courte description des concepts d'Art et l'explication de la fonction de l'art-thérapeute, selon le modèle de l'AFRATAPEM. Suit alors une réflexion sur la pertinence d'utiliser la technique de l'Art visuel, pour émettre l'hypothèse selon laquelle l'usage de cette activité artistique peut être bénéfique auprès de ce public.

La seconde partie de cet écrit nous informera sur l'institution dans laquelle l'expérience a été menée. La présentation de diverses études de cas exposant le travail qui a été réalisé et démontrant l'importance du cadre art-thérapeutique, permettra alors de relativiser la réflexion précédente, évoquant la possibilité d'user d'autres techniques que celle de l'Art visuel auprès de personnes présentant des troubles de la santé mentale.

Cela nous amènera en troisième partie à nous interroger sur la possibilité pour un art-thérapeute de faire usage d'une technique artistique pour laquelle il n'a pas suivie de formation spécialisée et dont il ne détient que peu de connaissances. L'expérience pratique acquise lors de ce stage permettra alors d'étayer la discussion.

PARTIE 1

Des connaissances théoriques et des expériences pratiques nous permettent d'énoncer que la mise en place d'un atelier d'art-thérapie à dominante Art visuel, auprès de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale peut contribuer à améliorer leur qualité de vie.

A. Des troubles de la santé mentale chez des jeunes adolescents entraînent des pénalités de vie de natures et d'intensités variables.

A1. A l'adolescence, une personne peut être confrontée à des difficultés particulières.

A1-1. Des besoins fondamentaux sont indispensables à la bonne santé et au bien-être.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS***), posséder une bonne santé serait un droit fondamental. Elle la définit en utilisant les termes suivant : « la santé est un état complet de bien être physique, mentale et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité[1] ». Ainsi, l'état de santé se détermine au travers de connaissances scientifiques sur le fonctionnement du corps humain, à partir de normes culturelles, mais aussi d'un idéal.

Plusieurs théoriciens ont mené une réflexion sur les besoins fondamentaux des êtres humains, parmi lesquels nous retiendrons Virginia Anderson[2]. Cette infirmière a élaboré une conception de la santé en recensant 14 besoins fondamentaux et en les considérant interdépendants. Cependant, d'autres classifications ont été émises comme nous pouvons le voir à travers « La pyramide des besoins fondamentaux » de Maslow[3], qui lui en a dénombré 5.

Comme tout être vivant, l'être humain cherche à maintenir une homéostasie* entre son monde intérieur (compris dans les limites corporelles) et ce qui lui est extérieur. Cependant, hormis le fait de maintenir cet équilibre en transformant les substances vitales trouvées dans son environnement, l'être humain a aussi besoin de devenir autonome*, de s'épanouir et de s'approcher d'un idéal de bien-être. En additionnant le fait de se savoir exister, mais aussi de vouloir bien vivre, il peut s'engager dans des activités gratifiantes qui donne un sens (une direction) et du sens (une raison) à sa vie. Cela lui permet ainsi d'entretenir sa saveur existentielle*. De plus, comme la nature de l'être humain est d'être un être social, afin de répondre à des besoins physiologiques* et psychologiques*, il doit également être en capacité d'entretenir des relations* avec ses pairs.

A1-2. Le passage de l'enfance à l'âge adulte se détermine par plusieurs caractéristiques.

Le terme « d'adolescent » n'est entré dans le langage courant qu'à la fin du XIXème siècle et est devenu populaire dans les années 40. Il provient du latin *adolescere*, qui au participe présent, *adolescens* signifie « en train de grandir » et au participe passé *adultus* « qui a finis de grandir ».

1 OMS, Organisme Mondial de la Santé, *Constitution*, Actes officiels, n°2, 1948, p. 100.

2 Annexe 1, Les 14 besoins de Virginia Anderson, infirmière américaine (1897 – 1996), 1947, p. 72

3 Annexe 2, La pyramide des besoins fondamentaux de Maslow, 1940, p. 72

L'adolescence est souvent entendue comme la période de vie au cours de laquelle s'opère le passage de l'enfance à l'âge adulte. Le début de cette période est associé au démarrage de la maturation pubertaire, soit environ vers l'âge de 12 ans et s'achève vers l'âge de 18 ans. Même si ces limites sont à retenir, il faut noter qu'elles ne sont pas précises et peuvent varier d'une personne à l'autre. Vers l'âge de 18 ans, des transformations biologiques, psychologiques et sociales sont accomplies, donnant à la personne le statut de jeune adulte.

L'adolescence est généralement considérée comme une période de crise, où la personne doit subir des changements corporels, une nouvelle image de soi, la recherche et l'affirmation d'une identité, répondre aux attentes des parents et multiplier les rapports sociaux. Les changements engendrés à la période de l'adolescence peuvent alors pénaliser un ou plusieurs des besoins présentés ci-dessus, qui sont indispensables au bien-être d'une personne.

A1-3. Des difficultés peuvent être rencontrées durant cette période.

Au cours de la puberté, le corps de l'enfant se modifie, tant dans son fonctionnement que son apparence. Cette transformation dure environ quatre ans, pour ensuite acquérir un corps adulte sexualisé. L'adolescent doit alors être capable de s'adapter à ces changements, d'intégrer une nouvelle image de soi, d'assumer son identité. Une grande majorité des adolescents y parviennent, sans qu'aucun impact psychologique majeur ne soit engendré. Pourtant, cette tâche engendre une multiplicité d'inquiétudes et peut provoquer des angoisses*. De plus, bien que la maturation pubertaire touche principalement l'adolescent dans son intimité corporelle, elle entraîne également des changements dans la manière dont il est perçu et considéré dans la société et par son entourage. La question de l'identité est alors un enjeu majeur à cette période. L'adolescent se voit contraint d'assimiler et d'intégrer une nouvelle représentation de soi.

Tout au long du développement du jeune, la référence à la famille est essentielle : elle l'accompagne dans son intégration dans le milieu social. Le jeune s'y construit en tant qu'individu, ayant une fonction et un rôle spécifique. La famille lui permet également d'apprendre à avoir des comportements adaptés en fonction des situations rencontrées et cela par la transmission de valeurs collectives. Cependant, durant le passage de l'enfance à l'âge adulte, des conflits peuvent voir le jour au sein du foyer familliale. L'adolescent doit devenir indépendant et par conséquent le lien parent/enfant se transforme en un lien adulte/adulte. L'adolescent réclame une liberté que ses parents ne veulent pas lui accorder, ce qui engendre des conflits. Le jeune peut alors se sentir incompris.

Malgré les liens développés dès son plus jeune âge avec sa famille, le milieu scolaire est le lieu où le jeune découvre l'existence de nouvelles relations. Bien que l'école ait pour objectif d'apporter au jeune des connaissances indispensables à la construction de son avenir dans la société, elle lui permet également de mettre en place une autonomie relationnelle, hors du cadre familiale. Des difficultés rencontrées durant la période de l'adolescence peut alors entraîner des pénalités*, tant au niveau scolaire, ce qui caractérise par une baisse des résultats, que relationnel, l'un allant de pair avec l'autre.

A2. Les troubles de la santé mentale peuvent affecter un ensemble de fonctions nécessaires au bien être.

A2-1. Les troubles de la santé mentale constituent un handicap pouvant perturber l'autonomie et l'épanouissement de l'adolescent.

Le développement est un processus que l'être humain va acquérir durant toute sa vie, afin d'être en capacité de s'épanouir et d'être autonome. L'enfance représente cependant la période du développement la plus intensive et primordiale. Ainsi, un tableau permet de repérer les compétences cognitives, motrices et sociales normalement acquises entre l'âge de 1 mois et de 17 ans[4]. Toutefois, chez les personnes présentant des troubles de la santé mentale, en fonction de leur nature et de leur intensité, ce processus peut être entravé, empêchant certaines fonctions d'être opérantes.

Depuis quelques années, le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents ont connu de grands progrès : la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et l'adoption du premier plan autisme en 2008, nous le démontre. Des études épidémiologiques ont également été menées dans plusieurs pays européens. Les résultats de cette expertise collective de l'Inserm*** nous expose qu'un enfant sur huit souffre d'un trouble mentale en France, qu'il s'agisse d'autisme*, d'anxiété, d'anorexie, etc[5].

Les troubles de la santé mentale peuvent entraver le développement de l'adolescent, s'accumulant aux difficultés déjà présentes durant cette période de la vie et constitue donc un handicap important. La loi du 11 février 2005, définit alors le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subit dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de la santé invalidant [6]». Ainsi, le handicap entraîne une altération des besoins décrits précédemment avec des conséquences personnelles, familiales ou sociales en fonction des personnes. Cela peut donc rendre difficile les interactions sociales du jeune avec son environnement et empêcher son épanouissement.

Dans la vie quotidienne, les personnes présentant des troubles de la santé mentale peuvent être en difficulté lorsqu'elles rencontrent des situations de frustrations et d'angoisses, ce qui pénalise également la communication* et la socialisation*. Leur autonomie est également bien souvent affectée : ces personnes peuvent être dans l'incapacité de réaliser des choix, mais aussi d'accepter ou de refuser quelque chose en fonction de son jugement. Ainsi, un adolescent peut être dépendant pour certains actes de la vie quotidienne et totalement autonome. Hors, certains troubles de la santé mentale peuvent entraver cette autonomie, ce qui peut devenir une source de souffrance lorsque la personne en est consciente. Par conséquent, lorsque des adolescents présentent ces

4 Annexe 3, Tableau du développement moteur, cognitif et affectif de 1 mois à 17 ans, p. 73

5 Enquête collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, Inserm, *Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 2002

6 Loi n°2005-102, Jouranl officiel de la République Française n°36, 12 février 2005.

difficultés, ils peuvent suivre des programmes thérapeutiques* et pédagogiques spécialisés. Des lieux de soins adaptés leur permettent ainsi de vivre dans un environnement protégé et où ils peuvent recevoir l'aide nécessaire.

A2-2. Diverses psychopathologies peuvent être détectées à l'adolescence.

A l'adolescence, des psychopathologies peuvent être détectées. Au sein de celles-ci, certaines peuvent être présentes dès le plus jeune âge. Il semble alors nécessaire, la plupart du temps, de vérifier si des antécédents ont été identifiés durant l'enfance de la personne.

Les personnes souffrant de névrose* sont conscientes de leur état et en souffrent.

Il est difficile de poser un diagnostic* lorsqu'une personne souffre de névrose, cependant il est important de noter, que chez l'adolescent, l'angoisse est souvent présente. Cette dernière, a courte ou à longue durée, peut représenter le précurseur d'une pathologie* plus lourde :

-La **phobie scolaire** se manifeste chez l'adolescent par des crises d'anxiété lorsqu'il doit quitter le foyer pour se rendre à l'école.

-La **dysmorphophobie** se manifeste par le fait d'avoir honte de son corps.

-L'**anxiété ciblée** concerne la peur d'un événement particulier qui préoccupe beaucoup l'adolescent.

-L'**anxiété aiguë** se caractérise par des crises d'angoisses soudaines et violentes.

Nous pouvons retrouver d'autres psychopathologies chez les jeunes adolescents, telles que :

-Les **conduites hystériques**, qui se traduisent par des crises de nerfs, mais aussi par des malaises.

-Les **conduites obsessionnelles**, où se manifestent des compulsions, des comportements répétitifs dirigés vers un but, comme les troubles obsessionnelles compulsifs (TOC***).

Une personne souffrant de psychose* n'est pas consciente de son état et n'a pas de contacts avec la réalité.

Le fait de ne pas avoir conscience de leur pathologie engendre une absence de souffrance chez les personnes atteintes de psychoses. Il est également difficile pour les médecins, dans le cas de cette maladie, de fixer un diagnostic, car la crise d'adolescence peut dissimuler les symptômes. Diverses natures de psychoses peuvent alors être distinguées :

-Les **symptômes psychotiques**, qui se manifestent par un comportement inadapté, des troubles de la pensée, des idées délirantes, mais aussi parfois des hallucinations.

-Les **bouffées délirantes aiguës** se caractérisent par des hallucinations, des délires, qui sont centrées principalement sur des modifications corporelles de l'adolescent. Ces bouffées délirantes pouvant s'orienter vers un processus schizophrénique, il semble important de porter une attention particulière à l'évolution de la maladie.

-La **schizophrénie** se caractérise par de violentes crises de nerfs, de l'agressivité sans raison apparente, l'isolement de l'adolescent. De plus, ce qui se différencie de la crise d'adolescence est une absence de contact avec la réalité. Ce syndrome peut être diagnostiqué environ six mois après le début des symptômes.

D’autres psychopathologies peuvent apparaître chez les jeunes adolescents.

-Les **troubles alimentaires** se composent de l’anorexie mentale et de la boulimie nerveuse. Lorsque l’adolescent se trouve dans l’une de ces situations, il présente un comportement anormal avec la nourriture. Par exemple, l’anorexie mentale témoigne d’une difficulté existentielle ou d’une lésion du système biologique qui contrôle la prise alimentaire. Les personnes concernées par ces troubles détiennent des prédispositions à cette maladie.

-Les **conduites psychopathiques** se manifeste à travers la violence, l’instabilité, l’agressivité si il y a des conflits, mais aussi la frustration. L’adolescent peut également montrer des signes de mythomanie, en inventant des faits qu’il aurait vécu, dans le but de plaire à son interlocuteur.

-Les **états limites** peuvent se trouver à la fois dans la pathologie de la névrose et de la psychose. Ceux-ci peuvent se caractériser par de l’angoisse, une dépendance aux drogues, des moments de décompensation, des mécanismes mentaux défaillants et la dépression. Les tentatives de suicide sont également très présentes chez les personnes présentant ces troubles.

-La **dépression** peut se caractériser par des variations de l’humeur, une vulnérabilité neurobiologique*. L’intensité de cette maladie peut varier, passant d’un simple malaise à une attitude insolente et /ou violente. Des inquiétudes envers l’avenir sont souvent présentes.

-Les **tentatives de suicides** adviennent généralement suite à une dépression ou une pathologie importante et difficile à gérer pour la personne. Le plus souvent, des antécédents familiaux peuvent être détectés, comme par exemple un climat incestueux, ou encore un viol.

Comme énoncé précédemment, les troubles de la santé mentale peuvent être de natures et d’intensités diverses. Ils résultent de l’interaction entre divers facteurs : biologique, génétique*, psychologique. Plusieurs manuels de classification (DSM IV***, CIM 10***, CFTMEA***) recensent les troubles affectant la santé mentale, ce qui facilite l’établissement d’un diagnostic médical grâce à des descriptions symptomatiques.

A2-3. Ces troubles perturbent principalement la communication et la socialisation.

Bien souvent, les personnes présentant des troubles de la santé mentale ont des difficultés à communiquer. Elles ne peuvent pas toutes faire usage d'une communication verbale adaptée, comme par exemple lorsqu'elles présentent une psychose et qu'elles n'ont pas de contact avec la réalité. De même, d'autres troubles peuvent provoquer un mutisme* chez le jeune ce qui pénalise sa socialisation. Un ensemble de pénalités, pouvant varier en fonction de la pathologie de la personne peut donc la mettre en retrait de la société et quelque fois même engendrer une boucle d'inhibition* chez l'adolescent.

Cependant, grâce à un travail thérapeutique et éducatif mené par l'ensemble de l'équipe de soin, l'impact de ces troubles sur la communication et la socialisation de l'adolescent peut diminuer. Par conséquent, après avoir présenté brièvement les difficultés que peuvent provoquer des troubles de la santé mentale à la période de l'adolescence, nous pouvons à présent nous tourner vers le rôle que l'Art** peut avoir afin d'améliorer le bien-être de ces personnes.

B. L’Art peut contribuer à améliorer la qualité de vie d’une personne.

B1.Nous pouvons distinguer une évolution des notions d’Art et d'artiste à travers l’Histoire.

B1-1 La signification du mot Art a évolué.

Nous pouvons citer deux périodes distinctes de l'Histoire de l'Art, permettant d'expliquer l'évolution de la signification des notions d'œuvre d'Art et d'artiste : de l'Antiquité à la Renaissance, puis de la Renaissance à nos jours.

Dans l'Antiquité, une réflexion philosophique et intellectuelle menée par Platon (IVème siècle av. JC) propose un modèle d'esthétique** objectif, nommé la mimésis. Ainsi, l'artiste avait pour unique rôle d'imiter le modèle divin, ce qu'il faisait grâce à une bonne connaissance des lois scientifiques. La beauté** émanait donc des œuvres d'Art possédant des proportions équilibrées, ce qui donna naissance aux canons de la beauté.

A l'inverse, à partir de la Renaissance le mot Art prend un tout autre sens : l'idée du beau devient une norme subjective et met en exergue la personnalité de l'artiste.

Ainsi, à l'époque moderne (au XVIIIème siècle), Kant[7] proposa un modèle subjectif de l'Esthétique faisant référence non pas au sentiment, mais à la raison. Il réfutait alors toute part d'objectivité dans l'Art, en affirmant que le plaisir* esthétique est une satisfaction désintéressée, liée non pas à l'objet d'Art lui-même, mais à la représentation subjective que chacun se fait de sa beauté.

Enfin, au XIXème siècle, le philosophe Bergson proposa une interaction entre le modèle subjectif et l'autre objectif : la notion du Beau suppose que l'être humain et son environnement soient indissociables. C'est alors cette idée que nous retiendrons dans ce mémoire, car l'Art en tant qu'activité d'impression* et d'expression*, se base sur des échanges entre le monde intérieur de l'être humain et le monde extérieur. De la recherche du Beau, découlera un sentiment nommé « le plaisir esthétique **». Cette dernière notion peut être importante dans la construction de l'estime de soi*, car elle peut constituer un moteur efficient lors de la réalisation d'une œuvre d'Art par une personne présentant des troubles de la santé mentale.

B1-2. L'Art est une activité volontaire dirigée vers l'esthétique.

L'être humain a su développer une multiplicité de sources d'épanouissement. Parmi elles, nous pouvons trouver l'activité artistique, qui est à la fois une activité d'impression et d'expression. Dans le premier cas comme dans l'autre, il s'agit d'une activité volontaire dont la finalité et en elle-même, par elle-même et pour elle-même l'émotion esthétique. Il existe diverses manières de se positionner vis à vis de l'Art : certaines personnes réalisent des œuvres d'Art, d'autres les comtemplent uniquement et certains ne s'y intéresse pas. Il est également important de noter que

7 Emanuel Kant, il ne saurait y avoir de règles objectives du goût qui détermine par concept ce qu est beau, car tout jugement issu de cette source est esthétique, c'est à dire son principe déterminant est le sentiment du sujet et non le concept d'un objet,Critique 17, *Le Jugement esthétique*, PUF 1955.

l'Art est connu par ses œuvres. En effet, grâce à un rayonnement prenant sa source dans l'adéquation entre la forme (matérialité objective) et le fond (représentation subjective qui provoque un ressenti) de l'œuvre, une émotion va pouvoir être provoquée chez le spectateur.

Il paraît alors indispensable de différencier trois modalités d'expression artistique :

-les arts d'agréments sont des activités de loisirs artistiques, ayant pour objectifs d'améliorer le confort de vie (comme par exemple le fait d'aller danser au bal).

-les arts d'accompagnement exploitent l'esthétique à d'autres fins qu'elle-même (politiques, commerciales, etc.). Ils ont un but utilitaire.

-les Beaux-Arts concernent l'activité d'un artiste engagé dans une recherche esthétique personnelle pour laquelle il peut parfois sacrifier sa qualité de vie[8].

B1-3. L'Art peut provoquer des changements physiologiques et psychologiques.

Une activité artistique, qu'elle soit de l'ordre de l'expression ou de la contemplation**, mais aussi qu'elle soit agréable ou désagréable, engendre chez l'être humain des sensations* et des émotions*. Par nature, ces dernières sont sources d'actions et de motivation : par exemple, lors d'un concert, le pouvoir d'entraînement de l'Art peut s'exprimer à travers un élan corporel lorsqu'une personne va battre du pied, ou par l'envi subite d'apprendre à jouer d'un instrument de musique. Ainsi en utilisant le pouvoir de l'Art, l'activité artistique serait à même d'entretenir et d'améliorer les compétences physiques et mentales des êtres humains.

Lorsqu'une personne réalise une production, elle doit exercer son sens critique et diversifier ses savoir-faire, afin de s'approcher de son idéal esthétique. Par conséquent, elle se voit dans l'obligation d'affiner ses sens et sa motricité, d'acquérir de nouvelles compétences et connaissances, mais aussi de développer son imagination* et de manifester de nouvelles intentions. L'ensemble de ce processus peut alors permettre aux êtres humains qui pratiquent une activité artistique, d'améliorer leur confiance en leurs capacités et d'affirmer leur personnalité à travers un style** qui leur est propre. De plus, par l'intermédiaire des productions, un échange peut s'instaurer entre l'amateur d'Art et l'artiste, et ainsi avoir un impact relationnel. Dans ce cas, l'Art est conçu comme un processeur. Ses potentiels peuvent être exploités dans des objectifs thérapeutiques.

B2. L'art-thérapie a pour objectif d'utiliser l'Art dans une visée humanitaire et thérapeutique.

B2-1. L'école de Tours propose une théorie spécifique.

Nous pourrions énoncer principalement trois orientations d'Art-thérapie : tout d'abord, l'Art Brut ; ensuite, la psychothérapie à support artistique (qui fut durant un grand nombre d'année enseignée à l'Université René Descartes de Paris) qui est une activité, sous l'égide d'un psychologue, où nous utilisons l'œuvre réalisée par le patient pour sa signification et son interprétation ; enfin, l'Art-thérapie enseignée à l'AFRATAPEM*** et aux Universités de Tours, Lille, Lyon, Poitiers et Grenoble, qui s'oriente autour de l'implication du corps physique dans

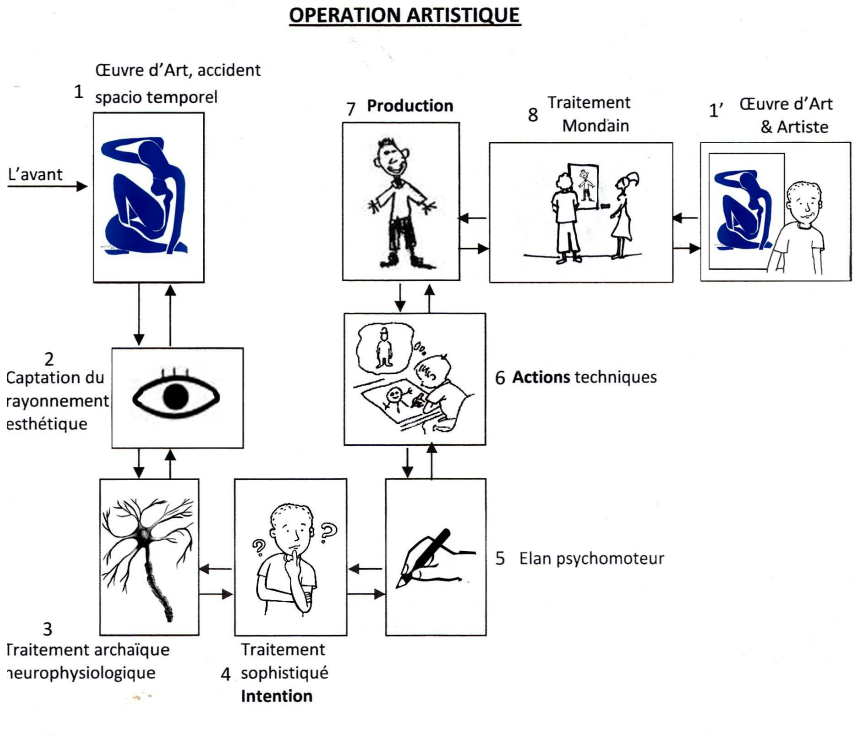
8 Richard Forestier, *Regard sur l'Art*, See you soon on the moon 2005, pp. 29-30

l’activité artistique et prend en compte les émotions émanant de l’expérience esthétique.

Ces universités forment des professionnels pouvant exercer le métier d’art-thérapeute au sein de structures sanitaires et sociales, en prennant en charge des personnes présentant des troubles de l’expression, de la relation et/ou de la communication. L'enseignement décernée par ces Ecoles propose sa propre définition de l’art-thérapie* : « *L’art-thérapie est l’exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire* ».

Ces universités proposent également une théorie de l’art-opératoire permettant de repérer les mécanismes humains mobilisés lors d’une pratique artistique.

Par habitude, nous réalisons de nombreuses actions sans y faire attention. Cependant, elles relèvent d'un processus complexe mobilisant plusieurs de nos fonctions. Le schéma de l'opération artistique, élaboré par Richard Forestier, nous permet alors de comprendre les mécanismes humains mis en œuvre lors d'une pratique artistique. L'emploi de cet outil permet à l’art-thérapeute de repérer les sites d’actions* des patients en fonction de leurs pathologies et de déterminer les objectifs intermédiaires qui lui permettront d’atteindre l’objectif thérapeutique. Une fois ciblé, ce qui dysfonctionne devra être travaillé ou contourné. Le schéma de l'opération artistique peut donc apporter une aide afin de produire une boucle de renforcement*. Afin de faciliter sa compréhension, les chiffres correspondant aux diverses étapes seront indiquées dans le texte qui le suit.



Nos canaux sensoriels nous permettent de capter (2) les éléments de notre environnement (1). Les informations recueillis ont alors transmises au système nerveux central, qui les sélectionne, les traites (3), puis engendre une activité cognitive sophistiquée (4). Cette dernière permet notamment de produire une intention. Pour y répondre, notre corps va se mettre en mouvement (5) et nous allons utiliser et acquérir des connaissances techniques (6) afin d'atteindre l'objectif que l'on

s'est fixé. Souvent, des vas et viens avec les mécanismes antérieurs vont être nécessaire, afin de porter un regard critique sur notre production (7). Lorsque nous sommes satisfaits du résultat obtenu, nous pouvons, si nous le souhaitons la présenter à d'autres personnes (8). En effet, ce n'est qu'à cette condition que l'œuvre peut s'inscrire comme repère socio-culturel (1'). Dans le cadre d'une séance d'art-thérapie, le traitement mondain (8) est avant tout le rôle bienveillant de l'art-thérapeute. En effet, les productions appartiennent aux patients, elles font partie du processus thérapeutique et sont donc soumises au secret médical, même si, occasionnellement, il peut être souhaité et souhaitable d'un point de vue thérapeutique de les exposer. Les effets relationnels de l'Art peuvent donc être exploités, mais ils doivent faire l'objet d'une vigilance particulière. Si les amateurs d'Art ne réalisent aucunes productions, en revanche ils en contemplent (5').

Bien que l'objectif de l'art-thérapie ne soit pas de produire une belle œuvre, l'esthétique doit être utilisée pour les effets qu'elle génère, par exemple le fait qu'elle gratifie les sens, enrichie la connaissance, procure une saveur existentielle, rassemble les êtres humains, etc.

Lorsqu'une personne présente des troubles de la santé mentale, les échanges entre le monde intérieur et le monde extérieur sont bien souvent perturbés. En se référent au schéma de l'opération artistique, les mécanismes défaillants se situent alors souvent au niveau de l'étape 3, c'est à dire de la perception sensorielle, et de l'étape 8, la relation aux autres.[9] En tenant compte de ces sites d'actions, l'art-thérapeute doit alors veiller à ce que l'activité artistique n'engendre pas un isolement de la personne.

B2-2. L’art-thérapie est une activité paramédicale originale.

L’art-thérapeute à des objectifs communs avec ceux de l’équipe pluridisciplinaire.

Le terme « thérapie » induit la notion de soin. Ce mot vient du grec *therapeuein*, qui signifie soigner. La pratique de l’art-thérapie implique alors de mettre en œuvre des actions par lesquelles nous conservons ou nous rétablissons la santé, mais également des moyens permettant de s’occuper du bien-être de la personne, dans le but qu’elle obtienne une qualité de vie* préservée ou restituée. Ainsi, l’art-thérapie répond aux mêmes objectifs que l’équipe médicale et paramédicale*. Cette profession s’inscrit dans une dynamique pluridisciplinaire.

L’art-thérapeute dispose d’outils et de méthodes propres à sa pratique pour mener et évaluer ses séances :

-En fonction du contexte et des objectifs déterminés lors la prise en charge des patients, l’art-thérapeute peut effectuer les séances en mettant en place soit des jeux, soit des exercices, soit des situations. La séance peut ensuite s’orienter de diverses manières : didactique (afin d’apporter une connaissance au patient); occupationnelle; révélatrice (il s’agit de faire apparaître et de pouvoir observer un élément particulier); thérapeutique (dans le but de produire une boucle de renforcement chez le patient). De plus, chacun de ses moyens peuvent être employés de manière différente en fonction de l’objectif de la prise en charge et/ou de la séance : directive (ce qui implique que le

9 Annexe 4, Schéma de l'opération artistique au regard de la problématique des troubles de la santé mentale, p. 74

patient doit suivre les instructions de l'art-thérapeute); dirigé (l'art-thérapeute amène le patient à effectuer un ou divers choix); semi-dirigé (l'art thérapeute accompagne le patient dans sa production); ouvert (lorsque le patient fait lui-même ses choix en présence de l'art-thérapeute); libre (le patient est le seul acteur durant l'activité art-thérapeutique).

-La fiche d'observation est également un outil incontournable de l'art-thérapeute. Elle correspond aux informations relevées lors de la séance d'art-thérapie et permet de les sélectionner et de les organiser. Divers items d'observations vont alors permettre à l'art-thérapeute d'orienter ses objectifs d'une séance à l'autre. Cet outil assure donc le bon déroulement de la prise en charge du patient, mais permet aussi d'exécuter des évaluations et des bilans favorisant la visibilité de l'évolution de ses difficultés. Il s'agit d'un objet indispensable à l'activité art-thérapeutique, car il permet de mener les prises en charge de la manière la plus objective possible : l'évaluation nécessite de comparer les mesures d'un même item d'une séance à l'autre. Cependant, il semble important ici de noter, que l'art-thérapeute n'évalue pas le patient, mais sa progression. Afin d'optimaliser la fonction de la fiche d'observation, cette dernière doit être personnalisée et adaptée à chaque prise en charge (un exemple est présent p. 51-52).

B2-3. L'art-thérapie est une discipline exploitant principalement l'expression non verbale.

Comme énoncé précédemment, l'Art est une activité basée sur des échanges entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'être humain. Par conséquent, l'art-thérapeute travail principalement auprès de personnes présentant des troubles de l'expression, de la communication et de la relation. Ces derniers peuvent avoir été engendrés par une maladie, un handicap ou une blessure de vie, mais quelle que soit leur origine, elles peuvent provoquer une perte d'autonomie et affecter le bien-être d'une personne. Ainsi, en art-thérapie, nous exploiterons prioritairement les effets d'une expression artistique non verbale et hors verbale (liée au ressenti). En effet, il semble important de noter que dans cette profession paramédicale l'expression n'est pas considérée en soi comme thérapeutique : si un patient évoque des difficultés personnelles lors d'une séance, l'art-thérapeute doit lui conseiller de rencontrer le psychologue. C'est pourquoi, mise à part le fait d'exercer sur indication médicale, il est indispensable que l'art-thérapeute soit intégré au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

C. Il semble pertinent de mettre en place un atelier d'art-thérapie à dominante Art visuel auprès de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale.

C1. L'Art visuel active chez l'être humain les mécanismes d'impression et d'expression.

Par nature, l'être humain est un être sensible*. L'interface entre le monde extérieur et son monde intérieur se constitue de capteurs sensoriels. Ainsi, des sensations sont procurées à la personne lorsqu'elle est stimulée. Ces dernières se voient alors filtrées, puis interprétées pour produire une perception*. Cette perception dépendra évidemment de l'expérience du sujet, c'est à dire de sa mémoire, de ses connaissances, etc. Une pratique artistique peut alors solliciter les

mécanismes d'impression, soit par des stimulations visuelles, soit auditives ou kinesthésiques. Le terme Art visuel désigne alors un domaine de l'Art regroupant une multitude de techniques, telle que la peinture, le collage, etc. Celles-ci ont la particularité, au regard d'autres techniques artistiques, de prévaloir les stimuli non pas auditifs ou kinesthésiques, mais visuels.

Qu'elles soient agréables ou désagréables, la perception engendre ensuite des émotions. En art-thérapie, il est indispensable de ne jamais oublier que certaines personnes peuvent se satisfaire de l'émotion esthétique provoquée par la contemplation, tandis que pour d'autres il sera nécessaire d'utiliser les mécanismes d'expression. Ainsi, en extériorisant son ressenti, le goût** et le style de la personne seront sollicités.

C2. L'Art visuel produit une coupure entre le patient et sa production.

L'Art visuel a la particularité de produire une coupure entre la personne qui réalise l'activité artistique et sa production. Il semble alors important de définir le terme « production » car celui-ci regroupe diverses natures de productions : les productions confondues à l'expression et les productions distinctes de l'expression. Dans le cadre de l'Art visuel, nous ne parlons pas de productions confondues à l'expression, car dans celles-ci le produit artistique se confond avec l'activité qui le produit, comme exemple en danse avec le mouvement. Au contraire, nous parlerons de productions distinctes de l'expression, où comme nous l'explique Richard Forestier dans un de ses ouvrages « [...]une distance tant spatiale que temporelle peut exister entre l'activité et la production, ce qui est la caractéristique en peinture ou en sculpture par exemple[10] ».

C3. Cette coupure peut permettre à une personne n'ayant pas de contact avec la réalité de prendre conscience de son environnement.

Notre quotidien se constitue dans l'espace : il n'y a pas un espace unique, mais une pluralité d'espaces possédant des usages divers. Le tout édifie le monde dans lequel nous vivons. Ce monde se compose de pays, de villes, de quartiers, de rues, etc. Nos yeux favorisent notre connaissance de notre environnement. Cependant nous sommes dans l'obligation de déplacer notre visage pour distinguer ce qui se situe autour de notre corps. Notre regard nous interdit d'embrasser à la fois ce qui siège en-dessous et au-dessus de notre champ visuel. De même, nous sommes tenus de pivoter pour appréhender ce qui se dissimule derrière notre dos. Afin de s'approprier l'espace, notre vision doit le parcourir. Il se construit par un haut, un bas, une gauche, une droite, un devant, un derrière. Cet ensemble une fois rassemblé nous permet de percevoir l'espace[11] .

Il semble plus facile pour l'être humain d'appréhender l'espace que le temps. Bien que nous nous demandions à plusieurs reprises quelle heure il est, nous pensons sans cesse savoir où nous sommes : dans une ville, un salon, etc. Cependant, lorsqu'une personne présente des troubles de la santé mentale, par exemple lorsqu'une personne souffre de psychose, elle peut présenter des troubles

10 Richard Forestier, *Tout savoir sur l'Art occidental*, France, Fravre, 2004, p. 175

11 Georges Perec, *Espèce d'espace*, coll. L'espace critique, Paris, Galilée, 2000, pp. 159-160

temporo-spatio.

Afin d'avoir la capacité d'objectiver ce qui l'entoure, une personne doit être capable de se repérer au sein d'un cadre spatio-temporel. En cela, l'objet d'Art visuel peut apporter une aide : il se décline selon deux dimensions, le temps et l'espace. Lors de cette activité artistique, nous pouvons discerner plusieurs temps : le temps où l'œuvre est produite (la date, la durée), mais aussi les différents moments de contemplation. Que ce soit dans un cas ou dans l'autre, c'est la personne qui observe qui fait la différence entre le temps de production et le temps d'exposition. Le terme espace peut aussi se décliner sous plusieurs sens : il y a l'espace de l'œuvre elle-même, c'est à dire son format, son cadre si elle en possède un, puis il y a l'espace ou l'œuvre est conservée. L'usage de la technique d'Art visuel peut alors engendrer l'acquisition de repères spatio-temporels, ce qui peut permettre à la personne d'objectiver son environnement.

C4. Garder une trace de sa production peut avoir un impact sur la conscience de soi.

Les productions visuelles que le patient garde ou retrouve d'une semaine à l'autre, devient témoin d'une activité qu'il a réalisé, et par conséquent de son existence. Il s'agit d'une trace importante, permettant d'objectiver et de faire un lien entre l'espace et le temps.

De plus, la conscience de l'être humain d'être lui-même, de son environnement, de sa personnalité se construit aux moyens d'expériences motrices, sensitives, et psychomotrices*. A travers ses déplacements, ses mouvements et ses activités, il peut alors prendre conscience* de son schéma corporel.

C5. Cette conscience de soi peut permettre de s’investir dans une activité artistique.

A travers la contemplation ou la production d'œuvres distinctes de l'expression, le patient peut prendre conscience d'exister. Il peut ainsi prendre conscience de son environnement et retrouver une place de sujet au sein de celui-ci. Il en découle alors une possibilité pour le patient de s'investir plus facilement dans une activité.

Par conséquent, une fois le patient en capacité à s'impliquer dans une activité artistique, l'art-thérapeute peut mettre en place une stratégie art-thérapeutique afin de tendre vers son objectif.

Conclusion partie 1

Suite à la présentation des difficultés auxquelles les adolescents peuvent être confrontés, ainsi que les pénalités que les troubles de la santé mentale peuvent provoquer sur un ensemble de fonctions nécessaires à leur épanouissement, nous avons démontré la manière dont l'Art et plus particulièrement l'art-thérapie peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie d'une personne.

Par la suite, nous avons expliqué en quoi il semble pertinent de mettre en place un atelier d'art-thérapie à dominante Art visuel auprès des patients présentant des troubles de la santé mentale. Si nous devions synthétiser cette réflexion, il semble qu'à travers l'emploi de support d'expression indépendant du corps, et par conséquent rassurant, un jeune présentant des troubles de la santé mentale peut prendre conscience de son environnement et de soi, peut développer son estime d'elle-même, des relations autres, etc.

Dans la seconde partie de ce mémoire, nous proposons alors de prendre connaissance d'une expérience de stage menée au sein d'un service pédopsychiatrique, car elle permettra de démontrer l'importance du cadre art-thérapeutique, mais surtout de poursuivre la réflexion précédente et de poser de nouvelles hypothèses.

PARTIE 2

L'analyse de diverses prises en charge en séance d'art-thérapie à dominante Art visuel de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale, menées dans un service de psychiatrie infanto-juvénile de Rennes, démontre les bénéfices que peut apporter le cadre art-thérapeutique.

A. Un service de pédopsychiatrie du Bois Perrin a intégré des séances d'art-thérapie aux prises en charges de certains patients.

A1. Le Centre Hospitalier Guillaume Reignier a pour rôle de soigner des personnes présentant des troubles psychiatriques.

A1-1. Un établissement de soin psychiatrique est installé à Rennes.

D'Après l'INSEE (sources datant de 1999), la démographie du secteur de l'Ille et Vilaine comprend une population de 867 533 habitants, répartie sur 353 communes. Le département se découpe en 11 secteurs géographiques destinés à la psychiatrie générale et 4 à la psychiatrie infanto-juvénile. Le Centre Hospitalier Guillaume Reignier (CHGR***), spécialisé dans la prise en charge médicale et sociale de personnes présentant des troubles de la santé mentale, en est le site principal. En tant qu'établissement de santé public, il dispose de diverses unités de soins parmi lesquels 8 secteurs de psychiatrie* adulte et 3 secteurs de psychiatrie pour enfants et adolescents sont dispersés sur diverses communes. Le dispositif est complété par une Maison d'Accueil Spécialisée au Placis Vert sur la commune de Thorigné-Fouillard; un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR); un Service d'accueil et de soins pour adolescents et jeunes adultes; un département des Conduites Addictives qui regroupe le Centre Spécialisé des Soins pour Toxicomanes et Pharmacodépendants (CSSTP); le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA); l'unité d'Alcoologie "Les Iris"; ainsi qu'un Service de Soins de Longue Durée réparti sur trois sites (Rennes, Châteaugiron, Bruz). Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier intervient également dans le Service d'Accueil Urgences du CHU de Rennes, ainsi que dans les services d'urgences des Centres Hospitaliers de Vitré et de Fougères, auprès des plus démunis, et des étudiants fragilisés. Le CHGR dispose d'un service infanto-juvénile implanté à Rennes, au sein duquel j'ai été accueillis en tant que stagiaire art-thérapeute.

A1-2. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Rennes dispose de divers services déployés au Centre du Bois Perrin.

Les principaux objectifs du secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Rennes se constituent d'un devoir de diagnostic des enfants et adolescents présentant des troubles de la santé mentale, de soin, mais aussi de réinsertion. Afin de coordonner les prestations et d'assurer les fonctions auxquelles il est dévoué, de multiples services d'accueil et de soin sont réunis au Centre du Bois Perrin. L'établissement fonctionnant depuis 1938, est constitué d'un bâtiment administratif et de huit unités de soins détenant chacune un rôle spécifique :

- « Arc en Ciel » : locaux mis à disposition des adolescents pour diverses activités de loisirs.
- « Armor » : bâtiment destiné à diverses activités telles que l'enseignement, la psychomotricité et le sport.
- « Les Eglantiers » : accueil de patients présentant des troubles autistiques*.
- « Les Ecureuils » : hôpital de jour.
- « Les mouettes » : hôpital de jour.
- « Antarès », « Orion » et « Sirius » : « Antarès » est l'unité d'accueil et de soins intensifs. Accompagnée des unités d'hospitalisation de semaine « Orion » et « Sirius », elles forment la « Fédération », c'est-à-dire regroupent l'ensemble des unités de soin à temps complet de la psychiatrie infanto-juvénile indépendamment du lieu de résidence.

L'organisation de l'institution offre l'assurance aux jeunes patients, du nourrisson à l'adolescent, d'une complémentarité des prestations sanitaires et sociales. Le projet de soin personnalisé structure les interventions des différents professionnels en cernant les objectifs et les moyens mis en œuvre pour l'amélioration de la santé mentale de l'adolescent. Les parents ou les responsables légaux sont régulièrement reçus au sein de l'institution afin de le valider. En fonction des caractéristiques de chaque projet, ce dernier peut associer des temps individuels, collectifs et familiaux effectués sur les lieux de soin, ainsi qu'à l'extérieur (ex : école). La pluridisciplinarité de l'équipe est considérée comme essentielle, ainsi elle se compose de divers professionnels : médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs, psychomotriciens, orthophonistes, assistante sociale, etc. Des partenariats avec des professionnels extérieurs ont également été mis en place.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile comprend 36 lits d'hospitalisation complète pour les trois secteurs relevant du CHGR, de 184 places en hôpital de jour et d'accueil à la demi-journée, ainsi que de 22 points d'intervention ou de consultation. Les enfants accueillis ont entre 0 et 16 ans et peuvent être scolarisés de façon partielle en milieu ordinaire, selon leur situation clinique. Ils présentent des difficultés de natures et d'intensité diverses : souffrance psychologique, troubles autistiques, psychoses, etc.

A1-3. L'unité « Sirius » possède des missions spécifiques et un fonctionnement singulier.

L'unité de soin a pour objectif de maintenir et de développer l'autonomie et l'intégration sociale des adolescents. Par conséquent, en fonction de la nature et de l'intensité de leurs difficultés, l'hôpital assure des soins polyvalents, individuels et collectifs au sein de l'établissement, mais organisent également des collaborations auprès de structures extérieurs visant à améliorer les capacités d'adaptations des jeunes.

La capacité d'accueil de l'unité Sirius est environ de 12 lits. Les adolescents admis ont entre 12 et 16 ans, et présentent la plupart du temps des troubles de la communication, de la relation et du comportement. Ils peuvent être pris en charge du lundi au vendredi, hors période scolaire, en

fonction du projet de soin et des activités auxquelles ils participent en dehors de l'établissement. Toutefois, lorsque la structure est fermée, le service d'Antarès assure des permanences. La durée moyenne d'une hospitalisation dans ce service correspond, généralement, à une année scolaire, soit environ 8 à 9 mois.

L'admission d'un jeune est acceptée suite à deux entretiens médicaux avec la famille et l'adolescent, ainsi qu'une visite de l'unité de soin. Afin que l'admission soit acceptée, la signature des tuteurs légaux est indispensable. Lors de ces rencontres, la famille s'entretient avec la pédopsychiatre, la cadre de soin et au moins une personne de l'équipe soignante de l'unité.

Une fois admis, les adolescents sont suivis par un médecin et deux référents faisant parti de l'équipe soignante. Ces derniers sont référents du projet du jeune, ils assurent le lien avec les autres membres de l'équipe, mais également avec les structures où il est susceptible de se rendre. Ils se doivent d'être présents lors des rendez-vous avec les parents ou responsables légaux et lors des synthèses.

L'équipe de soin de l'unité se compose d'un praticien hospitalier, d'un cadre de santé et responsable du projet de soin et de son application, de sept infirmiers, d'une aide médicaux-psychologique et d'un agent de service. Les adolescents sont également en contact avec une assistante sociale, un enseignant spécialisé, des professeurs, une psychologue, etc. Les infirmiers et l'aide-médicaux- psychologique sont présents dans la structure de 6h45 à 20h45, quatre personnes travaillant le matin et quatre l'après-midi. Ils sont ensuite relayés par deux infirmiers de l'équipe de nuit.

A1-4. Le cadre organisant la vie quotidienne au sein de l'unité Sirius est important.

Le déroulement de la journée d'un adolescent débute par un temps d'accueil à 8h45, afin qu'il puisse anticiper le déroulement de la journée. En ce qui concerne les repas, ils sont pris dans la salle commune en présence des soignants. Le petit déjeuné est servi à 8h30, le déjeuner à 12h30 et le dîner à 19h30. Le goûter est également un moment où chacun des jeunes participe aux tâches, comme par exemple en mettant la table. A 20h45, à l'arrivée de l'équipe de nuit, chacun doit avoir rejoint sa chambre, mis à part si une organisation a été mise en place pour programmer une soirée : jeux de société, regarder un film, etc.

Chaque adolescent possède sa propre chambre et peut y apporter des affaires personnelles, comme par exemple un réveil, une radio, etc. Afin que l'agent de service puisse avoir accès à l'espace, mais aussi dans l'objectif de son respect, le jeune assure lui-même le rangement de ses affaires.

Pour permettre le bon fonctionnement de l'unité, des règles sont établies et imposés aux jeunes : ces dernières délimite un cadre essentiel pour eux. Par exemple, un jeune ne peut pénétrer dans la chambre d'un autre qu'avec son autorisation.

Au premier étage de l'unité sont donc présentes les chambres, une salle détente équipée d'une télévision, d'un lecteur DVD, etc., cette pièce étant également soumise à une autorisation et un règlement. Au même étage se trouve l'atelier dédié aux activités artistiques (utilisé pour l'atelier d'art-thérapie), une pharmacie et une chambre d'isolement. Lorsqu'elles sont inutilisées, toutes ces pièces sont fermées à clef. De plus, les accessoires comme les téléphones portables ne sont utilisés qu'avec une autorisation et dans le cas contraire sont rangés dans des boîtes attribuées aux jeunes, présentes dans le bureau des infirmiers.

L'unité Sirius est ouverte vers l'extérieur et les jeunes peuvent se promener dans le parc de la structure si un membre de l'équipe de soin lui en donne l'autorisation. Cela instaure un climat de confiance entre les soignants et les adolescents. Cependant, lorsqu'un jeune fugue ou qu'une transgression est faîte, l'adolescent peut être amené à s'excuser par écrit ou à exercer des travaux visant à réparer ses erreurs. De même, si le jeune se montre violent, il peut être accompagné en chambre de repli. Si sa présence dans cette pièce s'avère insuffisante, il peut être maintenu en contention et être vu par le médecin pour un réajustement de son traitement. Un protocole* pyjama peut également être indiqué, en fonction de son état de santé et de son rapport au groupe. Ainsi, le jeune doit rester en pyjama dans sa chambre et y prendre ses repas.

A2. Des séances d'art-thérapie ont été intégrées à la multiplicité des soins déjà mis en œuvre par l'unité Sirius.

A2-1. Le protocole de stage prévoyait la mise en place de séances d'art-thérapie sur une durée de huit mois.

Durant une durée de stage de 140 heures, l'étudiant a pour objectif d'enrichir ses connaissances du milieu médical, de s'intégrer et de travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire en prenant part à l'élaboration de projets thérapeutiques et aux activités de synthèse, mais aussi d'affiner les outils d'observation et d'évaluation qu'il a acquis au sein de la formation, grâce à leur emploi auprès d'une population spécifique. Le stage pratique du diplôme universitaire d'art-thérapie de Tours permet ainsi de mettre en application les connaissances étudiées auprès des différents intervenants rencontrés lors de la formation, tout en développant ses compétences pratiques. Le stagiaire doit également adapter ses compétences artistiques en les associant à l'élaboration de stratégies thérapeutiques ajustées au projet de soin de chaque patient.

Suite à un entretien avec le Cadre de Santé du service, responsable de mon stage, il a été convenu que ma présence à Sirius se répartirait sur un temps d'environ 5 heures par semaine. Je suis donc intervenue de façon hebdomadaire, ce qui m'a permis de mettre en place un atelier d'art-thérapie sur une durée de huit mois. Au cours de mon stage, j'ai participé aux réunions de transmissions se déroulant chaque lundi midi et à certaines réunions de synthèses. Des échanges permanant avec les différents membres de l'équipe soignante ont permis de superviser mes

interventions et de me conseiller lorsque des difficultés apparaissaient. Un bilan a été réalisé en milieu et en fin de stage avec le Cadre de Santé, me donnant l'occasion de transmettre les graphiques synthétisant mon travail d'observation.

A2-2. Les séances d'art-thérapie étaient soit collectives soit individuelles.

A mon arrivée en novembre, j'ai mis en place un atelier d'art-thérapie dans une salle dédiée aux activités artistiques, c'est-à-dire possédant un équipement adapté : point d'eau, étagère, placard pouvant se fermer à clé, matériel indispensable à une activité artistique, etc. Aucune indication médicale des médecins ne m'a été fournie, par conséquent le choix des enfants que j'ai pris en charge a été réalisé suite à un entretien avec le Cadre de Santé et les différents membres de l'équipe soignante. Les premières semaines de stage m'ont permis de prendre connaissance des difficultés des adolescents, de réaliser un temps d'observation et de m'entretenir avec l'équipe pluridisciplinaire, afin de définir mes objectifs et mes stratégies thérapeutiques.

Les séances d'art-thérapie se sont déroulées de façon individuelle ou collective en fonction des objectifs thérapeutiques et des disponibilités de chacun. Dans un premier temps, les prises en charge s'organisaient sur 3 demi-journées :

-un atelier collectif se déroulait le lundi après-midi de 14h15 à 15h15 : Au mois de janvier des changements sont intervenus, car Hervé qui était jusqu'à présent pris en charge le vendredi matin rejoint l'atelier. De plus, au mois de mars, un des deux autres jeunes présents préalablement quitta l'institution.

-Pour la séance suivante, de 15h15 à 16h15, qui se composait de deux jeunes, l'une des patiente est sortie au mois de février. Un autre adolescent arrivé dans l'unité au mois d'avril intégra l'atelier.

-Le mardi matin, Damien était pris en charge en séance individuelle de 10h à 11h. L'horaire fut modifié au cours de l'année.

-la séance du vendredi matin, de 10h30 à 11h30, fut consacrée à la prise en charge d'Hervé jusqu'à la fin du mois de décembre.

Comme énoncé précédemment, mon temps de présence en atelier se voyait accompagné de réunion et de moments présents dans la vie quotidienne.

B L'expérience pratique permet de présenter trois études de cas.

B1.Des séances individuelles ont été mises en place.

B1-1. Damien a participé à un atelier d'art-thérapie individuel afin d'améliorer son autonomie et sa relation aux autres.

La première rencontre avec Damien s'est déroulée dans l'atelier destiné aux activités artistiques au début du mois de décembre. Une fiche d'ouverture permet de situer ses difficultés et le projet de soin mis en place pour ce jeune.

FICHE D'OUVERTURE

Nom : Damien **Age :** 14 ans

Pathologie déclarée : une dysharmonie psychotique, évocation d'un syndrome Gilles de la Tourette

Pénalités : Présence de tics moteurs, vocaux et coprolalie*, difficultés de concentration avec des phases d'excitations, difficultés relationnels avec ses pairs, absence de repères temporels.

Anamnèse : Les parents sont séparés. La mère présente des séquelles de Poliomyélitique*, un retard psychomoteur. Le père est alcoolique, ne travaille pas et a une compagne sortie de prison récemment. Fratrie de 4 enfants de deux unions différentes : deux grands frères et une petite sœur. Damien est actuellement placé en famille d'accueil (placement judiciarisé). Son père est incarcéré (sortie prévue en janvier 2011). Il rentre parfois chez sa mère le week-end (célibataire), où vit sa petite sœur.
Le placement de Damien a été évoqué lors de la naissance de la petite sœur. Il a été judiciarisé en 2001 compte tenu des difficultés que rencontrait la famille d'un point de vue matériel, mais aussi éducatif.
De 2003 à 2009, il se rend 2 fois par semaine au sein d'un CMP***. Faute de place en IME***, de 2004-2005, il est suivi en CLIS. Durant l'année scolaire 2009-2010, Damien est pris en charge au sein d'un IME. Il a été hospitalisé sur Antarès (unité de soin de la structure) lors des vacances de pâques 2010.
Depuis la fin de l'année 2009-2010, les symptômes sont en recrudescence, avec un changement de famille d'accueil. Courant 2010, la symptomatologie s'est modifiée, avec l'apparition de tics moteurs, vocaux, coprolalie, des troubles du comportement et des propos orduriers et/ou très sexualisés. Alternance de phases d'excitation et d'effondrement. Compte tenu de son comportement inquiétant et de ses cris “épuisants”, il fut évoqué un internat de soin à la semaine, de manière à accompagner la prise en charge en IME, qui devenait de plus en plus difficile et risquait de s'interrompre.

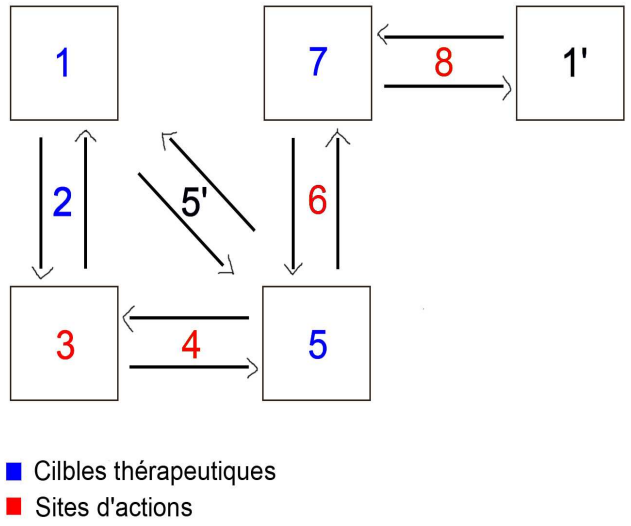
Etat de base : Au sein de l'unité, le comportement de Damien est correct, les cris restent mineurs. Il ne se sent pas en sécurité et reste toujours avec les adultes. Il a des difficultés relationnelles avec ses pairs (provocation). Il présente également des difficultés à se repérer dans le temps. Lors de notre premier entretien, je peux observer de très rares tics vocaux, avec des raclements de gorges fréquents. Damien est souriant, mais aussi très excité : il se déplace constamment dans la pièce, passe d'un sujet à l'autre lorsqu'il me parle, dit vouloir faire beaucoup de choses au sein de l'atelier d'art-thérapie.

Traitement : Risperdal (neuroleptique, avec des effets secondaires possibles :insomnies, agitations, anxiétés et maux de tête.)

Projet de soin et de scolarisation:
-**T**ravailler autour de sa problématique : les troubles arrivent au moment de l'adolescence avec des préoccupations sexuelles omniprésentes.
-Favoriser la vie en groupe pour permettre la réintégration en IME.
-Soutenir l'autonomisation pour permettre une meilleure inscription dans la famille d'accueil.

Objectif général art-thérapeutique : améliorer l'autonomie et la relation aux autres.

Damien a été pris en charge en séance d'art-thérapie individuelle le mardi matin de 10h à 11h. Le schéma de l'opération artistique nous permet de situer les sites d'actions et les cibles thérapeutiques, pour ensuite mettre en place une stratégie.



Les sites d'actions sont situés ainsi :

3 : la désorientation temporelle, troubles de l'attention, anxiété.

4 : difficultés à se projeter, à organiser les actions.

6 : manque de savoir-faire.

8 : difficulté relationnels avec ses pairs.

Les cibles thérapeutiques sont alors placées afin de stimuler sensoriellement pour engendrer des gratifications sensorielles et développer l'émotion esthétique (1 et 2), afin d'ensuite donner l'envie de s'engager dans une activité artistique (4) pour engendrer l'élan corporel (5). De plus, apporter des connaissances techniques (6) à Damien permettrait de diminuer son anxiété* (3), d'accéder à l'élaboration d'une production (7), ce qui pourrait par la suite améliorer son autonomie, mais aussi sa relation aux autres (8).

Le mardi matin Damien participe au temps d'accueil collectif mis en place dans la salle commune avec l'équipe soignante, avant de partir dans sa chambre écouter la musique. Puis, 5 minutes avant le début de la séance d'art-thérapie, j'allais le prévenir que j'étais arrivée au sein de la structure et que je me rendais à l'atelier. Il m'y retrouvait quelques minutes plus tard.

Lors des premières séances, Damien se trouvait débordé par la volonté de réaliser des productions, voulant faire plusieurs activités durant la même séance. Nous avons donc mis en place un calendrier sur lequel était noté l'activité artistique des 2 semaines suivantes, afin de faciliter son repérage dans le temps, mais ce qui lui permis surtout de se projeter dans le futur et d'éviter son dispersement pendant l'activité. Le bon déroulement de l'atelier se voyait alors favorisé, même si par

moments il me demandait à l'arrivée dans la salle de changer la prévision de la séance. Comme il avait été observé que la possibilité de choisir entre diverses activités le mettait en difficulté, les principales consignes auxquelles il devait répondre dans un premier temps, était qu'il respecte le calendrier que nous avions mis en place ensemble. Ainsi, je pensais pouvoir encourager son implication dans l'activité d'expression, pour ensuite favoriser son autonomie et sa relation aux autres.

Divers objectifs intermédiaires ont été envisagés, afin que la prise en charge Damien soit menée à bien :

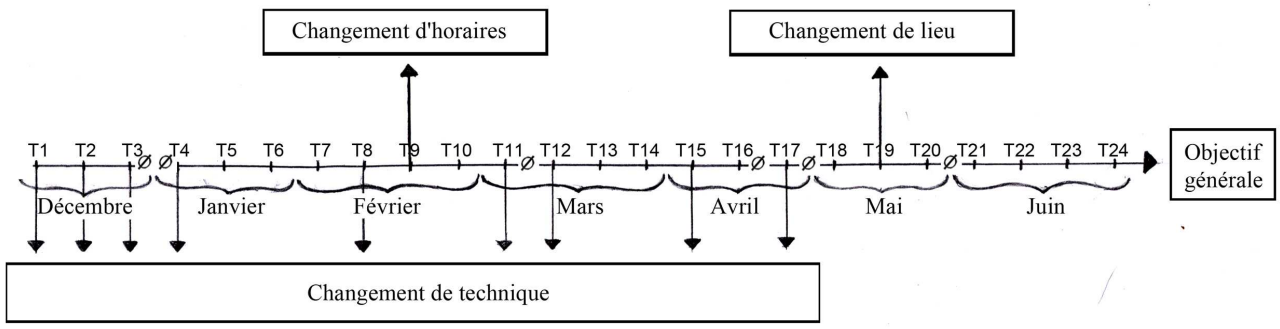
-qu'il oriente et maintienne son attention afin qu'il puisse s'investir dans l'activité.

-qu'il comprenne et respecte des consignes, règles de vie collective.

-qu'il soit capable de réaliser des choix et de s'affirmer* lors d'une activité artistique, afin de devenir autonome.

Il s'agissait donc de proposer un cadre sécurisant, de mettre à sa disposition un calendrier sur lequel était noté l'activité de la séance, afin de l'aider à focaliser et maintenir son attention et qu'il puisse devenir autonome lors des activités. Par la suite il serait possible d'améliorer sa relation aux autres.

Le schéma ci-dessous permet de récapituler et de noter les changements important engendrés au regard de l'organisation des séances.



Ø : Rupture entre les séances

Ce schéma nous permet de repérer les difficultés rencontrées afin de mettre en place un cadre art-thérapeutique stable pour Damien, puisque les techniques employés, la durée de la séance, ainsi que le lieu ont été modifiés au cours de la prise en charge.

Les trois premières séances m'ont permis d'établir un état de base et d'orienter la technique utilisée vers l'usage des marionnettes. Malgré l'enthousiasme et l'intérêt que Damien portait à cette activité, des phases d'excitation intenses l'empêchaient de maintenir son attention sur l'activité. De plus, la problématique de la sexualité apparaissait régulièrement lorsque nous faisions des improvisations. Après en avoir parlé avec l'équipe de soin et suite à la prise en charge de Damien

auprès de la psychologue et d'une infirmière autour de cette problématique, un nouveau site d'action s'est révélé : lors de la séance 7, j'ai tenté d'ajuster l'activité aux difficultés de Damien en apportant un texte que nous aurions pu jouer. C'est à cet instant que je me suis rendu compte que Damien ne savait pas lire : j'étais passé à côté de cette pénalité importante, qui n'était pas inscrite dans le dossier de ce jeune et dont l'équipe de soin ne m'avait pas fait part. En vue des difficultés engendrées par cette technique, les quatre séances suivantes se sont alors orientées autour du dessin, mais de nouveaux sites d'actions que nous n'avons réussi à surmonter sont apparus : Damien voulait constamment avoir terminé sa production avant la fin de la séance. Par conséquent, après consultation de l'équipe soignante, nous avons fait le choix de modifier l'horaire de la séance, afin que celle-ci puisse durer 15 minutes de plus, si cela était nécessaire. Cependant, le manque de repère temporel (Damien n'avait pas conscience de la notion de temps lorsqu'il regardait l'heure) l'empêchait de se concentrer dans l'activité. A plusieurs reprises, il se levait, s'énervait, s'agitait, en me demandant constamment combien de temps il lui restait pour finir sa production. Suite à la demande de Damien, les trois séances suivantes étaient axées sur une activité couture. A mon étonnement, Damien arriva à se concentrer à plusieurs reprises et réussi à réaliser une production en trois séances. Aux séances 15 et 16, suite à sa demande, Damien réalisa un djembé en vue de l'utiliser lors de la fête de son école. Nous finissions alors les séances en jouant avec l'instrument. En tenant compte de l'intérêt de l'adolescent pour cette technique, il fut prévu d'organiser les séances suivantes autour de l'usage des percussions. L'atelier se déroula alors jusqu'à la fin de la prise en charge au sein d'une salle destinée aux activités musiques.

Ces diverses modifications nous permettent alors de poser l'hypothèse que le cadre art-thérapeutique qui se modifiait régulièrement, a probablement engendré un cadre non sécurisant pour Damien jusqu'à la séance 20. Ainsi, comme nous le démontreront les observations qui suivent, l'évolution des évaluations étaient instables.

Il semble également important de noter qu'il m'a été difficile de mettre en place un cadre limitant les phases d'excitation survenant chez Damien. Une fois des repères temporels mis en place, tant au niveau des projets pour les séances suivantes (calendrier), qu'au niveau du déroulement de la séance, nous pouvons observer une amélioration de son attention. A partir de la séance 21, nous remarquons qu'il était davantage disposé à se concentrer dans l'activité. Je pense que s'est en partie grâce au lieu où se déroulait la séance, même si il est également possible que son intérêt pour la musique en soit la cause. Comme les activités de marionnettes et d'Arts plastiques** ne se sont pas montrées concluantes et que les observations ont permis de démontrer l'intérêt et les modifications du comportement de Damien à travers une séance s'organisant autour de la musique, cette technique artistique fut réutilisée jusqu'à la fin de sa prise en charge.

Le tableau qui suit nous permet alors de récapituler le déroulement de la prise en charge au regard des activités proposées et les objectifs individuels visés.

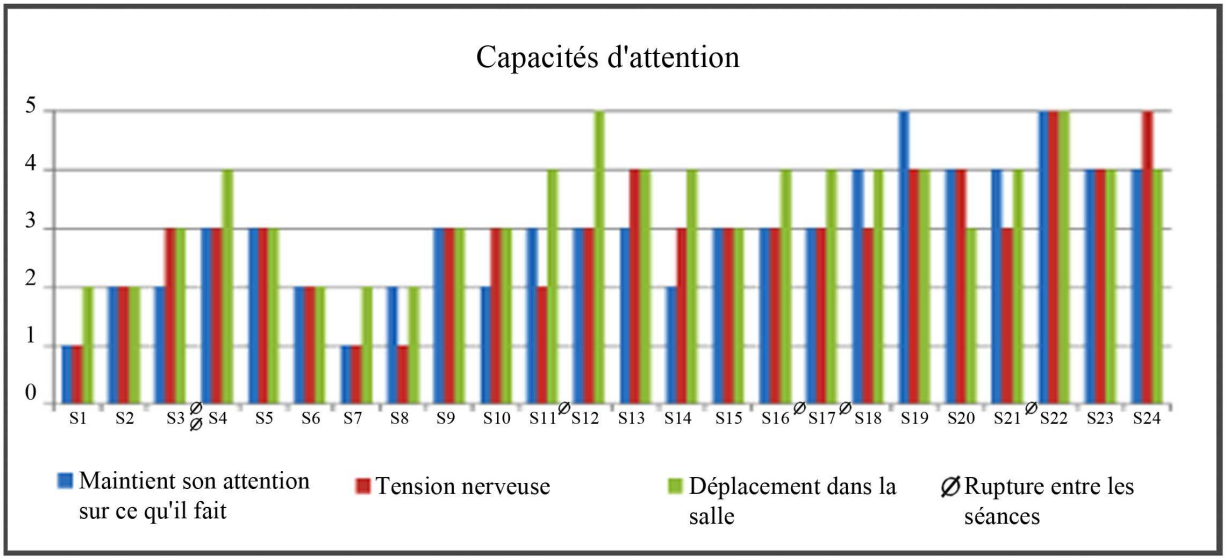
Séances	Activités	Cheminement thérapeutique	Objectifs intermédiaires
S1-S3 ∅ ∅	Decoupage collage Coloriage	S1: Première rencontre avec Damien. Il regarde dans un livre d'activités manuelles, et me cite une liste de toutes les productions qu'il aimerait faire. Suite à ma demande, il arrête son choix sur une activité. Damien découpe des morceaux de papiers, les colles, puis spontanément prend un feutre pour colorier. Il est très rapide et au bout de 10 minutes me dit qu'il a terminé et qu'il veut débuter une autre activité. Suite à mon refus, nous resterons parler quelques instants, puis Damien repartira de l'atelier. S2: Damien s'assoie à la table et déchire des morceaux de papier de couleurs différentes, puis les colles. Il me pose des questions : mon âge, mon école, pourquoi je suis là, etc. Quelques raclements de gorges sont présents. L'activité s'arrête au bout de 45 minutes. La fin de l'atelier est destiné à réaliser un calendrier des séances, afin qu'il puisse le relire avant la séance suivante. S3: Damien me demande de l'aider à découper les petits éléments, prend le temps de choisir des couleurs, tout en me parlant de sa famille d'accueil. Des tics moteurs apparaissent. Damien s'excuse immédiatement me disant qu'il n'arrive pas à se contrôler. La séance durera 1h. A la fin de la séance, Damien me demande d'inscrire l'organisation des séances suivantes sur son calendrier.	S1: -Évaluation de l'état de base -Établir une relation de confiance S2: -idem -Favoriser les repères temporels S3: -idem -respecter le calendrier
S4	Fabrication de Marionettes	Damien s'assoie en face de moi et me demande de l'aider lorsque la technique est trop minutieuse. Il choisit les couleurs, rigole à plusieurs reprises, me parle beaucoup. Il respecte les consignes. Pas de tics moteurs, mais beaucoup de raclements de gorges en fin de séance.	-Respecter les consignes et le calendrier -acquisition de savoir-faire
S5-S7	Manipulation des marionettes Improvisation	S5: A travers la manipulation des marionnettes, des dialogues se mettent en place, chacun notre tour nous prenons la parole. Des phases d'excitations apparaissent à plusieurs reprises. Quelques raclements de gorges sont présents en fin de séances. S6: Lors de l'improvisation, la problématique de la sexualité apparaît. J'explique à Damien que ce n'est pas le lieu pour en parler, et lui propose de demander à la psychologue de le recevoir. Il s'excuse à la fin de la séance et dit qu'il n'arrive pas à se contrôler. Nous déciderons alors, avec concertation des membres de l'équipe, que lorsque Damien évoquera le sujet de la sexualité avec moi, et notamment qu'il me verbalisera certains éléments de sa vie intime, la séance serait arrêtée et reportée. S7: Pour remédier aux difficultés de Damien à parler de sexualité et éviter que les difficultés de la semaine précédente réapparaissent, je ramène un texte que nous aurions pu jouer. Cependant Damien m'apprend qu'il ne sait pas lire. Un jeu de rôle se mettra en place jusqu'à la fin de l'atelier et Damien me	-augmenter ses capacités d'attention

		demandera de réaliser un dessin la semaine suivante pour l'offrir à une infirmière dont il est proche et qui quitte l'unité.	
S8-S11 ∅	Peinture, dessin	S8-S10: Damien voulait constamment avoir terminé son dessin avant la fin de la séance. Par conséquent, nous avons fait le choix de modifier l'horaire de la séance, afin que celle-ci puisse durer 15 minutes de plus, si cela était nécessaire. Cependant, le manque de repères temporels l'empêchait de se concentrer dans l'activité. A plusieurs reprises, il se levait, s'énervait, s'agitait, en me demandant constamment combien de temps il nous restait. S11: Réalisation d'une peinture suite à la demande de Damien. Très concentré jusqu'à la moitié de l'heure, mais la peur de ne pas avoir finis à temps resurgit.	-idem
S12-S14	Couture	Au début de chacune des séances, Damien est en capacité de me dire ce qui est prévu de faire. Il me demande de l'aider à enfiler le fil dans l'aguille et de faire les nœuds. Il effectuera le reste seul et sera très concentré. La production s'étalera sur trois séances.	-idem
S15-S16 ∅	Fabrication de percussions	Damien réalise un djembé pour la fête de son école. Il réalisera l'objet lui-même en me demandant par moment des conseils. Nous finissions les séances en jouant avec l'instrument. Il me demande de lui apprendre à en jouer la séance suivante.	-idem -améliorer son autonomie
S17 ∅ S18-S23	Djembé	S17-S23: Les séances étaient découpées en plusieurs étapes. -10 minutes d'écoute musicale. -20 minutes de jeu : pendant que je raconte une histoire, Damien réalise les sons correspondant aux paroles avec le djembé (vent, souris, etc.) afin d'appréhender les divers moyens d'utiliser l'instrument. -5 minutes où Damien doit tenter de reproduire le rythme** que je fais avec le djembé et vice versa. Au fil des séances, nous pouvons distinguer une amélioration de la concentration. La plupart du temps, Damien regarde mes mains. - 5 minutes où nous jouons ensemble. Au fil des séances Damien m'écoute de plus en plus et joue en fonction de ce que je fais. -5 minutes où Damien fait ce qu'il veut avec l'instrument. Au début de cette activité, Damien tapait toujours très vite et très forts sur l'instrument. Par la suite il alternait des moments lents avec d'autres rapides. -pendant les 10 dernières minutes Damien écoute ce que je joue à la guitare. Spontanément, il s'allonge à côté de moi et ferme les yeux. Il dit « je vais me reposer avant d'aller à l'école ».	-idem -améliorer sa relation aux autres
S24	Spectacle	La séance se déroule comme les précédentes. A la fin de celle-ci, Damien réalise un spectacle devant les infirmiers et les autres jeunes présents dans la structure. Il était très souriant et utilisait les exercices que nous avions faits lors des séances précédentes.	-idem

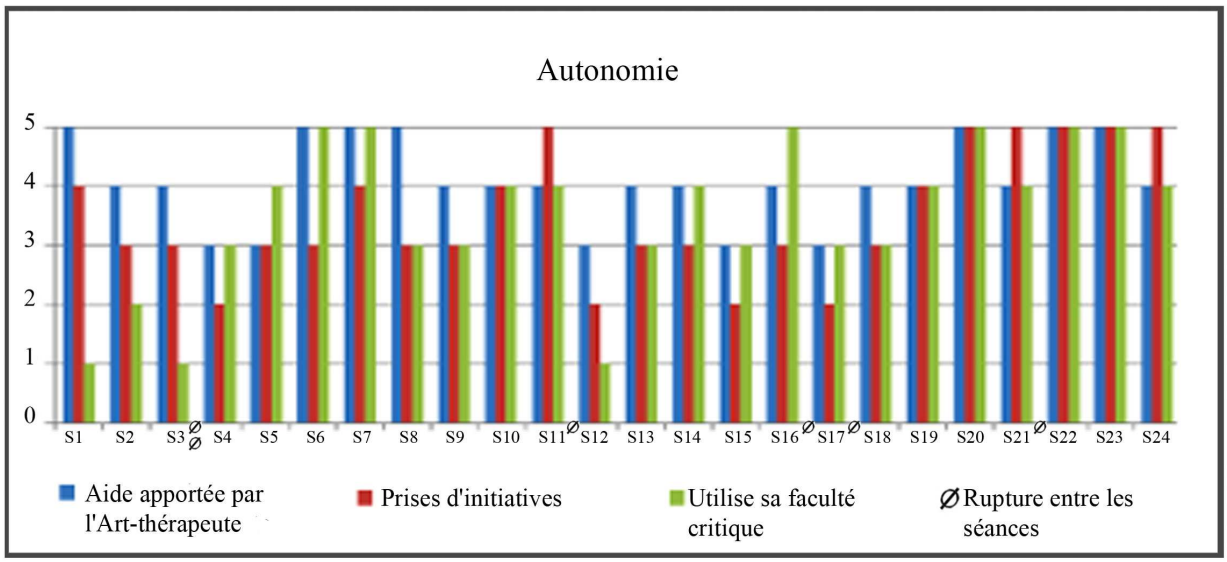
Le tableau qui suit permet de repérer la valeur des cotations situées sur les graphiques qui suivent.

Faisceaux d'items	Items	Cotations
Capacité d'attention (schéma 1)	Maintient son attention sur ce qu'il fait	1. Attention très dispersée 2. Attention déstabilisée par une perturbation du patient 3. Attention déstabilisée par une perturbation extérieure 4. Alternance entre une attention focalisée sur ce qu'il fait et sur ce que je fais 5. Attention focalisé sur ce qu'il fait
	Tension nerveuse	1. Agitation 2. Passif 3. Nonchalance 4. Calme 5. Dynamique
	Déplacements dans la salle	1. déambulation constante 2. Déplacements fréquents (4 à 6) 3. Peu de déplacements (3 à 4) 4. Déplacements rares (1 à 2) 5. Reste à sa place (sauf pour aller chercher le matériel dont il a besoin)
Autonomie (schéma 2)	Aide apportée par l'art-thérapeute	1. Dépendance totale (toujours) 2. Protection (toujours, quand il doit faire un choix) 3. Aide (Plus de 4 fois quand il doit faire un choix) 4. Ponctuel (1 à 4 fois) 5. Autonomie (Jamais)
	Prises d'initiative	1. Aucune 2. une fois 3. 2 à 4 fois 4. 5 à 7 fois 5. Plus de 7fois
	Utilise sa faculté critique	1. Non perçue 2. Indifférence 3. Hésitant 4. Demande l'avis de l'Art-thérapeute 5. Rectifie sa réalisation
Capacité relationnelle (schéma 3)	Quantité de regard	1. Jamais (0 fois) 2. Rare (1 à 3 fois) 3. Ponctuel (4 à 6 fois) 4. Nombreux (7 à 9 fois) 5. très nombreux (plus de 9 fois)
	Qualité du regard	1. Absent 2. Fuyant 3. Présent 4. Intéressé 5. Rayonnant
	Mode relationnel	1. Opposant 2. Evitant 3. Fusionnel 4. Intéressé 5. Sympathique

SCHEMA 1



SCHEMA 2



SCHEMA 3

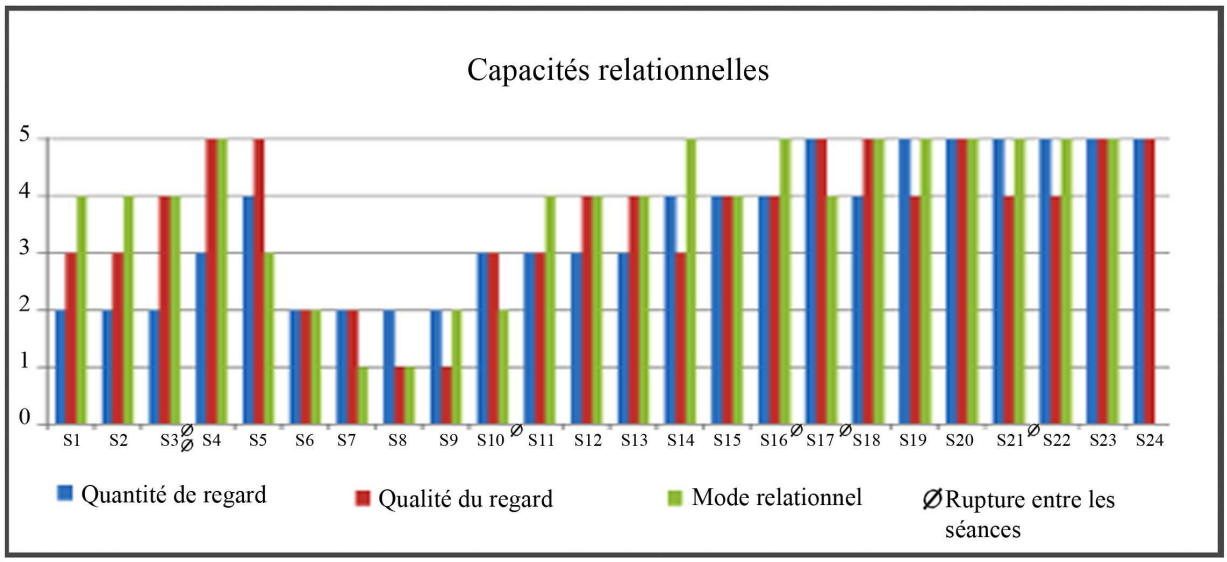


Schéma 1 : Nous pouvons constater durant les quatre premières séances que Damien était très agité, ce qui l'empêchait de maintenir son attention sur l'activité, il déambulait souvent dans la salle. Nous pouvons également remarquer sur le graphique que de manière générale ses capacités d'attention augmentaient. Cependant, à partir de la séance 6, ces dernières ont diminué. Il n'était pas possible de mettre en lien cette situation problématique de manière objective avec une cause, par conséquent diverses hypothèses ont été soulevées :

-La difficulté rencontrée la semaine précédente engendre une boucle d'inhibition.

-L'activité est inadaptée aux difficultés de Damien.

-Des évènements vécus à l'extérieur de l'atelier ont un impact sur l'activité.

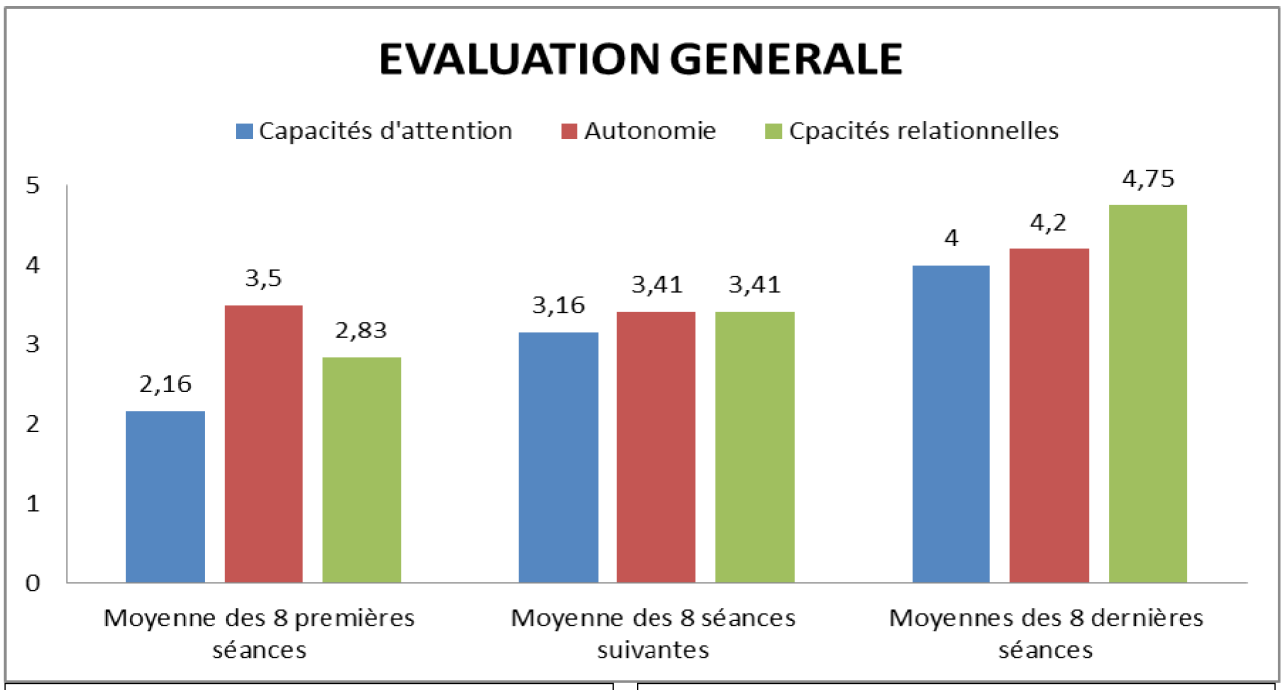
-Le traitement de Damien (Risperdal) peut provoquer cette agitation.

Lorsque les difficultés d'un jeune ne semblaient pas évoluer de manière favorable, ce type de questionnement permettait de repérer ce qui aurait pu empêcher le cheminement vers l'objectif thérapeutique. Ainsi aux séances suivantes les stratégies thérapeutiques étaient modifiées. Nous pouvons alors distinguer que de la séance 9 jusqu'à la fin de la prise en charge, Damien était de plus en plus calme et dynamique, que ses déambulations dans la salle avaient presque disparu et qu'il était en capacité de maintenir son attention au court d'une activité artistique.

Schéma 2 : L'autonomie de Damien a été évaluée par rapport à ses prises d'initiatives, l'utilisation de sa faculté critique et l'aide apportée par l'art-thérapeute. Au début de la prise en charge, Damien réalisait sa production seul, cependant ses prises d'initiatives et sa faculté critique étaient restreintes: une disparité est visible entre l'évolution des différents faisceaux d'items présents sur le graphique. Cependant, à partir de la séance 4, ces derniers semblent s'homogénéiser. De plus, aux séances 12, 15 et 17 nous pouvons poser l'hypothèse que le changement de technique artistique a engendré une baisse de son autonomie, qui évoluera les semaines suivantes. Ainsi, à la fin de la prise en charge, Damien était en capacité d'utiliser le djembé de manière autonome, en prenant des initiatives, en s'arrêtant et rectifiant sa production lorsque celle-ci ne lui plaisait pas.

Schéma 3 : Les capacités relationnelles de Damien ont essentiellement étaient évaluées en fonction du nombre de regard qu'il me portait, de leurs qualités (en tentant de les mesurer de la manière la plus objective possible) et du mode relationnel qu'il entretenait avec moi. Nous pouvons alors distinguer une cohérence entre ses capacités relationnelles et ses capacités d'attention. En effet, à partir de la séance 6, la même diminution que le schéma 1 est apparue, étant d'abord évitant, puis opposant au deux séances suivantes. Au cours de la prise en charge, Damien était de plus en plus dans l'échange et je n'avais plus besoin de le solliciter.

A partir de ces graphiques et de leur analyse, nous pouvons par la suite établir un histogramme permettant de comparer les différents faisceaux d'items en début, en milieu et en fin de prise en charge.



Détail des faisceaux d'items :

Capacités d'attention : maintient son attention ce que qu'il fait, tension nerveuse, déplacements dans la salle.

Autonomie : aide apportée par l'art-thérapeute, prises d'initiatives, utilise sa faculté critique.

Capacités relationnelles : Quantité de regards, qualité du regard, mode relationnel.

Cotation :

Entre 1 et 2 : Capacités restreintes.

Entre 2 et 3 : Capacités émergentes, mais instables.

Entre 3 et 4 : Capacités présentes, mais à généraliser.

Entre 4 et 5 : Capacités et objectif atteints au regard de la pathologie et de l'âge du jeune.

Suite à l'évaluation hebdomadaire présentée et analysée précédemment, nous pouvons observer de manière plus générale, que ces 18 séances, ont été bénéfiques pour Damien. En effet, elles lui ont permis de s'exercer à focaliser son attention, à devenir plus autonome et à augmenter ses capacités relationnelles. Cependant, nous ne pouvons pas conclure que la prise en charge en art-thérapie en soit la seule cause, car comme nous l'avons évoqué en première partie, cette activité paramédicale s'inscrit au sein d'un travail pluridisciplinaire. Toutefois, au court de ces quelques mois, nous avons pu observer divers changements au sein de l'atelier, mais aussi au sein de la vie quotidienne, qui ont contribué à rendre Damien moins anxieux et plus autonome. Pour évaluer les progrès de ce jeune, il faut donc tenir compte de l'ensemble du projet de soin.

Grâce à une évaluation détaillée, puis générale, nous sommes désormais en capacité de faire un bilan. Suite aux huit mois de participation à un atelier d'art-thérapie individuel, et malgré l'absence de cet objectif au sein de l'atelier, Damien ne cri plus, n'a plus de tics verbaux, ni vocaux. De plus, il semble être plus à l'aise sur le plan relationnel et est capable de se repérer dans le temps sur divers mois. Plutôt que de s'isoler et de se dépêcher lorsqu'il réalise une production, il est

désormais capable de prendre son temps, de focaliser son attention, tout en écoutant les conseils et en tenant compte des autres. En fin de prise en charge, lorsqu'il commençait à s'agiter, il était capable d'arrêter l'activité de lui-même quelques instants, le temps de se calmer, pour ensuite reprendre sa production. Lors de la dernière séance, Damien exprime son plaisir d'être venu en atelier d'art-thérapie et qu'il aimerait désormais apprendre à faire de la guitare. Ainsi, en plus des objectifs thérapeutiques, les séances auront permis à Damien de découvrir de nouveaux intérêts.

Au cours du suivi de Damien, diverses difficultés m'ont amenée à me questionner sur le cadre thérapeutique. En effet, nous avons pu voir de quelle manière celui-ci semble indispensable au bon déroulement de la prise en charge de jeunes présentant des troubles de la santé mentale. Il apparaît aussi que les observations, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, doivent être le plus objectives possibles, afin que les temps de soins soient bénéfiques pour les jeunes. Enfin, il semble indispensable que l'art-thérapeute soit capable de s'adapter et de modifier ses stratégies thérapeutiques à tout moment de la prise en charge.

B1-2. Hervé a participé à un atelier d'art-thérapie individuel afin d'améliorer l'affirmation et l'estime de soi.

Les informations ci-dessous permettent de prendre connaissance des difficultés de Hervé.

FICHE D'OUVERTURE

Nom : Hervé **Age :** 12 ans **Pathologie déclarée :** dysharmonie psychotique accompagné de troubles attentionnels.

Anamnèse : Depuis septembre 2010, Hervé est hospitalisé à la semaine au sein l'unité Sirius, et rentre le week-end dans sa famille. Il fait partie d'une fratrie de 5 enfants. Des conflits familiaux et fraternels sont très présents.

Etat de base : Hervé présente des symptômes d'angoisse (angoisse nocturnes, peur de certains bruits, du noir, etc.), troubles du sommeil, et ressent une insécurité en milieu familiale. Il a également des difficultés à fixer son attention. Des crises clastiques* sont présentes au milieu familiale, cependant le cadre contenant de l'unité Sirius les apaise, engendrant tout de même des situations de repli, d'isolement.

Traitement : Risperdal (neuroleptique, avec des effets secondaires possibles :insomnies, agitations, anxiétés et maux de tête), depakote (régulateur d'humeur, avec divers effets secondaires possibles : tremblements, prise de poids, confusion des idées).

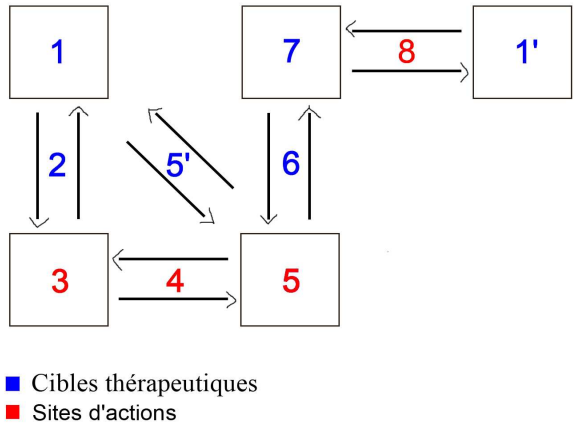
Projet de soin et de scolarisation : l'équipe de soin a pour objectif que Hervé poursuive sa scolarité en IME (IM Pro envisagé pour le futur), de soutenir les parents dans la prise en charge au quotidien, mais aussi d'aider à la verbalisation des angoisses et la relation avec le frère aîné. Favoriser des activités structurées et établir des repères.

Hervé suit alors des prises en charge individuelles auprès de la psychologue et de la psychomotricienne. Participe également à un atelier musique, à des sorties à la SPA pour s'occuper

des animaux et pratique diverses activités sportives auprès d'un éducateur.

Objectif art-thérapeutique : Il est adressé en art-thérapie suite à une réunion des divers acteurs de l'équipe de soin. L'objectif établi avec la cadre de santé est alors de travailler sur l'affirmation* et l'estime de soi.

Hervé a été pris en charge en séance d'Art-thérapie individuelle le vendredi matin de 10h30 à 11h30 durant trois séances. Le schéma de l'opération artistique nous permet de situer les sites d'actions et les cibles thérapeutiques.



Les sites d'actions sont alors placés ainsi :

3 : Trouble de l'attention, peur et anxété.

4 : Troubles de l'intention*. Perturbation de la confiance en soi* et de l'estime de soi.

5 : difficultés à s'engager dans l'action, perte de l'élan corporel.

8 : L'isolement, les troubles de la relation.

Pour atteindre les objectifs thérapeutiques, nous avons placé les cibles thérapeutiques de la façon suivante :

1 et **2** : stimuler Hervé sensoriellement et favoriser l'émotion esthétique.

5' : Permettre la contemplation.

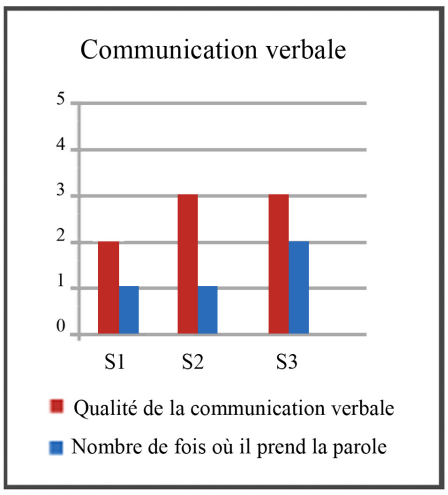
6 et **7** : Stimuler l'action à travers l'apprentissage de techniques artistiques et de la réalisation de production.

Au début de la prise en charge, il a été envisagé que grâce aux productions artistique, il serait possible d'améliorer la communication verbale de Hervé, sa relation aux autres, et ainsi restaurer la confiance en soi, l'affirmation de soi et l'estime de soi, grâce à l'expression artistique.

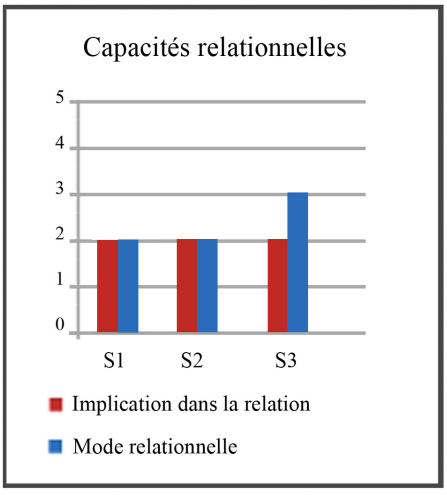
Le tableau qui suit permet de repérer la valeur des cotations situées sur les graphiques qui lui succède et qui ont été utilisés afin de mettre en place une évaluation la plus cohérente possible.

Faisceaux d'items	Items	Cotations
Communication verbale (SCHEMA 1)	Qualité de la communication verbale	1. Ne répond pas. 2. Répond lorsque l'on insiste 3. Répond sans continuer la discussion 4. Soutient une conversation 5. Engage une conversation
	Nombre de fois où il prend la parole	1. Jamais 2. Rarement (1 à3fois) 3. Parfois (4 à 6 fois) 4. Souvent (7 à 9 fois) 5. Très souvent (plus de 9 fois)
Capacité relationnelles (SCHEMA 2)	Implication dans la relation	1. Refuse toute relation. 2. Intérêt pour l'autre et ce qu'il fait en restant à distance. 3. Cherche à établir un contact. 4. Cherche maintenir un contact 5. Complicité dans la relation.
	Mode relationnel	1. Opposant 2. Evitant 3. Présent 4. Intéressé 5. Sympathique
Estime, confiance et affirmation et soi (SCHEMA 3)	Fait des choix	1. Jamais 2. Une fois 3. 2 à 4 fois 4. 5 à 6 fois 5. Plus de 6 fois
	Autonomie	1. En difficulté, mais refuse l'aide de l'art-thérapeute 2. En difficulté, mais accepte l'aide de l'art-thérapeute 3. En difficulté et demande l'aide de l'art-thérapeute 4. Sollicite rarement l'aide de l'art-thérapeute (moins de 3 fois) 5. Autonome
	Utilise sa faculté critique	1. Non perçue 2. Indifférence 3. Hésitant 4. Demande l'avis de l'art-thérapeute 5. Rectifie sa réalisation
	S'exprime sur sa production	1. S'isole et ne montre pas ce qu'il fait 2. Montre ce qu'il fait 3. Parle de sa production 4. Dit aimer sa production 5. Exprime sa fierté
	Mimésis ou heuristique*	1. Copie fidèlement un modèle 2. S'inspire d'un modèle en modifiant quelques éléments (entre 1 et 5) 3. Reprend certains détails présents sur un modèle (maximum 5) 4. Prend appui sur un exemple pour imaginer 5. Exprime un goût et un style singulier

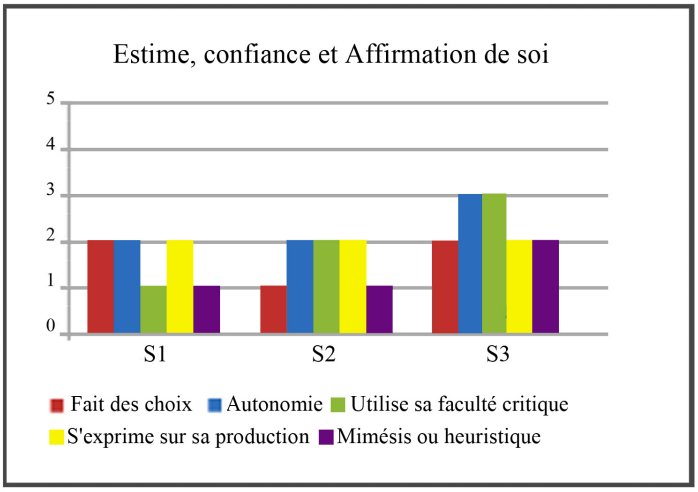
SCHEMA 1



SCHEMA 2



SCHEMA 3



A travers ces graphiques, nous pouvons constater qu'au court des trois premières séances, les compétences observées ont soit augmenté, soit sont restées stables.

Lors de la première séance, Hervé semble anxieux. Il s'assoie à la table, évite mon regard. Cependant, il semble porter un intérêt à ce que je fais : je peux l'observer me regarder discrètement. Hervé ne me parle pas spontanément, et il a fallu que je le sollicite afin qu'il réponde à mes questions. Aux séances suivantes nous pouvons remarquer, bien que je sois toujours dans l'obligation de le stimuler verbalement, Hervé répond plus facilement. Il semble donc indispensable pour les séances suivantes de mettre en place un cadre sécurisant pour ce jeune, afin de favoriser une relation de confiance entre nous et de pouvoir par la suite proposer une stratégie thérapeutique adapté permettant un cheminement vers les objectifs visés.

Cet objectif intermédiaire peut également sembler indispensable, car nous observons sur le 3ème schéma, qu'à la dernière séance, Hervé est en capacité de demander de l'aide. Nous pouvons alors nous interroger sur le fait que l'adolescent était déjà en capacité d'effectuer cette demande, mais qu'il était peut-être trop anxieux en arrivant dans un cadre nouveau pour la mettre en

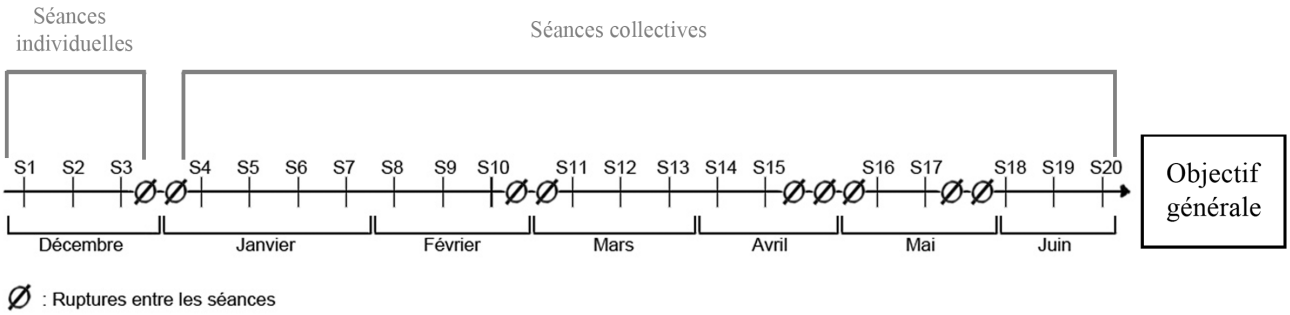
exécution.

La prise en charge individuelle d'Hervé s'est arrêtée à la 3ème séance, car après les vacances de noël, nous avons été dans l'obligation de l'intégrer à un atelier collectif, suite à des modifications d'emploi du temps.

B2. Des séances d'art-thérapie collectives ont également été menées.

B2-1. Par la suite, Hervé a été accueilli au sein de séances d'art-thérapie collectives

Le schéma qui suit permet de récapituler le déroulement de la de la prise en charge d'Hervé, à partir d'un atelier individuel, puis une au sein de séances d'art-thérapie collectives.



L'intégration d'Hervé au sein de séances collectives s'organisa sur 17 séances. Dans un premier temps, la prise en charge se déroulait avec deux autres jeunes, Gwénaël et John. Cependant au cours de l'année, ce dernier quitta l'institution. Il est important de noter que cet adolescent était très proche d'Hervé et que son départ fut difficile.

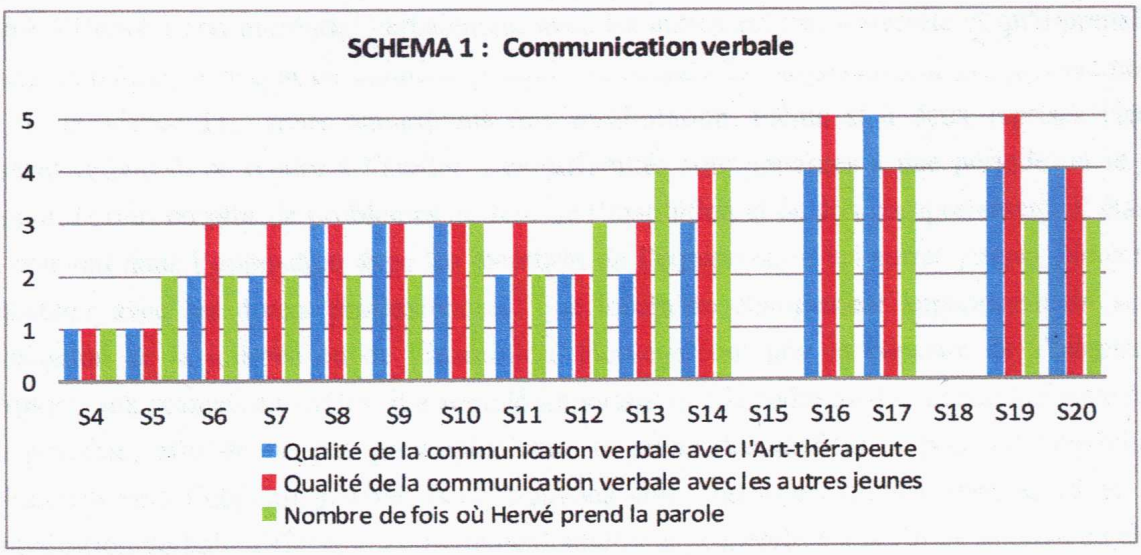
De plus, le schéma ci-dessus, nous informe sur la présence de diverses ruptures entre les séances d'art-thérapie effectuées par Hervé. Il semble alors important de préciser que celles-ci ne tiennent pas compte de la volonté du jeune : le symbole utilisé afin de situer ces ruptures indiquent uniquement les coupures impliquées par les vacances scolaires, mes absences pour cause de formation ou celles de l'adolesent suite à des rendez-vous avec d'autres professionnels. Ainsi, ses refus de se rendre à l'atelier en séances 15 et 18 ne sont pas notés sur ce schéma.

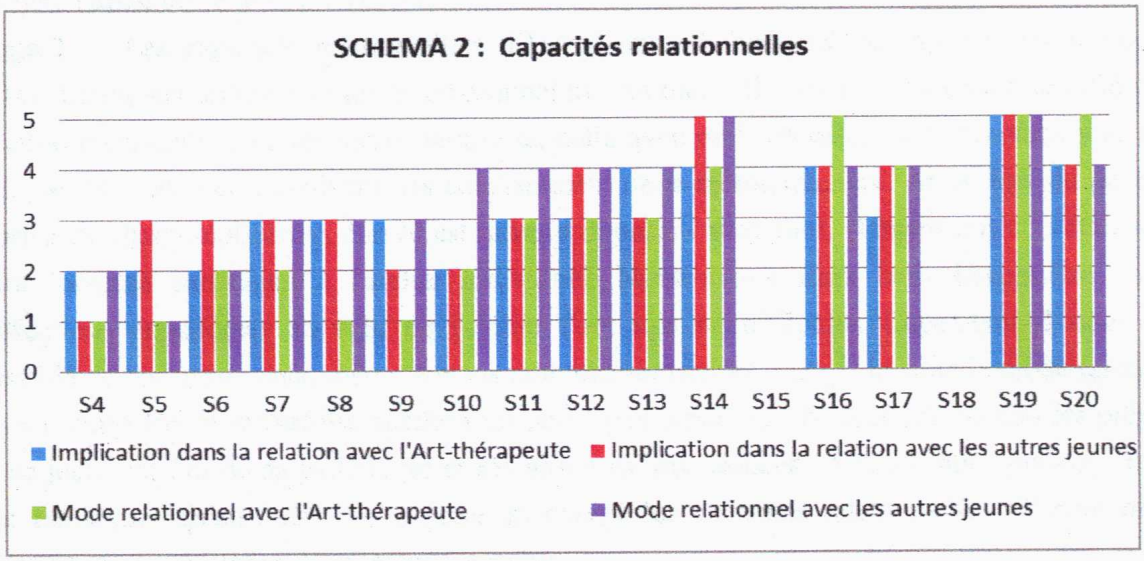
Après avoir succinctement présenté le déroulement chronologique de la prise en charge d'Hervé, nous pouvons à présent exposer plus précisément certains temps déterminants de sa participation à l'atelier d'art-thérapie. Les objectifs intermédiaires seront également cités, afin d'établir un tableau le plus compréhensible possible du cheminement thérapeutique mis en place pour tendre vers l'objectif générale de ce jeune.

Séances	Activités	Cheminement thérapeutique	Objectifs intermédiaires
S1-S3 Ø Ø	Peinture	Au court des trois premières séances individuelles, Hervé part de l'image d'un tableau pour faire de la peinture. Il est totalement dépendant de moi, me demande de l'aider, et si ce qu'il fait est « bien ». Il est très calme et très concentré. Il ne veut pas signer sa production et décide de l'emmener pour l'offrir à sa mère.	-établir une relation de confiance -évaluation de l'état de base
S4-S5	Dessin	S4 : Hervé intègre une séance collective. Il est très agité, dans une relation d'opposition avec moi. Un autre jeune le provoque en lui disant que ce qu'il fait est « moche », mais Hervé l'ignore. Il est très proche d'un autre adolescent, avec qui il est ami. Durant l'activité, il imite sans cesse ce que fait John (couleur, etc.) S5 : Hervé est continuellement dans la provocation avec Gwénaël.	-établir un état de base
S6	Aucune activité	Dernière séance de John au sein de l'atelier. Dans un premier temps, Hervé refuse de venir en art-thérapie. Après insistance d'un infirmier il accepte de s'y rendre, mais refuse de participer. Il semble s'intéresser à ce que fait Gwénaël et dira lui aussi vouloir réaliser un film d'animation. Lorsque l'autre jeune lui propose de travailler ensemble, il accepte. Hervé est toujours très agité.	-améliorer l'autonomie et la capacité à faire des choix
S7-S8	Modelage Peinture	Durant deux séances Hervé réalise des personnages en pâte à sel pour le film d'animation, en imitant ceux de Gwénaël. Il a des difficultés à rester assis et à maintenir son attention.	-idem
S9-S10 Ø Ø S11-S14		S9 : Hervé travail avec Gwénaël. Il reste en retrait, observe ce que fait l'autre adolescent. Il est très perturbé, déambule sans cesse. Il est dans l'opposition avec moi, refuse de sortir de la salle lorsqu'il me manque de respect. Au fil des séances, il prend spontanément la parole, fait quelques propositions. Il reste agité à plusieurs reprises et dira par moment être satisfait de ce qu'ils ont fait. A la dernière séance, il choisit la musique en respectant l'avis de Gwénaël.	-idem -favoriser la relation aux autre
S15 Ø Ø Ø		Hervé refuse de venir à l'atelier.	
S16-S17	Peinture	Hervé décide d'arrêter le travail collectif et de faire une peinture pour l'offrir à une infirmière qui quitte l'unité. Il sera concentré, choisira ses couleurs lui-même, mais me demande toujours mon avis. Il signe sa production. Il est souriant et sympathique.	-idem
S18		Refus de venir à l'atelier.	
S19-S20	Dessin	Hervé fait du dessin. Il réalise des choix de manière autonome et parle spontanément avec les autres. Il reste cependant très agité.	-idem

Le tableau nous permet de repérer la valeur des cotations présentes sur les graphiques qui suivent.

Faisceaux d'items	**Items**	**Cotations**
Communication verbale (SCHEMA 1)	-Qualité de la communication verbale avec l'art-thérapeute -Qualité de la communication verbale avec les autres jeunes	1. Ne répond pas. 2. Répond lorsque l'on insiste 3. Répond sans continuer la discussion 4. Soutient une conversation 5. Engage une conversation
	-Nombre de fois où Hervé prend la parole	1. Jamais 2. Rarement (1 à3fois) 3. Parfois (4 à 6 fois) 4. Souvent (7 à 9 fois) 5. Très souvent (plus de 9 fois)
Capacités relationnelles (SCHEMA 2)	-Implication dans la relation avec l'art-thérapeute -Implication dans la relation avec les autres jeunes	1. Refuse toute relation. 2. Intérêt pour l'autre et ce qu'il fait en restant à distance. 3. Cherche à établir un contact. 4. Cherche maintenir un contact 5. Complicité dans la relation.
	-Mode relationnel avec l'art-thérapeute -Mode relationnel avec les autres jeunes	1. Opposant 2. Evitant 3. Présent 4. Intéressé 5. Sympathique
Estime, confiance et affirmation et soi (SCHEMA 3)	-Fait des choix	1. Jamais 2. Une fois 3. 2 à 4 fois 4. 5 à 6 fois 5. Plus de 6 fois
	-Autonomie	1. En difficulté, mais refuse l'aide de l'art-thérapeute 2. En difficulté, mais accepte l'aide de l'art-thérapeute 3. En difficulté et demande l'aide de l'art-thérapeute 4. Sollicite rarement l'aide de l'art-thérapeute (moins de 3 fois) 5. Autonome
	-Utilise sa faculté critique	1. Non perçue 2. Indifférence 3. Hésitant 4. Demande l'avis de l'art-thérapeute 5. Rectifie sa réalisation
	-S'exprime sur sa production	1. S'isole et ne montre pas ce qu'il fait 2. Montrer ce qu'il fait 3. Parle de sa production 4. Dit aimer sa production 5. Exprime sa fierté
	-Mimésis ou heuristique	1. Copie fidèlement un modèle 2. S'inspire d'un modèle en modifiant quelques éléments (entre 1 et 5) 3. Reprend certains détails présents sur un modèle (maximum 5) 4. Prend appui sur un exemple pour imaginer 5. Exprime un goût et un style singulier


SCHEMA 1 : Communication verbale
5
4
3
2
1
0
S4 S5 S6 S7 S8 S9 S10 S11 S12 S13 S14 S15 S16 S17 S18 S19 S20
Qualité de la communication verbale avec l'Art-thérapeute
Qualité de la communication verbale avec les autres jeunes
Nombre de fois où Hervé prend la parole


SCHEMA 2 : Capacités relationnelles
5
4
3
2
1
0
S4 S5 S6 S7 S8 S9 S10 S11 S12 S13 S14 S15 S16 S17 S18 S19 S20
Implication dans la relation avec l'Art-thérapeute
Implication dans la relation avec les autres jeunes
Mode relationnel avec l'Art-thérapeute
Mode relationnel avec les autres jeunes

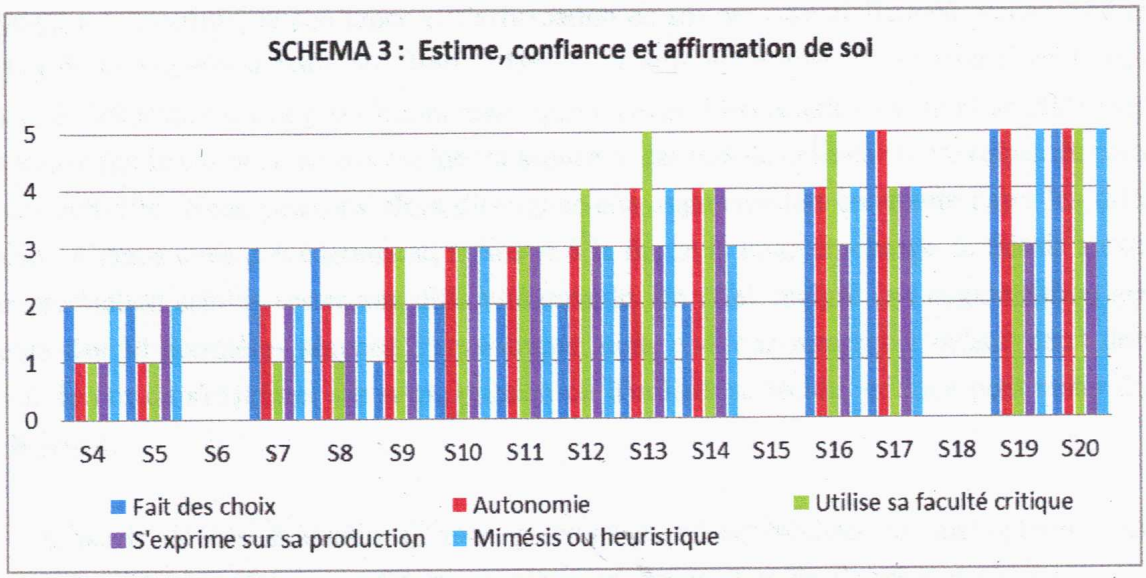
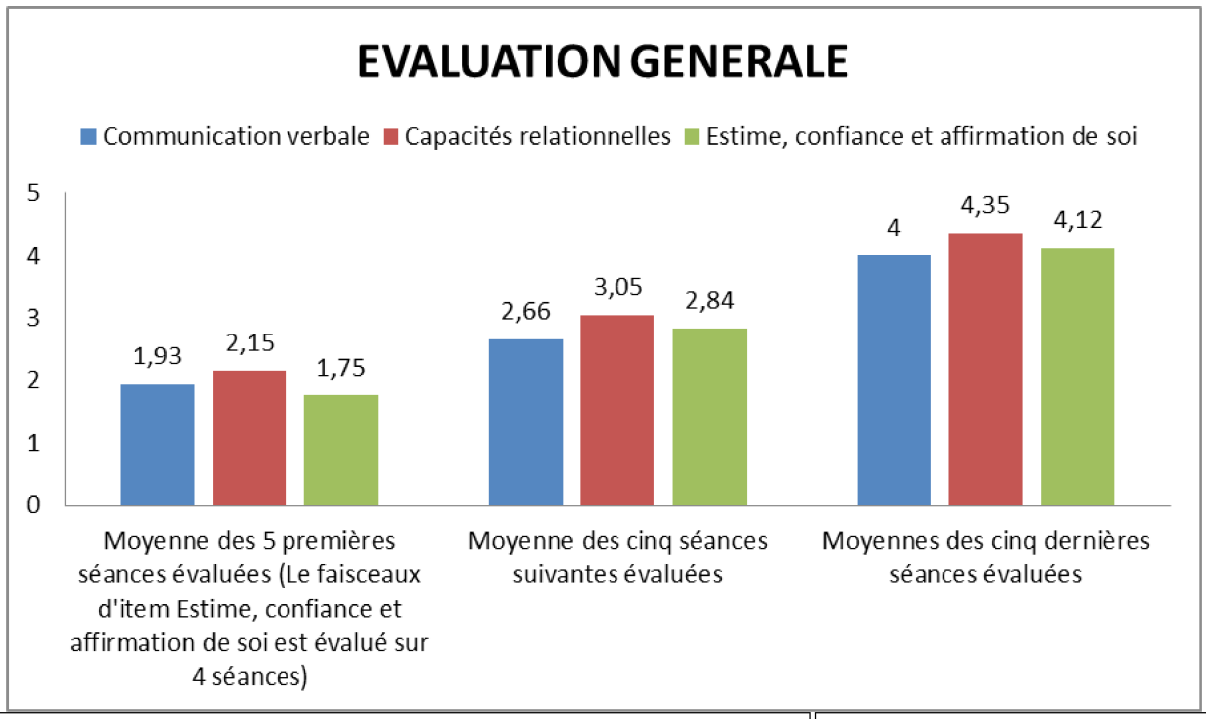

SCHEMA 3 : Estime, confiance et affirmation de soi
5
4
3
2
1
0
S4 S5 S6 S7 S8 S9 S10 S11 S12 S13 S14 S15 S16 S17 S18 S19 S20
Fait des choix
Autonomie
Utilise sa faculté critique
S'exprime sur sa production
Mimésis ou heuristique

Schéma 1 : Nous pouvons constater que durant la première moitié de la prise en charge, la capacité d'Hervé à communiquer verbalement avec les autres est très restreinte et qu'il prenait très rarement la parole, même si de manière générale ses capacités augmentaient progressivement. A partir de la séance 13, nous remarquons une amélioration, même si à deux reprises Hervé a également refusé de se rendre à l'atelier. Ces difficultés sont apparues à une période où le jeune présentait de plus en plus de problèmes au sein de l'institution et de son comportement. Il était très agité, souvent dans l'opposition avec les membres de l'équipe et/ou les autres jeunes. Nous avons pu constater avec les divers professionnels, que lorsqu'un changement apparaissait au sein de l'organisation de la journée ou de l'institution, Hervé n'était pas en capacité de s'adapter. Par conséquent, aux séances suivantes, il a semblé important que le cadre art-thérapeutique reste le plus stable possible, afin de ne pas provoquer chez le jeune des difficultés pouvant empêcher un cheminement vers l'objectif général. Nous pouvons alors distinguer qu'aux séances 16 et 17, la communication verbale d'Hervé s'est nettement améliorée, cependant à la fin de la prise en charge, une légère baisse de celle-ci est visible.

Schéma 2 : Les capacités relationnelles d'Hervé ont été évaluées par rapport son implication dans la relation aux autres et le mode relationnel mis en place. Il a semblé important de différencier la relation entretenue avec les autres jeunes de celle avec moi. En effet, nous pouvons voir sur le graphique que celles-ci n'évoluent pas constamment de la même manière. Ainsi, lors du passage à une prise en charge collective, Hervé est devenu opposant avec moi, élément qui ne s'était jamais produit lorsqu'il participait à l'atelier individuel. Nous avons alors émis l'hypothèse que les modifications engendrées au sein de l'atelier l'ont mis en difficulté. Cependant il nous a été impossible de confirmer cela, même si nous pouvons remarquer que par la suite le mode relationnel entretenu entre Hervé et l'art-thérapeute s'est peu à peu amélioré. Malgré les instabilités présentes chez ce jeune du fait de sa pathologie et ses absences aux séances 15 et 18, nous pouvons tout de même remarquer qu'au court de sa prise en charge les capacités relationnelles d'Hervé ont, de manière générale, évoluées de manière favorable.

Schéma 3 : L'estime, la confiance et l'affirmation de soi ont essentiellement étaient évaluées en fonction de la capacité à faire des choix d'Hervé, de son autonomie, de sa faculté critique, de sa capacité à s'exprimer sur sa production, mais également si il exprimait un goût et un style singulier. Nous avons fait le choix de ne pas évaluer la séance 6, car lors de celle-ci Hervé refusa de participer à toutes activités. Nous pouvons alors distinguer une augmentation cohérente entre les différents faisceaux d'items cités précédemment, même si à la fin de la prise en charge, le fait de s'exprimer sur sa production semble rester une difficulté notable. En effet, malgré une augmentation générale au cours des 14 premières séances d'art-thérapie, nous pouvons remarquer qu'aux deux dernières séances, le fait de s'exprimer sur sa production ou d'utiliser sa faculté critique peut rester difficile pour le jeune.

A partir de ces évaluations, nous pouvons à présent réaliser un histogramme, afin de comparer les différents faisceaux d'items en début, en milieu et en fin de prise en charge.



Détail des faisceaux d'items :

Communication verbale : Qualité de la communication verbale avec l'art-thérapeute et avec les autres jeunes, nombre de fois où Hervé prend la parole.

Capacités relationnelles : Implication dans la relation avec l'art-thérapeute et avec les autres jeunes, mode relationnel avec l'art-thérapeute et avec les autres jeunes.

Estime, confiance et affirmation de soi : Faix des choix, autonomie, utilise sa faculté critique, s'exprime sur sa production, mimésis ou heuristique.

Cotation :
Entre 1 et 2 : Capacités restreintes.
Entre 2 et 3 : Capacités émergentes, mais instables.
Entre 3 et 4 : Capacités présentes, mais à généraliser.
A partir de 4 : Capacités et objectif atteint au regard de la pathologie et de l'âge du jeune.

Grâce à une évaluation détaillée, puis générale nous pouvons observer que suite aux huit mois de prise en charge d'Hervé au sein d'un atelier d'art-thérapie individuel, puis collectif, les séances ont été bénéfiques pour ce jeune. De manière plus générale, elles ont permis d'améliorer sa communication verbale, mais aussi ses capacités relationnelles au regard de sa pathologie. De même, elles pourraient avoir engendré une augmentation de l'estime, la confiance et de l'affirmation de soi chez ce jeune. En effet, il semble être plus à l'aise sur le plan relationnel et est capable de réaliser des choix lors d'une production artistique, de s'affirmer au regard des autres adolescents. Il est désormais capable également de tenir compte d'autrui.

Au cours du suivi d'Hervé, les difficultés vécues par le jeune en dehors du cadre art-thérapeutique m'a également conforté dans l'importance du travail en collaboration avec l'équipe de soin. En effet, j'ai pu voir de quelle manière celui-ci est indispensable afin d'être le plus objectif possible lors de la prise en charge d'adolescents présentant des troubles de la santé mentale. Nous pouvons conclure que la prise en charge d'Hervé en art-thérapie et le travail mené par l'équipe soignante a engendré des progrès grâce à un projet de soin personnalisé et adapté à ses difficultés.

B2-2. Pour Gwenaël, les séances d'art-thérapie visaient à favoriser la relation aux autres et la communication verbale.

Nom : Gwenaël **Age : 13** ans **Pathologie déclarée :** Troubles envahissants du développement
Troubles anxieux phobiques de l'enfance

Anamnèse : Gwenaël a une demi-sœur de 22 ans, ainsi qu'un petit frère de 8 ans. Il est très proche de ses parents, notamment de sa mère avec qui il a une relation fusionnelle. A l'âge de 9 ans, il a sa première crise d'angoisse. Il est hospitalisé au Centre du Bois Perrin depuis le mois d'octobre 2011, et rentre au domicile familial le week-end. Il présente un surpoids et a pris 12kg en 6 mois.

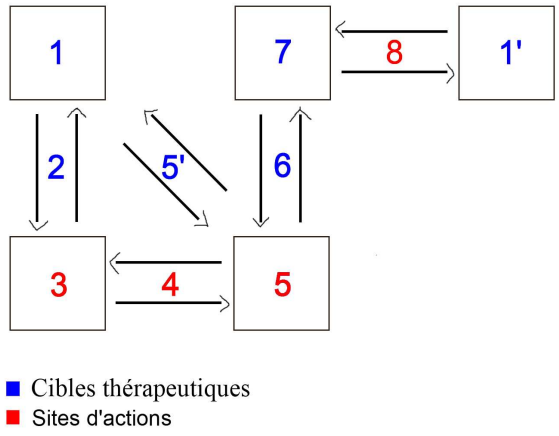
État de base : Gwenaël est très inhibé et parle très peu. Le plus souvent, lorsqu'on lui pose une question, il hausse les épaules sans regarder son interlocuteur. Lorsqu'une personne veut lui serrer la main pour lui dire bonjour, il tend uniquement un doigt. Il est très anxieux, met en place des rituels. Il présente diverses phobies, comme la peur des microbes ou encore d'être surveillé dans l'intimité.

Traitement : Risperdal (neuroleptique, effets secondaires : insomnies, agitation, anxiété, maux de tête.)

Projet de soin et de scolarisation : Gwenaël est suivi par la psychologue du service « Sirius », participe à des sorties à la SPA, et pratique diverses activités sportives au sein de l'institution. Les objectifs de l'équipe pluridisciplinaire sont d'améliorer son autonomie et sa relation aux autres, que son inhibition soit moins massive. Elle tente également de poursuivre la scolarisation du jeune au Centre du Bois Perrin et de travailler sur la distanciation avec la maman.

Objectif art-thérapeutique : Gwenaël a été est indiqué en art-thérapie suite à une réunion regroupant différents acteurs de l'équipe de soin. L'objectif général est d'améliorer la

Le schéma ci-dessous permet de placer les cibles thérapeutiques et de mettre en place une stratégie.



Sites d'actions: **3** : Peur et anxiété
4 : Perturbation de la confiance en soi.
5 : difficultés à s'engager dans l'action, perte de l'élan corporel
8 : Isolement et les troubles de la relation.

Cibles thérapeutiques :

1, 2 : stimulation sensorielle afin de favoriser l'émotion esthétique.

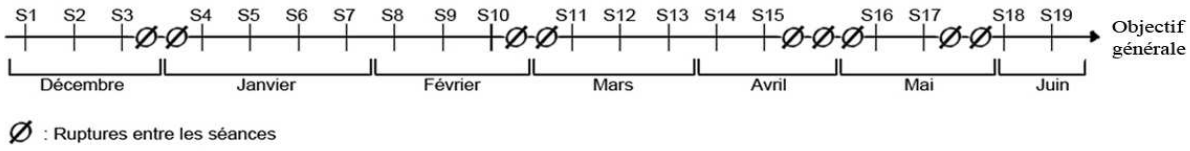
5' : Permettre la contemplation.

6, 7 : Stimuler l'action à travers des techniques que Gwenaël connaît, réalisation de production.

Gwenaël ne semble pas avoir de problèmes au niveau de la technique (6), si celle-ci est adaptée à ses phobies (3). Par conséquent, il a été envisagé de partir d'une technique qu'il maîtrise et qu'il aime (1), pour déclencher chez lui une intention (4) et qu'il puisse réaliser une production (5, 7). De plus, l'utilisation d'une technique que l'art-thérapeute ne connaît pas, pourrait provoquer un échange verbal (8) avec le jeune. Par la suite, la relation de confiance mise place avec l'art-thérapeute, et une fois le cadre de l'atelier appréhendé et sécurisant, Gwenaël pourrait être en capacité de mener un travail collectif et méliorer la relation aux autres, la communication grâce à l'expression artistique.

La première rencontre avec Gwenaël s'est déroulée dans l'atelier destiné aux activités artistiques au début du mois de novembre. La prise en charge s'est déroulée avec celle d'un autre garçon. Elle a pris en compte son état d'anxiété, par conséquent il n'utilisera pas la technique des arts plastiques, car elle est trop salissante, mais plutôt une technique qu'il connaît déjà, comme par exemple le cinéma d'animation, afin de créer un cadre sécurisant. Divers faisceaux d'items ont alors été utilisés : la communication, la relation, l'implication relationnelle et l'implication dans l'activité.

Afin de récapituler les moments importants de la prise en charge de Gwenaël, dans un premier temps le graphique ci-dessous récapitule le déroulement des séances, puis certaines observations sont reportées dans un tableau.



Lors de notre première rencontre, Gwenaël arrive avec 15 minutes d'avance, accompagné d'un infirmier. Ce dernier m'explique que l'adolescent voudrait me voir tout de suite. L'entretien dure environ 15 minutes, pendant lesquels, après ma sollicitation, Gwenaël évoque sa passion pour les jeux vidéo et le cinéma d'animation. Il dit aussi avoir déjà pratiqué le modelage, activité qu'il avait apprécié mais qu'il ne veut plus pratiquer et me parle de ce qu'il fait avec son père. Durant ce temps d'échange, le jeune avait le sourire, me regardait et me posait des questions. Surprise par son enthousiasme et sa capacité à me parler des activités qu'il aime et a pratiqué précédemment, allant en contradiction avec l'état de base que l'équipe m'avait communiquée, il a été décidé que les deux premières séances seraient consacrées à sa réévaluation.

Le tableau qui suit permet de récapituler le cheminement thérapeutique de Gwénaël et de noter les temps forts de sa prise en charge.

Séance	Activités	Cheminement thérapeutique
S1	Jeu autour du modelage	Lorsque Gwénaël arrive à l'atelier, il s'assoie à l'écart de l'autre jeune et de moi. Il baisse la tête, regarde ses pied, ne parle pas. Lorsque je le sollicite ou lui propose une activité, il hausse les épaules sans me regarder. Je m'assoie à côté de Gwénaël, place une boîte de pâte à modeler entre nous et commence à modeler un cochon. Par moment il observe du coin de l'œil ce que fais. Une fois celui-ci réalisé, je le pose entre nous. Il dit « c'est pas un cochon c'est un chien ». Jusqu'à la fin de l'atelier, (rejoint les 5 dernières minutes par l'autre jeune), je tenterai de deviner ce que représente sa production, Gwénaël ne parlera plus, seul des hochements de tête confirme ou non ma proposition.
S2	modelage	Gwénaël s'isole au fond de la salle. Il réalise de la pâte à sel, puis fait des personnages en vue de réaliser un film d'animation. Au cours de cette séance, il parle très peu, il dira :« on dirais de la pâte à pain », sans me regarder.
S3-S4	Réalisation d'une maquette	S3 : Gwenaël semble enthousiaste à l'idée de réaliser un film d'animation. La technique de la peinture semble le gêner un peu, car elle est salissante. Il me demande de l'aider et suit mes conseils, mais reste à l'écart de l'autre jeune. De la séance 3 à la séance 5, les dix dernières minutes de l'atelier sont consacrées au jeu « dessiner c'est gagné », afin de tenter d'améliorer le dialogue entre les jeunes. S4 : Hervé intègre l'atelier. Gwénaël lui dira « c'est moche ce que tu fais », l'autre jeune ne répndra pas.
S5-S6	Photographie	S5 : Gwénaël me parle, parfois en me regardant, cependant reste à l'écart des autres. Dès le début de l'atelier, Hervé continu à critiquer ce qu'il fait. Gwénaël l'ignore et continu de travailler. S6 : dernière séance de John. Hervé s'intéresse à ce que fait Gwénaël. A la fin de la séance, ce dernier lui proposera de travailler ensemble.
S7-S8	Montage des photographies sur ordinateur	Travail en collaboration entre les deux jeunes. Gwénaël me parle en me regardant et pose parfois des questions à Hervé.
S9-S14	Cinéma d'animation	Gwénaël prend spontanément la parole. Désormais il parle de sujets variés, autres que leur production.
S15-S17	Dessin	Hervé ne vient pas à l'atelier. Gwénaël me demande de faire du dessin. Il demande des conseils car il dit « je dessine mal » .
S18	Pompon	Hervé n'est pas présent. Gwénaël me demande de lui expliquer comment réaliser un pompon, « c'est un cadeau pour quelqu'un ». Il me demande de rester à la séance suivante, avec un autre jeune (B), afin de finir son cadeau. Le jeune parle spontanément avec B.
S19	Peinture collective	A la dernière séance, une peinture collective a été réalisée. Gwénaël ne refuse pas l'activité, travaille en tenant compte de ce que fait les autres et prend spontanément la parole.

Comme pour chaque patient pris en charge, une fiche d'observation personnalisée a été élaborée.

FICHE D'OBSERVATION

Nom : Gwenaël **Structure de la séance :** 1heure de séance collective d'Art-thérapie au Centre du Bois Perrin
Date : **Séance numéro :** **Pris en charge par :** Morgan Quinaou

Date de début de prise en charge : décembre 2010
Objectif général : améliorer la communication verbale et la socialisation de Gwenaël
Objectif intermédiaire : ……
Prévision pour la séance : ……
Méthode utilisé au cours de la séance : … jeu … exercice … situation
… didactique …révélateur …occupationnel … thérapeutique
… directif … dirigé … semi-dirigé …ouvert …libre

Communication avec l'art-thérapeute

	1.Jamais 0 fois	2.Rare 1-3 fois	3.Ponctuel 4-6 fois	4.Nombreux 7-9 fois	5.Très nombreux + de 9 fois
Quantité de regards					
Nombre de fois ou il prend la parole					
Regarde son interlocuteur					

Qualité de la communication verbale …1.Agressive …2.Opposé …3.Indifférente …4.Respective …5. Cordiale
Stabilité du regard : … 1. Balaye du regard …2.1 à 2 croisements …3. 3 à 5 croisements
…4.Alternance croisement/ regard fixe …5. Regard fixe
Qualité du regard : …1.Absent …2.Fuyant …3. Présent …4.Intéressé ..5.Rayonant

Communication avec les autres jeunes

	1.Jamais 0 fois	2.Rare 1-3 fois	3.Ponctuel 4-6 fois	4.Nom-breux 7-9 fois	5.Très nombreux + de 9 fois
Quantité de regards					
Nombre de fois ou il prend la parole					
Regarde son interlocuteur					

Qualité de la communication verbale …1.Agressive …2.Opposé …3.Indifférente …4.Respective …5. Cordiale
Stabilité du regard : … 1. Balaye du regard …2.1 à 2 croisements …3. 3 à 5 croisement
…4.Alternance croisement/ regard fixe …5. Regard fixe
Qualité du regard : …1.Absent …2.Fuyant …3. Présent …4.Intéressé ..5.Rayonnant

Positionnement dans la salle :
…1. Isolement (au fond de la salle et tourne le dos aux autres)
…2. A l'écart (au fond de la salle tourné vers les autres)
…3. Observe (au fond de la salle, tourné vers les autres, intéressé par ce qu'ils font)
…4. Présent (à côté des autres sans se tourner vers eux)
…5. Intégrés (à côté des autres tourné vers eux)

Implication relationnelle

	1.Opposant	2.Evitant	3.Fusionnel	4.Intérressé	5.Synpathique
Mode relationnel avec l'art-thérapeute					
Mode relationnel avec les autres jeunes					

	1.Opposante	2.Réticente	3.Respectueuse	4.Cordiale	5.Chaleureuse
Fonction relationnelle avec l'art-thérapeute					
Fonction relationnelle avec les autres patients					

Manière de dire bonjour :
…1. Ne dit pas bonjour
…2. Tend un doigt après sollicitation
…3. Tend un doigt sans sollicitation
…4. Serre la main
…5. Serre la main avec le sourire

Manière de dire au revoir :
…1. Ne dit pas bonjour
…2. Tend un doigt après sollicitation
…3. Tend un doigt sans sollicitation
…4. Serre la main
…5. Serre la main avec le sourire

Intention

Manière d'arriver à la séance d'art-thérapie :…1.Refus de venir …2.Après insistance d'un membre de l'équipe …3. En allant le chercher …4. Sans être allé le chercher …5. Attend l'arrivé de l'art-thérapeute

Verbalise un souhait …1.Jamais 2.Une fois …3.2 à 4 fois …4.5 à 7 fois …5.Plus de 7 fois

Prises d'initiative …1.Aucune. 2. Une fois …3. 2 à 4 fois …4.5 à 7 fois …5. Plus de 7 fois

Action

Autonomie pendant la réalisation …1. Jamais …2. 10 min …3.20 min …4. 30 min …5. 45 min

Demande l'aide …1. Dépendance totale …2. Protection …3. Aide …4.Ponctuelle …5. Autonomie

Tension nerveuse …1. Agitation ….2. Passif …3.Nonchalance …4. Calme …5. Dynamique

Concentration …1. Non perçue …2..Perturbé (10 min) …3. 10 à 20 min …4. 20 à 30 min …5. Plus de 30 min

Production

Technique ……..…..... **Phénomène associé** ……..……..…….....

Devenir de la production …1. Jetée, détruite …2. Oubliée …3. Laissée à l'atelier …4..Emportée …5. Montrée, offerte

Motif d'arrêt de la réalisation …Désintérêt …Perturbation du patient …Perturbation extérieur …Fin de la séance …Le patient verbalise que la réalisation est finis

Capacité esthétique

Exprime ses goûts …1. Jamais …2. Une fois …3. 2 à 3 fois …4.3 à 6 fois …5.Plus de 6 fois

Exprime prendre du plaisir …1. Jamais …2. Une fois …3. 2 à 3 fois …4.3 à 6 fois …5.Plus de 6 fois

Utilise sa faculté critique …1. Indifférence …2.Hésitant …3. Demande l'avis de l'art-thérapeute …4.Rectifie sa réalisation …5. .Parle de sa production

Limites atteintes **Technique**.....**Physique**……..…….....…**Emotionnelle**……

Autres observations .....

Objectif intermédiaire atteint? (oui, non, partiellement)…….....

.....

Sites d'actions.....

Evènements importants vécu en dehors de l'atelier…….....……

Humeur de l'art-thérapeute…….....

Schéma 1

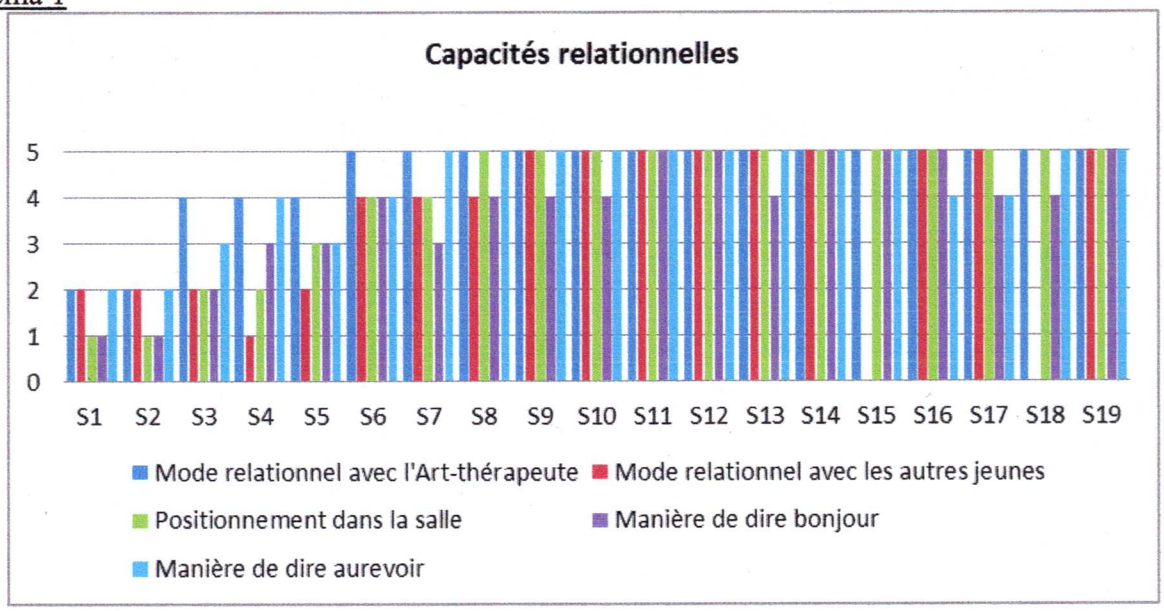


Schéma 2 :

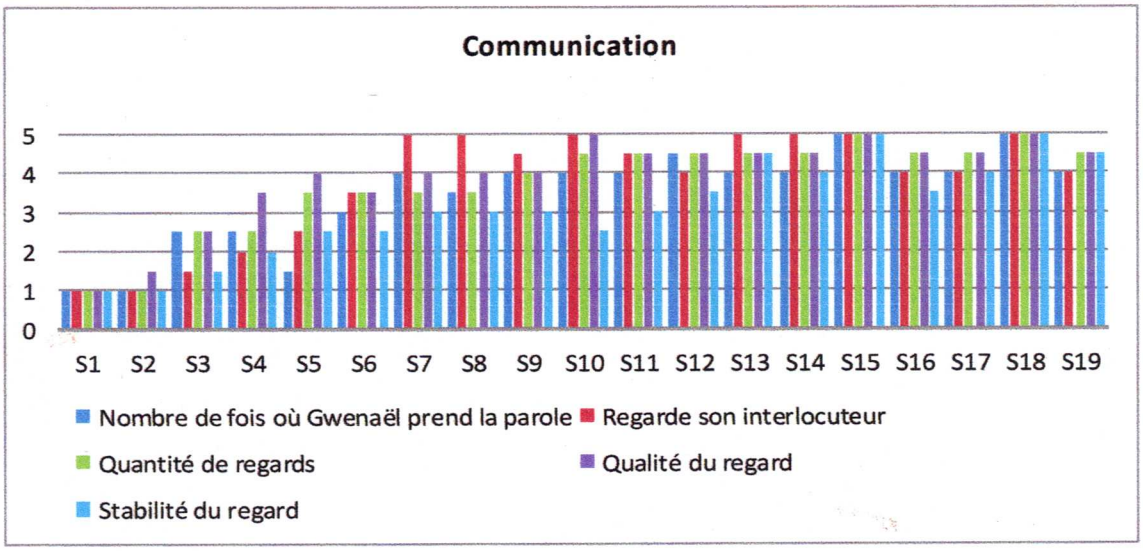


Schéma 3 :

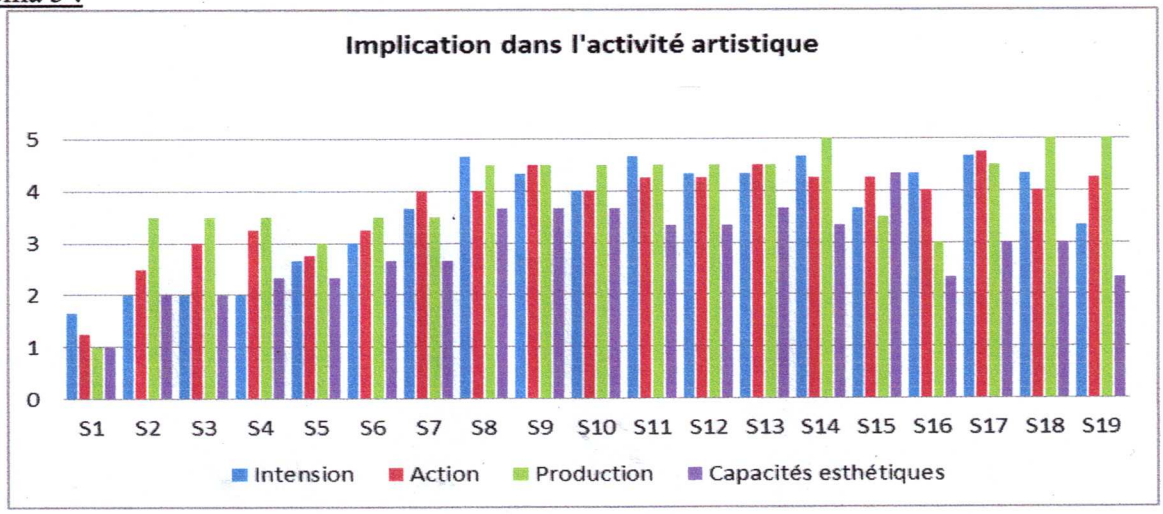
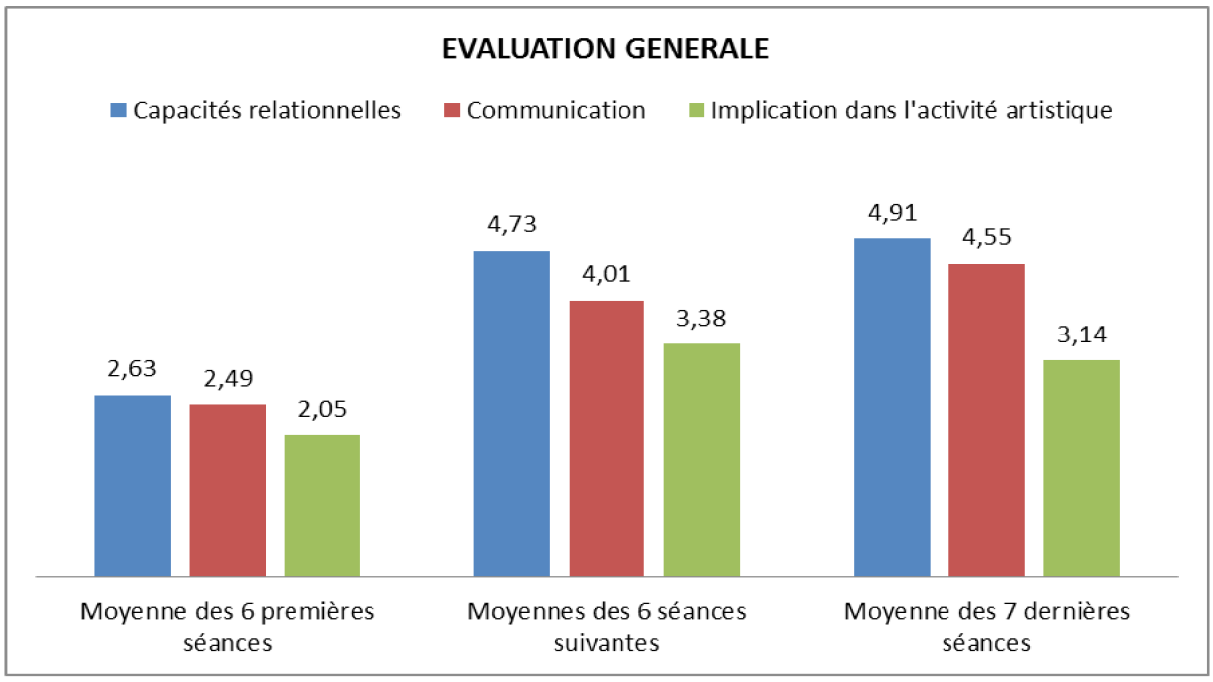


Schéma 1 : Le premier schéma nous permet d'observer l'évolution des capacités relationnelles de Gwénaël. Elles ont été cotées de manière qualitative, par conséquent chaque cotation a été définie de la manière le plus précise possible. Par exemple, en prenant en compte le plus petit fait observable dans le manière de dire bonjour ou au revoir de ce jeune, nous pouvons noter une nette amélioration de l'évaluation à partir de la séance 6 et jusqu'à le fin de la prise en charge. De même, nous observons sur le graphique, que de la séance 5 à la séance 8, la capacité de l'adolescent à s'intégrer au groupe évolue, puisque jusqu'à la dernière séance, il s'assoie spontanément à côté des autres jeunes en se tournant vers eux. Ainsi, chaque faisceaux d'items dont nous avons tenu compte pour évaluer les capacités relationnelles de Gwénaël, nous confirme qu'à la fin de la prise en charge de ce jeune en séance d'art-thérapie, il est davantage capable de tenir compte de ses pairs.

Schéma 2 : Chaque faisceaux d'items présent sur ce schéma a été évalué à deux reprises : en fonction de l'art-thérapeute et des autres jeunes présents au sein de l'atelier. Ainsi, la moyenne des deux évaluations a été reportée sur le graphique. Les items présents sur ce deuxième schéma, nous permettent alors d'observer l'évolution de la communication de Gwénaël. Parallèlement à la cotation du nombre de fois où le jeune prend la parole, ses capacités à regarder ses pairs ont été évaluées tant de manière qualitative que quantitatives. Ainsi nous pouvons noter qu'à partir de la séance 3, Gwénaël est davantage en capacité à communiquer avec ses pairs. Au fil du temps, il est capable de soutenir une conversation sans fuir son interlocuteur du regard. Durant les dernières séances, lorsque le travail d'un autre jeune ou une discussion l'intéressait, il était au contraire en capacité d'arrêter sa production afin de participer ou d'engager un échange verbale. Au cours du suivi de Gwénaël, il a également été possible d'observer la disparition presque totale de ses haussements d'épaules, qui le plus souvent lui permettait de ne pas entrer en communication avec autrui. Au cours de la prise en charge, ces gestes semblent être apparentés à des réflexes, qui lui permettront tout de même de produire un échange verbale.

Schéma 3 : Comme pour le schéma précédent, divers faisceaux d'items ont été regroupés, afin d'évaluer l'intention, l'action, la production et les capacités esthétiques de Gwénaël. Ainsi, sur le troisième graphique sont inscrites les moyennes de ces différents éléments (les détails sont présents sur la fiche d'observation présentées précédement).
Le graphique nous permet de visualiser qu'au cours de la prise en charge, Gwénaël s'implique davantage dans l'activité, même si au regard de la pathologie de ce jeune l'évolution reste instable et n'est pas constante. Cependant, il est intéressant de remarquer que l'utilisation de la pratique du cinéma d'animation, a permis par la suite le passage à de nouvelles activités que le jeune avait refusé au début de la prise en charge. En effet, nous pouvons lire sur le graphique que durant les quatre dernières séances, qui s'orientèrent autour du dessin, de la fabrication d'un pompon et d'une activité peinture, le jeune avait pour objectif de montrer ou d'offrir sa production. De même, malgré le fait que ses capacités esthétiques restent restreintes, Gwénaël était calme et concentré lors de l'activité artistique.



Faisceaux d'items :

Capacités relationnelles: Mode relationnel avec l'art-thérapeute et les autres jeunes, positionnement dans la salle, manière de dire bonjour et aurevoir.

Communication: Nombre de fois où il prend la parole, regarde son interlocuteur, quantité, stabilité et qualité du regard.

Implication dans l'activité: Intention, action, production, capacités esthétiques.

Cotation :

Entre 1 et 2 : Capacités restreintes
Entre 2 et 3 : Capacités émergentes, mais instables
Entre 3 et 4 : Capacités présentes, mais à généraliser
Entre 4 et 5 : Capacités et objectif atteints au regard de la pathologie et de l'âge du jeune.

De manière générale, nous constatons sur le schéma ci-dessus que le temps d'art-thérapie a été bénéfique pour Gwénaël, car il lui a permis d'augmenter sensiblement ses capacités relationnelles et d'améliorer sa communication avec ses pairs. De plus, même si son implication dans l'activité a légèrement augmentée, elle reste à généraliser. Nous pouvons nous permettre d'émettre l'hypothèse que le fait de mener un travail collectif a pu avoir un impact sur son implication, malgré les progrès perceptibles sur le schéma au niveau de sa socialisation. Parallèlement il est très important de noter que l'évolution du comportement de Gwénaël s'est également révélée positive au sein de l'ensemble de l'institution, ce qui a pu confirmer que son projet de soin était adapté à ses difficultés. A la fin de la prise en charge, Gwénaël était capable de s'intéresser à ce que faisaient ses camarades et d'intégrer un groupe, même si ses capacités restaient à confirmer hors du cadre rassurant de l'institution.

C. L’analyse des études de cas démontre l’importance du cadre art-thérapeutique.

C1. Les stratégies et les outils art-thérapeutiques ont été adaptés à chaque prise en charge.

C1-1. Le passage d’un travail individuel à un autre collectif, a permis de mieux répondre aux objectifs thérapeutiques.

Certaines situations rencontrées au sein de l’unité Sirius m’ont amené à passer d’une prise en charge individuelle à une autre collective. Dans un premier temps, Hervé, qui participait à une séance d'art-thérapie individuelle le vendredi matin, pour des raisons d’emploi du temps, fut dans l’obligation d’investir l’atelier collectif du lundi. Cependant, en dépit des contraintes institutionnelles, un autre jeune est passé d’un travail individuel à un autre collectif.

En effet, en ce qui concerne la prise en charge de Gwénaël, débuter les séances d’art-thérapie par un travail en groupe semblait inadapté. Ce n’est seulement une fois une relation de confiance avec l’art-thérapeute mis en place et le cadre devenu sécurisant, que la prise en charge semblait pouvoir s’orienter autour d’un travail collectif. Cependant, même si Gwénaël élaborait une production de manière individuelle, il a semblé important qu’il soit présent dès la première séance au sein atelier collectif. Cela lui a permis d’appréhender le cadre de l’atelier avec la présence d’autres jeunes et donc d’éviter de provoquer un changement d’organisation pouvant être brutal pour lui. Même si nous ne pouvons prouver que l’intégration dès la première séance de ce jeune au sein atelier d’art-thérapie collectif a été plus bénéfique que s’il y aurait été intégré plus tard, nous pouvons en émettre l’hypothèse et en démontrer les bénéfices : nous avons pu observer lors de l’analyse de la prise en charge de ce jeune, que la mise en place d’un travail collectif a été provoquée à son initiative, ce qui n’aurait pu se produire dans le cas contraire. Ce choix s’est alors avéré intéressant, même s’il est important de noter que chaque prise en charge est spécifique et que pour d’autres personnes il aurait été impossible d’utiliser une telle stratégie thérapeutique.

C1-2. Varier les techniques artistiques a permis de s’adapter à chaque situation.

Après avoir présenté cette expérience pratique, nous pouvons désormais comprendre en quoi au cours des diverses prises en charge effectuées lors de mon stage, il a semblé nécessaire de diversifier les techniques artistiques employés au sein de l’atelier, afin de mieux répondre aux objectifs de chaque jeune. Elles ont été choisies soit en fonction des pénalités des adolescents, en fonction de leurs spécificités, de la stratégie thérapeutique élaborée ou du goût du jeune.

Concernant Damien, il m’a semblé intéressant dans un premier temps d’utilisait l’Art visuel, afin qu’il puisse garder une trace de sa production, et ainsi faciliter l’acquisition de repères temporels. Cependant, au cours de la prise en charge, la technique se modifia au profit des marionnettes. En effet, la première technique proposée engendrait des difficultés que je n’avais pu prévoir : Damien n’étais pas en capacité d’effectuer une production sur plusieurs séances. La peur de ne pouvoir terminer sa réalisation le jour même, le mettait en difficulté, pénalisant sa capacité

d’attention. De même, l’usage des marionnettes, qui me sembla adapté à ses capacités fut rapidement remis en cause : les tics verbaux de Damien prenaient de l’ampleur et lorsque j’ai voulu adapter la séance par l’utilisation d’un texte, une faute de ma part de l’état base me fit découvrir qu’il ne savait pas lire. Par conséquent la prise en charge fut adaptée autour de l’usage du djembé. L’exploitation de cette technique artistique a été très intéressante, permettant de travailler à partir d’un code simple et d’un espace restreint. Elle a permis de travailler certaines difficultés de façon plus ciblée : Damien était capable de se concentrer à la fois sur sa production, mais également de tenir compte de l’autre personne. Lors de la dernière séance, il réalisa un spectacle de manière autonome en utilisant les divers exercices réalisés au cours de la prise en charge. Ainsi, l’Art visuel, sans être contre-indiqué pour ce jeune, ne semblait pas être la technique la plus approprié, puisque que le jeune n’était pas encore en capacité de se projeter dans le temps. Toutefois, il aurait pu être intéressant par la suite de revenir à cette technique.

En ce qui concerne la prise en charge de Gwénaël, un jeune garçon mutique, l’exploitation du cinéma d’animation s’est imposée en raison de son intérêt pour lui. Elle a permis de mettre en place une stratégie afin d'établir une relation de confiance et un cadre-sécurisant pour l’adolescent, puis une communication avec l’autre jeune. Par la suite, il a été possible de faire découvrir a Gwénaël de nouvelles activités auxquels il refusait de participer au début de la prise charge.

Au cours de mon stage, il a donc paru nécessaire de varier les techniques artistiques, afin de s’adapter aux spécificités de la prise en charge de chaque jeune et d’atteindre les objectifs visés.

C2. Mon expérience pratique a nécessité un travail hors du cadre de l’atelier.

C2-1. Assister aux réunions de transmissions a permis de relativiser certaines observations.

Comme énoncé précédemment, au cours de ces quelques mois de stage, le temps du lundi midi était consacré aux réunions de transmissions réalisées auprès de l'équipe soignante. Ce temps me permettait de prendre connaissance des divers évènements vécus par les jeunes en dehors de l'atelier, tant au niveau de l'institution qu'en dehors de celle-ci. A la fin de la fiche d'observation de certains jeunes, il m'a alors paru indispensable d'insérer une note appelée « évènements importants vécus en dehors de l'atelier », afin de pouvoir relativiser mes observations en fonction des situations rencontrées par les jeunes durant mon absence. Par exemple, cette indication m'a été indispensable lorsqu'une des jeunes filles que je prenais en charge refusait de venir ou quittait l'atelier au bout de 10 minutes. Lors de mes bilans, cette information supplémentaire m'a permis de savoir qu'elle avait vécu à cette période de graves évènements familiaux. Il aurait alors été difficile d'obtenir de telles indications en dehors de ce temps de transmission, du fait du planning des divers intervenants de l'équipe soignante. De plus, il était alors possible de prendre connaissance des modifications du comportement du jeune en dehors de l'établissement grâce à la présence de ses référents. Lors de la prise en charge de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale, ce temps peux être précieux, puisque le contexte peut empêcher de généraliser leurs acquis et les traitements de les confirmer.

C2-2. Participer à des évènements de la vie quotidienne a favorisé la relation avec les adolescents et a permis de réajuster les stratégies thérapeutiques.

Aux vues de l'expérience pratique, nous pouvons dire qu'il semble possible et pertinent de participer à des évènements de la vie quotidienne avec les adolescents. Ce temps de présence hors du cadre art-thérapeutique a permis de favoriser la relation entretenue avec les jeunes, comme par exemple lors de ma présence à l'heure du goûter, ou encore lorsque nous jouions au tennis de table ensemble. Ce travail, qui relèverait davantage du travail de l'éducateur ou de l'infirmier, peut cependant s'inscrire dans le projet de soin. En effet, ces divers temps m'ont permis d'observer les différences de comportement des jeunes en fonction du contexte, des personnes présentes ou du moment de la journée.

Suite à cette insertion sur les temps d'accueil, de détente, etc., il m'est alors arrivé de modifier mes fiches d'observations et mes stratégies thérapeutiques. Par exemple, lorsqu'un changement apparaissait au sein de l'unité ou de l'organisation de la journée, j'ai pu observer que Hervé, pris en charge le lundi après-midi, était très perturbé. De nouvelles rubriques se sont alors ajoutées à celles déjà présentes sur la fiche d'observation de ce garçon, en inscrivant les personnes présentes au sein de l'institution durant la séance ou encore si des modifications d'emploi du temps ont eu lieu durant la journée. De même, après avoir observé que l'un des adolescents, qui parlait très peu au sein de l'atelier, s'exprimait très souvent verbalement lorsqu'il était en présence d'autres adolescents, j'ai pu affiner ma stratégie thérapeutique. Lors de la prise en charge de Gwénaël, il est également arrivé que je puisse affirmer que l'évolution observée en séance d'art-thérapie se répercutait à l'extérieur du cadre de l'atelier.

C2-3. Il semble important de différencier le cadre art-thérapeutique de celui de la vie quotidienne.

Malgré les bénéfices que peux apporter la présence de l'art-thérapeute hors de l'atelier, il semble très important de permettre aux jeunes de prendre conscience des différences engendrées par ce changement de cadre : bien qu'un travail hors atelier puisse améliorer la relation entre le jeune et l'art-thérapeute, il faut permettre au patient de comprendre que l'atelier d'art-thérapie à une visée thérapeutique. La relation mise en place durant les moments de détentes ne doit en rien affecter le travail réalisé durant la séance, ni modifier le statut de l'art-thérapeute au sein de l'atelier. En effet, il m'a fallu intervenir auprès d'un jeune, qui à la fin d'une des séances à voulut me « taper dans la main » pour me dire au revoir. De même, il semble très important de noter que l'art-thérapeute lui-même doit être en capacité de s'adapter en fonction du cadre dans lequel il se trouve, afin de ne jamais laisser la relation avec l'adolescent influencer son travail. Il s'agit alors de trouver un équilibre, à travers une relation de sympathie favorisée grâce à une intervention hors du cadre thérapeutique, afin d'améliorer ses stratégies. Ainsi, la participation de l'art-thérapeute à divers temps de la vie quotidienne pourrait faciliter l'accès à l'objectif thérapeutique.

Conclusion partie 2

La description et l'analyse de diverses prises en charge réalisées lors d'un stage au sein d'un service pédopsychiatrique, nous démontre l'importance et les bénéfices que peut apporter le cadre art-thérapeutique, mais aussi parfois l'intérêt d'en sortir. De plus, après avoir présenté cette expérience pratique, nous pouvons relativiser l'hypothèse soulevée précédemment, c'est à dire que l'Art visuel semble être une technique adaptée lors de la prise en charge de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale. En effet, il peut être pertinent d'en faire usage, mais en fonction de chacune des situations rencontrées, il est important que l'art-thérapeute varie les techniques artistiques employées au sein de l'atelier.

PARTIE 3

Nous émettons l'hypothèse qu'il est possible qu'un art-thérapeute emploi une technique différente de sa dominante artistique, afin de mieux répondre à la prise en charge de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale.

L'analyse de diverses prises en charge de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale nous permet d'énoncer que, bien que l'usage de l'Art visuel puisse être bénéfique lors de la prise en charge de certains patients, il est indispensable qu'il soit adapté à leur singularité. Ainsi, au cours de ce stage, j'ai pu utiliser l'Art visuel, mais également les marionnettes, le théâtre et la musique. Cette remarque nous permet donc d'affirmer que la compétence thérapeutique, même si elle permet de répondre à des besoins de savoir-faire médicaux et paramédicaux n'est en aucune façon l'unique compétence à laquelle doit répondre l'art-thérapeute. La composante artistique est également un élément indispensable à sa formation. En effet, lors de l'élaboration d'un protocole, il s'agit de mettre en place des objectifs généraux et intermédiaires qui tenteront d'être atteint à travers l'utilisation de l'Art. En cela, il semble nécessaire d'employer la technique artistique la plus adaptée afin de rendre opérant les mécanismes humains dysfonctionnant.

Il semble important à cet instant de la réflexion de s'attarder sur deux notions indispensables lorsque nous nous interrogeons sur l'impact que peut avoir une technique artistique sur une prise en charge. En effet, les termes « dominante » et « phénomène associé » sont à dissocier. Dans le premier cas, il s'agit d'évoquer la nature de l'activité artistique, tandis que dans le second nous nous référons à ce qui l'accompagne ou ce qu'elle provoque. Un exemple cité par Richard Forestier nous permet d'illustrer cette idée en énonçant que « [...] *la dominante musique peut être déclinée en dominante musique instrumentale, ou musique vocale [...]* [12]» et que l'emploi du terme de phénomène associé en musique peut désigner « *[...] l'audition, la motricité fine, la faculté critique.* [13]». Ainsi, il peut arriver lors d'une séance qu'un phénomène associé devienne dominant, comme par exemple lorsqu'Hervé, qui a participé à un atelier s'orientant autour du cinéma d'animation, s'est consacré durant toute la séance à chercher une musique pour celui-ci.

Une fois cet approfondissement établi, nous pouvons soulever une nouvelle interrogation, selon laquelle en utilisant des activités artistiques divergentes de sa dominante, l'art-thérapeute pourrait adapter ses stratégies thérapeutiques aux spécificités de chaque prise en charge. Cette réflexion nous amène alors à nous questionner sur la possibilité d'améliorer le cheminement thérapeutique en vue d'accéder à l'objectif général de certains patients et ainsi leur qualité de vie, à travers l'utilisation d'une technique artistique pour laquelle le professionnel n'aurait acquis que très peu, voir aucune maitrise technique.

12 Richard Forestier, *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, Favre, 2009

13 Idem.

A. L'art-thérapeute peut adapter ses stratégies thérapeutiques aux particularités de la prise en charge de chaque patient en utilisant des techniques artistiques autres que sa dominante et pour lesquelles il ne détient que peu de connaissances.

A1. Certaines activités artistiques peuvent être contre-indiquées pour les patients.

L'expérience pratique présentée dans le chapitre précédent, nous a permis de démontrer que l'emploi d'une technique artistique adaptée à la spécificité de chaque patient est indispensable au bon déroulement d'une prise en charge. Dans le cas contraire, une personne pourrait être mise en difficulté au regard de sa pathologie. Pour illustration, l'analyse de la prise en soin de Damien nous convie à prendre connaissance de l'augmentation de ses troubles lors de séances d'art-thérapie s'orientant autour de l'usage de marionnette. Il semble alors nécessaire que le professionnel soit constamment en capacité d'adapter ses stratégies thérapeutiques. De plus, cette réflexion nous permet d'insister sur l'importance des outils mis à disposition de l'art-thérapeute. La fiche d'observation, ainsi que les évaluations qui en découlent, sont des éléments lui permettant de relativiser ses interventions. Cette fiche peut donc être considérée également comme un outil de vigilance. En effet, lorsque les difficultés auxquelles Damien était confronté ont évolué, il était possible de lire leur impact sur les schémas réalisés : lors des séances 5, 6 et 7 et malgré l'évolution positive de son autonomie, les capacités d'attention et relationnelles ont nettement régressé.

De cette remarque découle l'importance du travail pluridisciplinaire. Les échanges avec l'équipe de soin doivent permettre à l'art-thérapeute d'orienter ses stratégies de manière à ce qu'elles soient les plus bénéfiques possibles pour le patient. Ainsi, notamment quand il s'agit de personne présentant des troubles de la santé mentale, il semble indispensable de travailler en collaboration avec le médecin et le psychologue du service, afin de ne prendre aucun risque pour le bien-être de la personne. Par conséquent, après la mise en évidence de l'importance de la pluridisciplinarité et s'il lui est transmis que certaines activités artistiques sont contre-indiquées pour les patients, l'art-thérapeute doit pouvoir leurs proposer des techniques divergentes de sa dominante, car dans le cas contraire, elles ne pourraient avoir accès au soin.

A2. Répondre à la demande d'un adolescent en employant une technique artistique qu'il a choisi, peut faciliter la relation avec l'Art-thérapeute.

Lors de la présentation de chaque étude de cas exposées en deuxième partie, nous pouvons observer un élément récurent : le premier objectif des prises en charge est d'établir une relation de confiance entre l'art-thérapeute et le patient. En effet, ce paramètre semble être incontournable afin que la personne puisse s'impliquer dans l'activité.

La relation est un aspect particulier de l'activité artistique. Contrairement à la communication, elle n'a pas pour objectif de transmettre des informations, mais cette situation se traduit par un rapport particulier entre deux personnes, reposant sur un principe de sympathie*.

Répondre à la demande du patient et lui donner la possibilité de pratiquer une activité artistique pour laquelle il porte un intérêt, peut alors apparaître comme une stratégie pertinente (à condition évidemment que celle-ci ne soit pas contre-indiquée) afin d'accéder à un tel contexte entre le soignant et le patient. Ainsi, malgré le fait d'avoir usé majoritairement de la technique de l'Art visuel au sein des ateliers que j'ai pu mener lors de mon stage, certaines séances auprès de Damien m'ont amené à utiliser une technique artistique pour laquelle je ne possédais aucune connaissance : le jeune me demanda de mettre en place pour les semaines suivantes un atelier s'orientant autour de l'emploi du djembé. Ces séances m'ont alors permis de stabiliser la relation entretenue avec l'adolescent. En effet nous pouvons lire sur ses évaluations que ses capacités relationnelles ont nettement évolué durant les 8 dernières séances. De plus, contrairement à des activités demandant des connaissances et des techniques particulièrement exigeantes, le djembé implique l'usage d'un code simple. L'utilisation de ces instruments auprès de personnes présentant une perte de la confiance et de l'estime de soi peut donc empêcher de provoquer une boucle d'inhibition. Lors de cette pratique, la personne peut être en capacité de jouer sans avoir acquis de connaissances spécifiques. A la différence d'une technique comme les Arts plastiques, l'activité artistique peut être réalisée à travers l'utilisation d'un outil unique, ce qui n'implique pas la capacité du patient à réaliser des choix. Les troubles de l'attention et de la concentration de Damien ont ainsi pu rester fixés sur l'outil musical, car nous avons pu délimiter un espace de travail restreint, impliquant un faible nombre de choix. Nous pouvons également envisager qu'une telle technique artistique puisse permettre de favoriser la relation aux autres lorsqu'il s'agit d'une séance collective : savoir écouter les autres, respecter ce qu'ils font, être en capacité de communiquer avec eux, etc.

Même si la technique utilisée ne correspond pas à la dominante de l'art-thérapeute, les conseils techniques apportés par ce dernier au patient peuvent permettre au processus thérapeutique de devenir opérant et au patient de s'épanouir. A la différence d'un atelier pédagogique, l'objectif principal n'est pas ici l'acquisition d'une technique ou le plaisir immédiat, mais plus précisément l'autonomie sanitaire et sociale du patient. Les séances d'art-thérapie et les stratégies art-thérapeutiques peuvent donc se construire au regard des compétences et des goûts des patients, dont il faut tenir compte, afin que la relation entretenue au sein de l'atelier puisse par la suite permettre d'observer l'évolution des symptômes en fonction des items que le professionnel a déterminé.

A3. S’il maîtrise la technique artistique, le patient peut prendre en main l’activité.

Accéder à la demande d'une personne prise en charge en séance d'art-thérapie en mettant en place une activité artistique pour laquelle l'art-thérapeute ne possède pas les connaissances requises, peut à première vue paraître difficile. Cependant, lorsque le patient maîtrise préalablement la technique et aux vues de l'objectif thérapeutique visé, il peut être intéressant de surmonter la difficulté en laissant la personne prendre en main la séance et de lui permettre de devenir autonome. Cette idée peut s'illustrer à travers la stratégie mise en place lors de la prise en charge de Gwénaël. Dans un premier temps, le jeune refusait toute forme de relation et de communication avec l'art-

thérapeute, difficulté qui a été contournée en accédant à sa demande de produire un film d'animation. Etant donné que je ne maîtrisais en aucun cas la technique nécessaire à la réalisation de ce dernier, mais aussi au regard des capacités de ce jeune, il a malgré tout été possible de mettre en place cette activité. Afin d'accéder à l'objectif général, c'est à dire d'améliorer la communication verbale et la socialisation de l'adolescent, il a semblé intéressant qu'il prenne en main l'activité. Cette stratégie a permis d'engendrer une communication verbale entre l'adolescent et l'art-thérapeute, mais également avec un autre jeune. Elle a également provoqué une boucle de renforcement, qui par la suite a eu un impact sur l'ensemble de la vie quotidienne de Gwénaël.

Il semble alors important de rappeler que l'art-thérapie s'adresse à des personnes souffrantes de troubles de l'expression, de la communication et/ou de la relation. Afin d'améliorer leur qualité de vie, l'art-thérapeute doit permettre à la personne de pouvoir s'engager dans un processus dynamique liant l'intention, l'action, et la production. Ainsi, lorsqu'une personne possède une intention, elle est en quête d'éléments ayant pour objectif de se procurer une saveur existentielle. Cette dernière implique son engagement dans l'action et par conséquent son estime d'elle-même. De plus, lors du passage de l'intention à la production, l'être humain met en lien ce qu'elle veut avec les moyens qu'elle se donne pour y parvenir. Cette interaction ce manifeste dans les savoir-faire, ce qui permet d'affirmer sa personnalité et par conséquent nécessite une confiance en soi. Enfin, l'action une fois achevée doit répondre à l'idéal esthétique de son auteur. Il doit alors y avoir un équilibre entre le fond et la forme, c'est à dire entre le domaine des affects et de la sensibilité de la personne, et celui de l'intellect et des connaissances. Afin d'atteindre cet idéal esthétique, la personne accède à l'autonomie en s'affirmant. Il y a donc dynamique entre les trois composantes du phénomène artistique* : l'intention, l'action et la production. Lorsqu'une personne est en capacité de prendre en main une activité et prendre du plaisir dans celle-ci, une boucle de renforcement peut être provoquée, et par conséquent faciliter le cheminement vers l'objectif thérapeutique, si celui-ci n'est pas encore atteint.

A4. Débuter une activité avec le même niveau de savoir-faire qu’un adolescent présentant des troubles de la santé mentale, peut lui permettre de se revaloriser et peut provoquer une communication.

Il peut arriver que dans certaines situations ni le patient ni l'art-thérapeute n'est appréhendé de manière approfondie la technique artistique utilisée pendant la séance. Dans ce contexte, il semble que la personne prise en charge puisse améliorer son estime d'elle-même, ainsi que sa confiance en elle en possédant un niveau de savoir-faire similaire à celui de l'art-thérapeute. Il est important qu'elle se sente revalorisée au regard de l'intervenant, car l'expérience acquise durant mon stage m'a permis de prendre connaissance de la manière dont la plupart des jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale se dévalorisent, mais se sentent également souvent dans l'incapacité de réaliser une production. De plus, une séance d'art-thérapie se déroulant dans de telles conditions techniques peut engendrer une discussion entre le professionnel soignant et le patient, ce

qui peut permettre de travailler sur l'affirmation de soi.

A5. Diversifier les techniques artistiques démontre les compétences de l'art-thérapeute à s'adapter à chaque situation.

D'un point de vue professionnel, le fait de s'adapter à chaque situation peut démontrer la capacité de l'art-thérapeute à exercer son métier. En effet, cette profession exige la compétence du professionnel à orienter le pouvoir propre de l'Art, afin que les patients qui lui sont confiés accèdent à une bonne santé, quelles que soient les pathologies et les techniques concernées. Ainsi, le diplôme d'art-thérapeute décerné par l'Ecole de l'AFRATAPEM, qui concerne toutes les techniques artistiques, n'est pas considéré comme une fin en soi. Les art-thérapeutes peuvent se spécialiser tout au long de leur parcours professionnel dans des techniques artistiques particulières, afin de pouvoir répondre au besoin de soin de toutes les personnes lui étant été confiées.

A6. Un travail en collaboration avec un professionnel maîtrisant la technique artistique peut faciliter la mise en place de l'activité.

Lors de la mise en place d'un atelier d'art-thérapie, il peut être judicieux de contourner cette problématique en faisant appel à un co-animateur. Ce travail en collaboration peut devenir une stratégie opérante, par exemple lorsqu'il est nécessaire d'accompagner un patient de manière individuelle, mais également lorsque que cet autre soignant peut remédier au manque de savoir-faire de l'art-thérapeute. En effet, lorsque ce dernier est dans l'incapacité d'apporter des conseils techniques à la personne prise en soin, il peut être intéressant pour le patient, mais également pour l'intérêt de l'interdisciplinarité de faire appel à un autre professionnel.

Il est cependant important dans ce contexte particulier de délimiter le champ d'intervention de chaque personne. Afin que le rôle de l'atelier d'art-thérapie reste conforme à son objectif, l'équilibre entre les fonctions de chacun doit être respecté et ajusté. Ainsi, à travers ses interventions, le co-animateur peut améliorer la qualité du cadre thérapeutique, dont nous avons pu démontrer l'importance en seconde partie, en apportant les connaissances techniques nécessaires au patient. De cette manière, le cheminement de ce dernier vers l'objectif thérapeutique peut être facilité.

B. Si l'art-thérapeute désire utiliser une technique artistique pour laquelle il n'a acquis que peu d'expérience, il doit prendre en considération l'impact hostile qu'elle pourrait provoquer.

B1. L'utilisation par l'art-thérapeute d'une technique artistique qu'il ne maîtrise pas peut produire un cadre non-sécurisant pour un adolescent présentant des troubles de la santé mentale.

Comme énoncé en première partie, la période de l'adolescence implique une multitude de modifications chez le jeune, entraînant une nouvelle image de soi, la recherche d'une identité, ainsi que des changements de rapports sociaux. Ces préoccupations peuvent alors engendrer des inquiétudes et provoquer de l'anxiété chez l'adolescent. De plus, tandis que la référence à la famille

est un élément indispensable au développement de ce dernier, pour une partie des jeunes hospitalisés au sein d'un Centre pédopsychiatrique, ce repère est instable. Par conséquent, afin de diminuer les difficultés rencontrées par ces adolescents, il semble indispensable que l'ensemble du travail mené par l'équipe soignante leurs permettent d'améliorer leur qualité de vie dans un cadre stable et rassurant. Cette réflexion nous amène donc à relativiser l'hypothèse selon laquelle l'art-thérapeute pourrait utiliser une technique artistique pour laquelle il n'a pas suivi de formation particulière, car tandis que la sécurité est ennoncée comme un besoin fondamentale par Abraham Maslow[14], cette situation pourrait provoquer un contexte non-sécurisant pour le jeune, le mettre en difficulté et l'empêcher d'atteindre l'objectif thérapeutique fixé.

B2. La relation de confiance établie entre le jeune et l'art-thérapeute peut être affectée.

Nous avons démontré que la relation entretenue entre l'art-thérapeute et le patient constitue un élément déterminant pour le bon déroulement d'une prise en charge, car le fait que la personne ne se sente pas en sécurité peut l'empêcher de s'impliquer dans l'activité artistique. Nous pourrions illustrer cette idée en évoquant une situation rencontrée en sein du stage pratique : Yann est un adolescent de 15 ans présentant un symptôme psychotique. Il a régulièrement des bouffées délirantes, et dans ces moments il se méfie des personnes qui l'entourent, se pensant en danger. Lors d'une séance, et contrairement à son habitude, le jeune se tenait assis face à moi, les coudes posés sur ses genoux et les mains cachant son visage. Il refusait de réaliser une production et répondait à mes questions par des hochements de tête. Après l'avoir sollicité, le jeune me fit part du fait d'avoir mal au nez. A la fin de notre discussion, il m'évoqua le fait que son père lui aurait « donner un coup de poing » et que cela ne serait pas la première fois. Evidemment, ses éléments devaient être relativisés et demandaient un sérieux approfondissement, mais il m'a paru indispensable de tenter d'obtenir l'accord de l'adolescent avant de transmettre ces informations à la Cadre de santé du service, ce qu'il accepta à condition de n'en parler uniquement à cette personne. Bien que nous n'ayons été en capacité de relier de manière objective une cause à la venue plus régulière de Yann à l'atelier d'art-thérapie au cours des semaines qui ont suivi cet évènement, nous pouvons tout de même émettre l'hypothèse que la relation de confiance établie entre l'art-thérapeute et la personne prise en charge a permis qu'il s'implique davantage dans l'activité.

Cependant, si un patient perçoit que le professionnel n'est pas en capacité de mener à bien la séance du fait de son manque d'expérience technique, cette relation peut être affectée. Le cadre non-sécurisant de l'atelier pourrait engendrer un manque de confiance du patient envers le professionnel, le mettre en difficulté, avoir un impact sur son engagement dans l'activité art-thérapeutique et par conséquent perturber le cheminement vers l'objectif générale.

14 Cf. Annexe 2, La pyramide des besoins fondamentaux de Maslow, 1940

B3. Le manque d’expérience de l’art-thérapeute peut amplifier ou provoquer des sites d’actions.

Rappelons que l'objectif de la profession d'art-thérapeute n'est pas de permettre à des personnes de devenir artiste, mais de leur apporter l'aide nécessaire afin qu'elles puissent retrouver une saveur existentielle. En partant de ce constat, il semble essentiel que le professionnel s'interroge constamment sur la pertinence de l'activité artistique choisie et sur la manière dont elle peut contribuer à améliorer les pénalités sanitaires du patient.

Afin de répondre à l'indication médicale, l'art-thérapeute doit déterminer les sites d'actions et les faire disparaître. Cependant, s'il n'est pas conscient des limites de ses compétences techniques, il peut agir sur certains mécanismes humains spécifiques impliqués dans l'activité artistique, en allant à l'encontre de l'objectif thérapeutique visé. Par exemple, si un art-thérapeute choisi pour des raisons stratégiques de mettre en place un atelier à dominante musicale et d'utiliser une guitare lors d'une séance, son incapacité à accorder l'instrument peut engendrer chez le patient une frustration ou une perte de confiance en ses capacités. Il semble alors très important que le professionnel soit capable de mesurer ses limites, afin de ne pas amplifier les difficultés rencontrées par la personne prise en charge. Si l'art-thérapeute ne maîtrise pas ses acquis professionnels, la possibilité de contrôler les difficultés des patients mise en jeu dans l'activité artistique et de les faire diminuer semble impossible.

B4. L'incapacité de l'art-thérapeute de permettre à un patient d'acquérir une technique artistique peut le dévaloriser.

L'impossibilité pour l'art-thérapeute de permettre à un patient de maîtriser une technique artistique utilisée au cours d'une séance, pourrait amener ce dernier à s'interroger sur ses propres capacités, à les remettre en question. Hors, engendrer une telle situation pourrait mettre en porte à faux l'ensemble de la prise en charge, voir dans le cas le plus extrême avoir un impact sur l'ensemble du travail mené par l'équipe soignante. En effet, si une personne possédant des troubles engendrant des pénalités sanitaires et/ou sociales, un tel contexte pourrait la dévaloriser et provoquer une boucle d'inhibition. Par conséquent, un art-thérapeute ne prenant pas en considération ses limites artistiques pourrait commettre de graves fautes professionnelles.

B5. Le mauvaise connaissance d’une technique spécifique pratiquée lors d’une séance d’art-thérapie peut remettre en cause la capacité de l’intervenant à exercer son métier.

Comme pour toute profession thérapeutique, l'art-thérapie doit répondre à une diversité d'exigences : la mise en place d'un protocole, d'objectifs thérapeutiques, de stratégies afin d'y parvenir, l'usage d'un langage professionnel et des méthodes d'évaluation pertinentes. Cependant, à l'instar d'autres professions paramédicales, l'Art-thérapeute doit également être en mesure de maîtriser des techniques artistiques et de mettre ses connaissances à disposition des patients. Les études de cas qui ont été présentées, ainsi que les expériences menées par d'autres professionnels, permettent alors d'illustrer le passage de la théorie à la réalité, en démontrant l'intérêt d'exploiter le

potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique.

Cependant, il est important de suggérer l'idée que, lorsqu'un art-thérapeute travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire, il doit être capable de démontrer l'originalité de son métier. Pour cela, il doit prouver ses compétences à l'ensemble de l'équipe d'un point de vue médicale, paramédicale, mais aussi artistique. Hors, si ces dernières sont trop restreintes, sa capacité à exercer son métier peut être remise en cause.

B6. Le manque d’assurance de l’art-thérapeute peut entraîner des difficultés afin de mener à bien les observations.

Lorsqu'un art-thérapeute fait usage au sein d'un atelier d'une technique artistique qu'il ne maîtrise pas ou très peu, il peut être déstabilisé. Ce manque d'assurance peut alors avoir un impact sur son travail, car l'ensemble du dispositif utilisé par l'art-thérapeute repose sur l'observation et l'évaluation. Dans ce contexte, il semble possible que les informations devant être observées au cours de la séance, puis organisées dans la fiche d'observation, ne puissent être relevées. L'absence d'items ne pourra alors pas permettre à l'art-thérapeute d'orienter ses objectifs d'une séance à l'autre. Ainsi, il apparaît que le manque de connaissances techniques de l'art-thérapeute peut empêcher le bon déroulement de la prise en charge du patient, du fait de l'impossibilité d’exécuter des évaluations et des bilans favorisant la visibilité de l’évolution de ses difficultés.

C. Un tableau de synthèse nous permet de récapituler les points importants.

Elément impliqué par le contexte	**En employant une technique artistique n'étant pas sa dominante, l'art-thérapeute peut mieux s'adapter aux spécificités de chaque prise en charge.**	**En employant une technique artistique n'étant pas sa dominante, l'art-thérapeute peut rencontrer des difficultés et avoir un impact hostile lors de la prise en charge d'une personne.**
Le patient	Certaines activités artistiques peuvent être contre-indiquées pour les patients, par conséquent l'art-thérapeute doit être capable de diversifier les techniques artistiques.	L'utilisation par l'art-thérapeute d'une technique artistique qu'il ne maîtrise pas peut produire un cadre non-sécurisant pour le patient.
	Répondre à la demande de la personne en employant une technique artistique qu'il a choisie peut faciliter la relation entre l'art-thérapeute et le patient.	La relation de confiance nécessaire entre le patient et le soignant peut être affectée si le manque de savoir-faire de l'art-thérapeute a un impact sur la prise en charge.
	S'il maîtrise la technique artistique, le patient peut prendre en main l'activité.	Le manque d'expérience de l'art-thérapeute peut provoquer des sites d'actions.
	Débuter une activité avec le même niveau de savoir-faire qu'un patient peut permettre de le revaloriser.	L'incapacité de l'art-thérapeute de permettre à un patient d'acquérir une technique artistique peut le dévaloriser.
Le travail de l'art-thérapeute.	Diversifier les techniques artistiques démontre la capacité de l'art-thérapeute à exercer son métier.	La mauvaise connaissance d'une technique utilisée lors d'une séance d'art-thérapie peut, au regard des soignants et des patients, remettre en cause la capacité de l'art-thérapeute à exercer son métier.
	Un travail en collaboration avec un professionnel maîtrisant la technique artistique peut faciliter la mise en place de l'activité.	Le manque d'assurance de l'art-thérapeute peut entraîner des difficultés à mener à bien ses observations.

D. S'il souhaite utiliser une technique artistique différente de sa dominante et pour laquelle il n'a acquis que peu de connaissances, l'art-thérapeute doit tenir compte de la limite de ses compétences.

L'expérience pratique nous a permis de démontrer qu'il est indispensable d'adapter la technique artistique employée en séance d'art-thérapie à la spécificité de chaque prise en charge. De cette remarque découle l'importance du travail pluridisciplinaire. Les échanges avec l'équipe de soin peuvent permettre de prendre connaissance de certaines contre-indications, c'est pourquoi il semble pertinent que l'art-thérapeute s'adapte en proposant des techniques artistiques autres que sa dominante. De plus, répondre à la demande d'un adolescent et lui donner la possibilité de pratiquer une activité pour laquelle il porte un intérêt peut faciliter la relation qu'il entretient avec le soignant. Dans cette perspective, accéder à son désir pourrait être envisagé dans le cas où le patient maîtriserait préalablement la technique, en le laissant prendre en main la séance. Dans le cas contraire, si son niveau de savoir-faire est similaire à celui du soignant, et si cela semble judicieux au regard des difficultés du jeune, le contexte pourrait permettre de le revaloriser. Ainsi, du point de vue de l'équipe soignante, diversifier les techniques pourrait démontrer la capacité de l'art-thérapeute à s'adapter à chaque situation et à exercer son métier. En effet, il semble inconcevable que l'art-thérapeute ne réponde pas au besoin de soin d'une personne, pour des raisons impliquant son manque de connaissances techniques. Par conséquent, il peut également être judicieux de contourner cette problématique en faisant appel à un co-animateur.

Cependant, si l'art-thérapeute désire utiliser une technique artistique pour laquelle il n'a acquis que peu de connaissances, il doit prendre en considération l'impact qu'elle pourrait provoquer sur les personnes prises en charge. En effet, il semble indispensable que l'intervenant mette en place un cadre art-thérapeutique sécurisant, ce qui pourrait être remis en cause dans une telle situation. De même, cela pourrait empêcher d'atteindre l'objectif fixé ou affecter la relation de confiance établie entre le soignant et la personne prise en charge. Bien qu'il ne soit pas évident que l'un de ces paramètres soit touché, il faut également noter que le manque d'expérience de l'art-thérapeute pourrait également provoquer ou amplifier des sites d'actions et risquerait de dévaloriser l'adolescent. En partant de ce constat, nous pouvons dire que la mauvaise connaissance d'une technique artistique pratiquée lors d'une séance d'art-thérapie peut remettre en cause la capacité de l'intervenant à exercer son métier, ce qui peut s'illustrer à travers le fait que le manque d'assurance de l'art-thérapeute peut entraîner des difficultés à mener à bien les observations.

Suite à cette réflexion, nous comprenons que l'emploi d'une technique artistique par l'art-thérapeute pour laquelle il n'a acquis que peu de maîtrise technique, nécessite que le soignant soit capable de se remettre en question et de tenir compte de la limite de ses compétences. De plus, s'il semble toutefois judicieux d'effectuer une prise en charge dans de telles conditions, il est indispensable que l'intervenant détienne les compétences requises pour contrôler les situations et les modifier si besoin pour les faire évoluer favorablement, en utilisant les divers outils permettant d'évaluer et d'observer les répercussions de ses interventions sur les patients.

Conclusion partie 3

La réflexion menée dans cette dernière partie nous a permis de nous interroger sur la possibilité qu'un art-thérapeute emploi une technique divergente de sa dominante artistique afin de mieux répondre à la prise en charge de certains patients. Après avoir présenté les conséquences que pouvait engendrer cette situation, nous pouvons énoncer que cela est en effet possible, mais que l'art-thérapeute doit toujours avoir conscience des limites de ses compétences. Ainsi, en nous appuyant sur les divers points énoncés dans la troisième partie, nous pouvons confirmer l'hypothèse de départ en insistant sur l'importance du travail pluridisciplinaire et des outils mis à disposition de l'art-thérapeute.

CONCLUSION GENERALE

A travers cet écrit, nous avons tenté de démontrer les difficultés que pouvaient rencontrer de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale, comme par exemple des troubles relationnel, de l'attention, une diminution de la confiance en soi, une altération de l'estime de soi, etc. Ainsi, afin d'améliorer la qualité de vie de ces jeunes, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire travaille en tentant de mettre en place des projets de soin individuels les plus adaptés et cohérents possible, en considérant chaque patient comme un « sujet » particulier et pour lequel il est nécessaire de s'interroger continuellement. C'est dans cette perspective que l'art-thérapie a pu apporter une complémentarité professionnelle.

Le stage que j'ai pu mener m'a permis de me conforter dans l'intérêt de donner accès aux patients à une complémentarité médicale et paramédicale, mais la rédaction de ce mémoire m'a également permis d'approfondir mon questionnement sur la profession d'art-thérapeute. Les interrogations soulevées au sein de celui-ci sont donc en lien avec l'expérience pratique que j'ai eu l'occasion de vivre, car si cette discipline s'est avérée positive pour la plupart des patients, diverses difficultés ont également été rencontrées. En effet, l'organisation de mes séances, ainsi que le choix de la technique employée au sein de celles-ci ont été modifiés au cours de certaines prises en charge. C'est pourquoi j'ai fait le choix d'insister sur l'importance du cadre art-thérapeutique, mais également souhaité discuter sur la possibilité d'améliorer le suivi de certains adolescents présentant des troubles de la santé mentale, en employant au sein de l'atelier une technique artistique différente de la dominante de l'art-thérapeute et pour laquelle il ne détiendrait que peu de connaissances.

La présentation des études de cas nous a alors permis de confirmer notre hypothèse de départ selon laquelle l'utilisation de l'Art visuel est pertinente auprès de ce public, mais également de l'élargir. C'est pourquoi pour conclure, nous insisterons sur le fait que, bien que l'art-thérapeute doit tenir compte des limites de ses compétences, il est indispensable qu'il soit en capacité d'améliorer le cadre art-thérapeutique en diversifiant les techniques artistiques. De cette manière, et en favorisant l'émergence de l'expression, l'art-thérapie pourrait permettre d'améliorer le bien-être physique, mentale et social d'un adolescent présentant des troubles de la santé mentale.

Pour terminer, je souhaiterai préciser qu'il me semble impossible de généraliser cette recherche à l'ensemble des personnes pouvant être prises en soin au sein d'ateliers d'art-thérapie, du fait de mon manque d'expérience professionnel. Cependant, j'espère qu'à travers le partage de cette expérience, d'autres professionnels seront amenés à se questionner et à développer cette réflexion.

Annexe

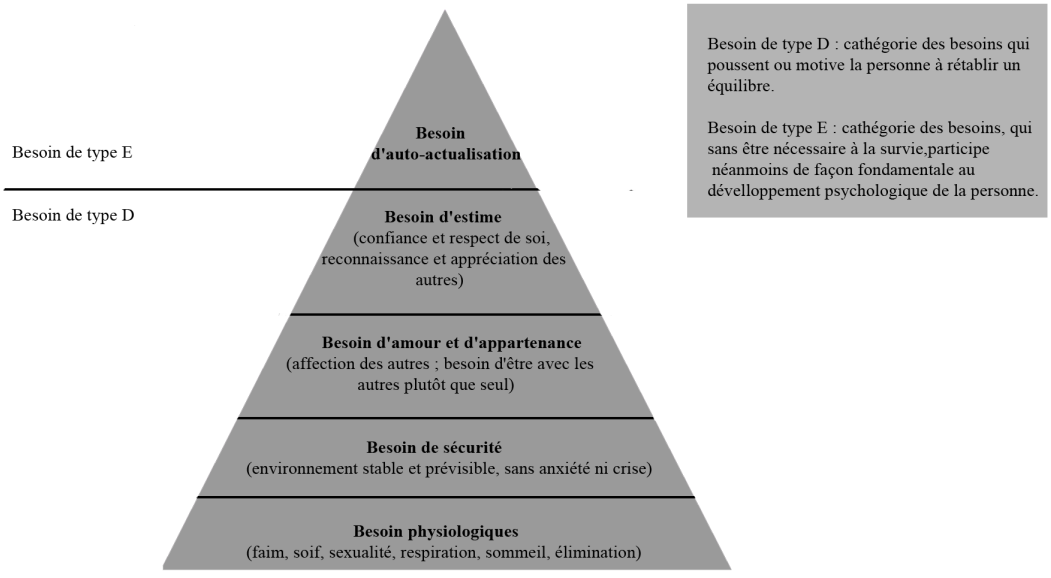
<u>Annexe 1 :</u> Les 14 besoins indépendants de Virginia Anderson, infirmière américaine, 1947.

PHANEUF Margot, *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, Masson, 1998, pp 40-50.

1. Besoin de respirer
Nécessité pour chaque individu de disposer d'une oxygénation cellulaire suffisante.
2. Besoin de boire et manger
Nécessité d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir, réparer ses tissus.
3. Éliminer (urines, selles)
Nécessité d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture nécessité d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes physiologiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire puis maintenir l'équilibre mental.
5. Dormir et se reposer
Nécessité de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions conserver et promouvoir l'énergie.
6. Se vêtir et se dévêtir
Nécessité de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
7. Maintenir sa température
Nécessité d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques.
8. Être propre
Nécessité de maintenir l'intégrité de la peau d'éprouver la sensation de propreté, élément de bien-être.
9. Éviter les dangers
Nécessité de se protéger contre toute agression externe réelle ou imaginaire, de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
10. Communiquer
Nécessité d'établir des liens, de créer des relations signifiantes avec ses proches...
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs
Nécessité de prendre des décisions et mener des actions conformes à sa notion personnelle du bien, de la justice.
12. S'occuper en vue de se réaliser
Nécessité de mobiliser des ressources personnelles pour accomplir des actions, se sentir utile et s'épanouir.
13. Besoin de se récréer, se divertir
Nécessité de se détendre physiquement et psychologiquement par des activités de loisir divertissantes.
14. Besoin d'apprendre
Nécessité d'acquérir des connaissances sur soi et notre environnement.

<u>Annexe 2 :</u> La pyramide des besoins fondamentaux d'Abraham Maslow, 1940.

TRAVIS Carol, WADE Carole, *Imtroduction à la psychologie, les grandes perspectives*, trad. P.Mayer, De Boeck Superieur, 1999, pp. 251-252.

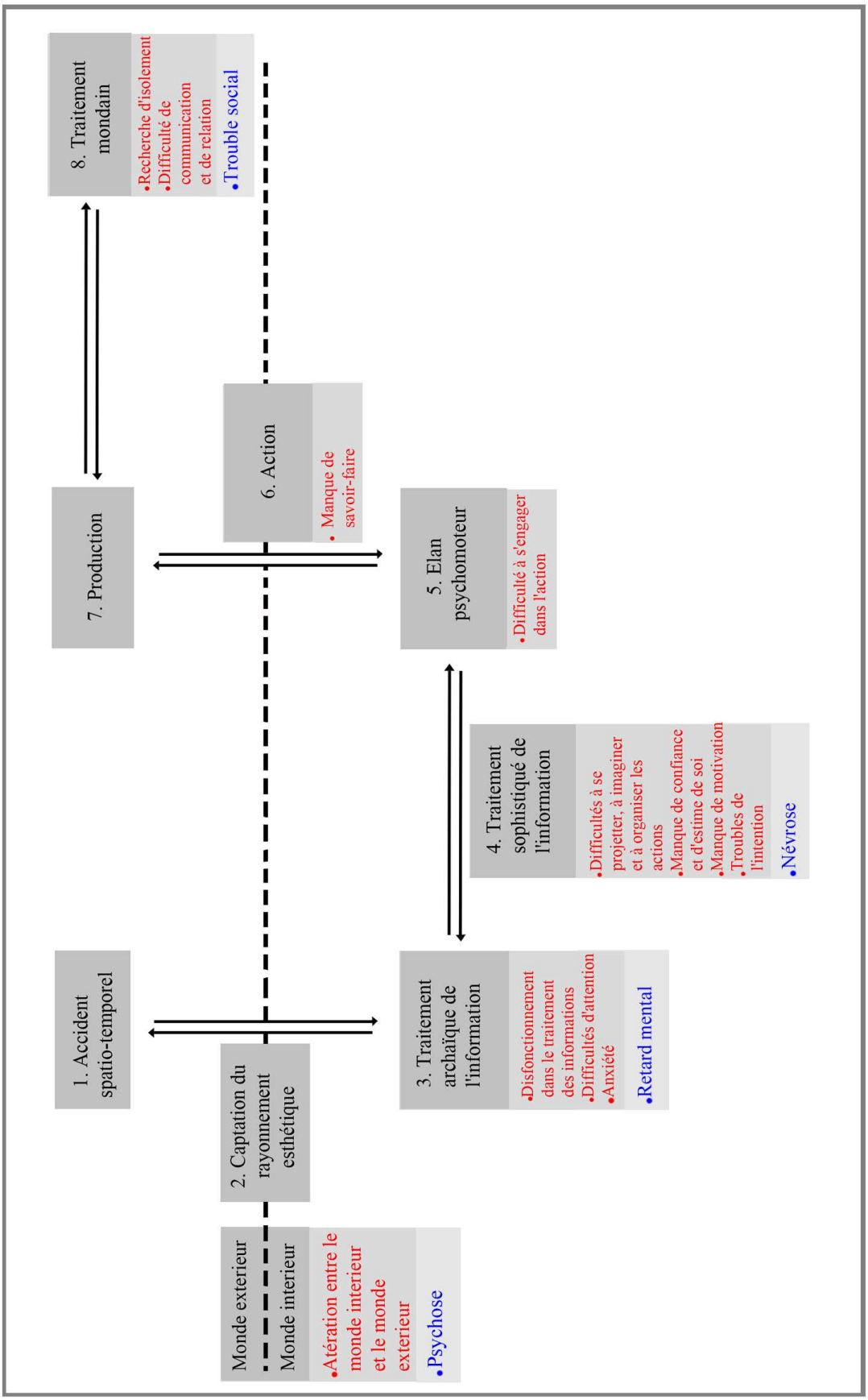


<u>Annexe 3 :</u> Tableau du développement moteur, cognitif et affectif de 1 mois à 17ans.

DRAY Lucile, mémoire d'art-thérapie, *Etude de la prise en charge en Art-thérapie à dominante Art visuel, de jeunes patients autistes acceullis en service* pédopsychiatrique, 2010, p. 76, inspiréé de *L'introduction à la psychologie du développement* de Florin Agnès, Dunod, 2003, p.112, du *Grand Atlas du corps humain*, Larousse, 1997, p.215 et de *L'enfant et son dessin, naissance de l'art et de l'écriture,*de GREIG Philippe, Erès, 2003.

Age	Capacités motrices & autonomie quotidienne	Activités manuelles et graphiques	Cognition et capacités relationnelles
1 mois	Dort et reste couché tête sur le côté.	Ses mains serrent un doigt placé dans sa paume.	Fixe attentivement le visage de sa mère, lui sourit, réagit à sa voix.
6 mois	Reste assis s'il est soutenu, tourne la tête.	Saisit à pleine main les objets.	Différencie les visages et timbres de voix selon les émotions et chantonne.
9 mois	Marche à quartes pattes. Tient debout s'il se tient.	Saisit les objets entre le pouce et l'index.	Babille et pointe du doigt pour attirer l'attention.
12 mois	Marche tout en se tenant. Participe à son habillement.	Laisse tomber les objets au sol en les regardant. L'œil suit la main sans la guider.	Comprend quelques consignes simples.
18 mois	Monte et descend les escaliers. Lance un ballon. Manie la cuillère. Contrôle ses sphincters le jour.	Gribouille et contrôle visuellement son tracé. Intention représentative et nomination des formes.	Utilise que quelques mots mais en comprend beaucoup.
2 ans	Cours, enfile ses chaussures, nomme ses différents membres. Réclame à manger	Tourne les pages d'un livre. Fin de la période sensorimotrice.	Enonce des phrases courtes. Attachements multiples et jeu social.
3 ans	Se sert d'un tricycle, d'une fourchette... Contrôle ses sphincters la nuit.	Reproduit les lignes et les cercles. Range ce dont il se sert.	Jeu social réciproque. Partage. Utilise le pronom « je ».
4 ans	Saute à cloche pied, grimpe aux échelles. Sait s'habiller et se déshabiller seul.	Dessine des maisons et des bonhommes têtards, copie certaines lettres.	Parle de façon intelligible Jeux symboliques collectifs.
5 ans	Saute à la corde, danse en rythme. Connaît sa date de naissance. Distingue sa droite et sa gauche.	Copie des formes carrés, des triangles, des lettres, sans être sollicité et remplit les formes (colorie).	Il peut raconter et mimer une histoire en détail. Jeu de compétition.
6 ans	Fait des rollers, des nœuds (lasser des chaussures...).	Ecrit son prénom. Représente le cou des bonhommes et divers attributs (chapeau...).	Négocie avec l'adulte, choisit ses amis. Fin de la période préopératoire. Opérations concrètes.
7-11 ans	Peut nommer chacun de ses doigts.	Dessins réalistes et stylisés. L'aspect technique prend le pas sur la spontanéité	Ségrégation sexuelle, contrôle des affects.
13 ans	Responsabilité pénale. Début de la puberté.	Abandon du dessin ou poursuite, pour ceux ayant acquis de la dextérité.	Morale conventionnelle
14- 15 ans	Croissance pubertaire, forte préoccupation autour de l'image corporelle.		Argumentation élaborée. Relations amoureuses. Opérations hypothético-déductive.
16-17 ans	Fin de la puberté.		Coopère avec ses parents. Formation de couple stable. Idéologie politique.

<u>Annexe 4 :</u> Schéma de l'opération artistique au regard de la problématique des troubles de la santé mentale.



Bibliographie

Livres :

AFRATAPEM, collectif, *L'atelier d'Art-thérapie : indication, évaluation, méthodes et techniques artistiques*, Université Françoic Rabelais, 2001.

Braconnier, Alain et Marcelli, Daniel ed., *L'adolescnce aux milles visages*, Odile Jacob, 1998.

Delamare et Marcel ed., *Dictionnaire des termes de médecine*, Maloine, 1998.

EVENO Bertrand, *Le Petit Larousse*, Larousse, 1998

Forestier, Richard ed., *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Actes du congrès internationale d'art-thérapie organisé pour le 30ème anniversaire de l'Ecole d'art-thérapie de Tours-Afratapem, Elsevier, 2007.

FLORIN Agnès, *L'introduction à la psychologie du développement* de Florin Agnès, Dunod, 2003

FORESTIER Richard, *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, See you soon, 2005.

FORESTIER Richard, *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, See You Soon, 2006

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'Art occidental*, France, Fravre, 2004.

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, Favre, 2009.

Hanus, Michel et Oliver, Louis ed. , *Psychiatrie de l'étudiant*, Maloine, 2007.

INSERM, Enquête collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, *Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 2002.

KANT Emmanuel, *Le Jugement esthétique*, PUF, 1955.

MANUEILA, LEWALLE, NICOULIN, *Dictionnaire médical*, Masson, 2001.

MENECHAL Jean, *Introduction à la psychopathologie*, Dunod, 1997.

OMS, Organisme Mondial de la Santé, *Constitution*, Actes officiels, n°2, 1948.

PEREC Georges, *Espèce d'espace*, coll. L'espace critique, Paris, Galilée, 2000.

PHANEUF Margot, *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, Masson, 1998.

REPUBLIQUE FRANCAISE, *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, Journal officiel de la République Française, n°36, 2005.

ROBERT Paul, Dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert*, Le Petit Robert, 1995.

Wade, Carole et Travis ed., *Imtroduction à la psychologie, les grandes perspectives*, trad. P.Mayer, De Boeck Superieur, 1999.

Mémoires :

ALLAIRE Anne, *Une expérience d'art-thérapie à dominante Arts plastiques auprès de patients cérébrolésés présentant une négligence spatiale unilatérale*, 2010

DRAY Lucile, mémoire d'Art-thérapie, *Etude de la prise en charge en art-thérapie à dominante Art visuel, de jeunes patients autistes acceullis en service* pédopsychiatrique, 2010.

PEIL Sklaerenn, *Expérience d'art-thérapie à dominante expression plastique aupr7s de pré-adolescents et d'adolescents en situation de crise d'adolescence hospitalisés en hopital de semaine*, 2006.

QUILLET Rachel, *Experience d'art-thérapie à dominante arts plastiques, auprès d'adolescents hospitalisés dépourvus de socialisation*, 2011.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE ART VISUEL AUPRES DE JEUNES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DE LA SANTE MENTALE.

Résumé : Des troubles de la santé mentale chez des jeunes adolescents entraînent des pénalités de vie de natures et d'intensités variables. En effet à l'adolescence, une personne peut être confrontée à des difficultés particulières, mais ajoutées à des troubles de la santé mentale, un ensemble de fonctions nécessaires au bien-être peut être affecté. C'est dans ce contexte que nous tenterons de démontrer de quelle manière l'Art, et notamment l'art-thérapie, peut contribuer à améliorer l'expression, la communication et la relation d'une personne. L'analyse de diverses prises en charge en séance d'art-thérapie à dominante Art visuel, menées dans un service de psychiatrie infanto-juvénile de Rennes, nous exposera l'importance du cadre art-thérapeutique et de la nécessité que le professionnel soit en capacité de s'adapter à la particularité de chaque personne. De cette réflexion découlera alors une discussion s'orientant autour de l'hypothèse selon laquelle il est possible qu'un art-thérapeute emploi une technique différente de sa dominante artistique, afin de mieux répondre à la prise en charge de jeunes adolescents présentant des troubles de la santé mentale.

Mots clefs : Troubles de la santé mentale, adolecsence, Art visuel, cadre art-thérapeutique, dominante artistique.

Summary : Mental health disorders in young teenagers may impair their lives in various ways and with variable intensity. A teenager may indeed have to cope with specific troubles, but, added to mental health problems, a whole set of functions necessary to his or her wellbeing can be affected. It is in this context that we will attempt to demonstrate how Art, and more particulary Art-therapy, can encourage expression, communication and human relationships. We will analyse various cases dealt with in Art-therapy sessions mainly based on the Visual Art, in a psychiatric unit for children and teenagers in Rennes. This analysis will stress the importance of the art-therapy framework, and will also underline the necessity for the therapist to adapt to the distinctive particularities of each of his or her patient. From then on, we will bring up for discussion the possibility for an art-therapist to use a technique other than his or her main field, in oder to be more efficient with the teenagers with mental troubles he or she is taking care of.

Key words : Mental health disorders, young teenagers, Visual Art, Art-therapy framework, main field.

Morgan QUINAOU, 2011