N°
Note :

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

REFLEXIONS AUTOUR DES PRISES -EN-CHARGE EN ART-THERAPIE POUR LES RENDRE LES PLUS OBJECTIVES POSSIBLES –DOMINANTES ARTS-PLASTIQUES ET/OU BRODERIE AUPRES D'ADULTES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES-

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par **MORASSI Laurence**

Année 2014

Sous la direction de
SOMVEILLE Chloé
Psychologue-Neuropsychologue

Lieu de stage
F.V.P.H. ARTIMON
14, rue Monthéard
72000 LE MANS

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement les patients Madame B., Madame F. et Monsieur M., pour leur confiance accordée et sans qui ce travail n'aurait pu être possible.

Je remercie Chloé SOMVEILLE, neuropsychologue du Bloc Médical, CTM et CATTPI du CHSS, pour son engagement dans son rôle de Directrice de mémoire, pour la patience, la qualité de travail et la rigueur dont elle fit preuve.

Je remercie Jérôme BITAUD, faisant fonction de cadre au foyer Artimon, de m'avoir accueillie pendant deux stages consécutifs et pour son écoute et la confiance qu'il m'accorda en qualité de Directeur de stage.

Je remercie toute l'équipe pluridisciplinaire du foyer Artimon pour leur accueil et plus particulièrement Mme BRIER, M. DECARA, Mme LOUVEL et M. REZE, membres de l'équipe éducative, et Mme SCHNEIDER, secrétaire, pour leur implication qui permit de tendre ce mémoire vers une plus grande objectivité.

Je remercie Richard FORESTIER, Directeur scientifique du D.U. d'art-thérapie de Tours, pour la qualité et la richesse de son enseignement et pour nous avoir appris à réfléchir par nous-mêmes.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'A.F.R.A.T.A.P.E.M.

Je remercie les étudiants, amis du D.U. d'art-thérapie de Tours de 2013, pour nos échanges informels autour et sur l'art-thérapie qui furent si constructifs et passionnés.

Je remercie ma famille, mes amis, les rencontres fortuites et plus particulièrement Damien pour leur accompagnement, leur soutien et leur intérêt pour mon cursus de formation.

PLAN

REMERCIEMENTS 2
PLAN 3
GLOSSAIRE 7
ABREVIATIONS 9
INTRODUCTION 10
1ÈRE PARTIE OU SUJET ET METHODES : 12
L'EXPERIENCE EN ART-THERAPIE POUR AMELIORER L'ENGAGEMENT ET LA QUALITE EXISTENTIELLE DE L'ADULTE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE FUT MENEE EN TENDANT VERS LE PLUS D'OBJECTIVITE POSSIBLE GRACE À UN TRAVAIL EN EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE 12
A. L'expérience en art-thérapie s'est déroulée au sein du Foyer de Vie pour Personnes Handicapées « Artimon » 12
I. L' « Artimon » est un F.V.P.H. attenant au secteur médico-social du C.H.S.S. accueillant des personnes psychotiques chroniques, en situation de handicap psychique et social 12
a. Le public accueilli est atteint d'une psychose chronique 12
b. Le F.V.P.H. « Artimon » fait passer la personne du statut de patient à celui de résident 12
II. Maintenir l'autonomie du résident et contribuer à sa socialisation sont les objectifs de l'équipe pluridisciplinaire 13
a. L'objectif général du F.V.P.H. « Artimon » est de maintenir l'autonomie du résident et contribuer à sa socialisation 13
b. La communication au sein de l'équipe et le travail pluridisciplinaire permettent l'atteinte de ces objectifs 13
1. Le foyer est composé d'une équipe pluridisciplinaire éducative et thérapeutique 14
2. L'équipe met en œuvre des moyens éducatifs adaptés pour atteindre ses objectifs 14
III. Les ateliers d'art-thérapie furent inscrits dans la dynamique générale du foyer 14
a. L'intégration au sein de l'équipe pluridisciplinaire eu son importance 14
b. Une place en tant qu'art-thérapeute ne fut pas aisée à trouver 15
c. L'ensemble de l'équipe éducative, avec l'accord du cadre de proximité, indiquèrent Madame B., Madame F. et Monsieur M. en Prise-en-charge en art-thérapie 15
d. Une rencontre préliminaire fut effectuée avec Madame B., Madame F. et Monsieur M. qui avaient une indication en art-thérapie 15
B. La psychose chronique peut affecter physiquement la personne et peut entraîner une souffrance liée à la dégradation de sa relation avec le monde extérieur 16
I. L'altération de certaines fonctions cognitives se manifeste cliniquement, de manière objective, physiquement et dans le comportement de la personne psychotique chronique 16
a. Les fonctions cognitives et le champ de la représentation de la personne psychotique sont altérés 16
b. Parfois cette altération affecte sa structure corporelle et constitue une souffrance 16
c. L'ensemble de ces troubles se manifeste, dans la majorité des cas, objectivement en modifiant le comportement de la personne psychotique chronique 17
II. Le plus souvent, la personne psychotique chronique s'isole suite aux pertes de gratifications lui provenant du monde extérieur et souffre de ce retrait social 17

a. Les ressentis, perceptions corporels de la personne psychotique restent intactes 17
b. Le délire se conjugue à la perte des gratifications sensorielles et émotionnelles provenant de l'extérieur 17
c. La personne psychotique chronique peut s'isoler et souffrir de sa mauvaise relation au monde extérieur 18
III. Dans la plupart des cas, la personne psychotique chronique ne trouve plus l'élan corporel nécessaire pour acquérir un complet bien-être et s'engager 18
a. La personne psychotique chronique peut ne plus trouver l'élan nécessaire pour mettre son corps en mouvement et s'engager 18
b. La personne psychotique ne parvient plus à combler tous ses besoins fondamentaux 19
Image 1 : hiérarchie des besoins de la personne psychotique chronique 19
c. La perte d'autonomie associée aux troubles peut apporter une souffrance 20
C. L'art-thérapie à dominantes arts-plastiques et/ ou broderie peut contribuer à réduire ces souffrances et à améliorer la qualité existentielle de l'adulte psychotique chronique sous réserve de rester la plus objective possible 20
I. Lors de l'expérience pratique, l'art-thérapie à dominante arts-plastiques et broderie ont pu, conjointement, améliorer la qualité existentielle de l'adulte psychotique chronique 20
a. La pratique des arts-plastiques et de la broderie raviva pour les adultes psychotiques chroniques des connaissances et des émotions, liées au plaisir, antérieures à la maladie 20
b. Le travail sur la forme et sur les gratifications tactiles et visuelles permirent aux adultes psychotiques de vouloir renouveler l'expérience et de s'engager dans ces activités 21
c. Arts qui laissent une trace, ces pratiques leur permirent d'échanger sur leurs productions hors-atelier et de briser leur retrait social 21
II. Les outils de l'art-thérapeute diplômé d'une faculté de médecine furent modifiés ou rédigés de sorte à obtenir le regard le plus objectif possible lors des prises-en-charge 22
a. La fiche d'ouverture fut rédigée de sorte à être la plus objective possible au regard de l'équipe 22
b. Des éléments furent ajoutés dans la fiche d'observation qui ponctue chaque séance pour rester fixés sur nos objectifs 23
c. Le cube harmonique fut adapté à la personne psychotique chronique pour une meilleure compréhension 23
III. L'objectivité de l'hypothèse eu ses limites nécessitant un travail transdisciplinaire 24
a. Certains outils de l'art-thérapeute se sont reposés sur de la subjectivité 24
b. L'atteinte des objectifs art-thérapeutiques a pu être discutée 25
c. L'équipe pluridisciplinaire fut engagée en contribuant à apporter un regard objectif sur les résultats des prises-en-charge en art-thérapie 25
2ÈME PARTIE OU OBSERVATIONS CLINIQUES : 26
L'EVALUATION DES PRISES-EN-CHARGE NECESSITA UNE MESURABILITE OBJECTIVE DES RESULTATS DES RECHERCHES 26
A. 3 recherches furent menées autour et sur la PEC en art-thérapie de Monsieur M., afin qu'il s'engage dans une activité et afin de rétablir sa structure corporelle 26
I. Une recherche prospective sur une PEC en art-thérapie à dominante arts-plastiques fut menée sur l'étude de cas de Monsieur M., qui devait s'engager dans une activité et obtenir une meilleure structure corporelle 26
a. L'anamnèse de Monsieur M. permit d'apprendre qu'il était schizophrène, souffrait d'une scoliose importante et était sous traitement pharmacologique 26

b. L'état de base de Monsieur M. indiquait que, bien qu'esthète et venant aux premières séances, il refusait de s'engager dans toutes activités 27
c. L'intention esthétique de Monsieur M. fut orientée sur les arts-plastiques..... 27
d. L'Objectif de la PEC en art-thérapie de Monsieur M. fut qu'il s'engage dans la PEC et obtienne une meilleure structure corporelle. 28
e. La stratégie art-thérapeutique adoptée pour atteindre cet objectif fut de lui faire ressentir corporellement des gratifications par l'exploitation d'une expression artistique primaire et archaïque, globale et anarchique et de valoriser ses potentiels artistiques et humains 28
II. La recherche rétrospective sur dossiers concernant Monsieur M. ne permit pas de trouver des données assez explicites pour les évaluer objectivement 29
III. Une recherche prospective post-intervention en art-thérapie fut menée par l'équipe éducative afin que Monsieur M. s'engage dans d'autres activités et continue à gagner une meilleure structure corporelle. 29
a. L'objectif de la PEC éducative, post-intervention en art-thérapie, de Monsieur M. était qu'il continue à s'engager et, indirectement, à s'accorder de la valeur et à obtenir une meilleure structure corporelle 29
b. Un nouvel outil d'observation, destiné à l'équipe éducative, fut réalisé pour la PEC de Monsieur M. 29
B. L'engagement de Monsieur M. fut observé et évalué le long de la PEC en art-thérapie et le long de la PEC éducative, post-intervention art-thérapeutique 30
I. Monsieur M. bénéficia de 10 séances en prise en charge en art-thérapie à dominante arts-plastiques au sein d'un groupe 30
II. Monsieur M. bénéficia de 10 séances en PEC éducative diverses au sein du même groupe que la PEC en art-thérapie 33
C. L'évaluation des mêmes items en PEC en art-thérapie et en PEC éducative permit d'apprécier l'évolution de l'engagement de Monsieur M. pendant et post-intervention art-thérapeutique 36
I. Les faisceaux d'items de l'élan corporel et l'estime de soi, ainsi que la structure corporelle et la confiance en soi, quottés à chaque séance d'art-thérapie, furent adaptés par l'équipe à une PEC éducative 36
II. Les grilles d'évaluation des items et les graphiques permirent d'évaluer objectivement l'évolution positive de l'engagement de Monsieur M. et la restauration de sa structure corporelle lors de la PEC en art-thérapie 38
Tableau 1, évaluation du faisceau d'items : élan corporel et estime de soi..... 38
Graphiques 1, évolution du faisceau d'items : élan corporel et estime de soi..... 39
Tableau 2, évaluation du faisceau d'items : structure corporelle et confiance en soi 40
Graphiques 2, évolution du faisceau d'items : structure corporelle et confiance en soi 40
Graphiques 3, évaluation d'items spécifiques et évaluation de la faculté critique et de l'idéal esthétique 41
de Monsieur M. 41
III. Les observations en PEC éducative purent être évaluées sous forme de grilles d'observations et de graphiques 42
Tableau 3, évaluation du faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi, en PEC éducative 42
Graphiques 4, évaluation du faisceau d'items (élan corporel et estime de soi) et de l'item des gratifications sensorielles de Monsieur M. en PEC éducative..... 43
D. Un tableau et un graphique comparant l'élan corporel et l'estime de soi de Monsieur M. sur les deux prises-en-charge permirent de mettre en évidence le bien-fondé de l'art-thérapie dans l'atteinte de ses objectifs 44

Graphiques 5, comparaison de l'évolution du faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi de Monsieur M. en PEC en art-thérapie et en PEC éducative..45
3ÈME PARTIE OU DISCUSSION :.....46
L'ETUDE DE LA PEC EN ART-THERAPIE ET DU GROUPE TEMOIN PERMET D'EFFECTUER UN PREMIER BILAN SUR L'ADPTABILITE ET LA MODIFICATION DES OUTILS DE L'ART-THERAPEUTE POUR RENDRE OBJECTIF LE BIEN-FONDE DE SES PRISES-EN-CHARGE.....46
A. La mise en commun et l'adaptabilité de certains outils art-thérapeutiques avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire permet de rendre objectif le bien-fondé de l'art-thérapie.....46
I. L'évaluation du protocole art-thérapeutique en comparaison au protocole éducatif peut permettre de valider le bien-fondé de l'art-thérapie.....46
II. La mise-en-commun des outils permet de rester le plus objectif possible lors des prises-en-charge en art-thérapie et pourrait aider le reste de l'équipe pluridisciplinaire à atteindre leurs propres objectifs.....47
III. La mise en commun des outils art-thérapeutiques au reste de l'équipe pluridisciplinaire présente toutefois une part de subjectivité.....47
B. L'étude réalisée ne suffit pas à la rigueur scientifique pour prouver l'objectivité et le bien-fondé de l'art-thérapie.....48
I. La médecine exige un haut niveau de preuves.....49
II. La comparaison d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin comme réalisée ci-avant ne suffit pas à prouver le bien-fondé de l'art-thérapie.....49
III. Une abstraction totale de subjectivité en art-thérapie n'est pas possible.....50
C. Les outils art-thérapeutiques tendent vers une rigueur scientifique.....51
I. Les outils art-thérapeutiques ont pu déjà être pensés, modifiés et adaptés par des art-thérapeutes diplômés de la faculté de médecine.....51
a. Certains étudiants en art-thérapie à la faculté de médecine se sont questionnés sur la pertinence des outils art-thérapeutiques.....51
b. L'adaptation des outils vers une plus grande objectivité fut déjà pensée.....52
Image 2 : fiche d'Observation objective de CROSFIL Karine.....52
c. De nouveaux outils complémentaires furent créés et exploités.....52
Image 3: Nouvel outil de Nathalie DUMORTIER sur les particularités de chaque séance.....53
II. Les outils de l'art-thérapeute ont pu et pourraient être d'avantage modifiés pour être plus objectifs et/ou précis.....53
a. La fiche d'ouverture pourrait et devrait s'adapter à la pathologie, ici psychotique chronique.....53
b. La grille d'observation put être modifiée et pourrait l'être d'avantage pour être plus précise.....54
III. De nouveaux outils complémentaires pourraient être envisagés pour une plus grande rigueur.....54
a. Une fiche Bilan des goûts et émotions pourrait être pensée comme outil préliminaire.....54
b. Un outil consignant la contribution de l'équipe pluridisciplinaire au P.A.S. pourrait être un bon support transdisciplinaire et de communication.....55
c. Une normalisation des outils, en tenant compte que de leurs points forts, permettrait une plus grande objectivité.....56
Image 4 : tableau synthétique des outils art-thérapeutiques.....56
CONCLUSION.....57
BIBLIOGRAPHIE.....58
ANNEXES

GLOSSAIRE

(Les éléments suivis d'un astérisque (*) dans le mémoire se réfèrent à ce glossaire ou aux abréviations).
Les références aux ouvrages, qui sont entre parenthèses, sont détaillées dans la monographie.

Art : n. m. vient de l'accusatif du latin *ars*, *artis*, nom féminin à valeur très générale, signifiant « façon d'être » et « façon d'agir »
C'est au XIX° s., sous l'influence de l'allemand KUNST, que le mot français art va changer de domaine. La valeur du mot art est alors liée à l'importance prise par le sentiment dans la création esthétique […] et à la notion de Beau idéal (REY, 1998)

Art-thérapie : exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique (A.F.R.A.T.A.P.E.M.)

Beau : La parentalité étymologique entre les notions de « beau », « Bon » et « Bien », sensible en latin, continue d'éclairer la structure sémantique de « bel », « beau » en français. Dès les 1ers textes, le mot qualifie ce qui plaît aux yeux, en parlant d'un être (v. 881), d'une chose (v. 980), d'un phénomène naturel (1080), d'un mouvement. Le sentiment esthétique peut-être causé également par une perception auditive (REY, 1998)

Bien : adv., adj. inv. et n. m. est issu (X° s.) du latin *bene,* adverbe correspondant à *bonus* (Bon). *Bien* exprime une manière satisfaisante selon les critères culturels, individuels et collectifs du temps, dans les domaines intellectuel, esthétique ou moral (v. 1050) (REY, 1998)

Bon : adj., adv. et interj. est issu du latin *bonus* « convenable, estimable ». Il est étroitement lié à ses dérivés, *bene* (Bien) et *bellus* (Beau) (REY, 1998)

Broder : v. tr. le verbe signifie « orner un tissu d'un motif composé à l'aiguille et au crochet » (v. 1160). Par l'intermédiaire du sens métaphorique d' « orner, embellir » (1200-1220), il a développé un sens figuré, « amplifier, enrichir un sujet » (1690) (REY, 1998)

Broderie : n. f. voir *Broder*

Cible thérapeutique : élément précis sur lequel l'art-thérapeute travaille (FORESTIER, Tout savoir sur l'art-thérapie, 1999, p. 193)

Clinique : adj. et n. f. emprunt au latin impérial *clinice* « médecine exercée auprès du lit du malade ». Qui repose sur l'observation des symptômes physiques. Qui est typique des diagnostics médicaux les plus fréquents. (DEL-MANCINO, GOBERT, HUMBERT, & PETITJEAN)

Conscience : n. f. est emprunté au latin *conscientia*, de *conscire*, de cum « avec » (co) et *scire* « savoir » (science), proprement « savoir en commun ». Désigne donc la connaissance partagée avec quelqu'un. Appliqué à la connaissance de soi-même, il a pris un sens moral. (REY, 1998)

Critique : n. et adj. emprunt au grec *Kritikos* « apte à juger », spécialement « qui juge les ouvrages de l'esprit » En français, l'acte mental que désigne le mot est à l'origine d'essence esthétique, et non morale. Le mot apparaît comme nom féminin (la critique) à propose de l'art de juger les ouvrages de l'esprit et, par métonymie, du jugement porté sur ces œuvres. Pratique l'art de juger. (REY, 1998)

Esthétique : n. f. et adj. est emprunt (1753) au latin philosophique *aesthetica* « science du beau », mot créé par le philosophe allemand A.G. BAUMGARTEN (1717-1765) dans Aesthetica acroamatia (1750-1758), à partir du grec *aisthêtikos* « qui a la faculté de sentir » et « perceptible, sentir » (REY, 1998)

Existentiel, elle : adj. et n. qualifie ce qui est relatif à l'existence en tant que réalité vécue. (REY, 1998) Voir exister

Exister : v. intr. du latin exsistere ou existere « sortir de », « se manifester, se montrer », formé de ex- « hors de » et de sistere « être placé »
« Avoir une réalité »
Prend le sens de vivre incluant en général l'idée de conscience et le sens fort « d'avoir de l'importance, de la valeur » (REY, 1998)

Fond : ce que présente et contient l'œuvre. Le fond se rapporte principalement à la partie subjective de l'Art. (FORESTIER, Regard sur l'art) Pp 8-9

Forme : c'est ce qui est redevable de la technique mise-en-œuvre. Elle se rapporte principalement à la partie objective de l'Art. (FORESTIER, Regard sur l'art) Pp 9-10

Objectif, ive : adj. dérivé d'*objectum* (objet). Chose valable pour tous les êtres pensants et pouvant faire l'objet d'une connaissance universelle. (REY, 1998)

Objectivité : n. f. Ce qui constitue un objet de pensée valable pour tous (1843, objectivité de la science), ce qui est conforme à la réalité, l'absence de partialité d'un jugement, d'une personne. (REY, 1998)

Ressentir : v. tr. signifie aujourd'hui « éprouver les conséquences d'un évènement », « éprouver » (une douleur physique), puis « être sensible à » et « être pleinement conscient de ». (REY, 1998)

Saveur : n. f. issu de latin, *sapor* « goût, saveur caractéristique d'une chose » et « les sens ». Le mot signifie « qualité perçue par le sens du goût ». Dans l'usage figuré, le nom désigne ce qui flatte le goût, dans les arts, etc. (REY, 1998)

Savoir : v. tr. « sentir par le sens du goût », d'où par figure «avoir de l'intelligence, du jugement », le verbe signifie « connaître », « comprendre ». (REY, 1998)

Scientifique : adj. conforme aux principes d'objectivité, d'exactitude et de rigueur de raisonnement de la science. (DEL-MANCINO, GOBERT, HUMBERT, & PETITJEAN)

Sensation : n. f. Désigne l'impression produite par les objets sur les sens. (REY, 1998)

Site d'Action : situation caractéristique d'une difficulté. (FORESTIER, Tout savoir sur l'art-thérapie, 1999, p. 60)

Subjectif, ive : adj. est emprunté (v.1350) au bas latin *subjectivus* «qui est placé ensuite » et « qui se rapporte au sujet », dérivé du latin classique *subjectus* « voisin, proche », « soumis, assujetti » et « exposé » (sujet). Ce qui appartient à la vie psychique ou dépend d'elle plutôt que des conditions extérieurs. Ce qui est propre à un ou plusieurs sujets déterminés, et non à tous les autres. Ce qui ne correspond pas à un objet extérieur, apparent. (REY, 1998)

ABREVIATIONS

A.M.P.: Aide Médico Psychologique

A.S.H.: Agent de Soins Hospitaliers

C.H.S.S.: Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe

F.V.P.H.: Foyer de Vie pour Personnes Handicapées

I.M.E. : Institut Médico Éducatif

I.S.A. : Intervenant Spécialisé en Art-thérapie*

M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisé

M.E.: Moniteur Éducateur

O.A. : Opération Artistique

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

P.A.S. : Programme d'Accompagnement de Soins

PEC : Prise-en-charge

S.A. : Site d'Action*

INTRODUCTION

Suite à une formation initiale dans les arts-appliqués, suivie par une formation en Design de Mode, c'est une formation en ornementation sur textiles qui m'ouvrit les portes de l'Opéra de Paris (Palais Garnier) où je fus Décoratrice sur costumes. Je me suis orientée ensuite volontairement vers le milieu du médico-social et ai pu exercer en qualité de remplaçante éducative ou remplaçante dans le médico-sociale en I.M.E., M.A.S.* et Maison de retraite. Pouvoir exercer l'art-thérapie en qualité de discipline, aux dominantes arts-plastiques et broderie, me fut une évidence pour conjuguer Art, soin et aide.*

La mise-en-pratique des savoirs théoriques et méthodologiques acquis lors du cursus de formation en art-thérapie fut gratifiante, d'autant plus lorsque les Objectifs art-thérapeutiques furent atteints, mais en relater l'expérience dans ce présent mémoire ne fut pas une tâche aisée. En effet, la plupart des mémoires relate leurs expériences sous forme de trois parties distinctes. La première partie pose la problématique thérapeutique, la nature et les caractéristiques de la technique artistique et le lien qui existe entre technique artistique et pénalités. La deuxième partie décrit le lieu d'accueil, la ou les prises-en-charge(s), les évaluations, les graphiques et le bilan. Et la troisième partie permet la discussion.
Après maintes tentatives de plan construit sous cette forme, la forme qui me permit de relater mon expérience le plus aisément fut celle empruntée à la recherche médicale. Le mémoire en médecine se nomme également « article original » et sa structure est souvent nommée IMRAD avec I pour Introduction, M pour Matériel et Méthodes, R pour Résultats, A pour « And » et D pour Discussion[1]. C'est en qualité de néophyte en la matière et dans l'univers médical que le parti-pris fut d'essayer d'inscrire ce présent mémoire dans un champ le plus scientifique possible, c'est-à-dire de tendre vers le plus d'objectivité, d'exactitude et de rigueur possible.

L'art-thérapie proposée par l'A.F.R.A.T.A.P.E.M. garantit des connaissances médicales scientifiquement reconnues en se plaçant sous l'autorité médicale en lien avec les facultés de médecine de Tours, Grenoble et Lille. C'est pour répondre à la nécessité d'un haut niveau d'enseignement que le C.E.S.A.M. (Centre d'Études Supérieures en Art et Médecine) vu le jour, s'orientant vers la recherche et l'actualisation des connaissances. C'est dans ce contexte scientifique que les art-thérapeutes diplômés de la faculté de médecine tendent à développer la plus grande rigueur possible dans leur discipline. Or, trop souvent à travailler seuls, avec leurs propres outils, les art-thérapeutes prennent le risque de tomber dans l'interprétation et/ou de faire trop appel à leur subjectivité*. La subjectivité, c'est-à-dire ce qui dépend de la vie psychique et non extérieure, n'est pas pénalisée (une chose qui est belle pour une personne ne le sera pas pour une autre), mais l'art-thérapeute doit veiller à évaluer objectivement la subjectivité de son patient, à savoir si le patient exprime ou pas sa subjectivité et permet les échanges entre son monde intérieur et le monde extérieur.

Les outils art-thérapeutiques, fondement de l'évaluation, sont les garants pour mettre la subjectivité au service de l'objectivité. Pour juger de la pertinence de leurs outils, les art-thérapeutes devraient les confronter au monde extérieur, les comparer, les évaluer, c'est-à-dire les mesurer, nécessitant la plus grande rigueur, un suivi et un cadre définit. C'est seulement face à cette confrontation, que les outils tendraient vers le plus d'objectivité possible, en devenant des objets de pensée valable pour tous. C'est sur ce désir d'atteindre la plus grande rigueur possible que se posa la problématique, à savoir : comment rendre le plus objectif possible le bien-fondé des prises-en-charge en art-thérapie.

[1] Se reporter à : Monographie, (HUGUIER & MAISONNEUVE, 1998)

Ce présent mémoire présente le cheminement de la problématique posée et des tentatives de réponse: de la naissance du questionnement, aux tentatives pour y répondre avec l'adaptabilité des outils, aux nouvelles questions qui purent être soulevées.

J'ai eu la chance de pouvoir exercer mon stage pratique dans la même structure que mon stage d'observation effectué lors de l'année d'I.S.A. au sein du foyer Artimon et de bénéficier du soutien de l'équipe pluridisciplinaire qui s'est engagée dans cette recherche.*

1ère PARTIE OU SUJET ET METHODES : L'EXPERIENCE EN ART-THERAPIE POUR AMELIORER L'ENGAGEMENT ET LA QUALITE EXISTENTIELLE DE L'ADULTE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE FUT MENEE EN TENDANT VERS LE PLUS D'OBJECTIVITE POSSIBLE GRACE À UN TRAVAIL EN EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

A. L'expérience en art-thérapie s'est déroulée au sein du Foyer de Vie pour Personnes Handicapées « Artimon »

I. L' « Artimon » est un F.V.P.H. attenant au secteur médico-social du C.H.S.S. accueillant des personnes psychotiques chroniques, en situation de handicap psychique et social

Le C.H.S.S. est le seul établissement public de santé mentale du département de la Sarthe. Il comporte 3 pôles de psychiatrie adulte, 1 pôle de psychiatrie infanto-juvénile et assure la gestion et le fonctionnement de structures médico-sociales (2 M.A.S.* et le foyer Artimon) qui lui sont juridiquement et administrativement rattachées.
Ouvert depuis 2005, et ayant déménagé en 2007 rue Monthéard, le foyer Artimon offre une capacité de 30 places à temps plein.

a. Le public accueilli est atteint d'une psychose chronique

Le foyer accueille, avec une moyenne d'âge de 43,3 ans, des personnes, âgées de18 à 60ans, atteintes d'un handicap psychique associé et provoqué par des troubles de nature psychotique. Anciens patients, souffrant d'une maladie : la psychose, ils sont issus d'une longue histoire hospitalière en psychiatrie.

Les troubles psychotiques chroniques entraînent une altération des facultés cognitives et des troubles du comportement[1] provoquant un isolement[2]. Les conséquences générées sont de l'ordre de l'incapacité et créent des désavantages sociaux. Le foyer accueille donc des personnes en perte d'autonomie mais qui ont gardé une autonomie physique suffisante pour assurer une gestion des actes de la vie quotidienne. Ainsi les personnes ne sont pas en suppléance totale face aux taches du quotidien. Les troubles du comportement sont stabilisés et/ou n'empêchent pas la personne d'accéder au minimum à une vie sociale.

D'un point de vue médical, les personnes accueillies sont stabilisées mais la guérison n'existe pas et leur santé psychique reste fragile. Elles gardent de lourdes séquelles de la pathologie. L'expression des troubles prend des formes variables : la pathologie a altéré leurs capacités de communications et d'expressions et les pénalise dans leurs capacités relationnelles. Les personnes ne s'adaptent pas à la société.

b. Le F.V.P.H. « Artimon » fait passer la personne du statut de patient à celui de résident

Face à ce handicap et à l'histoire hospitalière de la personne, le foyer Artimon fait passer la personne accueillie du statut de patient à celui de résident détachant la personne de son histoire institutionnelle basée exclusivement sur les soins psychiatriques et la pathologie.

[1] Se reporter à : 1ère PARTIE OU SUJET ET METHODES : A.I L'altération de certaines fonctions cognitives se manifeste cliniquement, de manière objective, physiquement et dans le comportement de la personne p. 15

[2] Se reporter à : A.II Le plus souvent, la personne psychotique chronique s'isole suite aux pertes de gratifications lui provenant du monde extérieur et souffre de ce retrait social p. 16

Les projets prennent une tournure médico-sociale et le résident perd son statut de malade pour celui de citoyen atteint d'un handicap psychique et social : le résident doit être l'acteur de son projet de vie. Pour cela son identité et son individualité sont préservées et chaque moment passé au sein du foyer lui permet d'expérimenter la vie en société. Ses capacités sont développées et ses compétences valorisées. L'équipe accompagne les résidents au quotidien afin qu'ils développent leurs connaissances, les sollicite afin qu'ils ne s'éloignent pas trop de la réalité en leur donnant des normes et des repères, et aide les résidents à communiquer et à se construire un projet d'avenir. Aussi, l'expression des résidents est sollicitée. Au quotidien, l'équipe garantit la sécurité physique et morale des personnes accueillies au foyer : le rôle de l'équipe pluridisciplinaire est d'offrir un cadre sécurisant et structurant aux résidents pour maintenir au mieux leurs capacités préservées. Le projet de service stipule que « l'acte éducatif doit permettre de répondre aux besoins : physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement de soi, stipulés dans la pyramide de Maslow ».

L'équipe propose des activités, supports de rencontre, en plus de l'aide apportée à la vie quotidienne dans l'atteinte de ses objectifs.[1]Le foyer dispose en plus de partenaires extérieurs pour tisser des liens et permettre au résident de devenir citoyen à part entière.

II. Maintenir l'autonomie du résident et contribuer à sa socialisation sont les objectifs de l'équipe pluridisciplinaire

a. L'objectif général du F.V.P.H. « Artimon » est de maintenir l'autonomie du résident et contribuer à sa socialisation

L'équipe pluridisciplinaire accompagne le résident au quotidien en vue de préserver son autonomie et de maintenir son autonomie sociale face aux effets liés à la chronicité de la pathologie. Elle assure pour cela un cadre et s'assure que le résident s'acquitte de ses taches de la vie quotidienne (habillement, hygiène, rangement de la chambre, participation à la vie collective…) pour préserver son autonomie et son estime de Soi et ne pas être dans l'assistanat ou la dépendance. Elle s'assure également que le résident préserve une vie sociale en lui proposant des activités à l'extérieur et en établissant un lien avec la famille (un pont est établi entre : résident/famille; équipe/famille et résident/équipe). Pour tout cela l'équipe doit avoir une connaissance de chaque résident et de son projet personnalisé pour le guider dans la conduite de ce projet et est à l'écoute du résident, de ses besoins et de ses attentes.

b. La communication au sein de l'équipe et le travail pluridisciplinaire permettent l'atteinte de ces objectifs

En art-thérapie l'objectif général est l'objectif thérapeutique que l'atelier doit permettre d'atteindre, il doit, toutefois, s'inscrire dans le projet de l'institution.

Si le foyer Artimon a un objectif général il a également des objectifs intermédiaires qui sont propres à chaque résident et qui sont déterminés à partir de leur projet personnalisé.
L'art-thérapeute peut avoir aussi des objectifs intermédiaires qui diffèrent de ceux de l'institution dans le but d'atteindre son objectif général.

[1] Se reporter à : A.II.a L'objectif général du F.V.P.H. « Artimon » est de maintenir l'autonomie du résident et contribuer à sa socialisation p. 12

1. Le foyer est composé d'une équipe pluridisciplinaire éducative et thérapeutique

Le foyer Artimon, malgré la pluridisciplinarité des professions, s'est détaché d'une présence médicale continue pour les raisons évoquées précédemment. Le foyer, pour répondre aux besoins différents de chaque résident et dans l'accompagnement de chaque projet personnalisé, se doit d'être en nombre. Pour cela il se compose :

- d'un cadre de proximité
- d'une secrétaire
- de 2 M.E.*, 13 A.M.P.* et 5 A.S.H.*

À cela s'ajoute les partenaires extérieurs.

Les partenaires pour le suivi médical sont :

- un médecin généraliste qui intervient une fois par semaine
- un médecin psychiatre qui intervient une fois par mois
- des infirmières en psychiatrie
- une psychothérapeute
- des infirmiers libéraux qui interviennent de manière quotidienne.

2. L'équipe met en œuvre des moyens éducatifs adaptés pour atteindre ses objectifs

L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire met en place des moyens propres à la structure pour que les résidents préservent leur autonomie et gagnent en autonomie sociale. Mais ce qui permet le bon fonctionnement de la structure c'est le travail en équipe et la communication, les échanges qui se font aux relèves journalières (une le matin, et une après déjeuner) ainsi que l'analyse et l'échange des pratiques, le développement des projets personnalisés, l'organisation en cohérence avec les besoins et les attentes des résidents qui se font lors de la réunion hebdomadaire du jeudi après-midi. L'équipe garantit également le partage des informations par des rédactions de synthèses et le suivi d'activité.

III. Les ateliers d'art-thérapie furent inscrits dans la dynamique générale du foyer

a. L'intégration au sein de l'équipe pluridisciplinaire eu son importance

Le foyer ne comptait pas d'art-thérapeute au sein de l'équipe et l'art-thérapie en tant que discipline était méconnue au regard de la structure. C'est pourquoi l'intégration au sein de l'équipe eu son importance : les prises-en-charge purent débuter qu'après avoir fait part de leurs bien-fondés et après obtention de l'accord de l'intégralité de l'équipe.

La qualité des rapports entre l'art-thérapeute et les autres membres de l'équipe peut être déterminante sur la qualité des prises-en-charge : l'art-thérapeute fait régulièrement l'état de la situation de ses prises-en-charge. S'il est intégré au reste de l'équipe, il pourra alors obtenir des informations déterminantes pour ses ateliers.

En exemple, ce fut lors d'un échange informel avec un membre de l'équipe que l'information sur les goûts de Monsieur M. fut transmise.

Sans l'éclairage de l'équipe sur le quotidien des résidents pris-en-charge en art-thérapie lors des réunions de transmission, l'évolution de l'état général du résident pour atteindre une meilleure qualité de vie pourrait être plus longue. En contrepartie, les transmissions écrites et orales de l'art-thérapeute sont un garant de cette évolution et du sérieux de la profession.

b. Une place en tant qu'art-thérapeute ne fut pas aisée à trouver

Dans un F.V.P.H., anciennement nommé « foyer occupationnel », les ateliers sont des « ateliers-occupations» nommés aussi « thérapies occupationnelles » ou « activités ». Au foyer, l'activité est l'outil principal de l'équipe dans le but d'atteindre son objectif : elle permet d'apporter du sens dans la vie du résident tout en lui permettant de se projeter et d'avoir accès à la réalité. Toutefois, si les activités peuvent avoir des vertus bénéfiques, elles ne présentent pas d'objectifs thérapeutiques. Or la nature de l'atelier d'art-thérapie est en rapport avec des objectifs thérapeutiques qui sont liés à la nature du handicap ou de la pénalité. Dans ce contexte, c'est entre les objectifs de l'équipe et ses propres objectifs qui sont d'ordre thérapeutique et humanitaires que l'art-thérapeute doit s'intégrer à l'équipe.

c. L'ensemble de l'équipe éducative, avec l'accord du cadre de proximité, indiquèrent Madame B., Madame F. et Monsieur M. en Prise-en-charge en art-thérapie

L'ensemble de l'équipe éducative, avec l'accord du cadre de proximité, autorisa et indiqua Madame B., Madame F. et Monsieur M. en PEC en art-thérapie:

- Madame B. et Madame F. bénéficièrent chacune d'une PEC individuelle en art-thérapie à dominante broderie.
- Monsieur M. bénéficia d'une PEC en art-thérapie à dominante arts-plastiques au sein d'un groupe constitué de 2 autres résidents et lui-même.

L'anamnèse et l'état de base permirent d'envisager les prises-en-charge en art-thérapie en réponse aux indications et de déterminer les Objectifs thérapeutiques. Lors des premiers entretiens des difficultés apparurent ainsi que des intentions esthétiques orientant le choix de la dominante.

d. Une rencontre préliminaire fut effectuée avec Madame B., Madame F. et Monsieur M. qui avaient une indication en art-thérapie

Une rencontre préalable avec Madame B., Madame F. et Monsieur M. qui furent indiqués aux ateliers d'art-thérapie fut nécessaire pour connaître leurs intentions sanitaires et thérapeutiques et pour définir l'élément culturel déclencheur des ateliers (c'est-à-dire ce qu'ils aimaient et qui pouvait déclencher l'atelier).

En exemple la rencontre préliminaire avec Madame B. permit d'apprendre qu'elle aimait la broderie et les fleurs. Madame B. éprouvait des difficultés à différer ses demandes, à respecter un cadre et à se concentrer, ce qui la pénalisait dans sa relation aux autres. Madame B. souhaitait se sentir appréciée par les autres résidents et souhaitait apprendre de nouveaux points de broderie. Son intention esthétique fut donc portée sur l'apprentissage de nouveaux points qui lui permettaient d'obtenir en résultat des fleurs brodées et son intention sanitaire fut de gagner en qualité relationnelle.

B. La psychose chronique peut affecter physiquement la personne et peut entraîner une souffrance liée à la dégradation de sa relation avec le monde extérieur

I. L'altération de certaines fonctions cognitives se manifeste cliniquement, de manière objective, physiquement et dans le comportement de la personne psychotique chronique

La psychose chronique est un trouble psychiatrique dont le diagnostic reste clinique et dont les signes cliniques, c'est-à-dire physiquement observables, sont classiquement regroupés ainsi[1] :

– Symptômes positifs : délire, hallucinations

– Symptômes négatifs: apragmatisme (pertes de la motivation et de l'élan corporel), retrait social, . . .

– Symptômes de désorganisation : désorganisation du langage, du comportement,…

a. Les fonctions cognitives et le champ de la représentation de la personne psychotique sont altérés

Les fonctions cognitives, ou traitement mental des informations, recouvrent les capacités à traiter une information, à acquérir des connaissances et à les utiliser. Elles comprennent la perception, l'attention, les fonctions motrices, la mémoire, les fonctions d'abstraction et de planification, le langage, . . .

Les troubles cognitifs se définissent comme une altération marquée des performances dans au minimum 2 domaines suivants :

- L'attention ou la vigilance (difficultés à soutenir une attention pour exécuter une tâche, à se concentrer sur un film, à maintenir un travail,…)
- La mémoire (difficultés à suivre des horaires, à se rappeler d'une conversation, à ne pas oublier des moments de l'histoire personnelle, …)
- Le fonctionnement exécutif (difficultés d'abstraction, à conceptualiser les gestes nécessaires à réaliser une tâche, à anticiper des conséquences, à planifier, à s'organiser, à résoudre un problème, à changer de stratégie, à manipuler l'information maintenue en mémoire immédiate, difficultés d'autocritique, d'évaluation,…)

La psychose chronique se constitue essentiellement d'une altération de la représentation du réel et de son déni (le délire) : perception, jugement et/ou sentiment erroné dont la personne psychotique chronique ne parvient pas à mettre en doute. Les informations provenant de l'extérieur parviennent correctement à la personne psychotique chronique mais le traitement de ces informations est affecté.

b. Parfois cette altération affecte sa structure corporelle et constitue une souffrance

La structure corporelle, ou schéma corporel en psychologie, renvoie au corps comme lieu de sa représentation et à la conscience de ses limites, de son volume dans l'espace, des postures et des mouvements. La structure corporelle permet de se constituer un sentiment d'unité et d'individualité du corps propre.

Tout comme ses capacités de représentation et d'abstraction, la représentation que se fait la personne psychotique chronique de son propre corps peut parfois être altérée: la

[1] Se reporter à : Document électronique : site web (Les troubles cognitifs dans la schizophrénie)

structure corporelle de la personne psychotique est alors affectée. Elle éprouve des difficultés à saisir les limites entre soi et non-soi, à différer ce qui est à l'extérieur d'elle de son propre corps: sa prise de conscience de soi est affecté, elle peut ne plus percevoir son corps comme unité. L'affection de la structure corporelle peut se manifester également par l'altération de la représentation (l'image mentale) que se fait la personne psychotique chronique de son propre corps.

En exemple (qui me fut rapporté par la psychiatre de Monsieur M.) Monsieur Y, pourvu d'un nez « normal », fut persuadé que son nez était très long et voulait se l'amputer.

c. L'ensemble de ces troubles se manifeste, dans la majorité des cas, objectivement en modifiant le comportement de la personne psychotique chronique

Le comportement c'est la manière d'être et d'agir des êtres vivants. Il se rapporte aux actes, désignant les attitudes extériorisées et agies. Le comportement est un ensemble de faits observables qui se manifestent de façon externe. Le comportement est une notion objective.

L'ensemble des troubles et symptômes de la personne psychotique chronique peuvent se manifester par des faits observables dans son comportement :

- dans la motricité (l'apathie et l'apragmatisme –perte de l'énergie et de l'élan corporel- pouvant entraîner une démarche lente, un pas lourd, les traitements pouvant entraîner des tremblements ou une apraxie -altération ou incapacité à effectuer des mouvements- …)
- dans les répercussions de l'altération du traitement mental (troubles du cours de la pensée manifestes, altération de la pensée manifeste, manque de logique et incohérence des propos, difficulté à différer les demandes, réponse à une question inappropriée …)
- dans l'expression verbale (expression d'un délire, blanc et silence inappropriés, discours flou ou incompréhensif, …)
- dans la relation aux autres

II. Le plus souvent, la personne psychotique chronique s'isole suite aux pertes de gratifications lui provenant du monde extérieur et souffre de ce retrait social

a. Les ressentis, perceptions corporels de la personne psychotique restent intactes

Les ressentis corporels, ou images du corps en psychologie, renvoient au corps comme lieu des stimulations, lieu qui capte et traite des informations qui proviennent de l'extérieur. Les ressentis corporels correspondent donc aux perceptions du corps.

Dans la psychose chronique les ressentis corporels sont généralement intacts. C'est-à-dire que la personne psychotique chronique perçoit les informations qui proviennent de l'extérieur : elle ressent les sensations tactiles, thermiques, douloureuses, visuelles, auditives, etc.

b. Le délire se conjugue à la perte des gratifications sensorielles et émotionnelles provenant de l'extérieur

La pénalité dans la psychose chronique ne se situe donc pas dans les ressentis corporels de la personne mais dans le traitement mental des informations qui lui sont parvenues de l'extérieur : face à une difficulté, la personne psychotique va reculer vers un fonctionnement de plaisir qui lui est parvenu de son monde intérieur et non de ce qu'elle a perçu du monde extérieur. C'est ce qui constitue le délire, déni du réel.

La personne psychotique chronique va alors se désinvestir, se mettre en retrait ou se surinvestir dans sa relation avec une personne et/ou un évènement et/ou un lieu et/ ou un segment de son corps et peut donc avoir un sentiment de « jamais vu », d'étrangeté ou de négation vis-à-vis d'une autre personne, affectant son identité[1].

Les émotions (provenant du latin *motio* « action de mouvoir, mouvement » ; dont celles de base sont : la joie, la tristesse, la colère, la peur, la surprise et le dégoût) sont des réactions psychologiques et physiques à une situation : elles se manifestent d'abord intérieurement et génèrent une réaction extérieure (elles peuvent être reconnues d'un point de vue extérieur grâce aux mimiques qui les accompagnent-expressions et comportements émotionnels-). Elles sont provoquées par la confrontation à une situation et à l'interprétation de la réalité. Or, ne parvenant plus à obtenir des gratifications, la personne psychotique chronique se tourne vers son monde intérieur. Par ailleurs, la vie émotionnelle, les émotions ont une importance dans l'encodage, le stockage et la reviviscence des souvenirs ; elles déterminent la vie affective, le goût qu'on a à la vie et le sens qu'on lui donne ; elles fixent la mémoire, c'est pourquoi la vie peut ne plus avoir de goût, de saveur pour une personne psychotique chronique. Aussi, l'émotion est un élément constitutif de la construction de la personnalité. La personnalité de la personne psychotique chronique peut être alors affectée : son incapacité à obtenir des gratifications en fait une personnalité fragile mais en fait, également, une personnalité rigide par peur de la nouveauté (due aux pertes de gratifications).

c. La personne psychotique chronique peut s'isoler et souffrir de sa mauvaise relation au monde extérieur

Les émotions agissent sur les comportements quotidiens, sur les choix et rendent la communication plus efficace. Or, la perte de gratifications provenant de l'extérieur, la peur de la nouveauté sur la durée et l'altération de l'expression des émotions font que la personne psychotique chronique peut s'isoler petit à petit. Et les troubles de l'identité, de la personnalité et/ou du comportement de la personne psychotique chronique entraînent des difficultés de socialisation.

Communiquer c'est échanger et c'est le fondement de la relation humaine et sociale car l'être humain est par nature social. Il s'inscrit dans un cycle de vie, dans un espace social. Isolée, la personne psychotique chronique va de moins en moins communiquer ; elle perd petit à petit sa nature d'être social et souffre de cette mauvaise relation au monde extérieur qui va à l'encontre de sa nature.

III. Dans la plupart des cas, la personne psychotique chronique ne trouve plus l'élan corporel nécessaire pour acquérir un complet bien-être et s'engager

a. La personne psychotique chronique peut ne plus trouver l'élan nécessaire pour mettre son corps en mouvement et s'engager

L'élan corporel et la vitalité physique, l'énergie, dépendent des engagements dans la vie quotidienne et des relations aux autres. Or la personne psychotique chronique est en mauvaise relation avec le monde extérieur. Les ressources sociales et psychologiques sont influencées par le réseau social dans lequel on vit et sont déterminantes face à une vulnérabilité. Or la personne psychotique chronique ne dispose plus de ces ressources. Sa

[1] **Identité** : n. f. est un emprunt au bas latin *identitas* « qualité de ce qui est le même », « caractère de deux objets de pensée identique » puis désigne le caractère de ce qui est permanent et en logique le caractère de ce qui est un. (REY, 1998)

relation avec le monde extérieur étant altérée ses engagements dans la vie quotidienne s'amoindrissent ainsi que sa vitalité physique. Sa pathologie s'accompagne d'une apathie, c'est-à-dire d'une absence d'énergie, un manque d'initiatives et surtout d'apragmatisme, c'est-à-dire d'une absence de motivation avec une indifférence affective. La personne psychotique chronique peut souffrir de ces pertes de l'élan et de l'affectivité.

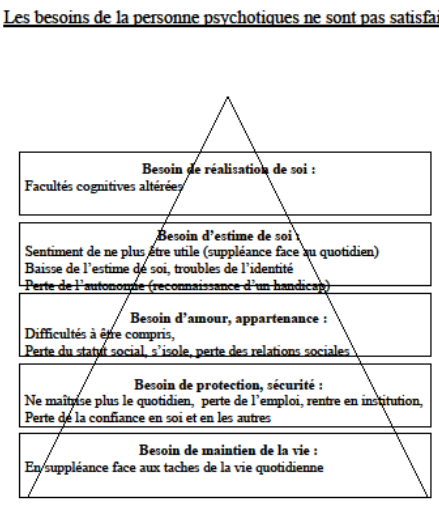
La motivation pourrait s'apparenter à une tension qui met en mouvement le corps, elle se manifeste sous forme d'émotions ou de besoins. L'émotion est perçue comme un « motivateur », une entité qui influence le choix d'un individu en réponse à un stimulus externe ou interne. Les informations, stimuli, provenant du monde extérieur, étant peu gratifiantes pour la personne psychotique chronique, elle ne parvient plus à s'engager dans des activités ou son quotidien.

b. La personne psychotique ne parvient plus à combler tous ses besoins fondamentaux

L'O.M.S définit la bonne santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité. ». Elle repose donc sur un capital, supposant que la santé n'est pas acquise : il faut la gérer, la construire ; elle exige la satisfaction des besoins fondamentaux. Un complet bien-être exige un milieu de vie où la personne est en adaptation constante avec son environnement changeant. Elle est en interaction avec sa vie familiale, sociale, le monde du travail et les loisirs. La bonne santé exigerait donc un engagement personnel. Or la personne psychotique chronique est isolée, a des difficultés d'interaction avec le monde extérieur et ne parvient plus à s'engager au quotidien. Elle ne parvient donc plus à satisfaire tous ses besoins fondamentaux qu'Abraham MASLOW, psychologue, hiérarchisa dans les années 1940 sous forme pyramidale. MASLOW détermina ici une hiérarchie des besoins : la satisfaction des besoins physiologiques doit précéder les tentatives de satisfaction des besoins de protection (sécurité) ; lesquels doivent être satisfaits avant les besoins d'amour, appartenance, précédant les besoins d'estime de soi, avec, au sommet, les besoins spirituels : de réalisation de soi. Par sa hiérarchie des besoins, il propose une théorie de la motivation humaine.

La personne psychotique chronique peut ne plus avoir la motivation de satisfaire ses besoins[1]:

Image 1 : hiérarchie des besoins de la personne psychotique chronique



[1] Image 1 : hiérarchie des besoins de la personne psychotique chronique

c. La perte d'autonomie associée aux troubles peut apporter une souffrance

Les concepts santé-maladie-handicap sont définis comme [1] « inter dépendants et s'appuient sur le concept de l'homme dans son environnement et celui de la notion d'échange. » Or les échanges entre la personne psychotique chronique et le monde extérieur sont altérés: la personne psychotique chronique est isolée et certaines informations qui lui proviennent de l'extérieur ne lui sont pas assez gratifiantes. La personne psychotique chronique ne parvient pas à s'intégrer et s'adapter à son environnement.

Le handicap est une conséquence de la chronicité des troubles psychotiques qui eux-mêmes entraînent des pénalités. Selon l'O.M.S les troubles produisent des déficiences (des fonctions et structures corporelles), des incapacités (des limitations des activités) et des désavantages (des restrictions à la participation) qui sont les trois niveaux d'expérience du handicap, entraînant une perte importante de l'autonomie et de l'intégration sociale chez la personne atteinte de ces troubles. Or l'autonomie fait partie des besoins d'estime de soi de la pyramide de Maslow. La personne psychotique chronique se trouve en suppléance face à de nombreuses taches et actes de la vie quotidienne et perd en autonomie (individuelle et sociale), elle ne peut donc pas satisfaire son besoin d'estime de soi et peut en souffrir.

C. L'art-thérapie à dominantes arts-plastiques et/ ou broderie peut contribuer à réduire ces souffrances et à améliorer la qualité existentielle de l'adulte psychotique chronique sous réserve de rester la plus objective possible

Face à différentes pathologies comme le cancer ou l'autisme, l'art-thérapie n'aurait pas les mêmes rôles. Face à la psychose chronique et au handicap psychique et social qui en découlent, l'art-thérapeute va exploiter les potentialités artistiques dans différents buts dont les principaux sont :

1. restaurer et/ou maintenir l'autonomie
2. restaurer la Qualité Existentielle et la saveur existentielle, en espérant et veillant qu'elle soit une bonne saveur
3. stimuler l'élan et simultanément l'engagement (lorsque la personne a perdu toutes gratifications provenant du monde extérieur à elle)
4. accompagner ou permettre de recadrer à l'ancrage dans la réalité (face à la psychose chronique, l'art-thérapeute se doit d'être prudent de ne pas provoquer, rentrer ou accompagner le délire de la personne psychotique chronique)

C'est pourquoi l'art-thérapeute travaillera plus sur la forme que le fond de l'œuvre mais veillera aussi à ce que la personne psychotique se distingue de sa production.

I. Lors de l'expérience pratique, l'art-thérapie à dominante arts-plastiques et broderie ont pu, conjointement, améliorer la qualité existentielle de l'adulte psychotique chronique

a. La pratique des arts-plastiques et de la broderie raviva pour les adultes psychotiques chroniques des connaissances et des émotions, liées au plaisir, antérieures à la maladie

La broderie est le plus généralement pratiquée à l'aiguille et/ou au crochet. La dominante broderie, en PEC en art-thérapie implique toutes techniques plastiques venant

[1] Se reporter à : Monographie (PERLEMUTER & QUEVAUVILLIERS, Nouveaux cahiers de l'infirmière: 3 Soins infirmiers II. Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherches, 2007)

orner le textile dans un but esthétique (peinture sur textile, broderie à l'aiguille, crochet, impression, tissage,…)

La broderie était ancrée dans la culture des femmes du foyer : de par leur âge, la plupart d'entre elles furent initiées à la broderie du temps de leur scolarité. Pour la plupart comme Madame F. la pathologie avait débutée après la scolarité, à l'âge adulte.

Les connaissances de cet Art tout comme celle des arts-plastiques permettaient aux personnes prises-en-charge en art-thérapie de se sentir en sécurité psycho-affective en ne les confrontant pas d'emblée à leur peur de la nouveauté. En tenant compte des techniques qu'elles avaient déjà acquises et de leurs goûts (leurs appréciations qualitatives et subjectives) et en répondant à leurs envies, attentes artistiques (leurs intentions esthétiques*) un climat de confiance s'instaura. Avant l'apparition de leur pathologie psychotique et de sa chronicité, les activités comme la broderie ou les arts-plastiques pouvaient apporter des gratifications sensorielles et émotionnelles aux personnes. Il fut donc possible de raviver et de restaurer des émotions et des gratifications liées à l'activité artistique que les personnes psychotiques chroniques ne parvenaient plus à obtenir.

b. Le travail sur la forme et sur les gratifications tactiles et visuelles permirent aux adultes psychotiques de vouloir renouveler l'expérience et de s'engager dans ces activités

Lors des ateliers, face à la pathologie (caractérisée par un déni du réel), un travail sur la forme* dans l'œuvre fut privilégié (ne laissait que peu de place au délire).

La broderie et les arts-plastiques sont des pratiques artistiques qui privilégient les sens du toucher et de la vue. La pratique de la broderie comme la pratique des arts-plastiques permettaient de solliciter ces sens grâce à un travail sur le relief, les textures et les couleurs. Lors des ateliers, en privilégiant plus des expressions artistiques archaïques qui sollicitaient et plaisaient à leur sens que des techniques qui privilégient une activité spirituelle structurée, les personnes psychotiques s'ouvraient d'avantage au domaine du ressenti et des émotions. Les gratifications sensorielles et émotionnelles apportées par l'activité artistique ont suscité chez les personnes psychotiques le souhait de renouveler ou poursuivre l'expérience. Dès lors, elles furent engagées dans l'activité artistique des ateliers d'art-thérapie.

L'engagement thérapeutique et esthétique concernait la volonté à poursuivre les ateliers d'art-thérapie et à finir sa production artistique. Cet engagement s'était manifesté jusqu'entre 2 ateliers d'art-thérapie : Madame F., pour qui produire des broderies était tant gratifiant, récupéra, avec ses parents, le week-end, d'autres fils à broder et canevas qu'elle emmena à la séance suivante.

c. Arts qui laissent une trace, ces pratiques leur permirent d'échanger sur leurs productions hors-atelier et de briser leur retrait social

L'autre particularité de la broderie et des arts-plastiques, contrairement à la musique, le théâtre ou la danse, est que la production résultante de ces activités est indépendante de l'auteur ; ce sont des Arts qui laissent une trace, une empreinte. La production n'a plus besoin de l'auteur pour rayonner et existe en elle-même, par elle-même et (si la personne psychotique chronique parvient à se différencier de sa production) pour elle-même. En effet, à chaque fin d'atelier, les personnes prises-en-charge en art-thérapie pouvaient emmener leurs productions, les offrir, les garder ou les laisser dans la salle sur une étagère qui leur était destinée pour les récupérer qu'en fin de PEC en art-thérapie. Elles pouvaient à tout moment regarder, contempler leur production, la trace de ce qu'elless avaient fait.

Lorsque le tableau du groupe pris-en-charge en art-thérapie fut signé et accroché dans un lieu très fréquenté du foyer sur leur demande, cela signifia que le groupe reconnut leur tableau comme une « œuvre d'Art » et qu'il accepta d'affirmer cette idée et d'affronter les

regards des autres résidents qui devaient valider leur production comme production artistique. Ce tableau fut l'occasion d'échanger avec d'autres résidents et de briser leur retrait social.

II. Les outils de l'art-thérapeute diplômé d'une faculté de médecine furent modifiés ou rédigés de sorte à obtenir le regard le plus objectif possible lors des prises-en-charge

L'art-thérapeute diplômé de la faculté de médecine utilise des outils qui lui servent à atteindre ses objectifs thérapeutiques et à ne pas s'en éloigner tout au long de ses prises-en-charge. Une fiche d'ouverture permet d'ouvrir la PEC en art-thérapie, en en expliquant le bien-fondé. Des grilles d'observations permettent d'évaluer chaque séance pour atteindre l'Objectif thérapeutique. Une fiche de clôture permet de synthétiser et dresser un bilan de la PEC en art-thérapie lorsque celle-ci prend fin.

a. La fiche d'ouverture fut rédigée de sorte à être la plus objective possible au regard de l'équipe

La fiche d'ouverture de PEC en art-thérapie fut rédigée de sorte à rester la plus objective possible. Y figurèrent (avec, en gras, les éléments qui furent ajoutés) :

- **Les signes qui indiquent que la personne nécessite une PEC la première fois que l'art-thérapeute la croise** (permettant de voir si ces signes sont toujours manifestes post-PEC en art-thérapie –il ne s'agit pas ici de l'état-de-base, mais uniquement d'éléments observables au premier regard-)
- **La personne qui a fait l'indication et autorisé la PEC en art-thérapie** (sera la personne à qui se référer si besoin post-PEC en art-thérapie)
- L'anamnèse permettant d'appréhender la PEC (qui repose sur des comptes rendus médicaux et institutionnels)
- **Le traitement médical** (ainsi que les éventuels effets secondaires envisageables qui peuvent influer sur la PEC)
- L'état-de-base permettant une indication en art-thérapie
- **Ce que fait ou ne fait pas la personne PEC en art-thérapie**
- Le premier entretien avec la personne PEC (ce qui a été observé et non interprété)
- En quoi et pourquoi l'indication en art-thérapie est envisageable
- Les objectifs thérapeutiques
- Un tableau récapitulatif (État de Base, Objectif Général-dont : celui de l'art-thérapeute, **celui de l'équipe et celui de l'institution**-, stratégie thérapeutique)
- **Dans l'idéal, ce que ferait ou ne ferait pas la personne après sa PEC en art-thérapie si les objectifs thérapeutiques seraient atteints**
- Les items évalués (en veillant de préciser s'ils sont évalués de façon interprétée (I), objectivement (O) ou ressentie ®)

Et en annexe de la fiche d'ouverture, en complément et afin de ne pas s'éloigner de l'objectif thérapeutique, et pour que l'équipe comprenne le processus art-thérapeutique, figura :

- **Le schéma de l'Opération Artistique au regard de la stratégie thérapeutique de la personne PEC en art-thérapie** (Le schéma de l'O.A. est un outil synthétisant les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique. L'analyse thérapeutique repose sur l'O.A. qui est l'organisation de l'activité artistique. Il s'agit d'un outil objectif car l'activité artistique active les mêmes mécanismes chez tout le monde.)[1]

[1] Pour plus d'informations et comprendre chaque phase de l'Opération Artistique, se reporter pp172-187 de (FORESTIER, Tout savoir sur l'art-thérapie, 1999)

Chaque élément de l'O.A. se nomme « phase » et peut devenir un Site d'Action* sur lequel interviendra l'art-thérapeute. [1]

b. Des éléments furent ajoutés dans la fiche d'observation qui ponctue chaque séance pour rester fixés sur nos objectifs

Les fiches ponctuelles d'observation sont des mémoires de ce qui s'est passé durant les ateliers. Elles peuvent se présenter sous forme de grille d'observation comme le modèle qui est proposé dans le livre de Richard FORESTIER[2], pp 132-133. Elles peuvent également se présenter d'avantage comme un compte-rendu comme le modèle qui est proposé dans le même livre de Richard FORESTIER, p 136.

Sur ce type de modèle[3] des éléments furent ajoutés afin de rester le plus objectif possible lors des prises-en-charge :

- Des éléments concernant l'art-thérapeute furent ajoutés afin de voir s'il est à même de rester objectif lors de ses prises-en-charge (si, en exemple, l'art-thérapeute était souffrant, présentant une forte fièvre, lors de la séance X, son jugement pourrait être erroné) :
    - l'état psychique, l'humeur de l'art-thérapeute
    - l'état physique de l'art-thérapeute

- Des nouvelles informations apportées par les membres de l'équipe, du corps médical ou de la famille concernant la personne PEC en art-thérapie qui pourraient éventuellement influées sur l'atelier (En exemple : Un membre de l'équipe informa avant un atelier que Monsieur M. avait participé à une activité et qu'il avait exprimé son goût pour les paysages et les étoiles alors que Monsieur M. n'exprimait jamais son goût auparavant) – des informations tel qu'un changement de traitement, en exemple, pourrait également influé sur l'atelier :
    - Nouvelles informations
    - Nouveau traitement

- En complément de l'Objectif Général de l'art-thérapeute et de ses objectifs intermédiaires, ajouter le(s) objectif(s) de l'équipe et le(s) objectif(s) de l'institution permet de ne pas trop s'éloigner du travail pluridisciplinaire
    - Objectifs de l'équipe
    - Objectifs institutionnels

- Un schéma de l'O.A. pour ne pas s'éloigner de la cible thérapeutique.* et des sites d'action

Si cette fiche vient ponctuer, accompagner chaque séance, elle ne précise pas les items qui y seront évalués à chaque fois et qui resteront les mêmes. Ils se doivent donc d'être précis et détaillés. C'est pourquoi une grille[4] fut pensée et réalisée pour suivre chaque séance.

c. Le cube harmonique fut adapté à la personne psychotique chronique pour une meilleure compréhension

Un outil auto-évaluatif est proposé pour savoir si la personne PEC en art-thérapie trouve :

[1] ANNEXE 1 : Outil, Schéma de l'Opération Artistique p. II
[2] (FORESTIER, Tout savoir sur l'art-thérapie, 1999)
[3] ANNEXE 2 : Outil, fiche d'Observation ponctuelle p. III
[4] ANNEXE 3 : Outil, Graphiques d'évaluations des items p. IV

- sa production belle, si ça lui plaît : en art-thérapie intitulé le « Beau »
- si elle la trouve bien faite : en art-thérapie intitulé le « Bien »
- et si l'activité lui a plu, si elle a envie de continuer : en art-thérapie intitulé le « Bon »

Le Beau, le Bon et le Bien constituent la spécificité artistique.

L'outil auto-évaluatif art-thérapeutique est objectif mais permet d'évaluer les capacités subjectives de la personne PEC : il permet d'évaluer sa faculté critique et son idéal esthétique (ce vers quoi il tend).

L'art-thérapeute, au moyen de cet outil, va orienter son atelier de sorte à ce que la personne PEC épanouisse son goût (c'est-à-dire développe son appréciation sensorielle), développe son style (c'est-à-dire exprime sa personnalité) et atteigne un engagement personnel dans la production (c'est-à-dire ait envie de réaliser une production artistique) lors de l'activité.

Un outil auto-évaluatif ne put être proposé qu'après plusieurs séances, une fois seulement qu'un climat de confiance fut instauré et que la personne psychotique PEC en art-thérapie fut en capacité de respecter une consigne simple.

Il ne fut pas adapté à toutes les personnes psychotiques chroniques, voir, parfois, inexploitable. En effet, pour certaines personnes les capacités d'autocritique et d'évaluation sont altérées. Et parfois le délire se manifestait durant le bilan auto-évaluatif.

En exemple, Lorsque l'outil auto-évaluatif fut proposé à Madame B. en T5, à la demande si elle trouvait sa production belle, Madame B. répondit par le smiley du milieu (pas de sourire). A la question orale pour qu'elle confirme qu'elle trouve sa production moyennement belle, Madame B. répondit « Non, c'est beau ! Ca va ! » . Et au moment de savoir si Madame B. trouvait sa production bien faite elle partit dans un délire. Madame B. fit le choix d'un pictogramme pour l'image en elle-même et non pour ce qu'elle représentait.

L'outil fut adapté à la pathologie. Fut proposé un modèle de bilan auto-évaluatif présentant 3 pictogrammes (des smileys) : un visage souriant, un visage sans sourire, et un visage mécontent. [1]

III. L'objectivité de l'hypothèse eu ses limites nécessitant un travail transdisciplinaire

a. Certains outils de l'art-thérapeute se sont reposés sur de la subjectivité

Même en tendant vers le plus d'objectivité possible, l'art-thérapie en qualité de discipline présentera toujours une part de subjectivité. En effet, l'art-thérapeute, quel que soit sa pratique artistique dominante, aura face à lui, lors d'une PEC, une personne avec son propre goût, son propre style et ses propres motivations. Il sera confronté à un point de vue sur une œuvre et/ou une production divergeant du sien. Il y a une part de subjectivité dans la pratique artistique.

En outre, certains outils, même s'ils tendent vers le plus d'objectivité possible, peuvent présenter leur part de subjectivité. En effet, certains items ne sont pas évalués objectivement mais de manière ressentie ou interprétée. Dès lors qu'un item n'est pas objectif, c'est-à-dire qu'il n'est pas observable et incontestable, il présente une part de subjectivité. C'est pourquoi il est nécessaire pour les items qui sont ressentis ou interprétés de les évaluer toujours dans les mêmes conditions et de se tenir toujours à la même quotation afin que soit rendu objectif l'évaluation de l'évolution de cet item.

[1] ANNEXE 4 : Outil, Bilan auto-évaluatif art-thérapeutique p. V

b. L'atteinte des objectifs art-thérapeutiques a pu être discutée

Les ateliers d'art-thérapie permirent :

- à Madame B. de se contenir, de différer ses demandes et de gagner en concentration la durée des ateliers seulement
- à Madame F. de gagner en assurance, en confiance en elle et indirectement en autonomie
- à Monsieur M. de vouloir et de réussir à s'engager dans une activité et indirectement de gagner en confiance en lui, d'obtenir une meilleure motricité fine et de gagner en estime de lui

Même si l'intégralité de l'équipe pluridisciplinaire put constater le plaisir obtenu par les résidents pris-en-charge en art-thérapie (ils parlaient des ateliers le reste de la semaine, ils attendaient devant la salle bien avant l'heure de l'atelier,…) et leur engagement au sein de leur PEC (Monsieur M. ne s'était jamais engagé dans une activité avant celle d'art-thérapie) elle ne put constater toutes les évolutions qui mènent à une amélioration globale de l'état général des 3 résidents hors-atelier d'art-thérapie. Or, pour affirmer qu'un patient va mieux, il faut que cela se constate hors-atelier.

c. L'équipe pluridisciplinaire fut engagée en contribuant à apporter un regard objectif sur les résultats des prises-en-charge en art-thérapie

Prouver scientifiquement* les bénéfices des ateliers d'art-thérapie par une comparaison patient avec la pathologie/patient sain ne fut pas envisageable. Même si l'art-thérapeute exploite la partie saine du patient en ne travaillant pas sur ce qui ne va pas, il ne peut exploiter le potentiel de l'art dans une visée thérapeutique sur une personne qui ne nécessite aucun soin.

L'équipe fut sollicitée après les prises-en-charge en art-thérapie pour objectiver les bénéfices de l'art-thérapie. La mise en place d'ateliers occupationnels en comparaison aux ateliers d'art-thérapie fut proposée pour prouver les bénéfices de l'art-thérapie dans l'atteinte de ses objectifs. Deux possibilités furent envisageables :

- que le résident (Monsieur X.) pris-en-charge en atelier occupationnel présente les mêmes problématiques que le patient qui a bénéficié d'une PEC en art-thérapie (en exemple Monsieur M.)
  Les Objectifs thérapeutiques doivent rester les mêmes
- Que le résident soit celui qui a bénéficié de la PEC en art-thérapie.
  Les Objectifs thérapeutiques doivent rester les mêmes

Pour comparer deux groupes et les bénéfices des PEC, il fallait que leur problématique et leur plainte soient similaires et une évaluation ponctuelle devait être réalisée.

L'ensemble de l'équipe s'engagea à suivre Monsieur M. durant 10 séances au sein du même groupe dans le but d'atteindre les mêmes Objectifs thérapeutiques et de remplir à chaque séance une fiche d'évaluation avec, dans la mesure du possible, les mêmes items.

2ème PARTIE OU OBSERVATIONS CLINIQUES : L'EVALUATION DES PRISES-EN-CHARGE NECESSITA UNE MESURABILITE OBJECTIVE DES RESULTATS DES RECHERCHES

A. 3 recherches furent menées autour et sur la PEC en art-thérapie de Monsieur M., afin qu'il s'engage dans une activité et afin de rétablir sa structure corporelle

Une recherche se mène par un raisonnement dont les conclusions doivent être solidement argumentées. Elle peut se faire sous deux approches :

- l'approche prospective. Cette méthode est directe, s'appliquant à des faits présents.
- l'approche rétrospective. Cette méthode est indirecte (les informations sont retrouvées dans le dossier du patient), s'appliquant à des faits passés.

La démarche de recherche proposée au problème défini (à savoir comment prouver objectivement que l'art-thérapie fut bénéfique pour Monsieur M.) fut de mener une recherche prospective à travers une autre PEC de Monsieur M. que celle d'art-thérapie. Les éléments de réponses au problème défini se trouvèrent dans la comparaison de l'évaluation des items de cette PEC et celle de la PEC en art-thérapie.

I. Une recherche prospective sur une PEC en art-thérapie à dominante arts-plastiques fut menée sur l'étude de cas de Monsieur M., qui devait s'engager dans une activité et obtenir une meilleure structure corporelle

a. L'anamnèse de Monsieur M. permit d'apprendre qu'il était schizophrène, souffrait d'une scoliose importante et était sous traitement pharmacologique

L'anamnèse de Monsieur M., c'est-à-dire ses antécédents médicaux et de vie, permit d'en savoir plus avant de le rencontrer, d'envisager ses pénalités ainsi que celles liées éventuellement aux effets secondaires des traitements.

Monsieur M., âgé de 46 ans, est né à Saint-Denis (Réunion) et y est resté jusqu'à l'âge de ses 6 mois. Issu d'une grande famille il est le 3ème enfant sur cinq.

Le parcours de santé somatique de Monsieur M. indiquait qu'il est atteint d'ostéochondrie de croissance (pathologie déclarée à l'âge de ses 9 ans) avec une boiterie du pied droit et un allongement du talon d'Achille.

Le parcours de santé mentale de Monsieur M. indiquait, qu'à l'âge de 19 ans, il fut hospitalisé pour automutilation avec existence de troubles de la personnalité de nature psychotique. Depuis 1986, ses antécédents d'hospitalisation au CHS furent au nombre de 12 pour PEC d'une pathologie psychotique chronique : schizophrénie paranoïde. Monsieur M. n'a pas de troubles du comportement[1], son délire est centré sur les thèmes de filiation : il rejette sa mère et ses deux frères.

Monsieur M. fut admis au foyer le 01 Janvier 2005.

Son parcours de vie sociale indiquait qu'il avait suivi une scolarité normale jusqu'à la 3°. Il échoua le CAP boulangerie puis travailla comme aide cuisinier pendant 2 ans au centre médical de Parigné (Sarthe). Les dates concernant son travail et le motif de l'arrêt ne sont pas indiqués dans son dossier.

[1] Se reporter à : A.I. L'altération de certaines fonctions cognitives se manifeste cliniquement, de manière objective, physiquement et dans le comportement de la personne psychotique chronique p. 15

Les traitements pharmacologiques de Monsieur M. permettaient d'envisager les éventuels effets secondaires pouvant se manifester durant un atelier et qui peuvent être indépendants de la pathologie. Monsieur M. était sous :

- LEPTICUR ® 10mg à raison 1 CPR à 8H00 ;
  LEPTICUR ® peut entraîner, notamment, confusion, troubles de la mémoire et désorientation temporo spatial
- RISPERDAL ® 4mg à raison 1/2 CPR à 8H00 et 1 CPR à 18H00
  RISPERDAL ® peut entraîner, entre autres, sédation, tremblement, troubles de la coordination/dyskinésie, troubles de la mémoire et hallucination mais aussi indifférence affective, passivité, désintérêt intellectuel et retrait des activités sociales
- TRANXENE ® 5mg à raison 1 CPR à 8HOO et 1 CPR à 18H00
  TRANXENE ® peut entraîner, par exemples, sédation, agitation, somnolence, troubles de la mémoire et difficulté de concentration

b. L'état de base de Monsieur M. indiquait que, bien qu'esthète et venant aux premières séances, il refusait de s'engager dans toutes activités

L'état de Base de Monsieur M. fut posé. Monsieur M. était une personne solitaire, mais sa présence sociale au foyer était de plus en plus importante. Parfois dans « son monde » il était cependant attentif aux autres. Monsieur M. avait des difficultés à affronter les regards extérieurs vis-à-vis de son corps. Même s'il était rarement malade, Monsieur M. refusait les visites chez les spécialistes.

Monsieur M. refusait souvent les activités proposées par l'équipe et quand une activité se mettait en place suite à sa proposition il trouvait des excuses pour ne pas la continuer. Cependant il était présent sur les temps d'activités de 14H00 à 16HOO et occupait son temps en écoutant de la musique ou en regardant des livres.

c. L'intention esthétique de Monsieur M. fut orientée sur les arts-plastiques

Une rencontre préliminaire aux séances d'art-thérapie avec Monsieur M. et avec les deux autres résidents qui furent indiqués à suivre les séances d'art-thérapie en groupe (Madame G. et Monsieur P.) fut nécessaire pour voir si la PEC était envisageable.
Cette rencontre permettait de confirmer l'état-de-base, de relever d'éventuelles pénalités et de connaître les intentions sanitaires et esthétiques de Monsieur M.

Monsieur M. arriva coiffé de son bonnet sur la tête (qu'il n'ôte presque jamais). Il n'était pas rasé. Il ne souhaita pas serrer la main, ni être touché quel qu'en soit la raison.
À chaque question de l'art-thérapeute ou proposition du reste du groupe, Monsieur M. répondait « comme vous voulez » n'opérant pas de choix, ne s'affirmant jamais. Cependant il souhaitait participer à l'atelier d'art-thérapie : s'affirmant comme contemplateur, esthète, il affirma son goût pour le tableau fait par le groupe l'an passé en atelier (stage de découverte d'art-thérapie, année I.S.A.*) et souhaita faire un tableau en groupe.

Monsieur M. sut affirmer son goût pour certaines choses qu'il trouva belles mais il manquait de confiance en lui et avait des difficultés à s'engager. Il ne s'autorisait pas aux gratifications que peuvent procurer les éléments de l'extérieur et ne manifestait pas d'émotions. Monsieur M. s'exprimait peu et n'arrivait pas à voir les activités autrement que comme du travail.

La PEC en art-thérapie de Monsieur M. était envisageable. L'intention esthétique de Monsieur M. s'orienta sur la réalisation en groupe d'un paysage marin par la pratique des arts-plastiques. Son intention sanitaire ne fut pas très claire. Monsieur M. n'avait pas conscience de sa pathologie mentale (la psychose chronique), cependant il reconnaissait sa pathologie physique (scoliose importante) et en parlait ouvertement comme d'un handicap.

Monsieur M. fut indiqué en PEC en art-thérapie en groupe afin de favoriser son expression avec d'autres résidents et d'améliorer ses relations sociales.

d. L'Objectif de la PEC en art-thérapie de Monsieur M. fut qu'il s'engage dans la PEC et obtienne une meilleure structure corporelle.

Monsieur M. est une personne atteinte d'une schizophrénie paranoïde le rendant psychorigide. Nous l'avons vu, Monsieur M. éprouvait des difficultés à s'ouvrir au monde extérieur et n'y éprouvait aucune gratification sensorielle et n'exprimait donc que peu d'émotions. Le peu de gratification qu'il recevait ne lui donnait pas envie de s'engager dans des activités. De plus, face à sa scoliose vécue comme un handicap physique il ne parvenait plus à trouver l'élan nécessaire pour s'engager dans une activité dont lui-même pouvait faire la demande.

L'Objectif général de la PEC en art-thérapie fut donc que Monsieur M. s'engage dans l'activité et gagne une meilleure estime de lui.

L'engagement de Monsieur M. dans une activité est également un des objectifs de l'équipe pluridisciplinaire. Si l'Objectif principal[1] de l'équipe reste inchangé, Monsieur M. bénéficie d'un objectif individuel aux vues de ses pénalités. L'objectif de l'équipe, stipulé dans son projet individuel, est « d'accéder à une demande de sa part qui lie la notion de prendre du plaisir, le fait de sortir de son lieu de vie et de pratiquer un peu d'exercice physique. »

e. La stratégie art-thérapeutique adoptée pour atteindre cet objectif fut de lui faire ressentir corporellement des gratifications par l'exploitation d'une expression artistique primaire et archaïque, globale et anarchique et de valoriser ses potentiels artistiques et humains

La stratégie thérapeutique est le cheminement thérapeutique de la PEC dans l'atteinte des Objectifs.

La stratégie théorique fut réalisée au regard de l'O. A.[2]. Le S.A.* ou la difficulté pour Monsieur M. se situait entre la phase 3 et la phase 4 de l'O.A. : les troubles cognitifs de Monsieur M. furent que les informations qu'il recevait de l'extérieur ne lui étaient pas perçues comme gratifiantes. Monsieur M. se concentrait donc d'avantage sur sa représentation (phase 4) erronée du monde que sur ses ressentis (phase 3). Ce manque de gratifications sensorielles et émotionnelles pénalisait Monsieur M. qui ne parvenait plus à trouver l'élan nécessaire pour se lancer et s'engager dans une activité. Les cibles thérapeutiques* furent donc les phases 5 (son élan corporel) et 3 (son engagement). Indirectement, Monsieur M. ne passait jamais aux phases 6, 7 et 8 de l'O.A. donc Monsieur M. restait le plus souvent contemplateur (phase 5').

Le tableau réalisé par le groupe pris-en-charge en art-thérapie en ISA (phase 1) rayonna pour Monsieur M. (phase 2).

Pour que Monsieur M. s'engage dans l'activité et trouve l'élan nécessaire, l'art-thérapeute travailla conjointement sur les phases 6 et 3 de l'O.A. Fut apporté, à Monsieur M., un savoir technique tout en utilisant une expression artistique primaire et archaïque, globale et anarchique (Art I). La manipulation de la terre (moulage) ou de la peinture avec de l'œuf et des pigments alimentaires (technique de la tempera) permit à Monsieur M. de s'autoriser à recevoir des gratifications sensorielles procurées par l'activité artistique et de s'engager dans l'activité en trouvant l'élan nécessaire pour continuer.

[1] Se reporter à : A.II. Maintenir l'autonomie du résident et contribuer à sa socialisation sont les objectifs de l'équipe pluridisciplinaire p. 12

[2] ANNEXE 1 : Outil, Schéma de l'Opération Artistique p. II

Le projet fut de réaliser un tableau et de l'exposer. La reconnaissance de sa production comme chose du monde artistique (phase 8) indiqua que Monsieur M. gagna une meilleure estime de lui.

Le potentiel de Monsieur M. pour réaliser un tableau fut valorisé. L'inscrire dans une boucle de renforcement lui permettait de continuer à s'engager.

II. La recherche rétrospective sur dossiers concernant Monsieur M. ne permit pas de trouver des données assez explicites pour les évaluer objectivement

Une recherche rétrospective sur les dossiers concernant Monsieur M., suite à sa PEC en art-thérapie, fut menée afin de trouver d'éventuelles informations sur le suivi de son engagement au travers d'autres ateliers/prises-en-charges et pouvoir réaliser une évaluation suite aux observations de l'équipe. Les observations et transmissions rédigées par l'équipe sur le suivi d'une activité par Monsieur M. ne concerna qu'une activité : le projet piscine. Les informations concernant cette activité débutaient en 2011 et perduraient jusqu'en 2013.

L'Objectif éducatif de l'intégration de Monsieur M. à un projet piscine en 2011 était d'accéder à une demande de sa part qui liait notion de plaisir et de sortie de son lieu de vie tout en pratiquant de l'exercice physique. L'Objectif éducatif de l'intégration de Monsieur M. au projet piscine en 2012 était de lui faire trouver du plaisir, de la détente mais également de le faire interagir avec la personne qui l'accompagne et le faire échanger sur ses ressentis. L'Objectif éducatif de l'intégration de Monsieur M. au projet piscine en 2013 était de lui permettre de ressentir un épanouissement physique et moteur, pouvant lui apporter un apaisement, un bien être. L'aider à se confronter à la réalité en lui proposant de sortir du Foyer. En 2011, Monsieur M. pouvait bénéficier de cette activité au rythme de 2 fois par mois et en 2013 Monsieur M. pouvait bénéficier de cette activité une fois par semaine. Cependant il ne fut pas possible d'évaluer l'engagement de Monsieur M. durant cette activité de 2011 à 2013 car la fréquence des transmissions de l'équipe dans les dossiers le concernant fut d'environ tous les 3 mois. Il ne fut donc pas possible de savoir si Monsieur M. s'était rendu à chaque fois à l'activité. De plus les observations et transmissions rédigées par l'équipe permirent d'apprendre que Monsieur M. ne souhaita pas se rendre à l'activité 2 fois sur 5. Les raisons ne furent pas évoquées. Cependant durant cette activité il fut détendu.

III. Une recherche prospective post-intervention en art-thérapie fut menée par l'équipe éducative afin que Monsieur M. s'engage dans d'autres activités et continue à gagner une meilleure structure corporelle.

a. L'objectif de la PEC éducative, post-intervention en art-thérapie, de Monsieur M. était qu'il continue à s'engager et, indirectement, à s'accorder de la valeur et à obtenir une meilleure structure corporelle

Si l'Objectif Général en art-thérapie était que Monsieur M. s'engage dans la PEC et gagne une meilleure structure corporelle, l'Objectif à atteindre lors de la PEC éducative de Monsieur M. menée par l'ensemble de l'équipe éducative fut qu'il continue à s'engager dans d'autres activités proposées.

b. Un nouvel outil d'observation, destiné à l'équipe éducative, fut réalisé pour la PEC de Monsieur M.

L'équipe éducative du foyer dispose d'outils de suivi des activités :

- une fiche projet stipulant : la nature de l'activité, la fréquence et les dates, les Objectifs éducatifs fixés, les moyens permettant d'atteindre les objectifs fixés, le nombre de résidents avec les noms et prénoms à répertorier par unité de vie, les critères d'évaluation, les noms et prénoms des encadrants.
- une fiche d'observations et transmissions stipulant : l'étiquette patient, la date et le nom de l'encadrant avec sa fonction et sa signature et les observations.

La fiche d'observation éducative ne stipule pas de nouveau le(s) Objectif(s) fixé(s), ni les critères d'évaluations. Il semble difficile dès lors de rester fixer sur ses Objectifs ou de ne pas s'en éloigner, ni de savoir où se situer par rapport à leurs atteintes.

Afin que l'équipe ne s'éloigne pas des Objectifs à atteindre lors de la PEC éducative de Monsieur M. post-intervention en art-thérapie, les éléments d'évaluation en art-thérapie leur furent transmis. À partir de ces éléments le foyer réalisa une nouvelle fiche d'observation[1].

B. L'engagement de Monsieur M. fut observé et évalué le long de la PEC en art-thérapie et le long de la PEC éducative, post-intervention art-thérapeutique

I. Monsieur M. bénéficia de 10 séances en prise en charge en art-thérapie à dominante arts-plastiques au sein d'un groupe

La PEC de Monsieur M. en atelier d'art-thérapie à dominante arts-plastiques fut effectuée au sein d'un groupe constitué de lui-même, Madame G. et Monsieur P. Furent posées 10 séances à raison d'une fois par semaine d'une durée de 1H30 (14H30-16H00).

Séances(T) :	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10
Dates (année 2013)	06/03	13/03	20/03	27/03	03/04	10/04	17/04	03/05	14/05	15/05

La première séance (T1) permit de relever les items d'observations qui furent évalués aux séances qui suivirent, et de confirmer les faisceaux d'items qui purent être envisagés suite à l'état-de-base de Monsieur M.

Séance Durées	Objectifs de la séance et sites d'action	Consignes	Conclusion de la séance	Faits marquants	Phénomènes associés
T1 1H05	Déterminer les faisceaux d'items et items Que Monsieur M. s'autorise à recevoir des gratifications sensorielles (passage du 2 au 3)	Opérer un choix (choisir une photo à reproduire) Modeler la coque du bateau avec la pâte	Monsieur M. ne s'affirma pas, il manqua de confiance en lui (il n'opéra pas de choix et laissa les autres le faire) Il ne s'autorisa pas à recevoir des gratifications sensorielles (touché, ouïe…) et émotionnelles (manifestation de la joie, la surprise…) Parfois il s'exprima (goût pour les bateaux)	Monsieur M. arriva en 1er à la séance Monsieur M. regardait souvent si je le regardais	Un fond musical fut mis pour instaurer un climat chaleureux. L'album qui défila fut *Désert Blues* comptant parmi ses artistes : Ali Farka Touré, Amadou & Mariam, Etran Finatawa… Affirmant leur goût pour cet accompagnement, un fond musical accompagnera chaque séance.

[1] ANNEXE 5 : Outil éducatif, fiche d'Observation post-PEC art-thérapeutique p. VI

T2 1H10 T3 1H00	Gagner en structure corporelle en s'autorisant à recevoir des gratifications (2)(3) Et être moins rigide (rigidité d'esprit) (4)	Continuer le modelage du bateau Entamer la peinture du tableau	Monsieur M. fut concentré durant la production Il commença à manifester du plaisir (il souria) Il gagna en praxie Il prit des initiatives En T3 il opéra des choix de couleur Il communiqua (demanda l'origine du groupe de musique, exprima son goût pour ce groupe…) Il voit toujours l'atelier comme du travail	Monsieur M. arriva encore en 1er à la séance Il enleva son bonnet de lui-même (qu'il gardait toujours sur la tête) et clôtura la séance en remettant son bonnet Il porta moins son regard sur le mien À la fin de la séance T3 Monsieur M. partit dans un délire sur sa femme imaginaire	En fond musical le groupe : Staff Benda Bilili Je leur appris que les membres du groupe sont atteints de la polio et aident les jeunes qui vivent dans la rue Un autre résident vint les contempler durant les séances Ce nouveau résident se moqua de Monsieur M. et Madame G. se montra autoritaire face à Monsieur M. car elle n'était pas d'accord avec ses choix de couleur.
T4 1H15 T5 1H15	Que Monsieur M. opère des choix et prenne des initiatives Que Monsieur M. s'autorise de nouveau aux gratifications durant la production (2) (3)	Peindre le mât et la voile	Monsieur M. opéra des choix et prit des initiatives Il manifesta réellement pour la 1ère fois du plaisir et l'exprima Il fut appliqué et ne se pressa pas de finir Il ne s'imposa pas dans le choix musical mais s'imposa dans le choix de couleur Il s'engagea dans l'activité	La cigarette avant l'atelier devint un élément du cadre Il n'enleva pas son bonnet Monsieur M. bougeait en rythme sur la musique durant qu'il peigna	Une résidente passa dans la salle en fin d'atelier, Monsieur M. lui demanda ce qu'elle pensa de ce qu'il avait produit en disant « c'est beau hein ?!»

T6 1H05 T7	Restaurer la confiance en Soi de Monsieur M. Et qu'il continue à s'autoriser à recevoir des gratifications sensorielles et émotionnelles	Peindre la voile avec des épices et de l'œuf (technique de la tempera)	Monsieur M. fut toujours engagé dans l'activité et manifesta pour la 3ème fois un plaisir à l'activité Monsieur M. fit également du modelage et su faire preuve d'une motricité fine. Il prit des initiatives, s'affirma Monsieur M. signa le tableau achevé	Monsieur M. enleva son bonnet en arrivant à l'atelier Monsieur M. trouva la toile bientôt achevée belle et demanda à la signer à la séance prochaine	Madame G. n'eut pas la même consigne que Monsieur M. : elle dû réaliser des coquillages en volume avec du collage de serviette et du modelage en pâte (Plastiroc®) Monsieur M. en avait parlé avec elle hors-atelier et me demanda à faire la même chose malgré la fine praxie que cela impliquait
T8 1H00 T10 1H15	Restaurer la confiance en Soi de Monsieur M. Que Monsieur M. s'engage en finissant sa production (5) et (7) et émette une évaluation positive sur sa production (8)	Nouvelle production : Contemplation des peintures de bateaux de divers peintres Opérer un choix Reproduire le bateau sous forme de formes géométriques Peindre sa production	Monsieur M. ne voulait pas venir en atelier et fut pourtant investi Monsieur M. fut pour la 1ère fois dans la relation Il ria et quitta l'atelier avec le sourire Monsieur M. choisit une œuvre pour tout le monde (il opéra un choix et l'affirma) Il s'autoévalua positivement Monsieur M. prit le temps d'achever sa 2ème production Son auto-évaluation fut moyenne Monsieur M. fut dans la relation et la communication (il parla de ses choix de couleurs au reste du groupe)	Malgré l'heure du goûter, les résidents ne furent pas pressés de partir alors qu'il s'agissait d'une de leur plus importante motivation Monsieur M. opèra des choix de couleur cohérents malgré que la reproduction du tableau soit noire et blanche	Monsieur M. venait juste en contemplateur mais le tableau « long courrier » de Georges FOUILLE (1909-1994), peintre officiel de la marine française, gouache, 1982, a rayonné pour lui et lui donna envie de la reproduire Lorsque Monsieur M. changea de peinture et nettoya son pinceau dans le bol d'eau, il se mit à glisser les doigts dans l'eau. Monsieur M. fut dans la recherche de saveurs* archaïques sensorielles Lorsqu'un autre résident souhaita venir contempler l'atelier le groupe refusa montrant le lien qui s'était établit entre eux
T9			Monsieur M. fut dans la relation, la communication, il fut content de son tableau qui fut reconnu aux yeux des hommes		Le tableau est accroché dans la salle à manger, lieu de vie et de passages Durant le déjeuner, le groupe échangea avec les autres résidents du foyer autour du tableau

En T1 l'action répondit à l'intention ; Monsieur M. n'avait pas très envie de s'engager dans un atelier, il ne s'autorisa pas à recevoir des gratifications sensorielles et cela se manifesta dans la production : il se servit d'un seul doigt pour modeler la pâte auto-durcissante (photo ci-contre) et montra des difficultés de motricité.

À partir de T2 Monsieur M. commença à s'autoriser à recevoir des gratifications sensorielles qui se manifestèrent dans sa praxie (il réalisa des gestes plus amples et souples), par l'expression verbale de celles-ci, l'expression de ses émotions (sourire) et par l'opération de choix dans sa production.

En T4 (photo de gauche, ci-dessous) Monsieur M. se cantonna à choisir des couleurs primaires (magenta et jaune), tandis qu'en T10 (photo de droite, ci-dessous), il réalisa des mélanges pour obtenir ses couleurs : il mélangea les 3 couleurs primaires pour faire du marron pour la coque et réalisa un camaïeu de bleu pour la mer et le ciel. Son choix de couleurs fut cohérent.

En T6 Monsieur M. fit preuve d'une motricité très fine au travers le modelage de coquillage en pâte auto-durcissante et en collage de serviettes (photo ci-dessous).

II. Monsieur M. bénéficia de 10 séances en PEC éducative diverses au sein du même groupe que la PEC en art-thérapie

Monsieur M. bénéficia d'une PEC au sein du même groupe (constitué de Madame G., Monsieur P. et lui-même) dans des ateliers divers dirigés par divers membres de l'équipe éducative (selon leur méthode habituelle) post pris-en-charge en art-thérapie. La PEC fut à hauteur de 10 séances de 40 minutes minimum.

Séances (T) :	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10
Dates (année 2013) :	28/05	04/06	07/06	17/06	18/06	25/06	26/06	27/06	28/06	09/07
Nature de l'activité :	vidéo	dessin coloriage	Cuisine	dessin coloriage	dessin coloriage	sortie en bateau	dessin coloriage	Cuisine	Vidéo	Vidéo

L'objectif Général fut le même quel que soit l'activité : que Monsieur M. participe et s'engage dans l'activité et qu'il prenne un plaisir sensoriel

Séances	Conclusion par rapport à l'Objectif	Faits divers
T1 Vidéo	Monsieur M. se présenta et resta à l'activité Monsieur M. n'opéra pas de choix (pour le film) Il exprima son goût pour l'activité mais ne manifesta aucune émotion au cours de celle-ci	Il dira souhaiter regarder d'autres films « mais pas tous les jours »
T2 Dessin/ coloriage		Monsieur M. ne souhaita pas participer à l'activité car il avait de la visite
T3 Cuisine	Monsieur M. participa activement à l'activité Il fut engagé par son investissement Monsieur M. opéra des choix (il fit le choix des menus en fonction de ses goûts) Monsieur M. fut dans la relation	Monsieur M. échangea sur les autres activités qu'il pratiquait
T4 Dessin/ coloriage T5 Dessin/ Coloriage	Monsieur M. participa à l'activité coloriage Mais Monsieur M. ne s'engagea pas dans cette activité (il ne demanda pas de lui-même à continuer un travail où reprendre cette activité) Monsieur M. ne manifesta pas d'émotions lors de l'activité Monsieur M. s'exprima peu Monsieur M. opéra des choix (il fit le choix de 3 dessins à colorier) Monsieur M. sembla avoir confiance en lui (activité à sa portée où il ne se sentit pas dévalorisé) Monsieur M. fut dans l'échange en T5 (surtout avec l'encadrant)	Monsieur M. coloria rapidement et les couleurs choisies ne furent pas harmonieuses Monsieur M. sembla (interprétation) prendre du plaisir à être avec les autres participants Le coloriage fut imprécis malgré que Monsieur M. prenne son temps

T6 Sortie en bateau	Monsieur M. fut engagé dans cette activité (le thème l'intéressait, c'est lui-même qui proposa sa candidature et fut participant) Monsieur M. manifesta des émotions (sourire)	Monsieur M. se montra sensible à son environnement Monsieur M. du se reposer durant l'activité Monsieur M. manœuvra le bateau
T7 Dessin/ coloriage	Monsieur M. ne s'engagea pas dans l'atelier (il sortit à de nombreuses reprises, exécuta son dessin rapidement et ne se montra pas motivé) Monsieur M. ne fut pas dans la relation et la communication	
T8 Cuisine		Monsieur M. ne souhaita pas participer à l'activité et n'en exprima pas les raisons
T9 Vidéo		Monsieur M. refusa l'activité. Il disait ne pas être désireux d'y participer et être fatigué
T10 Vidéo	Monsieur M. ne souhaita pas au départ participer à l'activité, puis se joignit au groupe au cours de la séance Il manifesta des émotions (par des rires) Il n'opéra pas de choix (de film)	Monsieur M. vint de son plein gré en cours de séance

La seule activité (dirigée à chaque fois par le même encadrant) utilisant l'Art pour atteindre l'Objectif Général de la PEC fut le dessin/coloriage. Les objectifs intermédiaires ou sous-objectifs de cet atelier furent :

- offrir un espace d'expression au travers du dessin, du coloriage, de la peinture
- permettre un temps de concentration sur différentes réalisations (soit de façon dirigée, soit de façon individuelle)
- profiter de ce moment pour ouvrir un temps de paroles, informel

L'activité, d'une durée d'1H00 environ, fut décomposée en 3 niveaux :

- La création d'un dessin libre (sujet non directif)
- Le coloriage libre d'un dessin proposé (plus directif)
- L'élaboration en groupe d'un dessin autour d'un thème choisi durant la séance (échange, participation)

Cette activité fut appréciée de Monsieur M. où il vint de lui-même. Il fut engagé et assidu durant le temps de la séance. Concernant la production artistique, l'exécution fut faite rapidement sans choix et harmonie dans les couleurs mais la raison ne fut pas évoquée. Monsieur M. ne fit pas de dessin libre. Monsieur M. eu besoin d'être dirigé. Concernant sa relation aux autres, Monsieur M., échangea très peu avec les autres participants. Il questionna cependant l'encadrant sur des sujets anodins et ne parla pas de lui sauf pour évoquer son « handicap physique ».

C. L'évaluation des mêmes items en PEC en art-thérapie et en PEC éducative permit d'apprécier l'évolution de l'engagement de Monsieur M. pendant et post-intervention art-thérapeutique

I. Les faisceaux d'items de l'élan corporel et l'estime de soi, ainsi que la structure corporelle et la confiance en soi, quottés à chaque séance d'art-thérapie, furent adaptés par l'équipe à une PEC éducative

L'état-de-base et la première séance d'art-thérapie permirent de déterminer les items et faisceaux d'items et de les affiner.

Le premier faisceau d'items évalué porta sur son élan corporel et son estime de lui : Monsieur M. était une personne rigide, c'est-à-dire qui ne parvenait pas et ne s'autorisait pas à recevoir des gratifications sensorielles. Contemplateur, Monsieur M. avait des savoirs mais ne s'autorisait pas aux saveurs* ce qui fit qu'il ne s'engageait pas dans une activité car elle ne lui paraissait pas assez gratifiante.

L'engagement concerne l'estime de Soi qui est la valeur qu'un être humain se donne en tant qu'être humain, se rapportant au rapport du savoir/ la saveur. L'engagement c'est l'envie et désir de réaliser quelque chose. Si l'activité artistique était assez gratifiante pour Monsieur M. il pouvait gagner une bonne estime de lui et mettre tout en œuvre pour se procurer de nouveau ce bien-être et puiser dans cette estime de lui-même ces mêmes saveurs qui provoquent l'activité artistique. La gratification qu'apporte l'activité est un élément clef du processus thérapeutique. Elle est ce qui donne envie de poursuivre l'activité artistique.

Au travers du faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi furent évalués (de façon interprétée (I), objectivement (O) ou ressentie (R) :

- sa satisfaction / auto-évaluation (I)
- son Plaisir pris dans l'activité (R)
- son Engagement dans l'activité (O)

Le 2ème faisceau d'items évalué porta sur sa structure corporelle et sa confiance en lui : Monsieur M. n'avait pas confiance en lui, en l'image que son corps reflétait au monde extérieur, en ses capacités. Associée à une perte gratifications, Monsieur M. se contentait de rester juste contemplateur. Être contemplateur signifiait que Monsieur M. recevait tout de même des gratifications sensorielles, mais qu'elles n'étaient pas suffisamment importantes pour avoir envie de s'engager dans une production et pour la mener à son terme. Pour aboutir une production, il devait également avoir confiance en ses capacités. C'est pour cela que la détermination de Monsieur M. dans ses décisions, choix et gestes fut importante à déterminer pour voir s'il gagnait en confiance en lui.

Au travers du faisceau d'items de sa structure corporelle et sa confiance en soi furent évalués (de façon interprétée (I), objectivement (O) ou ressentie (R) :

- sa rigidité (O)
- sa praxie (O)
- sa prise d'initiatives (O)
- ses gratifications sensorielles

Furent évalués également, quantitativement, la manifestation de ses émotions et la richesse de ces émotions ; mais aussi sa faculté critique et son idéal esthétique. Considérer sa production comme œuvre d'Art, c'est se considérer comme artiste et faire preuve de faculté critique.

Les items purent être évalués soit quantitativement soit qualitativement.

Faisceaux d'items : élan corporel et estime de soi • **sa satisfaction / auto-évaluation** : 4 certaine ou forte ; 3 moyenne ; 2 faible ; 1 aucune • **plaisir pris à et dans l'activité :** 4 fort ; 3 moyen ; 2 peu ; **1** inexistant • **engagement dans l'activité :** 4 prend du plaisir à venir et rester à l'atelier ; 3 ne porte pas de regard ; 2 voit l'atelier comme du travail ; 1 ne veut pas venir à l'atelier
Faisceaux d'items : structure corporelle et confiance en soi • **rigidité**: 4 ouvert ; 3 commence à s'ouvrir progressivement ; 2 rigide ; 1 replié sur lui-même • **gratification sensorielle :** 4 satisfaisantes, manifestes ; 3 progressives ; 2 insuffisantes ou peu manifestes ; 1 ne se manifestent pas • **praxie** : 4 souplesse du mouvement et légèreté des gestes ; 3 gagne en souplesse durant la séance ; 2 tremblements répétés, maladresse; 1 difficultés motrices • **prise d'initiatives :** 4 certaine ; 3 moyenne ; 2 modérément, peu ; 1 aucune
Item de la manifestation des émotions • **manifestation des émotions :** 4 beaucoup ; 3 apparente ; 2 un peu ; 1 pas du tout
Item de la manifestation d'une ou plusieurs des 6 émotions de base (P. EKMAN et C. IZARD) • **somme de la richesse des émotions :** évalué de 1 à 6
Item de la faculté critique et idéal esthétique • **faculté critique et idéal esthétique :** 3 remplit le bilan auto évaluatif art-thérapeutique; 2 s'auto-évalue oralement ; 1 ne peut pas ou ne s'autoévalue pas

À la fin de la PEC en art-thérapie, Monsieur M. savait s'engager dans une activité, s'autoriser à recevoir des gratifications (sensorielles et émotionnelles) lui provenant du monde extérieur et Monsieur M. obtint une meilleure structure corporelle.

Les items d'observations de l'équipe éducative devaient donc permettre d'observer si Monsieur M. pouvait de nouveau s'engager dans une activité et s'il s'autorisait à recevoir des gratifications lui provenant d'une autre activité que l'art-thérapie. C'est-à-dire, d'observer si « les bénéfices » de l'art-thérapie se transféraient sur une autre activité.

Monsieur M. fut intégré à des activités dont certaines le plaçait comme spectateur et non acteur (activité vidéo), il fut donc impossible d'évaluer des items qui sont observables que dans la production comme la praxie. Certaines activités n'étant pas non plus de nature artistique (vidéo, cuisine, sortie en bateau), il fut impossible d'évaluer l'harmonie des couleurs, la souplesse ou la précision du geste…ou bien-même de faire évaluer sa production sur le Bon, le Bien et le Beau par Monsieur M.

Les items doivent rester inchangés tout au long de la PEC pour en évaluer l'évolution, furent donc observer, d'une manière générale :

- sa satisfaction, son auto-évaluation
- son plaisir pris à et dans l'activité
- sa gratification sensorielle
- son engagement dans l'activité

Pu être évalué aussi l'item concernant :

- la manifestation de ses émotions

II. Les grilles d'évaluation des items et les graphiques permirent d'évaluer objectivement l'évolution positive de l'engagement de Monsieur M. et la restauration de sa structure corporelle lors de la PEC en art-thérapie

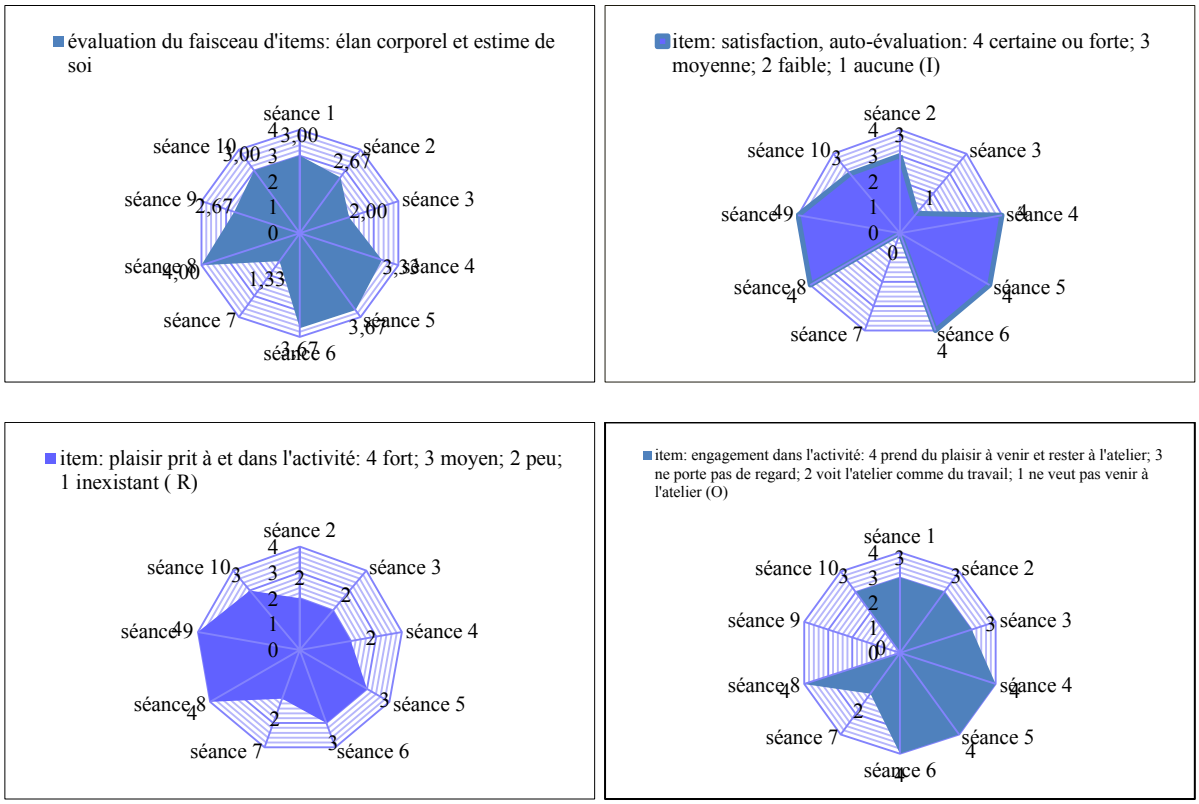
Les items choisis permirent de révéler globalement l'amélioration de la qualité existentielle de Monsieur M. par son engagement dans l'activité et l'amélioration de sa structure corporelle. Ils furent quottés à chaque séance dans un tableau réalisé sur Excel (les valeurs des moyennes furent arrondies à deux décimales).

Tableau 1, évaluation du faisceau d'items : élan corporel et estime de soi

évaluation du	item1	item2	item3	**moyenne**	**total**	
séance 1			3	3	3	
séance 2	3	2	3	2,67	8	
séance 3	1	2	3	2,00	6	
séance 4	4	2	4	3,33	10	
séance 5	4	3	4	3,67	11	
séance 6	4	3	4	3,67	11	
séance 7	0	2	2	1,33	4	
séance 8	4	4	4	4,00	12	
séance 9	4	4	0	2,67	8	
séance 10	3	3	3	3,00	9	
moyenne	3,00	2,78	3,00			
total	27	25	30			
graphique en courbe:						
légende:						
item1: satisfaction, auto-évaluation: 4 certaine ou forte; 3 moyenne; 2 faible; 1 aucune						
item2: plaisir prit à et dans l'activité: 4 fort; 3 moyen; 2 peu; 1 inexistant						
item3: engagement dans l'activité: 4 prend du plaisir à venir et rester à l'atelier;						
	3 vient mais dit voir l'atelier comme du travail;					
	2 se présente mais reste passif;					
	1 ne veut pas venir à l'atelier					

Des graphiques en radar permirent d'apprécier plus facilement l'évolution du faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi de Monsieur M

Graphiques 1, évolution du faisceau d'items : élan corporel et estime de soi



T7 ne put pas toujours être évaluée car Monsieur M. resta contemplateur. La séance consista à achever le tableau par les signatures du groupe et ensuite à visionner de DVD du groupe Staff Benda Bilili. Toutefois la signature de Monsieur M. sur le tableau, faisant suite à sa demande, indiqua qu'il reconnut sa production comme production artistique ayant droit d'exister au regard du monde. La PEC en art-thérapie fit gagner Monsieur M. en confiance en lui et indirectement en estime de lui car Monsieur M. accorda une valeur à sa production.

Les graphiques (ci-dessus) permirent de constater que l'évolution du faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi de Monsieur M. fut progressive et que les séances T4, T5, T6 et T8 furent les séances qui lui permirent d'atteindre un meilleur élan corporel et une meilleure estime de lui. La moyenne faite de chaque item permit de constater une certaine constance. Il n'y eu pas un item qui évolua beaucoup plus qu'un autre.

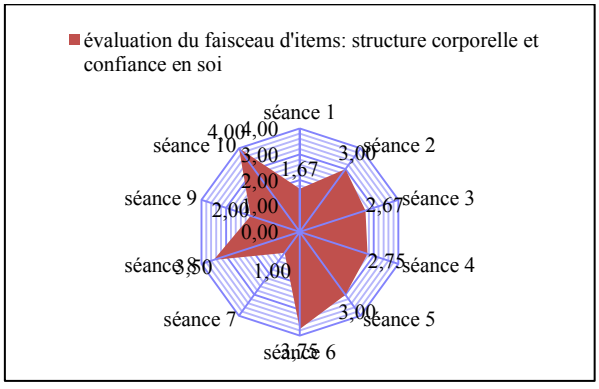
Le faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi indiqua que Monsieur M. su s'engager dans la PEC en art-thérapie en étant plutôt constant dans sa globalité :

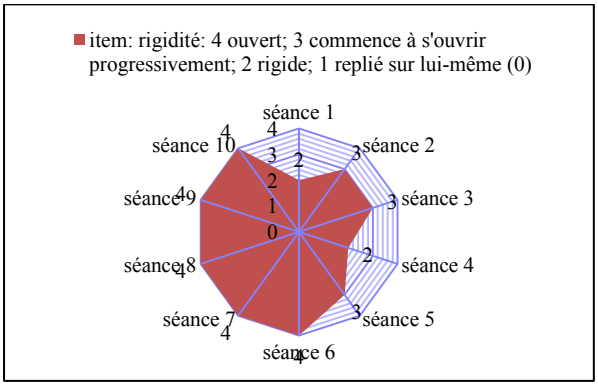
- Monsieur M. avait tendance à voir tout atelier comme du travail mais prit un réel plaisir à venir à l'atelier et y rester aux séances T4, T5 et T6 qui furent des séances gratifiantes pour Monsieur M. Il sut s'engager.
- C'est durant ces mêmes séances que son plaisir pris à l'activité passa de peu à moyen pour être fort à la 8ème séance.
- C'est toujours au cours de T4, T5 et même T3 et T7 (signature du tableau) que Monsieur M. émit une auto-évaluation certaine et forte sur sa production trouvant son travail « Beau », l'amenant à en parler avec les autres, tandis qu'en début de PEC (T2) Monsieur M. n'émit aucune auto-évaluation.

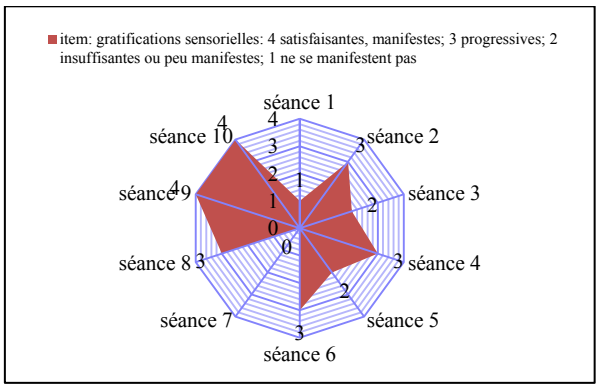
Tableau 2, évaluation du faisceau d'items : structure corporelle et confiance en soi

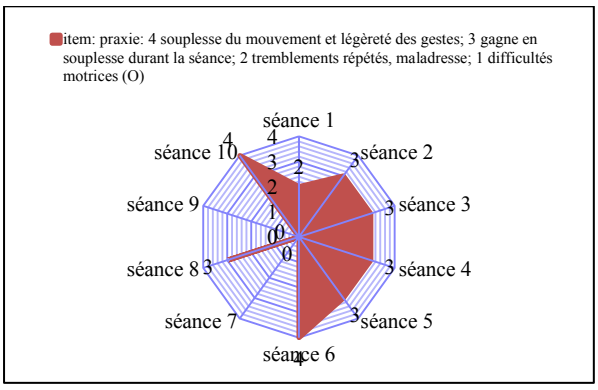
évaluation du	item1	item2	item3	item4	**moyenne**	**total**
séance 1	2	2		1	1,67	5
séance 2	3	3		3	3,00	9
séance 3	3	3		2	2,67	8
séance 4	2	3	3	3	2,75	11
séance 5	3	3	4	2	3,00	12
séance 6	4	4	4	3	3,75	15
séance 7	4	0	0	0	1,00	4
séance 8	4	3	4	3	3,50	14
séance 9	4	0	0	4	2,00	8
séance 10	4	4	4	4	4,00	16
moyenne	3,30	2,50	2,71	2,50		
total	33	25	19	25		
graphique en courbe						
légende:						
item1: rigidité: 4 ouvert; 3 commence à s'ouvrir progressivement; 2 rigide; 1 replié sur lui-même						
item2: praxie: 4 souplesse du mouvement et légèreté des gestes;						
	3 gagne en souplesse durant l'atelier;					
	2 tremblements répétés, maladresse; 1 difficultés motrices					
item3: prise d'initiatives: 4 certaine; 3 moyenne; 2 modérément, peu; 1 aucune						
item4: gratifications sensorielles: 4 satisfaisantes, manifestes; 3 progressives;						
		2 insuffisantes ou peu manifestes; 1 ne se manifestent pas				

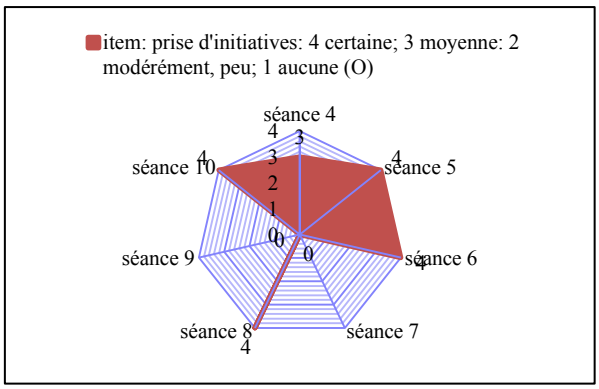
Graphiques 2, évolution du faisceau d'items : structure corporelle et confiance en soi









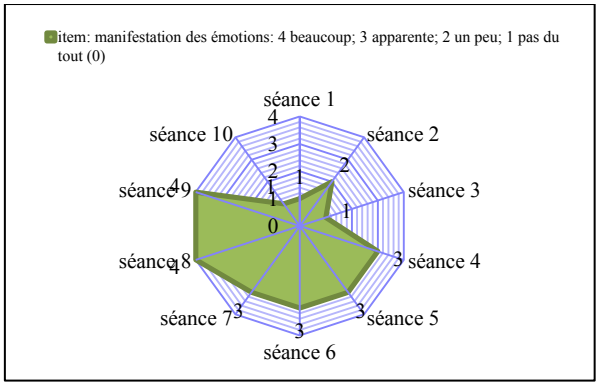


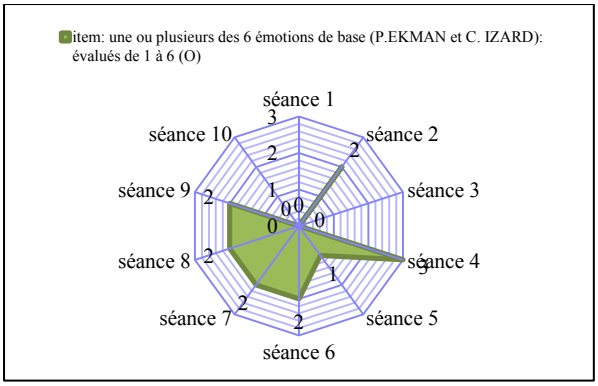
Les graphiques (ci-dessus), concernant le faisceau d'items de la structure corporelle et la confiance en soi de Monsieur M., permirent de constater, grâce à la moyenne faite de chaque séance, que le faisceau évolua progressivement pour atteindre le maximum des cotes aux dernières séances. La moyenne faite de chaque item permit de constater que l'item le mieux quotté fut celui de sa rigidité d'esprit : Monsieur M. s'ouvra de plus en plus au monde extérieur ; tandis que la moyenne des autres items indiqua une certaine constance dans leur évolution.

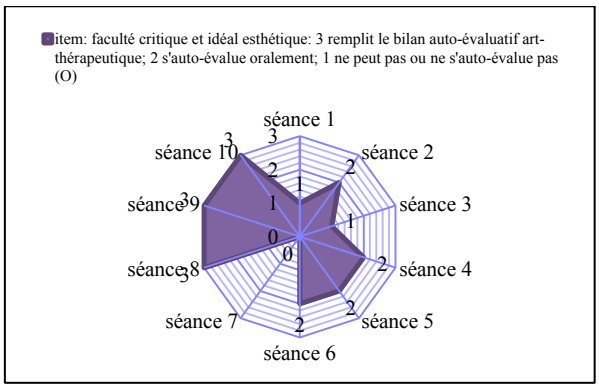
Le faisceau d'items de la structure corporelle et la confiance en Soi de Monsieur M. confirma l'hypothèse en montrant une certaine ascension le long de la PEC et en étant à son apogée à la dernière et 10ème séance:

- Même si Monsieur M. sembla plus rigide qu'à son habitude en T4 en n'enlevant pas son bonnet et en ne laissant pas apparaître d'expressions, l'évolution de l'item de la rigidité indiqua qu'il s'ouvrit progressivement le long de la PEC. Monsieur M. se montra ouvert lors des dernières séances.
- L'item de la prise d'initiative s'ajouta à l'évaluation de la confiance en soi. Cet item n'arriva qu'en T4.Si Monsieur M. ne prit que moyennement des initiatives en T9 Monsieur M. su prendre des initiatives et s'affirmer aux 4 autres séances quand il commença à choisir des couleurs pour la voile.
- Si lors des 5 premières séances Monsieur M. ne s'autorisa que moyennement à recevoir des gratifications sensorielles, il finit par s'autoriser à recevoir des gratifications sensorielles manifestes lors de la PEC et gagna en structure corporelle.
  Monsieur M. gagna progressivement en souplesse durant la PEC pour gagner une meilleure praxie que furent ses mouvements souples et ses gestes légers à la 10ème séance.

Graphiques 3, évaluation d'items spécifiques et évaluation de la faculté critique et de l'idéal esthétique de Monsieur M.







Les gratifications archaïques peuvent être sensorielles mais aussi émotionnelles :

- Si la dernière séance ne fut pas propice à laisser apparaître les émotions de Monsieur M., elles furent apparentes dès la 4ème séance pour se manifester beaucoup en T8.
- La somme de ces émotions fut généralement au chiffre de 2 sur les 6 émotions de base sauf en T4 qui fut une séance très plaisante pour Monsieur M. où elle fut au chiffre de 3 pour ne laisser apparaître qu'une émotion la séance suivante.

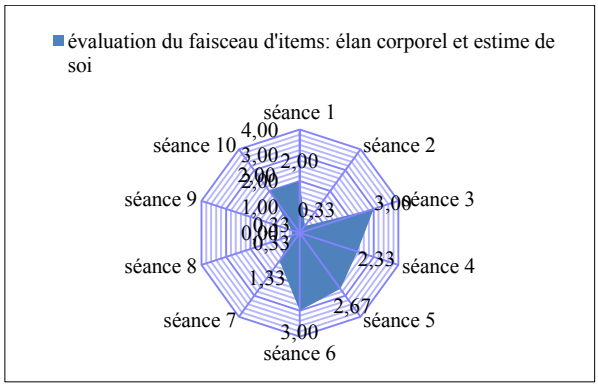
- C'est à partir de T8 que Monsieur M. parvint à remplir le bilan auto-évaluatif art-thérapeutique montrant qu'il gagna en faculté critique et idéal esthétique.

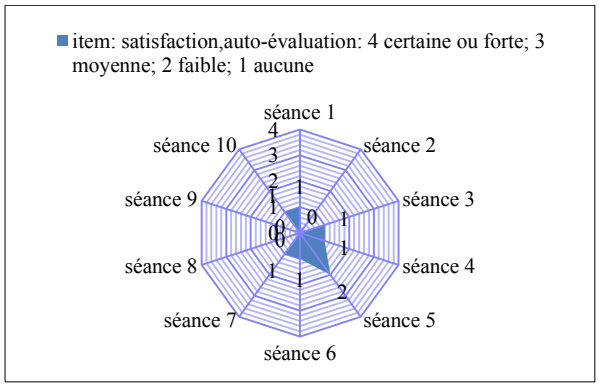
III. Les observations en PEC éducative purent être évaluées sous forme de grilles d'observations et de graphiques

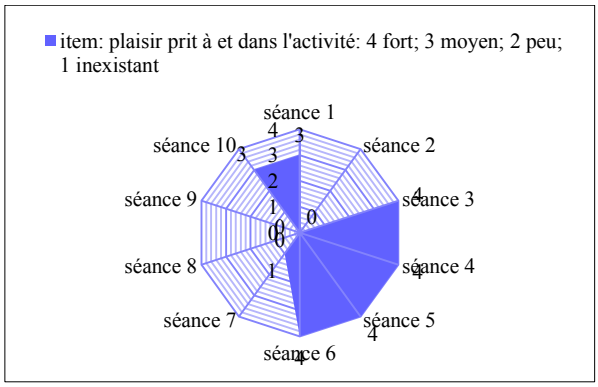
Tableau 3, évaluation du faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi, en PEC éducative

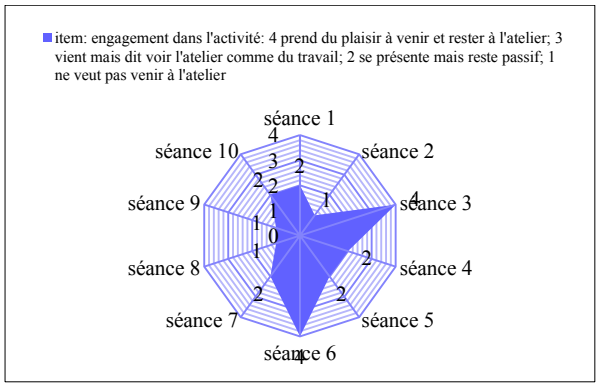
évaluation du	**item 1**	**item 2**	**item 3**	**moyenne**	**total**
séance 1	1	3	2	2,00	6
séance 2	0	0	1	0,33	1
séance 3	1	4	4	3,00	9
séance 4	1	4	2	2,33	7
séance 5	2	4	2	2,67	8
séance 6	1	4	4	3,00	9
séance 7	1	1	2	1,33	4
séance 8	0	0	1	0,33	1
séance 9	0	0	1	0,33	1
séance 10	1	3	2	2,00	6
total	10	23	21		
moyenne	0,80	2,30	2,10		
graphique en courbe:					
légende:					
item 1: satisfaction, auto-évaluation: 4 certaine ou forte; 3 moyenne; 2 faible; 1 aucune					
item 2: plaisir prit à et dans l'activité: 4 fort; 3 moyen; 2 peu; 1 inexistant					
item 3: engagement dans l'activité: 4 prend du plaisir à venir et à rester à l'atelier;					
	3 vient mais dit voir l'atelier comme du travail; 2 se présente mais reste pas				
	1 ne veut pas venir à l'atelier				

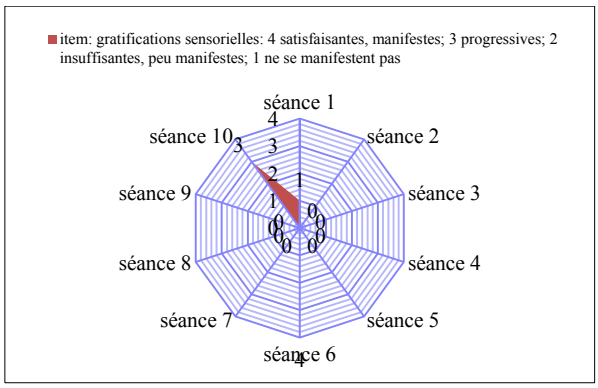
Graphiques 4, évaluation du faisceau d'items (élan corporel et estime de soi) et de l'item des gratifications sensorielles de Monsieur M. en PEC éducative











Les graphiques (ci-dessus) permirent de constater, qu'hormis les séances où Monsieur M. ne souhaita pas participer (T2, T8 et T9), son élan corporel et son estime de lui furent plutôt constants variant de 2 à 3/4.

- Sa satisfaction et son auto-évaluation furent faibles dans l'ensemble sauf en T5 (dessin/ coloriage). Monsieur M. émit une auto-évaluation moyenne.
- Son plaisir prit à et dans l'activité fut en majorité fort (T3 à T6). Il n'y a qu'en T7 (dessin/coloriage) que Monsieur M. prit peu de plaisir.
- En T3 (cuisine) et T6 (sortie en bateau) Monsieur M. prit plaisir à venir et rester à l'atelier. Les autres séances, il vint aux activités (hormis 3 dont T2, T8 et T9) mais resta passif.

Les gratifications sensorielles de Monsieur M. ne furent pas quottés sauf aux 2 séances vidéo : en T1 elles ne se manifestèrent pas et en T10 elles furent peu manifestes

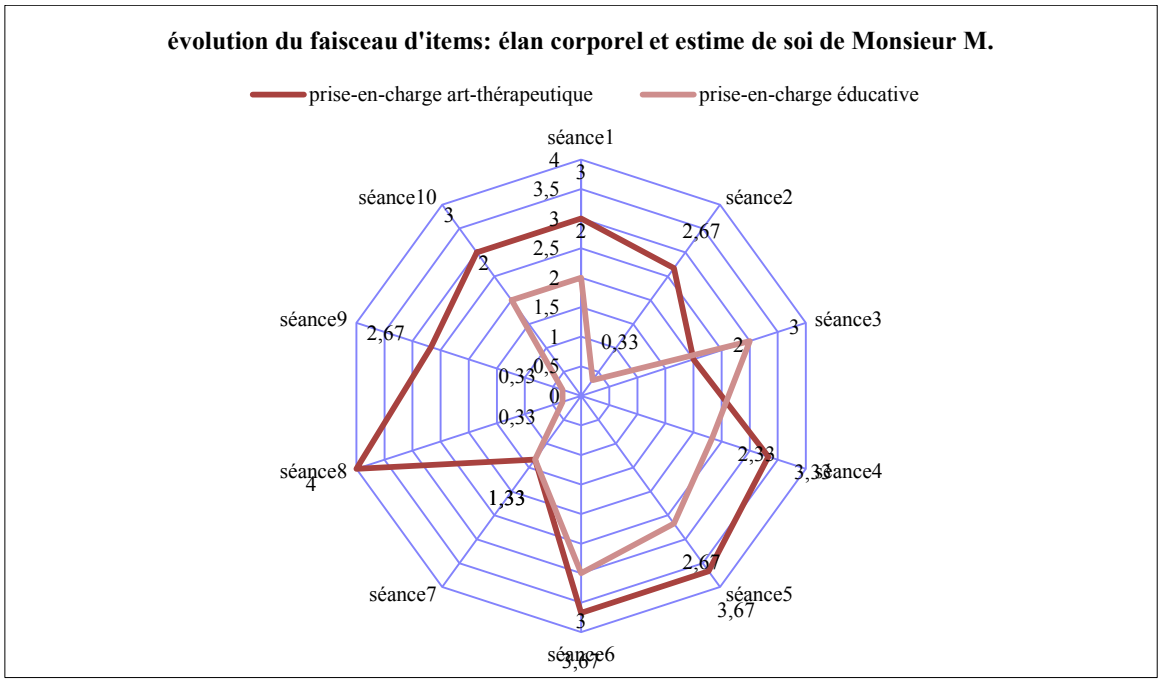
D. Un tableau et un graphique comparant l'élan corporel et l'estime de soi de Monsieur M. sur les deux prises-en-charge permirent de mettre en évidence le bien-fondé de l'art-thérapie dans l'atteinte de ses objectifs

Un tableau synthétique facilite la comparaison de l'évolution des items durant les deux prises-en-charge :

	PEC art-thérapeutique	PEC éducative
Item de sa satisfaction/auto-évaluation	En T3 Monsieur n'émit aucune évaluation. En T4 sa satisfaction fut quottée moyenne. Lors de toutes les autres séances, Monsieur M. fut satisfait de sa production et émit une bonne auto-évaluation globale	À part en T5, Monsieur M. n'émit aucune auto-évaluation ou ne montra aucune satisfaction de la production résultante de l'activité
Item de son plaisir prit à et dans l'activité	Le plaisir prit par Monsieur M. à et dans l'activité artistique fut globalement progressif : lors des 4 premières séances, Monsieur M. prit peu de plaisir à et dans l'activité, tandis que l'activité artistique lui fut gratifiante par la suite	À part en T7, les activités auxquelles Monsieur M. s'est présenté lui furent gratifiantes dans l'ensemble : en T1 et T10 Monsieur M. prit moyennement du plaisir à l'activité tandis que de T3 à T6 Monsieur M. prit beaucoup de plaisir à l'activité
Item de son engagement dans l'activité	Monsieur M. fut engagé tout le long de la PEC en art-thérapie : si T7 et T9 furent difficilement quottés car Monsieur M. fut mis en situation de contemplateur, à partir de T4 Monsieur M. cessa de ne pas porter de regard sur l'atelier pour y venir avec plaisir et y rester. Il vint à toutes les séances.	À part deux séances (T3 et T6) où Monsieur M. prit du plaisir à venir à l'activité éducative proposée, il resta passif à toutes les autres séances et ne souhaita pas participer à 3 d'entre elles.
Item des gratifications sensorielles	Si Monsieur M. ne manifesta que peu ou pas de gratifications sur les premières séances (T1, T3 et T5) lors des autres séances, Monsieur M. reçut progressivement des gratifications sensorielles au cours de l'activité ou manifesta ces gratifications tout au long de la séance.	Les gratifications sensorielles reçues par Monsieur M. lors des activités ne furent pas appréciées, évaluées. Seul T1 et T10 permirent de les quotter.

Un graphique en radar de l'évolution du faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi de Monsieur M. en PEC en art-thérapie et en PEC éducative facilite la lecture comparative.

Graphiques 5, comparaison de l'évolution du faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi de Monsieur M. en PEC en art-thérapie et en PEC éducative



Le tableau comparatif et le graphique de l'évolution de l'élan corporel et de l'estime de soi de Monsieur M. lors de sa PEC art-thérapeutique et de sa PEC éducative permirent de dresser un bilan:

- Globalement la PEC en art-thérapie de Monsieur lui permit de s'affirmer en émettant une auto-évaluation sur sa production et de l'estimer. Lors de la PEC éducative, Monsieur M. n'émit aucune auto-évaluation sur les productions résultantes des activités proposées.
- Le plaisir de Monsieur M. à venir et rester à l'activité artistique lors de la PEC art-thérapeutique fut progressive, tandis qu'en majorité, lors de la PEC éducative, Monsieur M. prit du plaisir aux et dans les activités proposées.
- Monsieur M. fut engagé dans l'activité artistique, dans le projet. Il vint à toute les séances et son regard porté sur l'atelier se transforma : il prit plaisir à venir. Lors de la PEC éducative, Monsieur M. refusa de se présenter à près d'1/3 des activités proposées en pour être majoritairement passif lors des activités auxquelles il fut présent.

3ème PARTIE OU DISCUSSION :
L'ETUDE DE LA PEC EN ART-THERAPIE ET DU GROUPE TEMOIN PERMET D'EFFECTUER UN PREMIER BILAN SUR L'ADPTABILITE ET LA MODIFICATION DES OUTILS DE L'ART-THERAPEUTE POUR RENDRE OBJECTIF LE BIEN-FONDE DE SES PRISES-EN-CHARGE

A. La mise en commun et l'adaptabilité de certains outils art-thérapeutiques avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire permet de rendre objectif le bien-fondé de l'art-thérapie

I. L'évaluation du protocole art-thérapeutique en comparaison au protocole éducatif peut permettre de valider le bien-fondé de l'art-thérapie

Pour qu'il y ait évaluation comme le stipule Géraldine RANDOU[1], il doit y avoir comparaison, au minimum, de deux choses. Comparer un protocole art-thérapeutique à un protocole éducatif c'est pouvoir en évaluer les aboutissants. Ici, l'aboutissant fut l'amélioration de la qualité existentielle de Monsieur M., soit l'amélioration de son engagement dans les activités et de son estime de lui. Mais il ne s'agit pas d'évaluer cette évolution en comparant juste deux prises-en-charge qui n'ont, à priori, que peu de points communs, il fallut que les éléments de comparaison, hors aboutissant, soient les mêmes, c'est-à-dire, ici, soient les mêmes items d'évaluation.

Dans un premier temps, la PEC en art-thérapie améliora la qualité existentielle de Monsieur M. (par l'acquisition d'un élan corporel et une amélioration de son estime de lui). Comparer les mêmes items de mesure mais dans deux contextes différents (une PEC art-thérapeutique et une PEC éducative) permet de le constater et de valider le bien-fondé de l'art-thérapie. L'Objectif Général que Monsieur M. s'engagea dans l'activité fut atteint, il devint au fil du temps acteur de l'activité et engagé. Monsieur M. montra une confiance en lui se traduisant par son engagement dans l'activité artistique (et ceci malgré des séances espacées) et l'amélioration de sa motricité fine au fil du temps en atelier. Avoir confiance en soi c'est avoir aussi confiance en les autres, Monsieur M. le montra à travers ses émotions qu'il montrait de plus en plus sur la fin de la PEC et par l'échange qu'il avait avec le reste du groupe. L'engagement de Monsieur M. indiqua qu'il sut s'accorder une valeur, qu'il s'estima davantage. Monsieur M. sut même s'engager dans une autre production artistique (T8)

Dans un deuxième temps, le graphique en radar[2] comparant les deux prises en-charge permet de valider le bien-fondé de l'art-thérapie. À part en T3, la PEC art-thérapeutique permit à Monsieur M. de trouver l'élan nécessaire pour s'engager dans l'activité et lui permit d'acquérir une meilleure estime de lui qu'en PEC éducative. Monsieur M. fit preuve d'un réel engagement dans sa PEC art-thérapeutique.

Contrairement à la PEC éducative, un Programme d'Accompagnement de Soins fut mis en place en PEC d'art-thérapie. Il permit de contribuer à maintenir la dynamique instaurée dans la PEC mais aussi d'instaurer une confiance du patient en l'art-thérapeute. Il fallut toutefois faire attention à ce que le patient ne vienne pas à l'atelier uniquement parce qu'il était bien avec l'art-thérapeute. Il faut un climat de confiance, mais il ne s'agit pas du fond du travail. Monsieur M. fut

[1] Se reporter à : Rapport, mémoire et thèse répertoriés, (RANDOU, 2009) p 62 du document.

[2] Se reporter à : Graphiques 5, comparaison de l'évolution du faisceau d'items de l'élan corporel et l'estime de soi de Monsieur M. en PEC en art-thérapie et en PEC éducative p. 44

engagé dans l'activité car il se sentait en confiance, mais en remplissant le bilan auto-évaluatif, Monsieur M. montra qu'il ne s'était pas engagé dans l'activité uniquement pour sa relation avec l'art-thérapeute : Monsieur M. fut capable d'émettre un jugement esthétique et de manifester sa faculté critique, donc son autonomie (objectivité/ monde extérieur) et sa faculté de critique, donc son idéal esthétique (subjectivité/ monde intérieur). Monsieur M. fut engagé dans l'activité artistique et l'outil auto-évaluatif permit d'apprécier l'atteinte des Objectifs.

II. La mise-en-commun des outils permet de rester le plus objectif possible lors des prises-en-charge en art-thérapie et pourrait aider le reste de l'équipe pluridisciplinaire à atteindre leurs propres objectifs

Certains outils de l'art-thérapeute diplômé de la faculté de médecine comme la Fiche d'Ouverture, les bilans, la Fiche de Clôture, sont partagés avec l'équipe pluridisciplinaire et/ ou s'insèrent dans les dossiers médicaux ou éducatifs. Parfois même, ils peuvent être utilisés par l'équipe médicale, paramédicale ou éducative.

Le foyer Artimon se compose d'une équipe pluridisciplinaire exclusivement éducative (se détachant d'une présence médicale quotidienne) dans l'intérêt du résident (pour le desinstitutionnaliser). Or, prise par le quotidien et par ses objectifs éducatifs, l'équipe éducative ne peut pas, à elle seule et sans présence d'un personnel thérapeutique, mettre en avant les capacités physiques, psychiques et cognitives des résidents qu'elle prend-en-charge. L'art-thérapeute est alors un soutien au reste de l'équipe en étant complémentaire : dans une démarche de soin, il est capable de mettre en avant les émotions du résident et d'autant plus ses émotions esthétiques ; l'art-thérapeute peut utiliser le schéma de l'O.A. auprès de l'équipe pour expliquer les mécanismes (des résidents) physique, psychique et social impliqués dans toutes activités. Les informations apportées par le schéma de l'O.A. en font un bon outil transdisciplinaire dans l'atteinte des objectifs de tous.

En outre, les bilans transmis à l'équipe pluridisciplinaire et placés dans les dossiers des résidents font figurer l'évolution des items évalués lors des séances d'art-thérapie. Mettre en commun ces outils permet de rendre tangible cette évolution : la mise-en-commun permet d'échanger, de confronter les points de vue et donc de rendre objectif cette évolution. Par ailleurs, l'objectivité naît d'un accord commun ; c'est pourquoi partager les items d'évaluation avec reste de l'équipe pluridisciplinaire c'est rendre le plus objectif possible les prises-en-charge pluridisciplinaires. Partir tous sur les mêmes bases c'est pouvoir rendre objectif les résultats. C'est en partageant et adaptant les items de l'élan corporel et l'estime de soi de Monsieur M. avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire que pu être rendu objectif les résultats de la PEC en art-thérapie. Aussi, continuer d'utiliser des items d'observation, permettrait à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluer plus facilement l'évolution de leurs prises-en-charge. En effet des items chiffrés et quottés permet d'évaluer et d'être plus objectif qu'en ne prenant que des annotations écrites qui font plus appellent à l'interprétation et au ressentie du membre de l'équipe.

Un P.A.S.[1] est également un outil qui permettrait d'aider l'équipe pluridisciplinaire à atteindre ses objectifs.

III. La mise en commun des outils art-thérapeutiques au reste de l'équipe pluridisciplinaire présente toutefois une part de subjectivité

A l'opposé de l'objectivité, la subjectivité* ne constitue pas un objet de pensée valable pour tous, elle dépend de la vie psychique.

Si la mise en commun des outils art-thérapeutiques au reste de l'équipe pluridisciplinaire permet de rester le plus objectif possible lors des prises-en-charge en

[1] Voir Une fiche Bilan des goûts et émotions pourrait être pensée comme outil préliminaire p. 53

art-thérapie, elle présente toutefois une part de subjectivité. En effet, le partage des outils et la transmission et l'utilisation des items restent limités :

- le schéma de l'O.A. est un outil utilisé exclusivement par les art-thérapeutes diplômés de la faculté de médecine, il synthétise les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique. L'art-thérapeute en maîtrise les modalités et parvient à repérer les phases qui peuvent devenir des sites d'action. Pour exploiter cet outil à travers des activités qui ne sont pas forcément artistiques, l'équipe doit en maîtriser toutes les modalités et savoir dans quel but elle exploite cet outil ; il doit s'inscrire dans une démarche de soin.
- si l'activité n'est pas artistique, les items relatifs aux émotions esthétiques ne peuvent pas être transmis et exploités par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
- seuls les items qui sont évalués objectivement (O) peuvent prétendre à une évaluation objective et pourraient dans ce cas être transmis à l'équipe. En effet, si un item est évalué de façon ressentie par l'art-thérapeute et que ce même item est évalué dans une autre activité par une tierce personne, alors il sera évalué de façon ressentie par une personne qui n'a pas les mêmes ressentis que l'art-thérapeute. La valeur de cet item perd alors son objectivité.
- les items doivent être suffisamment détaillés et correctement chiffrés pour être évalués objectivement. Pour que l'évaluation soit objective, il est important que toutes les personnes qui quottent les items les comprennent bien de la même façon.

Une évaluation pour être la plus objective possible doit pouvoir être partagée pour être un objet de pensée valable pour tous. Dans ce cas les outils devraient en tenir compte et pouvoir s'adapter pour être utilisés dans l'atteinte d'une plus grande rigueur possible.

La comparaison de la PEC art-thérapeutique et de la PEC éducative (ci-dessus) permet de valider le bien-fondé de l'art-thérapie en mettant en commun l'évolution des items. Cependant l'équipe éducative annota chaque item et ne les chiffra pas. Lorsque l'art-thérapeute chiffre chaque item par rapport aux annotations et observations qui furent faites, il rentre déjà dans l'interprétation de ces observations. Dès lors la comparaison est déjà en partie mise en échec. La passation des outils ne fut pas correctement faite.

B. L'étude réalisée ne suffit pas à la rigueur scientifique pour prouver l'objectivité et le bien-fondé de l'art-thérapie

Les éléments de méthodologie (méthode, en grec *méta-odos*, signifie « chemin vers ») en recherche clinique « ensemble de règles logiques nécessaires à la sélection et l'interprétation objective de données pertinentes, par rapport aux problèmes de recherche clinique que l'on se propose de résoudre »[1] peuvent toujours présenter une part de subjectivité.

La méthodologie tente de poser, de manière la plus objective possible, les questions et de mettre en place un protocole adapté pour y répondre. En dépit des méthodes, la science peut produire des erreurs et, inversement, l'absence de méthode stricte peut avoir une valeur scientifique. Outre le manque de rigidité que présente l'art-thérapie en comparaison à la médecine, de par l'exploitation du potentiel artistique, elle s'emploie à s'inscrire dans une démarche et une méthodologie scientifique.

En se référant aux définitions données d'idiographique et de nomothétique[2], l'art-thérapie s'inscrit, pour le moment, comme science idiographique (science qui décrit un phénomène donné, s'efforçant de le mesurer. En exemple : une étude de cas individuelle est une démarche idiographique, elle peut-être unique), à contrario de la science nomothétique (science qui

[1] Se reporter à : Monographie (BOUVARD & COTTRAUX, 2005) p. 7 de l'ouvrage
[2] Se reporter à : Monographie (BOUVARD & COTTRAUX, 2005) Pp8-9 dans l'ouvrage

établit des lois ayant recours à des statistiques et à une définition précise de variables. Elle nécessite des études sur un grand nombre de patients et une standardisation des mesures).

I. La médecine exige un haut niveau de preuves

La comparaison d'un protocole art-thérapeutique et d'un protocole éducatif fut effectuée afin de prouver le bien-fondé d'une PEC art-thérapeutique. L'art-thérapie est une discipline paramédicale, donc les preuves de son bien-fondé doivent être scientifiques. Chercher à savoir « scientifiquement » c'est s'efforcer à évaluer le degré de certitude des informations recueillies. La médecine exige un haut niveau de preuves. Elle répond à cette nécessité par des analyses statistiques quantitatives : l'EBM (Evidence-Based Medicine) est une médecine fondée sur les preuves, elle impose au médecin de délivrer au patient des soins conformés par la science. « Preuve » est entendue ici par « fait » ; la médecine basée sur les faits est souvent nommé médecine factuelle. B. TRUMBIC[1] définit la médecine factuelle comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la PEC personnalisée de chaque patient ». « Consciencieuse » signifie ici avec méthode, elle nécessite des outils objectifs d'évaluation.

Les essais cliniques sont des méthodes qui ont rendu possibles les études comparatives (l'évaluation des effets des traitements et les quantifications des résultats des soins).

- Les premières expérimentations cliniques furent les essais contrôlés. Un essai contrôlé est un essai dans lequel le comparatif de référence est un groupe contrôle. Le groupe contrôle est un témoin de ce qui se passe en l'absence de l'administration d'un produit, ou de ce qui se passe avec l'administration d'un placebo ou de ce qui se passe avec l'administration du traitement de référence auquel le futur traitement envisagé souhaite se substituer.
- Les essais en aveugle furent d'abord développés pour exclure les thérapies « douteuses »[2]. Un essai en double aveugle est un essai dans lequel ni les médecins ni les patients ne savent qui reçoit le traitement ou le placebo. Le but de cet essai est de faire en sorte que les médecins comme les patients se comportent de la même façon dans les groupes à qui est administré le traitement ou le placebo, éliminant tout biais inconscient.
- À contrario, un essai ouvert est un essai dans lequel les médecins et les patients savent qui reçoit le traitement. L'essai est inévitablement ouvert dans le cas d'une opération.
- L'ECR ou Essai Clinique Randomisé permet de mettre en accord les médecins sur les critères d'inclusion des malades dans un essai : les patients et les « volontaires sains » sont tirés au sort (randomisation vient de l'anglais random, adj. : aléatoire) puis sont répartis en différents groupes ou bras, et sont traités avec des doses différentes d'un même médicament ou recevront un placebo. L'ECR permet un tirage au sort qui est essentiel pour éliminer tout biais de sélection.

II. La comparaison d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin comme réalisée ci-avant ne suffit pas à prouver le bien-fondé de l'art-thérapie

La comparaison d'un protocole art-thérapeutique avec un protocole éducatif sur un même groupe de même nature permit d'en évaluer les effets et donc tend vers une plus grande rigueur scientifique. La comparaison, c'est-à-dire, l'évaluation des deux protocoles permet de dépasser une stratégie de recherche uniquement descriptive ou d'observation dont l'objectif principal est de quantifier, codifier ou observer les items, mettant en œuvre l'intuition de

[1] Se reporter à : Monographie (LECOURT, 2004)
[2] Selon (LECOURT, 2004)

l'art-thérapeute. L'évaluation permet de passer de la subjectivité à l'objectivité et d'inscrire l'art-thérapie comme science nomothétique. Cependant dans un protocole de cas individuel, comme fait ici, où Monsieur M. resta toujours le sujet pris comme propre témoin, avec une évaluation reposant sur des phases d'interventions, ou de diverses interventions comparées à des phases de non intervention, exige un certain nombre, voir un grand nombre de points, sujets de mesures pour réaliser une analyse statistique comparative des différentes phases.

Le protocole réalisé ici reste limité. En effet, dans les protocoles de cas individuels, les conclusions restent généralisées à une pathologie, ici à la singularité d'une souffrance. Cependant il permet de rester au niveau de l'individu et d'émettre des hypothèses qui n'apparaîtraient pas dans des études de groupe.

Avec un protocole de cas unique, même en réalisant un protocole identique auprès d'un nombre important de patient et en faisant varier les conditions expérimentales, les conditions ne pourront pas être généralisables à l'ensemble des patients. Si les variables sont bien définies, un autre expérimentateur pourrait refaire le même protocole, mais les résultats ici obtenus sont moins démonstratifs qu'un protocole prenant un compte un groupe et qui cherche à éliminer les causes d'erreur.

Dans les études contrôlées, les erreurs peuvent être commises au niveau

- de l'échantillonnage : l'erreur commise est de sélectionner que des patients susceptibles de répondre au traitement favori ou de choisir des patients qui ne sont pas comparables les uns aux autres. La solution étant de veiller aux critères d'inclusion et d'exclusion.
- du nombre de sujets et effets statistiques (erreur aléatoire ou random error) : un trop petit nombre de patients présentant peu de changements, ou des résultats positifs mais pas souvent fréquents peut faire conclure à une absence d'effet, qui pourrait apparaître avec un plus grand nombre de patients.
- des attentes des sujets : les attentes des patients peuvent avoir un effet placebo.
- de l'expérimentateur (elles entrent dans les effets placebo).

III. Une abstraction totale de subjectivité en art-thérapie n'est pas possible

Les groupes contrôles sont souvent employés dans les essais pharmacologiques et psychopharmacologiques mais il n'est pas possible d'administrer un placebo dans des essais contrôlés qui n'administrent rien comme dans l'art-thérapie ou la psychothérapie. Des solutions furent alors proposées pour résoudre ce problème en psychothérapie[1] :

- le groupe « attention-placebo » permet d'éliminer les effets simples de PEC (le thérapeute n'utilise pas les éléments actifs de la thérapie testée).
- le contrôle par une pseudo-thérapie. Cette méthode peut poser des problèmes éthiques et/ ou pratiques : la pseudo-thérapie ne doit pas contenir d'éléments qui se recoupent avec la thérapie à l'étude.
- le double-aveugle est possible dans la comparaison d'une thérapie à elle-même, mais elle doit être associée à un médicament actif ou à un placebo.
- Il en est de même pour une anti thérapie, elle peut poser un problème d'éthique : le premier groupe reçoit la thérapie avec placebo et le groupe contrôle reçoit l'anti-exposition avec le traitement.
- La meilleure solution est d'utiliser d'autres formes de la thérapie à l'essai comme contrôle. Ici l'art-thérapie contrôle ne devrait pas comporter les éléments thérapeutiques supposés actifs (retenir ce que le patient aime pour qu'il s'engage tout en instaurant un climat de confiance, et lui avoir fait exploiter un Art primaire, archaïque pour que les informations corporelles lui soient gratifiantes) dans

[1] Se reporter à : Monographie, (BOUVARD & COTTRAUX, 2005)

l'art-thérapie à l'étude. Cependant cette comparaison peut poser des problèmes d'interprétation, dans la mesure où l'art-thérapie contrôle risque d'avoir une prime à la nouveauté.

L'expérience utilisa un protocole à mesures répétées intra-groupes : c'est-à-dire que le groupe, dont Monsieur M. fit parti, eu successivement le protocole A (PEC en art-thérapie) et protocole B (PEC éducative). Ce protocole pose un problème cependant : l'effet de la phase A influence sur la phase B, c'est-à-dire qu'avant sa PEC éducative, Monsieur M. parvenait déjà à s'engager dans une activité grâce à la PEC en art-thérapie.

C. Les outils art-thérapeutiques tendent vers une rigueur scientifique

I. Les outils art-thérapeutiques ont pu déjà être pensés, modifiés et adaptés par des art-thérapeutes diplômés de la faculté de médecine

a. Certains étudiants en art-thérapie à la faculté de médecine se sont questionnés sur la pertinence des outils art-thérapeutiques

Nathalie DUMORTIER dans son mémoire[1] fait ressortir, p57, l'aspect particulier de l'art-thérapie en qualité de discipline à part entière : n'étant pas médiatisée elle présente des outils particuliers et adaptés. Dans un premier temps l'art-thérapie nécessite de fixer des objectifs thérapeutiques (c'est-à-dire qu'elle a une attente de changements envers ses patients) et d'utiliser une grille d'évaluation pour consigner les informations spécifiques à l'évolution du patient. Nathalie DUMORTIER définit l'Objectif thérapeutique comme ce qui permet à l'art-thérapeute de cibler et savoir vers quoi il tend, donnant ainsi un sens à la PEC et permettant d'y adapter les moyens. Ensuite elle définit, p61, l'évaluation comme un outil qui permet de savoir ce que l'on veut évaluer et qui permet de consigner les informations.

Cependant, pour Nathalie DUMORTIER, si l'outil d'évaluation présente les avantages cités ci-dessus et celui aussi d'acquérir des repères dans le temps, il présente également des inconvénients :

- la recherche d'items adaptés nécessite beaucoup de temps.
- si cette recherche n'est pas faite avec soin, l'outil n'aura pas de valeur.
- l'outil nécessite beaucoup de temps après chaque séance (prise de note).
- il nécessite de savoir vers quoi on tend.

Géraldine RANDOU dans son mémoire[2] ne parle pas des inconvénients mais des difficultés de pertinence des outils d'évaluation art-thérapeutique car pour elle, ce qu'elle capte en qualité d'art-thérapeute peut-être différent de ce qu'exprime le patient (surtout face à la pathologie autistique sur laquelle porte son mémoire p70). Elle explique, p72, que dans toutes disciplines soignantes il est difficile de ne pas faire abstraction de sa subjectivité, impliquant des conséquences dans la manière d'évaluer.

Outre les inconvénients de temps qu'impliquent les outils d'évaluation et les difficultés de pertinence qu'ils présentent face à la subjectivité de l'art-thérapeute, Nathalie DUMORTIER et Géraldine RANDOU sont en accord sur la passation de ces outils : c'est toujours la même personne qui peut ou doit les utiliser.

Géraldine RANDOU explique, pp73-74, que l'art-thérapie n'est pas normalisée, donc que les évaluations d'un art-thérapeute à un autre ne sont pas les mêmes, rien que dans la façon de

[1] Se reporter à : Rapport, mémoire et thèse répertoriés (DUMORTIER, 2005)
[2] Se reporter à : Rapport, mémoire et thèse répertoriés (RANDOU, 2009)

quotter. Elle explique que cette hétérogénéité peut poser problèmes lors des transmissions d'informations.

b. L'adaptation des outils vers une plus grande objectivité fut déjà pensée

Géraldine RANDOU met en avant, dans son mémoire p62, le fait qu'évaluer (c'est-à-dire de comparer au moins deux choses) c'est rendre objectif ce qui est subjectif. Dans son mémoire pp76-80, elle tient compte des expériences et des objets pertinents des outils d'évaluation art-thérapeutique de d'autres art-thérapeutes diplômés de la faculté de médecine pour rendre possible une adaptation de ses outils à la pathologie autistique.

Géraldine RANDOU rend son analyse plus objective en définissant bien ces items et en réalisant un chiffrage cohérent :

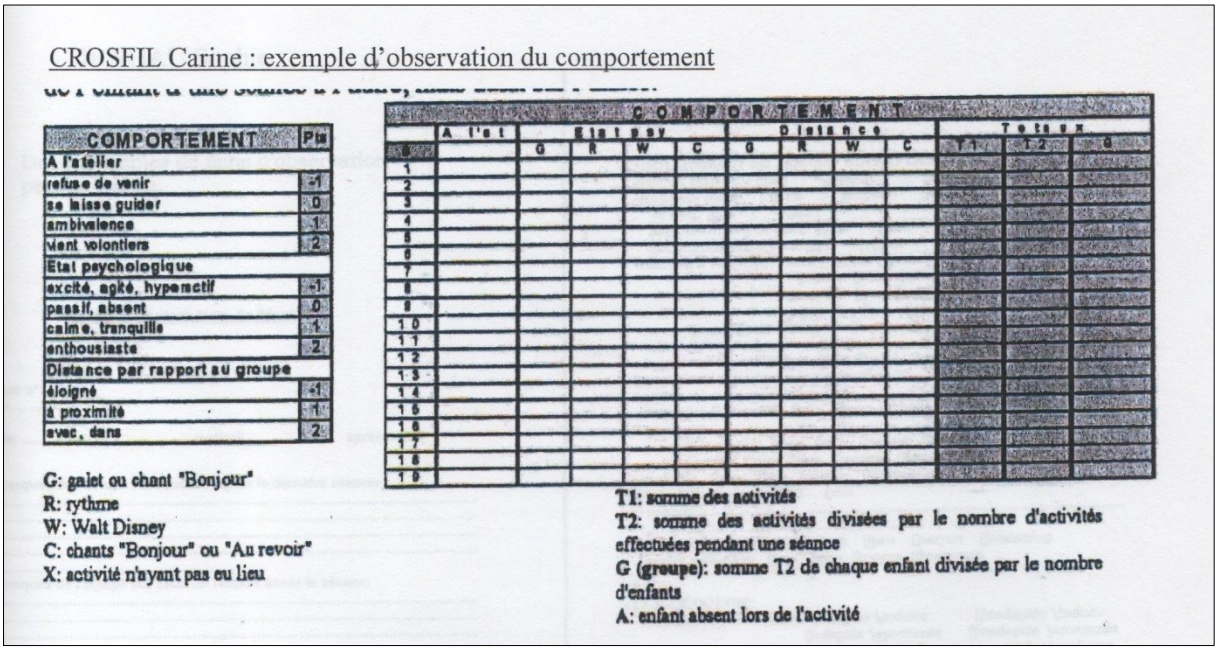
- les outils d'évaluation doivent correspondre à la pathologie pour objectiver les impressions que le patient renvoie à l'art-thérapeute.
- le chiffrage doit être défini et homogène dans la même PEC.
- l'unité de chaque item d'un même faisceau doit être la même.
- il faut utiliser le même outil graphique.

Elle explique également p77 que le bilan auto-évaluatif est rarement utilisé en tant que cube harmonique sous forme de cube et de chiffres et doit s'adapter à la personne et sa compréhension et qu'en général, les outils d'évaluation en art-thérapie sont adaptés à chaque personne PEC (p79).

Dans ses recherches dans les autres mémoires des art-thérapeutes diplômés de la faculté de médecine, elle prend en exemple p67 Karine CROFILS[1] pour sa fiche d'observation[2] qu'elle trouve plutôt objective car elle fut uniquement composée de tableaux avec des items chiffrés, sans remarque et présente donc peu de subjectivité.

Image 2 : fiche d'Observation objective de CROSFIL Karine

c. De nouveaux outils complémentaires furent créés et exploités



CROSFIL Carine : exemple d'observation du comportement

COMPORTEMENT	Pts
A l'atelier	
refuse de venir	-1
se laisse guider	0
ambivalence	1
vient volontiers	2
Etat psychologique	
excité, agité, hyperactif	-1
passif, absent	0
calme, tranquille	1
enthousiaste	2
Distance par rapport au groupe	
éloigné	-1
à proximité	1
avec, dans	2

	A l'at	Etat psy				Distance				Totaux		
N°		G	R	W	C	G	R	W	C	T1	T2	G
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

G: gaist ou chant "Bonjour"
R: rythme
W: Walt Disney
C: chants "Bonjour" ou "Au revoir"
X: activité n'ayant pas eu lieu

T1: somme des activités
T2: somme des activités divisées par le nombre d'activités effectuées pendant une séance
G (groupe): somme T2 de chaque enfant divisée par le nombre d'enfants
A: enfant absent lors de l'activité

[1] CROFILS K. (2003). *Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale auprès d'une population infantile autiste présentant des troubles de la communication*
[2] Image 2 : fiche d'Observation objective de CROSFIL Karine

Si les outils d'évaluation purent être adaptés pour obtenir une plus grande objectivité, d'autres furent créés et exploités. Nathalie DUMORTIER, dans son mémoire[1] p62, s'interrogea sur la négligence de certaines informations qui peuvent être liées au fait de juste remplir des cases dans la grille d'observation. Afin de pallier à cette éventuelle négligence, elle créa un outil[2] (présenté dans son mémoire p50) lui permettant d'ajouter à chacune de ses séances « la possibilité de noter une particularité ».

Image 3: Nouvel outil de Nathalie DUMORTIER sur les particularités de chaque séance

Rubriques \ Dates	03/2	10/2	17/2	24/2	03/3	10/3	17/3	24/3	31/3	14/4	21/4	28/4
PARTICULARITES	Fuit dès qu'il s'agit de parler de lui – Bienveillant avec les autres	Très intimidé (refuse de lire son texte)	Beaucoup d'incohérence dans les écrits	Parle pour la 1ère fois de lui, son projet est abordé	Sortie au cinéma	Accueil des enfants de la crèche	Difficulté à structurer ses idées, à amener des actions dans l'écrit	Parle d'1 RV fixé avec L'AS + psychiatre par rapport à son avenir	Inquiétude quant à son avenir	Ecriture sur musique appréciée	Visite d'un lieu de vie susceptible de l'accueillir	Texte évoquant la mort
NOMBRE DE PARTICIPANTS	2	2	2	2			2	2	1	1		1

Elle explique, p62, que cet outil lui permet de relire plus facilement la grille : « ces détails écrits me donnant une représentation de la séance alors que la codification ne réussit pas à m'éveiller de souvenir. »

II. Les outils de l'art-thérapeute ont pu et pourraient être d'avantage modifiés pour être plus objectifs et/ou précis

a. La fiche d'ouverture pourrait et devrait s'adapter à la pathologie, ici psychotique chronique

Même si les outils sont communs à tous les art-thérapeutes diplômés de la faculté de médecine, certains nécessiteraient d'être adaptés à la pathologie des patients pris-en-charge afin d'être plus précis. La fiche d'ouverture devrait être adaptée aux caractéristiques de la psychose chronique aux vues de ce qu'elle diminue de la qualité de vie du patient et en vue de l'améliorer. Devraient y figurer, suite à l'État de Base du patient (les éléments étant quottés de 1 à 4 avec 1: très bon(ne) ; 2: bon(ne) ; 3: moyen(ne) ; 4: mauvais(e)) la qualité de:

- l'état de l'intégralité de l'identité du patient
- le comportement du patient
- la structure corporelle du patient
- l'état des perceptions sensorielles (vue, toucher, ouïe, odorat) du patient

[1] Se reporter à: Rapport, mémoire et thèse répertoriés (DUMORTIER, 2005)
[2] Image 3: Nouvel outil de Nathalie DUMORTIER sur les particularités de chaque séance p.52

- la manifestation des émotions du patient
- la qualité relationnelle du patient
- l'élan corporel du patient
- l'engagement dans une activité du patient
- l'autonomie du patient

b. La grille d'observation put être modifiée et pourrait l'être d'avantage pour être plus précise

La fiche d'Observation fut modifiée avant les prises-en-charge en art-thérapie afin de rester la plus objective possible lors de celles-ci. Elle se présentait comme un compte-rendu de ce qui se passait durant l'atelier[1].

En tenant compte des remarques apportées par les art-thérapeutes diplômés de la faculté de médecine (ci-dessus) qui se sont penchés sur la question, présenter la fiche sous forme de grille comme le modèle proposé dans le livre de Richard FORESTIER[2], pp132-133 semblerait être le plus approprié pour rester le plus objectif possible. En effet, ce modèle se présente sous forme d'items chiffrés et ne laisse que peu de place à des remarques et donc peu de place à la subjectivité de l'art-thérapeute.

Sur ce modèle, fut envisagée une nouvelle grille d'observation ponctuelle[3]. Elle repose sur la reprise de certains items chiffrés proposés dans le livre de Richard FORESTIER, sur l'ajout d'éléments de la première fiche d'observation[4], la suppression ou la modification de certains items chiffrés proposés dans le livre (n'étant pas adaptés au public rencontré) et l'ajout des items relatifs à la pathologie psychotique chronique. Les outils d'évaluation art-thérapeutique doivent s'adapter à la personne PEC et à sa pathologie.

III. De nouveaux outils complémentaires pourraient être envisagés pour une plus grande rigueur

a. Une fiche Bilan des goûts et émotions pourrait être pensée comme outil préliminaire

En T8, Monsieur M. contempla un livre de représentations d'œuvres picturales de paysages marins. Le livre proposé à Monsieur M. proposait volontairement divers auteurs, divers styles, diverses époques et diverses factures[5] afin que Monsieur M. trouve ce qui lui plaît, qu'il puisse opérer un choix, qu'il l'affirme et pour connaître ce qui rayonne pour lui. Monsieur M. montra plus d'attrait pour les œuvres figuratives, fidèles à la réalité, d'une grande expressivité (la facture étant celle du dessin aux traits fluides et vifs) et aux couleurs estompées. Son goût pour ces œuvres s'affirma au travers de l'expression de ses émotions et à sa relation naissante aux autres (Monsieur M. partageait, il fut dans la communication, fit de l'humour, échangea des regards, des sourires,…). Ce savoir concernant les goûts picturaux de Monsieur M. (les œuvres qui rayonnes pour lui) aurait dû apparaitre dès le début de la PEC afin de:

[1] ANNEXE 2 : Outil, fiche d'Observation ponctuelle p. III
[2] Se reporter à : Monographie, (FORESTIER, Tout savoir sur l'art-thérapie, 1999)
[3] ANNEXE 6 p. VII et ANNEXE 7 p. VIII
[4] ANNEXE 2 : Outil, fiche d'Observation ponctuelle p. III
[5] **Facture** : Manière dont une œuvre est composée. (DEL-MANCINO, GOBERT, HUMBERT, & PETITJEAN)

- connaître les goûts de Monsieur M. (connaître ce qui rayonne pour lui)
- connaître la culture artistique de Monsieur M. et l'étendue de celle-ci
- ne pas mettre en échec la PEC de Monsieur M. en le mettant face à des œuvres qui ne lui plaisent pas
- lui donner envie de s'engager dans l'activité (grâce aux gratifications que lui procurent les œuvres qu'il aime)
- lui permettre de s'affirmer (en opérant des choix et en les affirmant)
- pouvoir valoriser ses potentialités artistiques (son savoir théorique et son savoir pratique)

Cet outil permettrait de réaliser un bilan des goûts et émotions esthétiques de la personne PEC en art-thérapie lors de la première rencontre et permettrait ainsi d'atteindre plus rapidement son Objectif thérapeutique et d'envisager plus facilement sa stratégie thérapeutique.
Cet outil[1] fut pensé post intervention en art-thérapie et n'a donc pas pu être exploité.
Aussi, il ne s'applique qu'à la dominante arts-plastiques. Une fiche devrait être envisagée pour chaque dominante afin de répondre à leurs spécificités.

b. Un outil consignant la contribution de l'équipe pluridisciplinaire au P.A.S. pourrait être un bon support transdisciplinaire et de communication

Un P.A.S. comme son nom l'indique, permet d'accompagner la personne prise-en-soins par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, les proches ou la personne elle-même dans un but sanitaire et thérapeutique. Elle concerne ce qui se passe durant deux séances en complément de celles-ci. Il s'agit d'un outil complémentaire faisant contribuer l'équipe pluridisciplinaire et nécessitant une transdisciplinarité.

En exemple, Monsieur M. ne parvenait pas à s'engager dans une activité car les informations lui provenant du monde extérieur qu'il imprimait ne lui étaient pas suffisamment gratifiantes. D'un atelier d'art-thérapie à un autre, retenir ce qui rayonnait pour Monsieur M. permettait à l'atelier suivant de répondre à ses besoins de gratifications. Ainsi, lorsque l'information sur le goût de Monsieur M. pour les bateaux fut transmise, emmener des magazines de voiles à l'atelier d'art-thérapie et lui en parler avant permit à Monsieur M. de vouloir venir et de s'engager dans l'activité. Le P.A.S. fut un élément déterminant et essentiel dans la PEC de Monsieur M. pour atteindre l'Objectif art-thérapeutique.
C'est pourquoi un outil[2] consignant la contribution de l'équipe pluridisciplinaire au P.A.S. fut pensé. Le P.A.S. permettrait à l'art-thérapeute de contribuer au travail transdisciplinaire et d'élargir ses compétences sans les outrepasser.

Pour exemple, pendant la période de stage, la majorité des résidents du foyer était demandeuse de participer aux ateliers d'art-thérapie. Durant cette période, certains purent assister à un spectacle clownesque sur le thème de la sexualité et qui faisait interagir le public. Si l'outil, P.A.S. aurait été utilisé, peut-être qu'aurait pu être pensée, dans la continuité de la thématique, une intervention art-thérapeutique utilisant l'O.A. Cette intervention aurait répondu aux attentes des résidents demandeurs, les aurait sortis de leur apragmatisme, leur aurait permis de ressentir des émotions esthétiques et leur aurait permis de s'engager dans d'autres activités. Ils auraient pu, ainsi, échanger, donc communiquer contribuant à restaurer et/ou maintenir leur autonomie sociale.

[1] ANNEXE 8 : outil, Bilan des goûts et émotions esthétiques p. IX
[2] fiche Programme d'Accompagnement de Soins p. X

c. Une normalisation des outils, en tenant compte que de leurs points forts, permettrait une plus grande objectivité

Les outils art-thérapeutiques pour tendre vers le plus d'objectivité possible devraient être communs car l'objectivité naît d'un élément de pensée valable pour tous. Si les outils devraient s'adapter à la pathologie (fiche d'ouverture, grilles d'observation) et devraient également être exploitables par d'autres membres de l'équipe (fiche d'ouverture, schéma de l'opération artistique, programme d'accompagnement de soin, fiche de clôture), ils devraient en tenir compte en laissant une possibilité de s'adapter, tout en étant normalisés.
Les outils pour être normalisés et tendre vers le plus d'objectivité possible nécessiteraient la confrontation et l'accord commun et unanime d'un grand nombre d'art-thérapeutes diplômés de la faculté de médecine.

En tenant compte des points forts des outils proposés dans le livre de Richard FORESTIER, et d'autres art-thérapeutes diplômés et des modifications apportées, les outils synthétisés ci-dessous[1], sous forme de tableau, peuvent tendre vers une plus grande objectivité.

Image 4 : tableau synthétique des outils art-thérapeutiques

Légende :
Outil modifié
Outil rajouté
Outil créé
Outil d'autre art-thérapeute

OUTILS :	transmis à l'équipe	adaptable à la pathologie	exploitable par l'équipe
Fiche d'Ouverture	Oui	Oui	
Schéma de l'Opération Artistique	Oui	Oui	Oui
Bilan des Goûts et Émotions Esthétiques			
Fiche Programme d'Accompagnement de Soins	Oui		Oui
Grille d'Observation ponctuelle		Oui	
Fiche des particularités de chaque séance			
Grilles et graphiques d'évaluations des items	Oui		
Bilan auto-évaluatif art-thérapeutique		Oui	

[1] Image 4 : tableau synthétique des outils art-thérapeutiques

CONCLUSION

Nous l'avons vu, tout ce qui est à l'extérieur (qui fait partie du monde sensible) est sous l'emprise de l'objectivité mais l'art-thérapie ne peut pas totalement reposer sur elle. L'activité artistique n'implique pas que des mécanismes humains observables comme la technique, la forme, la production, l'expression et la communication, elle implique également des mécanismes internes qui reposent sur de la subjectivité, comme la captation, les émotions, les ressentis et le fond. Les outils ne sont pas normalisés laissant ainsi une grande liberté à l'art-thérapeute mais aussi une plus grande place à sa subjectivité. Nous pouvons dès lors bien comprendre que si les outils peuvent manquer d'objectivité, il peut alors s'avérer difficile pour l'art-thérapeute de prouver le bien-fondé de sa prise-en-charge. Par ailleurs, aucune analyse statistique quantitative objectivant les résultats de prise-en-charge ne fut trouvée dans les mémoires d'art-thérapie de Tours pour contribuer à cette nécessité d'atteindre la plus grande rigueur possible.

Les résultats des recherches dans ce mémoire ont permis d'objectiver le bien-fondé de l'art-thérapie et ses outils. En art-thérapie, la personne prise-en-charge obtint un meilleur engagement qu'en ateliers éducatifs. Et la passation des outils, permettant d'en relever faiblesses comme points forts, permit de les rendre plus objectifs. Les outils purent, dès lors, être modifiés, repensés et créés dans le but d'atteindre une plus grande objectivité mais aussi, grâce à leur passation, de contribuer significativement au travail transdisciplinaire.

Pour conclure, il serait utile de continuer la recherche en art-thérapie. Pour répondre aux exigences scientifiques, l'art-thérapie se devrait d'apporter, dans la mesure du possible, un haut niveau de preuves en réalisant des essais cliniques. En outre, les outils devraient être normalisés pour être et rester les plus objectifs possibles. Ils devraient être évalués, comparés, discutés et constituer un objet de pensée valable pour tous.

L'observation des résultats obtenus, sous les outils qui furent modifiés ou créés, ouvre des perspectives dans cette nécessité d'atteindre la plus grande objectivité possible. La finalité étant de pouvoir prétendre à l'autorité médicale sous laquelle se placent les art-thérapeutes.

BIBLIOGRAPHIE

Monographie

BOUVARD, M., & COTTRAUX, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (éd. 3e). Masson.

FORESTIER, R. (1999). *Tout savoir sur l'art-thérapie* (éd. 6e). Lausanne: FAVRE.

FORESTIER, R. (s.d.). *Regard sur l'art.* SeeYouSoon.

GIL, R. (2010). *Neuropsychologie* (éd. 5e). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

HANUS, M., & LOUIS, O. (2010). *Psychiatrie pour l'étudiant* (éd. 11e). MALOINE.

HUGUIER, M., & MAISONNEUVE, H. (1998). *La rédaction médicale de la thèse à l'article original: la communication orale.* Doin.

LECOURT, D. (2004). *Dictionnaire de la pensée médicale.* Paris: Presses Universitaires de France.

PERLEMUTER, L., & QUEVAUVILLIERS, J. (2007). *Nouveaux cahiers de l'infirmière: 3 Soins infirmiers II. Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherches.* Elsevier Masson S.A.S.

PERLEMUTER, L., & QUEVAUVILLIERS, J. (2007). *Nouveaux cahiers de l'infirmière: Sciences humaines* (éd. 6e). Elsevier Masson S.A.S.

REY, A. (1998). *Dictionnaire historique de la langue française, Dictionnaires le Robert* (éd. réimpression de Mars 2006, Vol. Tome 1 et 3). SEJER.

Rapport, mémoire et thèse répertoriés

CROFILS, K. (2003). *Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale auprès d'une population infantile autiste présentant des troubles de la communication.*

DUMORTIER, N. (2005). *La fonction de l'évaluation dans la prise en charge de personnes dépendantes affectives en atelier d'art-thérapie* (Vol. I: 71 p). Tours: Mémoire de fin d'études du diplôme universitaire d'art-thérapie de la faculté de médecine de tours.

RANDOU, G. (2009). *Une expérience d'art-thérapie à dominantes musique et arts plastiques, montre la pertinence des outils d'évaluation art thérapeutique avec les enfants autistes* (Vol. I: 93 p). Tours, Mémoire de fin d'études du diplôme universitaire d'art-thérapie de la faculté de médecine de tours.

Document électronique : site web

Pr VIDAILHET, P.(s.d.) Consulté le Avril 30, 2014, sur http://udsmed.ustrasbg.fr/emed/courses/MODULEMO15/document/Pr._Pierre_Vidailhet/Troubles_cognitifs_schizophrenie.pdf?cidReq=MODULEMO15

A.F.R.A.T.A.P.E.M. (s.d.). Consulté le Avril 10, 2014, sur http://www.art-thérapie-tours.net

DEL-MANCINO, GOBERT, HUMBERT, & PETITJEAN. (s.d.). *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Consulté le 04 24, 2014, sur (c) 2012 CNRTL: http://www.cnrtl.fr/etymologie

ANNEXES

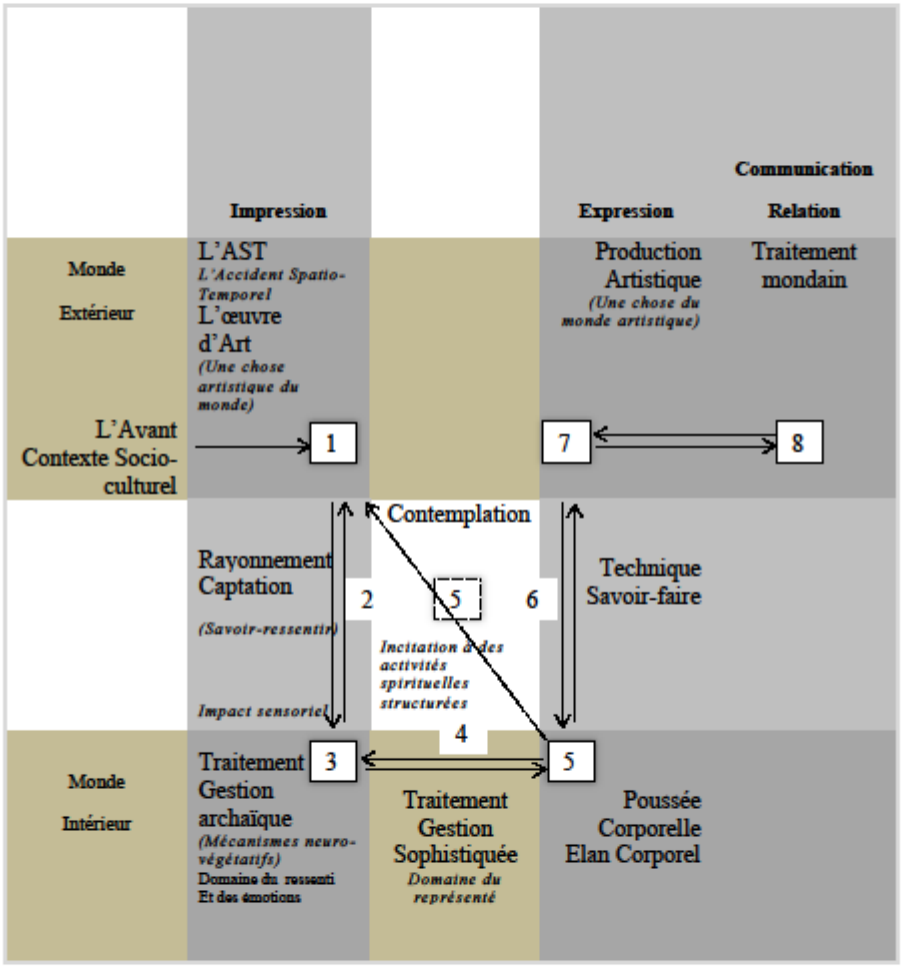
ANNEXE 1 : OUTIL, SCHÉMA DE L'OPÉRATION ARTISTIQUE 59
ANNEXE 2 : OUTIL, FICHE D'OBSERVATION PONCTUELLE 60
ANNEXE 3 : OUTIL, GRAPHIQUES D'ÉVALUATIONS DES ITEMS 62
ANNEXE 4 : OUTIL, BILAN AUTO-ÉVALUATIF ART-THÉRAPEUTIQUE 63
ANNEXE 5 : OUTIL ÉDUCATIF, FICHE D'OBSERVATION POST PEC ART-THÉRAPEUTIQUE 64
ANNEXE 6 : OUTIL, GRILLE D'OBSERVATION PONCTUELLE 65
ANNEXE 7 : OUTIL, GRILLE D'OBSERVATION PONCTUELLE, SUITE 66
ANNEXE 8 : OUTIL, BILAN DES GOÛTS ET ÉMOTIONS ESTHÉTIQUES 66
ANNEXE 9 : OUTIL, FICHE PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT DE SOINS 68

Annexe 1 : outil, Schéma de l'Opération Artistique

OPERATION ARTISTIQUE

L'analyse thérapeutique repose sur l'opération artistique qui est l'organisation de l'activité artistique (synthétisant les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique).

L'activité artistique active les mêmes mécanismes chez tout le monde.



L'intention débute en phases 3 et 4, l'action se manifeste en phases 5 et 6 et la production apparaît en phases en 7 et 8.

Ces phases sont observables et constituent le Phénomène Artistique.

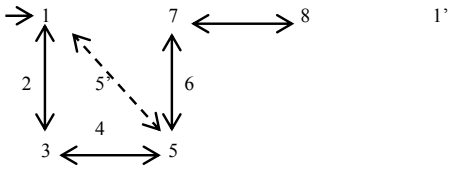
Annexe 2 : outil, fiche d'Observation ponctuelle

Fiche d'Observation ponctuelle N°

Patient	Art-thérapeute
NOM : Prénom : ☐Droitier ☐Gaucher Nouveau traitement : Nouvelles informations :	NOM : Prénom : Etat psychique, humeur : Etat physique :
Si d'autres patients / résidents présents : Nom(s) et prénoms : • • •	**Si un autre art-thérapeute ou membre de l'équipe présent :** NOM : Prénom :

Séance

N° :
Heure début :
Heure fin :

Rappels des objectifs :	
Objectif thérapeutique Général : Objectif thérapeutique Intermédiaire (objectif de la séance) :	Objectifs de l'équipe : Objectifs institutionnel :
Sites d'action et cible thérapeutique :  	**Stratégie thérapeutique :**

L'atelier

Dominante :
Phénomène(s) associé(s) :
Méthode : ☐ situation ☐ jeu ☐ exercice
☐ didactique ☐révélateur
☐ occupationnel ☐ thérapeutique

Dynamique : directif ; dirigé ; semi-dirigé ; ouvert ; libre

Consigne(s) –pas trop de consignes à la fois- :

La séance :

Déroulement de la séance (chronologiquement) :
-
-
-
-

Respect du cadre et de la dynamique (accueil, mise en situation, consignes, activité, rangement, départ…) :

☐Expression (phrases prononcées, est-elle cohérente, quantitativement est-elle rare ou incessante ou moyenne, évoque-t-elle des souvenirs, une demande…) :
☐Communication (verbale, non-verbale, hors-verbale, mimiques, les regards…) :
☐Relation (la relation avec le groupe, la relation avec l'art-thérapeute, dans quel mode relationnel est le patient ?)

Impression Intention Action Production

Rapport entre le corps et l'esprit (durant la production) :
- ✓ équilibré
- ✓ se sert plus du corps que de l'esprit
- ✓ se sert plus de l'esprit que du corps

Prend des initiatives :
- ✓ oui
- ✓ non

Production :
- ✓ Art I — Produit
- ✓ Art II — Invente
- ✓ les deux — Cherche à produire du Beau

Bilan et items :

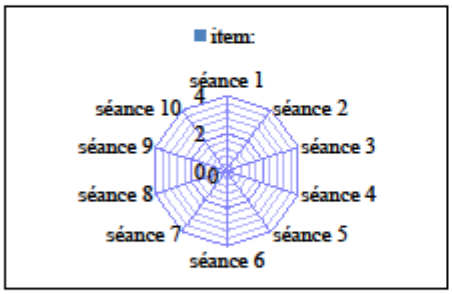
Annexe 3 : outil, Graphiques d'évaluations des items

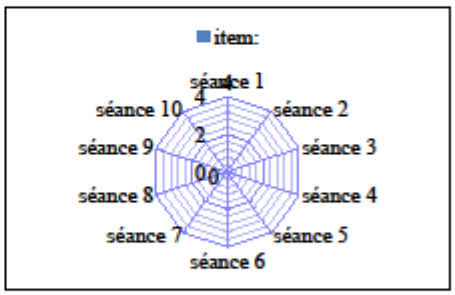
Grille d'évaluation des items

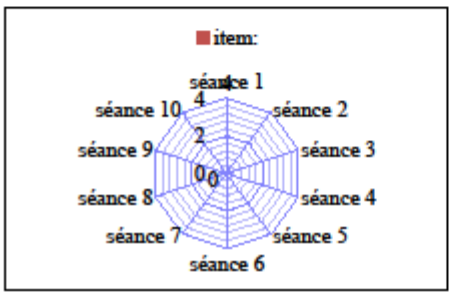
Faisceau d'items et items :

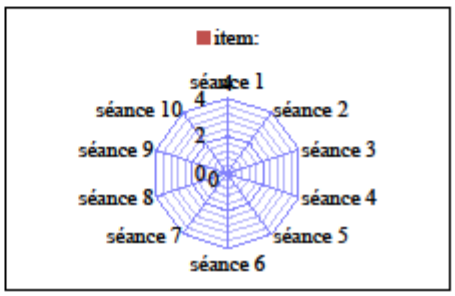
- Faisceau d'items :
- Faisceau d'items :
- Faisceau d'items :

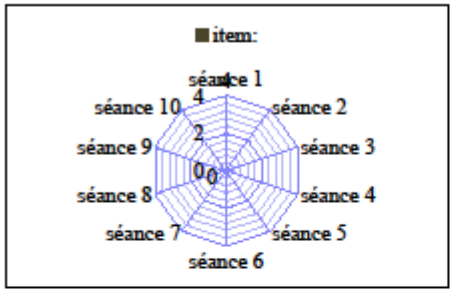
L'évaluation est soit objective (O), ressentie (R), ou interprétée (I) –mention à chaque item-

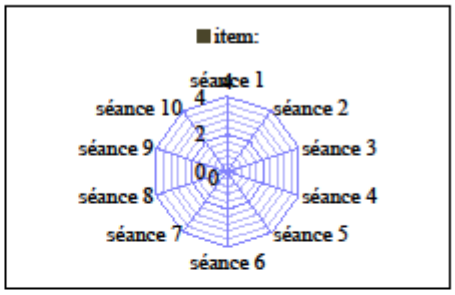












Annexe 4 : outil, bilan auto-évaluatif art-thérapeutique

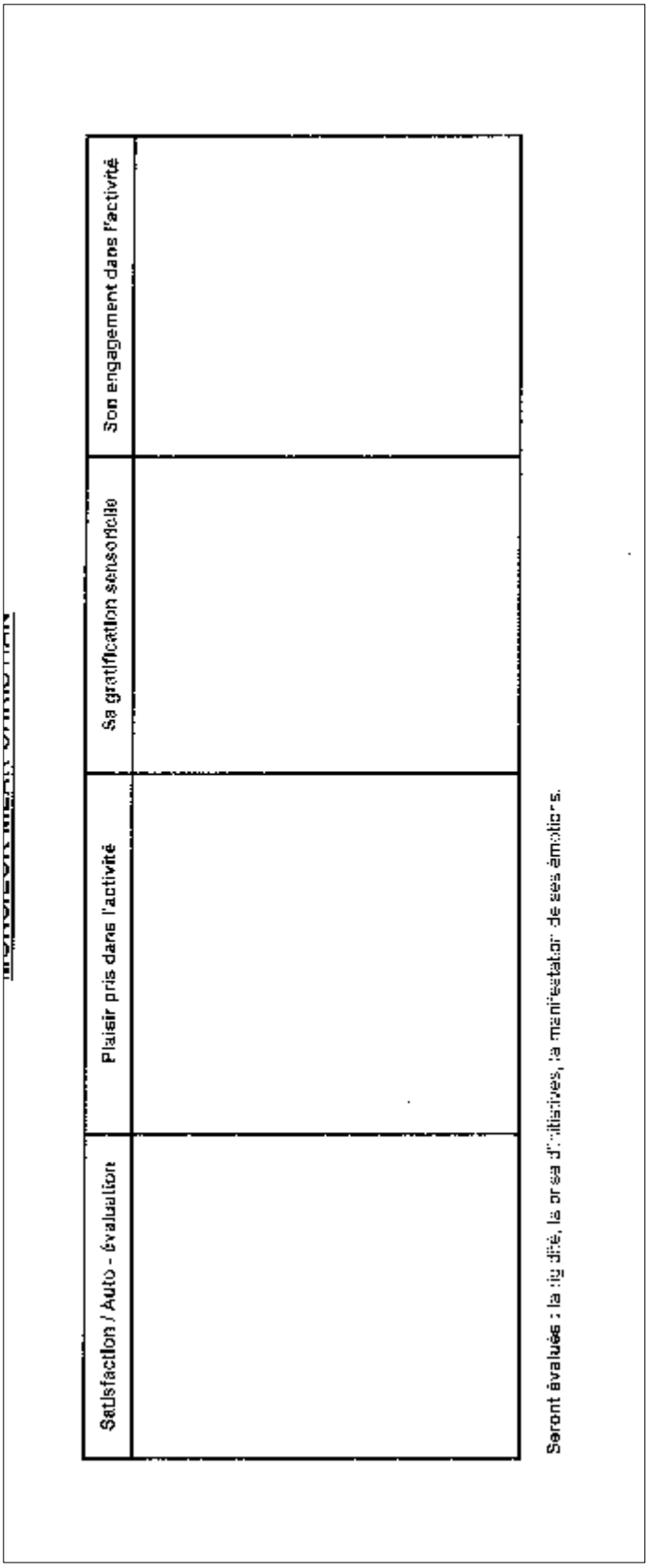
Bilan auto-évaluatif art-thérapeutique
NOM Prénom :
Date :
Séance :

J'ai réalisé :

	Beaucoup	Moyen	Un peu ou Pas du tout
Ça me plaît Je trouve ça beau			
Je trouve ça bien fait			
J'ai envie de continuer			

Commentaires :

Annexe 5 : outil éducatif, fiche d'Observation post PEC art-thérapeutique



Satisfaction / Auto - évaluation	Plaisir pris dans l'activité	Sa gratification sensorielle	Son engagement dans l'activité

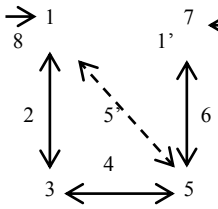
Seront évaluées : la rigidité, la prise d'initiatives, la manifestation de ses émotions.

Annexe 6 : outil, Grille d'Observation ponctuelle

<table>
<tr>
<td>Patient
NOM :
Prénom :
☐Droitier ☐Gaucher
Nouveau traitement :
Nouvelles informations :</td>
<td>Art-thérapeute
NOM :
Prénom :
Etat psychique, humeur :
Etat physique :</td>
<td>Si d'autres patients / résidents présents :
Nom(s) et prénoms :
•
•
•
Séance individuelle
Atelier collectif</td>
<td>Si un autre art-thérapeute ou membre de l'équipe présent :
NOM :
Prénom :</td>
</tr>
<tr>
<td>Rappels des objectifs :
Objectif art-thérapeutique Général :

Objectif art-thérapeutique Intermédiaire (objectif de la séance) :

Objectifs de l'équipe :

Objectifs institutionnel :</td>
<td>Sites d'action et cible thérapeutique :
 
</td>
<td colspan="2">Stratégie thérapeutique :</td>
</tr>
<tr>
<td>Séance
N° :
Heure début :
Heure fin :
Ambiance : 4-conviviale
3-calme
2-animée
1-agitée</td>
<td>Dominante :
Phénomène(s) associé(s) :
Consigne(s) –pas trop de consignes à la fois- :

Méthode
E- Exercice T-thérapeutique
S-situation D-didactique
J-jeu R-révélateur
O-occupationnelle

Dynamique
Df-directif
Dé-dirigé
Sd-Semi-dirigé
Ou-ouvert
Li-libre</td>
<td>Relatif à la psychose chronique
Préservation de l'identité
4- intégrale
3-préservée
2-délire sur un élément
1-délire

Comportement et qualité relationnelle
4-très bon
3- bon
2-moyen
1-mauvais
Relation ;/art-th.
4-relation 4-aimable/cordial
3-expression 3-respect
2-écoute 2-infifférence
1-absence 1-opposition ou agressivité

Relation/participants
4-relation 4-aimable/cordial
3-expression 3-respect
2-écoute 2-indifférence</td>
<td>Contact (gratification au toucher)
Quantité Qualité
4-nombreux 4-affectueux
3-ponctuels 3- cordiaux/polis
2-rares 2- systémiques
1-inexistants 1-agressifs

Manifestation des émotions
Quantité Qualité
4- manifeste 4-diverses
3- ponctuelle 3-joie
2- rare 2- surprise
1-inexistante 1-colère, tristesse, peur

Autonomie
4-autonome 4-aide refusée
3-aide ponctuelle 3-réticence à l'aide
2-aide 2-aide acceptée
1-dépendant 1-aide sollicitée

Engagement/volonté
4-forte
3-certaine
2-mitigée/faible
1-non manifeste</td>
</tr>
</table>

Annexe 7 : outil, Grille d'Observation ponctuelle, suite

Esthétique **Description** Techniques P-peinture D-dessin M-modelage/moulage C-collage Tm-technique mixte Au-autre	Formes 4-sphistiquées/travaillées 3-recherchées 2-simples 1-grossières/informes Couleurs 4-recherchées 3-mélangées, camaïeux, dégradés 2-alternées 1-monochromes, primaires	Occupation de la feuille 4-toute la feuille 3-occupe ½ feuille 2-laisse beaucoup de blanc 1-un coin de la feuille L'espace 4-perspectives 3-volumes 2-grossir ou rétrécir une image 1-pas de vision dans l'espace	Fond/forme 4-esthétique 3-cohérent 2-moyen 1-absent Regard 4-rayonnant 3-intéressé 2-présent 1-triste/absent	Auto-évaluation 4-fierté 3-autosatisfaction 2-satisfaction mitigée 1-indifférence/dévalorisation Capacité auto-évaluative 4-auto-évaluation certaine 3-bilan auto-évaluatif 2-auto-évaluation orale 1-incapacité à s'autoévaluer	Plaisir 4-plaisir rayonnant 3-plaisir 2-moyen ou peu 1-déplaisir ou indifférence
Faire/subir 4-initiatives 3-respect des consignes 2-demande de l'aide 1-passivité	Trajet 4-autonome 3-guidé quelques fois 2-quidé plusieurs fois 1-accompagnés	Initiatives 4-nombreuses 3-quelques 2-rares 1-aucune	Choix des couleurs 4-autonome 3-sur sollicitation 2-hésitant 1-absent		
Physique/mental 4-bon 3-simple 2-débutant 1-mauvais	Trace 4-autonome 3-encouragée 2-accompagnée physiquement 1-absente	Repère/projet 4-evoc. spont. 3-souvenir particulier 2-réminiscence 1-oubli total	3-Concentration 4-grande 3-moyenne 2-faible 1-inexistante	Dextérité 4-fine 3-bonne 2-normale 1-maladroite	
Bilan Objectif global 4-aboutissement 3-évolution importante 2-évolution 1-sans évolution/régression	Objectif de la séance 4-aboutissement 3-évolution importante 2-évolution 1-sans évolution/régression	Limites atteintes a-physiques b-mentales c-techniques d-relationnelles e-aucune	Motif modification a-souhait du patient b-risque d'échec c-perturb. atelier d-amélioration santé e-régression	**Engagement** Participation 4-enthousiasme 3-acceptée 2-hésitante 1-refusée	Thymie 4-enthousiasme 3-bonne humeur 2-humeur égale 1-mauvaise humeur
Projet participation 4-atteint 3-poursuivi 2-modifié 1-suspendu/abandonné	Séparation 4-regrettée 3-cordiale, polie 2-indifférente 1-soulagée	Séparation 4-forte 3-certaine 2-mitigée 1-faible/non-perçue			

Projet
Objectif global :Objectif séance :Dominante :Effets particuliers :

Annexe 8 : outil, Bilan des goûts et émotions esthétiques

Fiche Bilan des goûts et émotions esthétiques

Dominante arts-plastiques

Patient (NOM, Prénom) :
Art-thérapeute (NOM, Prénom) :

- Livre(s) présenté(s) au patient (doit contenir diverses œuvres d'Art, divers auteurs donc divers styles, diverses époques) :
  -
  -

- Quelles œuvres d'Art déplaisent au patient (pourquoi, émotions suscitées, phrases exprimées,…) :

Œuvre **d'Art qui rayonne pour le patient** (Auteur, Titre, dates, technique(s), dimensions de l'œuvre, ville) :	Œuvre 1 :	Œuvre 2 :	Œuvre 3 :
Œuvre :	○ sculpture ○ peinture ○ dessin ○ graphisme ou collage ○ architecture ○ enluminure ○ calligraphie ○ photographie ○ autre :	○ sculpture ○ peinture ○ dessin ○ graphisme ou collage ○ architecture ○ enluminure ○ calligraphie ○ photographie ○ autre :	○ sculpture ○ peinture ○ dessin ○ graphisme ou collage ○ architecture ○ enluminure ○ calligraphie ○ photographie ○ autre :
Époque :			
Style :	○ renaissance ○ maniérisme ○ baroque ○ rococo ○ néo-classicisme ○ romantisme ○ impressionnisme ○ Art nouveau ○ cubisme ○ dadaïsme ○ surréalisme ○ expressionisme abstrait ○ pop Art ○ op Art ○ post-modernisme ○ autre :	○ renaissance ○ maniérisme ○ baroque ○ rococo ○ néo-classicisme ○ romantisme ○ impressionnisme ○ Art nouveau ○ cubisme ○ dadaïsme ○ surréalisme ○ expressionisme abstrait ○ pop Art ○ op Art ○ post-modernisme ○ autre :	○ renaissance ○ maniérisme ○ baroque ○ rococo ○ néo-classicisme ○ romantisme ○ impressionnisme ○ Art nouveau ○ cubisme ○ dadaïsme ○ surréalisme ○ expressionisme abstrait ○ pop Art ○ op Art ○ post-modernisme ○ autre :
Facture (si tableau):			
Couleurs :	○ primaires ○ criardes ○ saturées ○ pastelles ○ estompées ○ clair-obscur ○ noir et blanc ○ camaïeu : ○ autre :	○ primaires ○ criardes ○ saturées ○ pastelles ○ estompées ○ clair-obscur ○ noir et blanc ○ camaïeu ○ autre :	○ primaires ○ criardes ○ saturées ○ pastelles ○ estompées ○ clair-obscur ○ noir et blanc ○ camaïeu ○ autre :
Culture artistique :	○ Le patient connaît l'œuvre : ○ Il en connaît le nom : ○ Il connait le contexte socio-culturel :	○ Le patient connaît l'œuvre : ○ Il en connaît le nom : ○ Il connait le contexte socio-culturel :	○ Le patient connaît l'œuvre : ○ Il en connaît le nom : ○ Il connait le contexte socio-culturel :
Émotions et expressions suscitées par l'œuvre :			
Notes (Beau, Bien et Bon) :			

Commentaires :

Annexe 9 : outil, fiche Programme d'Accompagnement de Soins

Fiche Programme d'Accompagnement de Soins

Patient (NOM, Prénom) :
Référents du patient (NOM(S), Prénom(s) :

Objectifs Généraux de l'institution:

Objectifs intermédiaires de l'équipe :

Objectifs art-thérapeutiques :

Autres Objectifs :

Date :	Membre de l'équipe (NOM, Prénom) et fonction :	P.A.S., demande faite :	Réponse(s) apportée(s) :	Contribution(s) apportée(s) :	Commentaires :
Exemple : XX/XX/XXXX	X. X. art-thérapeute	Retenir ce qui plaît à Monsieur X. pour Qu'il veuille venir au prochain atelier et qu'il s'engage dans l'activité			
XX/XX/XXXX	Y.Y. Référente éducative de Monsieur X.		Monsieur X. m'a parlé aujourd'hui de son goût pour les bateaux.	J'ai été voir Monsieur X. pour lui demander ce qui lui plaisait lors d'une sortie dans la nature	
XX/XX/XXXX	X.X. Art-thérapeute				J'ai emmené des magazines sur les bateaux à Monsieur X. Lui en parler avant l'atelier lui permit de vouloir venir et rester à l'atelier

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

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

Soutenu le : Année 2014

Par : MORASSI Laurence

Titre : Réflexions autour des prises-en-charge en art-thérapie pour les rendre les plus objectives possibles
–dominantes arts-plastiques et/ou broderie auprès d'adultes psychotiques chroniques-

Résumé : Les outils de l'art-thérapeute placé sous l'autorité médicale ne cessent de tendre vers la plus grande rigueur scientifique possible. En art-thérapie il est cependant difficile de ne faire preuve que d'objectivité. Ce travail propose une recherche autour des outils pour les rendre les plus objectifs possibles et tente de prouver le bien-fondé des prises-en-charge en art-thérapie.

Mots Clefs : art-thérapie, psychose, outils, objectivité, scientifique

Title: An essay on making art-therapy as objective as possible – in particular Visual arts and/or embroidery for adults with chronic psychotic disorders.

Abstract: The tools of the art therapist used under medical authority continue to develop towards the greatest scientific rigor possible. However, in art-therapy it is difficult to show their objectivity. This work presents research on how to render such tools as objective as possible and attempts to prove the validity of providing art-therapy care.

Keywords: art-therapy, psychotic, tools, objectivity, scientific