

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS**

*Faculté de Médecine de Tours*

**Impact de l'art-thérapie sur le lien entre ressentis et représentés chez des patients atteints de schizophrénie.**

---

Une expérience d'art-thérapie moderne à dominantes musique et chant.

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de Tours**

Présenté par Hélène GENOÏNO  
Année 2018

**Sous la direction de:**

Professeur EL HAGE Wissam  
Professeur d'Université Praticien Hospitalier

**Lieu de stage:**

Clinique Psychiatrique Universitaire  
CHRU de Tours  
Rue du Coq  
37540 Saint-Cyr-sur Loire

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS**

*Faculté de Médecine de Tours*

**Impact de l'art-thérapie sur le lien entre ressentis et représentés chez des patients atteints de schizophrénie.**

---

Une expérience d'art-thérapie moderne à dominantes musique et chant.

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de Tours**

Présenté par Hélène GENOÏNO  
Année 2018

**Sous la direction de:**

Professeur EL HAGE Wissam  
Professeur d'Université Praticien Hospitalier

**Lieu de stage:**

Clinique Psychiatrique Universitaire  
CHRU de Tours  
Rue du Coq  
37540 Saint-Cyr-sur Loire



## REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de ce travail de recherche.*

Tout d'abord, je remercie chaleureusement tous les patients ayant participé à cette étude, pour leur implication et la richesse que m'a apportée leur rencontre.

Merci à mon directeur d'article, le Professeur Wissam EL HAGE, pour sa disponibilité, la confiance et le temps qu'il m'a accordée.

Je remercie également le Professeur Vincent CAMUS, chef de service de la CPU, pour son accueil au sein de l'établissement et son intérêt pour l'art-thérapie.

Je tiens à remercier vivement mon maître de stage, Gilles FARNAULT, mais aussi Madame Catherine GUILLOT-MARTIN, cadres de santé, pour le temps passé ensemble et le partage de leur expertise au quotidien. Grâce à leur confiance et l'indépendance qu'ils m'ont accordée, j'ai pu m'accomplir totalement dans mes missions. Ils furent d'une aide précieuse en favorisant l'intégration de l'art-thérapie moderne au sein de la structure .

Merci à Madame Véronique MEPLAUX, cadre supérieure du pôle psychiatrie, d'avoir pris le temps de me recevoir pour lui présenter l'art-thérapie moderne. J'adresse mes remerciements à Madame Katel CARRÉ RENAULT, cadre supérieure de santé et Madame Catherine LEVEQUE, cadre de santé, pour leur aide précieuse dans la réalisation de cette étude.

Je remercie toute l'équipe soignante des unités B et C pour leur accueil, leur bienveillance et la confiance accordée pour la prise en charge des patients.

J'adresse mes remerciements à la Faculté de Médecine de Tours et à l'ensemble de l'équipe pédagogique, ainsi qu'à mon directeur pédagogique Fabrice Chardon, pour la qualité de son enseignement, son écoute bienveillante et ses conseils.

Enfin, je remercie mes proches, pour leurs relectures, leurs précieux encouragements et leur soutien inconditionnel.

## REMERCIEMENTS

## GLOSSAIRE

## INTRODUCTION

1

### 1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1

**1.1. Les patients accueillis au sein de la Clinique Psychiatrique Universitaire souffrent de troubles psychiques graves, impactant le fonctionnement physique, mental et social.**

1

*1.1.1. La schizophrénie est un trouble psychotique altérant la qualité de vie\* et la saveur existentielle\* des personnes qui en sont atteintes.*

1

*1.1.2. L'insatisfaction des besoins fondamentaux provoquée par la maladie engendre une souffrance existentielle.*

2

*1.1.3. La pénalité impacte les savoir être, faire et ressentir et induit de graves troubles de la relation\*.*

2

**1.2. L'ATM utilise et évalue les effets de l'esthétique, par la pratique artistique, dans l'objectif de valoriser les potentialités et la partie saine de la personne en souffrance.**

3

*1.2.1. Cette discipline originale utilise l'Art comme processeur et s'appuie sur un protocole spécifique.*

3

*1.2.2. En stimulant la partie saine du patient, l'art-thérapie moderne met en lien le phénomène artistique et les modalités de l'estime de soi.*

3

*1.2.3. En valorisant les échanges avec l'environnement, la musicothérapie permettrait un engagement psychique et corporel afin de favoriser la relation.*

3

### 2. HYPOTHESE

4

**2.1. En stimulant le savoir faire, l'AT à dominante musique (écoute, chant et pratique instrumentale), en séances individuelles, permettrait de rééquilibrer le lien entre ressentis et représentés, du patient souffrant de schizophrénie.**

4

*2.2.1. Sous hypothèse 1: La mise à distance des troubles via la contemplation constitue une étape préalable à la prise en soin, initiant une relation de confiance, améliorant ainsi la saveur, susceptible de provoquer une envie\*.*

4

*2.2.2. Sous hypothèse 2: La pratique musicale, en sympathie\* avec l'art-thérapeute permet de décentrer le patient de ses troubles, au profit de gratifications sensorielles, grâce au partage d'une émotion esthétique\* commune.*

4

*2.2.3. Sous hypothèse 3: La structuration du corps, au service d'une production artistique répondant à un idéal esthétique (juste rapport fond / forme), stimule la confiance en soi, en rendant possible la réalisation d'un objectif cohérent.*

4

*2.2.4. Sous hypothèse 4: Le partage d'une production auprès des soignants permettrait au patient de se sentir reconnu (considération), suscitant ainsi un sentiment de fierté au regard d'un objet tangible.*

5

### 3. METHODE ET MATERIEL

5

**3.1. L'étude est mise en place auprès d'un groupe de patients accompagnés en art-thérapie et d'un groupe témoin.**

5

*3.3.1. Des critères d'inclusion spécifiques permettent de constituer une cohorte de cinq patients, afin de répondre aux objectifs de l'étude. Tableau 2: Critères d'inclusion et critères*

|   |           |
|---|-----------|
| <i>d'exclusion du groupe accompagné.</i>  | 5         |
| <i>3.3.2. Le groupe témoin est constitué au regard de critères d'inclusion communs au groupe accompagné.</i>  | 5         |
| <i>3.3.3. La contemplation initie la stratégie et s'appuie sur une boucle de renforcement axée sur les gratifications sensorielles et le savoir faire, le partage de la production est recherché en fin de prise en soin.</i> | 6         |
| <i>3.3.4. Les outils d'observation et d'évaluation sont mis en place, en concertation avec les soignants, dans le but de vérifier de façon objective la pertinence de la PES et de répondre aux hypothèses de l'étude.</i>    | 7         |
| <b>4. EXPERIENCE CLINIQUE</b>   | <b>7</b>  |
| <b>4.1. Cinq patients sont accompagnés dans le cadre de stratégies individualisées en art-thérapie.</b>   | <b>7</b>  |
| <b>4.2. Le déroulement des prises en soin est synthétisé à l'aide d'un tableau récapitulatif.</b>   | <b>8</b>  |
| <b>5. RESULTATS</b>   | <b>9</b>  |
| <b>5.1. Les résultats des prises en soin sont détaillés au regard des hypothèses.</b>   | <b>9</b>  |
| <b>5.2. Les résultats des questionnaires du groupe témoin sont comparés à ceux du groupe accompagné en art-thérapie.</b>  | <b>10</b> |
| <b>6. ANALYSE</b>   | <b>12</b> |
| <b>6.1. L'analyse est corrélée à la littérature scientifique.</b>   | <b>12</b> |
| <b>6.2. Des études en lien avec les Arts synchroniques montrent l'intérêt de l'art-thérapie auprès de patients psychotiques.</b>  | <b>13</b> |
| <b>6.3. Des biais méthodologiques sont détaillés.</b>   | <b>13</b> |
| <b>7. DISCUSSION</b>  | <b>14</b> |
| <b>7.1. La qualité de la relation art-thérapeutique est un élément déterminant dans la prise en soin de patients souffrant de schizophrénie.</b>  | <b>14</b> |
| <b>7.2. Les spécificités de la dominante telles que la relation hors verbale et le principe de sympathie semblent une voix d'entrée thérapeutique privilégiée auprès de patients psychotiques.</b>                            | <b>15</b> |
| <b>CONCLUSION</b>   | <b>16</b> |
| <b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b>  |           |
| <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>  |           |
| <b>ANNEXES</b>  |           |

---

## GLOSSAIRE

*Le glossaire définit en partie les notions et concepts utilisés dans le présent document. Dans le corps du texte, les références au glossaire sont indiquées par un \*.*

### **Sigles:**

**AT:** art-thérapeute

**ATM:** art-thérapie moderne

**BI:** boucle d'inhibition

**BR:** boucle de renforcement

**CH:** Cube Harmonique

**CHRU:** Centre Hospitalier Régional  
Universitaire.

**CPU:** Clinique Psychiatrique Universitaire.

**IDE:** Infirmier Diplômé d'Etat.

**IMV:** Intoxication médicamenteuse volontaire

**FI:** Faisceau d'items

**HAV:** Hallucination accoustico-verbale

**OA:** Opération Artistique

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé.

**PAS:** Programme d'accompagnement de soin

**PES:** prise en soin

**PANSS:** Positive and Negative Syndrome Scale

**PU- PH:** Professeur d'Université, Praticien  
Hospitalier.

**SP:** Séance préliminaire

**SPDT:** soins psychiatrique à la demande d'un  
tiers

### A

**Affirmation de soi:** se reconnaître une capacité à exprimer son goût.<sup>1</sup>

**Amour de soi:** Capacité à être et à éprouver du plaisir à être. Ce qui permet à l'individu de s'aimer malgré ses défauts. L'amour inconditionnel de soi, indépendamment de ses performances.<sup>1</sup>

**Art thérapie moderne:** exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique.<sup>2</sup>

### B

**Boucle de renforcement:** procédé qui augmente la probabilité de répétition d'un mécanisme de manière positive.<sup>5</sup>

**Boucle d'inhibition:** Procédé de nature à freiner ou bloquer l'action.<sup>5</sup>

### C

**Cible thérapeutique (CT):** En art-thérapie moderne, point précis sur lequel l'art-thérapeute va s'appuyer pour faire progresser le patient vers l'objectif thérapeutique.<sup>5</sup>

**Clinophilie:** Quête souvent permanente de la position allongée, avec recherche fréquente de la régression et de ses bénéfices secondaires.<sup>2</sup>

**Communication:** Expression volontaire orientée vers autrui. Nécessite au moins 2

personnes (un émetteur, un récepteur), un message, un échange et un code commun.

**Confiance en soi:** Capacité à agir et à se projeter vers l'avenir.<sup>1</sup>

**Corporéité:** ensemble cohérent et dynamique comprenant le ressenti, la structure, l'élan et la poussée corporels.

### D

**Délire:** Ensemble d'idées erronées qui sont en opposition avec la réalité et auxquelles le sujet croit.<sup>3</sup>

### E

**Empathie:** L'empathie est la capacité à s'identifier à quelqu'un, à ressentir et partager ses émotions ; elle représente une forme de compréhension affective de l'autre.

Attitude qui pousse l'individu vers l'altruisme, la générosité. Favorise l'entraide et donc la survie du groupe. Le terme d'« empathie » est une traduction de l'allemand *Einfühlung*, qui exprime la capacité à ressentir intuitivement une œuvre d'Art.<sup>4</sup>

**Envie:** Ressenti d'un désir de satisfaire un besoin fondamental.

**Espoir:** Réalisation d'un avenir prometteur de bonnes choses (Objectif existentiel propre à l'art-thérapie).<sup>5</sup>

### F

<sup>1</sup> BERNHARD H., MILLOT C., *L'évaluation en art-thérapie - pratiques internationales-* P 76- Elsevier, 2006

<sup>2</sup> FORESTIER R. *Tout savoir sur l'art-thérapie.* 7ème éd. Lausanne : Editions Favre, 2012. Introduction, p.10

<sup>3</sup> GIMENEZ G., PEDINIELLI J.L., *Les psychoses de l'adulte*, Armand Colin, Paris, 2009

<sup>4</sup> FUTURASANTE. [Consulté le 1er novembre 2018]. Disponible sur le World Wide Web: [www.futura-sciences.com](http://www.futura-sciences.com)

<sup>5</sup> FORESTIER R., *Le métier d'art-thérapeute*, Lausanne : Edition Favre SA, 2014, p. 282

**Fierté:** Sentiment de satisfaction de ce qui a été réalisé au regard de ses propres souhaits. (Objectif existentiel propre à l'art-thérapie).<sup>5</sup>

**Fond:** Contenu sensible esthétique caractéristique d'une œuvre d'Art.<sup>5</sup>

**Forme:** En Art, tout contenant organisé de nature rayonnante esthétiquement. Présentation sensible de la production artistique.<sup>5</sup>

### H

**Hallucination:** Perception sans objet à percevoir.<sup>6</sup>

**Hypomimie:** Diminution de la mimique émotive.<sup>7</sup>

### I

**Iatrogène:** Se dit de troubles provoqués par l'intervention du médecin, par le traitement médical. <sup>8</sup>

**Insight:** En psychanalyse, capacité pour un sujet de percevoir avec perspicacité les mouvements conflictuels internes, notamment ceux que la cure analytique mobilise.<sup>8</sup>

**Impression:** Capacité à intégrer les informations du monde extérieur, via les 5 sens.

**Item:** en art-thérapie, plus petite unité appréciable, élément sensible, objectif, caractéristique de la difficulté.<sup>5</sup>

### L

**Looper:** instrument électronique qui permet l'enregistrement de pistes sonores afin de les faire rejouer ensuite en boucle.

### O

**Opération Artistique:** Organisation des éléments humains impliqués dans l'activité artistique. Dans le texte, les chiffres entre parenthèses correspondent aux différentes phases de l'OA.

**Objectivation:** Sentiment d'être objet.

### Q

**Qualité de vie (OMS):** Perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses

objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.<sup>9</sup>

### R

**Relation:** Echange d'information l'un avec l'autre. Elle implique le lien avec l'autre et le fait d'être ensemble. Elle peut être fusionnelle, sympathique\*, empathique\* ou coalescente\*. L'implication relationnelle représente ainsi l'engage

**Représentés:** organisation de la pensée, ce qui fait dominer notre intellect et permettra la structuration du corps.

**Ressentis:** ce qui fait dominer nos sens. Voie d'entrée de l'ATM. [corporel:]Sensation liée à la qualité esthétique permettant l'auto-régulation motrice.

### S

**Saveur existentielle:** Savoir que la vie à un goût et que ce goût peut être bon. Régulateur naturel du savoir existentiel. Fondement du goût de vivre.

**Schizophrénie:** Trouble chronique qui se caractérise par la présence d'idées délirantes, d'hallucinations, d'un discours et/ou d'un comportement désorganisé, de symptômes négatifs (émoussement affectif, perte de la logique, perte de la volonté...). Elle évolue habituellement par poussées d'exacerbations délirantes alternant avec des phases de rémission partielle. On parlera de schizophrénie dysthymique lorsque s'additionne « des symptômes cliniques du registre schizophrénique [...] et des troubles thymiques majeurs (mélancoliques ou maniaques) ». <sup>10</sup>

**Site d'action (SA):** En art-thérapie moderne, détermination générique et localisation sur l'opération artistique d'une (ou plusieurs) difficulté sanitaire révélée par une activité artistique sur laquelle l'art-thérapeute est capable d'intervenir.<sup>5</sup>

**Sympathie:** Principe physique. Vibrer avec l'autre. (objectif existentiel propre à l'art-thérapie).

<sup>6</sup> HANUS M., LOUIS O., *Psychiatrie pour l'étudiant*, ed. Maloine 2015.

<sup>7</sup> Médicopia. [Consulté le 3 novembre 2018] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.dictionnaire-medical.net>

<sup>8</sup> Académie de médecine. [Consulté le 3 novembre 2018] Disponible sur : [www.dictionnaire.academie-medecine.fr](http://www.dictionnaire.academie-medecine.fr)

<sup>9</sup> MIAS L. [Consulté le 13 décembre 2017]. Disponible sur le World Wide Web: <http://papidoc.chic-cm.fr/530qualitevie.html>

<sup>10</sup> BERNOUSSI A., HAOUZIR S., *Les schizophrénies*, Armand Colin, Paris, 2014

## INTRODUCTION

---

Cet article présente les résultats d'une étude en art-thérapie moderne menée au sein de la Clinique Psychiatrique (CPU) de Saint-Cyr-sur-Loire, auprès de patients adultes souffrant de schizophrénie. La schizophrénie appartient à la catégorie des psychoses. Elles se caractérisent par des troubles permanents ou transitoires de la personnalité, liés à une altération du sens de la réalité. Elles associent des symptômes positifs (délires\*, hallucinations\*), négatifs (apathie, émoussement affectif) et dyséxécutifs (troubles cognitifs, de l'attention, de la mémoire). La schizophrénie est un trouble psychique grave, qui associe de façon variable, dissociation de la personnalité, délires et troubles comportementaux. En France, on estime à 600 000<sup>11</sup> le nombre de cas de syndromes schizophréniques, dont la moitié serait suivie médicalement. On considère que cela représente 0,7% de la population mondiale et 20% de la population carcérale. Les symptômes de la schizophrénie sont très hétérogènes d'un patient à l'autre et évoluent souvent au cours de la maladie. Parmi les plus récurrents, on peut constater une discordance idéo-affective<sup>12</sup>, c'est à dire une émission d'affects qui ne sont pas concordants avec la situation ou la pensée qui est émise; ou encore, la présence simultanée de sentiments contraires (ambivalence affective). Dans cette étude nous parlerons d'une altération du lien entre ressentis\* et représentés\*. Nous chercherons cette cohérence au sens formel, c'est à dire neuro-physiologique du terme, et non sur le fond. Il s'agira de permettre à la personne de s'exprimer au regard d'une sensation perçue. Différentes thérapies non médicamenteuses ont démontré un réel intérêt dans la prise en charge globale de ces patients: approche psychanalytique, thérapie d'Approche Centrée sur la Personne<sup>13</sup>, Thérapie Cognitive et Comportementale<sup>14</sup>, modèle systémique<sup>15</sup> (etc..). L'art-thérapie moderne (ATM\*) s'inscrit dans cette démarche profondément humaniste et prend alors tout son sens auprès de ce public.

L'objectif du travail présenté ici sera d'évaluer l'impact d'une prise en soins art-thérapeutique sur le lien entre ressentis et représentés de patients schizophrènes hospitalisés à la CPU\*. Nous nous attacherons dans un premier temps à préciser les souffrances induites par la schizophrénie, ainsi que les spécificités de la discipline art-thérapeutique. Nous étayerons ensuite l'hypothèse sur laquelle s'est appuyée notre démarche de recherche, ainsi que le protocole thérapeutique proposé. L'expérience clinique sera ensuite détaillée afin d'être évaluée et analysée, dans le but d'apporter des éléments de réponse à notre hypothèse. Nous achèverons cette étude en étayant une spécificité ayant particulièrement attiré notre attention lors de notre travail, en lien avec l'engagement du patient dans le soin et la relation thérapeutique.

## 1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE

---

### 1.1. Les patients accueillis au sein de la Clinique Psychiatrique Universitaire souffrent de troubles psychiques graves, impactant le fonctionnement physique, mental et social.

#### 1.1.1. La schizophrénie est un trouble psychotique altérant la qualité de vie\* et la saveur existentielle\* des personnes qui en sont atteintes.

Les souffrances existentielles induites par ce trouble psychique diminuent la qualité de vie des patients. Le traitement, les hospitalisations répétées leur rappellent leur situation de « personne malade ». Le sentiment de devenir objet de sa maladie (objectivation) peut alors prédominer sur le sentiment d'être sujet, la personne perdant alors la considération de son existence. De même, la perte du sentiment de sécurité et de maîtrise de soi et de son environnement peuvent entraîner des

---

<sup>11</sup> INSERM. [Consulté le 5/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>.

<sup>12</sup> HANUS M., LOUIS O. Obcit.

<sup>13</sup> ROGERS C.R., *Le développement de la personne*, Paris : Dunod-Interédition, 2005, p.65

<sup>14</sup> FONTAINE P. et O., *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, les usuels Retz. 2015

<sup>15</sup> Dr S. Rouel-Brax - Pinsouf ou une lecture systémique de l'alliance thérapeutique. [Consulté le 8/10/2018.] Disponible sur le World Wide Web: [www.sfff.net](http://www.sfff.net).

situations anxiogènes et invalidantes. On peut ainsi observer une perte d'autonomie, où le patient ne devient plus maître de ses choix, et une dépendance vis à vis de son entourage. Le rejet ou le sentiment de honte peut également s'ajouter à ces souffrances, entraînant un repli social ou une apathie. Même dans les cas de psychoses où la personne n'a pas conscience de ses troubles, la douleur morale est bel et bien présente et le patient sait qu'il souffre. La saveur existentielle\* se trouve fortement altérée, le patient ne parvenant parfois plus à donner un sens à sa vie, à redonner du sens.

### ***1.1.2. L'insatisfaction des besoins fondamentaux provoquée par la maladie engendre une souffrance existentielle.***

Il semble intéressant de présenter une vue d'ensemble des souffrances du public, en lien avec les besoins selon Maslow<sup>16</sup>.

| Besoins fondamentaux                        | Manques spécifiques à la schizophrénie   |
|---|--|
| <b>Besoins physiologiques</b>               | Maintien de la vie parfois mis en péril par des troubles du comportement.<br>Mise en danger possible.  |
| <b>Besoin de sécurité</b>                   | Inquiétude face à l'évolution de la maladie. Perte de la maîtrise de soi et de la maîtrise de son environnement. Perte de la sensation d'être acteur de sa vie.  |
| <b>Besoin d'appartenance</b>                | Perte de lien social et exclusion, peur du regard de l'autre, isolement et repli sur soi, Histoire de vie difficile, carences affectives.  |
| <b>Besoin d'estime des autres et de soi</b> | Stigmatisation sociale : besoin d'être considéré et reconnu autrement que comme personne «malade». Difficultés relationnelles, perte de sa place dans la société, perte du travail et des liens sociaux, perte de ses capacités passées. |
| <b>Besoin de réalisation</b>                | Oubli de soi et conscience d'être altérée, qui n'est pas propice à une recherche personnelle d'accomplissement, difficulté d'expression de soi.  |

*Tableau 1 - Récapitulatif de l'insatisfaction des besoins fondamentaux ou des manques induits par les conséquences physiques, psychiques et sociales de la schizophrénie.*

### ***1.1.3. La pénalité<sup>17</sup> impacte les savoir être, faire et ressentir<sup>18</sup> et induit de graves troubles de la relation\*.***

Dans cette maladie psychique, il est fréquent d'observer des dysfonctionnements relationnels, que ce soit par la présence de symptômes invalidants, le jugement de l'autre ou les incompréhensions réciproques. L'altération des capacités psychosociales, les troubles du comportement, les variations thymiques peuvent avoir des conséquences graves sur la vie sociale des patients: difficultés à trouver ou conserver un emploi, isolement social, sentiment de solitude, inadaptation à son environnement et aux autres. Etablir une relation de confiance avec l'autre, maintenir de bonnes relations familiales, professionnelles et/ou amicales peut s'avérer extrêmement difficile, voire impossible dans certains cas. Par ailleurs, le regard des autres et la place dans la société des patients atteints de troubles psychiatriques restent à ce jour, problématiques. L'image de la personne malade en psychiatrie est encore teintée d'un jugement social négatif, suscitant l'incompréhension, le rejet, le déni et la peur. S'ajoutant à la profonde douleur morale que peuvent entraîner ces troubles, ce phénomène accentue la souffrance du patient et peut provoquer repli sur soi, perte d'élan, de motivation, angoisse, dépression, pertes de repères. La relation de confiance en l'autre se trouvant fortement altérée, il peut être difficile pour les soignants d'intervenir, l'adhésion au soin étant recherchée en premier lieu.

<sup>16</sup> Annexe 1: La satisfaction des besoins fondamentaux selon Maslow permet à l'être humain de se développer favorablement.

<sup>17</sup> Annexe 2: La schizophrénie peut entraîner des pénalités en cascade.

<sup>18</sup> Annexe 3: Récapitulatif des conséquences négatives de la schizophrénie sur les modalités de l'estime de soi.

## **1.2. L'ATM<sup>19</sup> utilise et évalue les effets de l'esthétique, par la pratique artistique, dans l'objectif de valoriser les potentialités et la partie saine de la personne en souffrance.**

### ***1.2.1. Cette discipline originale utilise l'Art comme processeur et s'appuie sur un protocole<sup>20</sup> spécifique.***

L'Art-thérapeute va utiliser les potentialités, la partie saine de la personne afin de progresser vers l'objectif thérapeutique. S'il s'appuie sur les mécanismes préservés (cibles thérapeutiques\*), il tient néanmoins compte des difficultés de la personne (sites d'action\*). Il est essentiel pour le thérapeute d'être conscient que le patient est celui qui sait qu'il souffre et que tout ce qui s'exprime a du sens. Ainsi, en rendant le patient acteur de son soin par la mobilisation de ses capacités préservées, l'Art-thérapeute recherche l'autonomie de la personne. L'Art-thérapie moderne fonde ses principes sur les valeurs du courant humaniste, « *considérant l'homme comme la mesure de toute chose, cherchant à l'épanouir en prônant le développement des facultés proprement humaines* »<sup>21</sup>. Elle vise à promouvoir « *la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité à affronter la vie* »<sup>22</sup>.

### ***1.2.2. En stimulant la partie saine du patient, l'art-thérapie moderne met en lien le phénomène artistique et les modalités de l'estime de soi.***

L'opération artistique<sup>23</sup> (OA\*) est une interface entre l'Art et l'être humain. L'observation de ces spécificités permet l'organisation de la stratégie, au regard des SA\* et des CT\*. La qualité existentielle, réside dans la conscience d'être, nous permettant d'orienter nos choix, nos actions, nos expériences sensorielles dans un juste rapport saveur/savoir. L'Art va permettre de replacer l'individu dans une dynamique d'échanges en sollicitant son entité physique, psychique et sociale. Parce qu'il engage la corporéité\* dans son ensemble, l'engagement, le style et le goût de la personne, l'équilibre de ces entités peut être mis en corrélation avec les modalités du phénomène artistique comprenant l'impression\*, l'intention, l'action et la production.<sup>24</sup>

L'Art-thérapie peut donc trouver sa place dans une équipe de soin pluridisciplinaire. Elle est une discipline originale qui n'a pas pour prétention de guérir mais plutôt de susciter l'envie de guérir, de donner la force de vivre avec la maladie, le handicap et d'aider le patient à redonner un sens à sa vie malgré ses souffrances.

### ***1.2.3. En valorisant les échanges avec l'environnement, la musicothérapie permettrait un engagement psychique et corporel afin de favoriser la relation.***

Dans cette étude la musique sera la dominante<sup>25</sup> artistique utilisée. Le premier contact avec notre environnement est permis par nos sens, qui en captent les informations grâce au mécanisme de l'impression qui permettra celui de l'expression. La musique permet de stimuler les sens et d'engager le corps grâce à son pouvoir d'entraînement. La science a démontré les effets bénéfiques du son et du rythme sur le cerveau humain, de nombreuses recherches neurophysiologiques sont toujours en cours et il semble que la musique soit l'Art le plus étudié dans ce cadre. Il semble donc pertinent d'envisager la musique sous une forme art-thérapeutique. Dans ce contexte, la pratique musicale peut stimuler le patient et favoriser la relation. Utiliser l'autre, un regard extérieur (celui du thérapeute ou des soignants) à des fins thérapeutiques et dans un cadre précis, comme stimulant de la réalité, peut être un objectif en soi. Il peut permettre d'encourager le patient à poser des

---

<sup>19</sup> Annexe 4: L'art-thérapie moderne utilise l'Art comme processeur, à la différence de l'art-thérapie traditionnelle où l'Art est médiateur.

<sup>20</sup> Annexe 5: La stratégie thérapeutique repose sur un protocole spécifique.

<sup>21</sup> CNRTL [consulté le 8 octobre 2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr)

<sup>22</sup> ROGERS C., *Le développement de la personne*, Paris : Dunod-Interédition, 2005, p.27

<sup>23</sup> Annexe 6: Schéma de l'opération artistique.

<sup>24</sup> Annexe 7: Schéma récapitulatif des modalités physiques et psychiques au regard de l'estime de soi

<sup>25</sup> Annexe 8: Spécificités de la dominante musique.

représentés en lien avec ses ressentis. En effet, l'engagement dans l'action, en sympathie avec autrui, peut alors être de nature à favoriser une gratification sensorielle, de façon cohérente et contenante. La musicothérapie peut alors favoriser une dynamique d'échanges, souvent défaillante chez les patients atteints de schizophrénie.

## **2. HYPOTHESE**

**2.1. En stimulant le savoir faire, l'AT à dominante musique (écoute, chant et pratique instrumentale), en séances individuelles, permettrait de rééquilibrer le lien entre ressentis et représentés, du patient souffrant de schizophrénie.**

**2.2.1. *Sous hypothèse 1: La mise à distance des troubles via la contemplation constitue une étape préalable à la prise en soin, initiant une relation de confiance, améliorant ainsi la saveur, susceptible de provoquer une envie\**.**

*Trouver la saveur qui va donner l'envie* est un des objectifs fondamentaux de l'ATM. Il s'agit de susciter le plaisir, via le concept du Bon<sup>26</sup>, une gratification sensorielle permettant au patient d'exprimer son goût et par là même, de se sentir exister, de nourrir le sentiment de considération, composantes essentielles de l'amour de soi. C'est le fondement de la conscience d'être: « je sais que je ressens, donc je suis ». L'altération de l'amour de soi implique alors une désorganisation du lien ressentis/représentés au regard de sa personne, traduisible ainsi: « je ne sais plus ce que je ressens, ce n'est plus en accord avec ce que je suis, donc je n'existe plus ». Ainsi, la saveur sera le processeur de l'envie, émanation première du ressenti, permettant alors de stimuler l'intention. Le patient serait disponible afin de s'engager dans la pratique artistique et ainsi, dans sa prise en soin. La schizophrénie n'inhibe pas ici l'expression du goût, même si son expression et son affirmation peuvent être désorganisées. Utiliser la contemplation comme porte d'entrée, peut permettre d'identifier les goûts du patient. L'encourager à les exprimer librement, permettrait alors au patient de se sentir digne d'intérêt, considéré, et donc d'initier une relation de confiance. Que l'émotion ressentie soit positive ou négative, la personne va pouvoir exprimer son goût, sa subjectivité, contournant les angoisses pénalisant jusqu'alors sa capacité à faire des choix. Le choix et l'expression des goûts pourraient alors permettre au patient d'asseoir sa singularité, de *s'affirmer*.

**2.2.2. *Sous hypothèse 2: La pratique musicale, en sympathie\* avec l'art-thérapeute permet de décentrer le patient de ses troubles, au profit de gratifications sensorielles, grâce au partage d'une émotion esthétique\* commune.***

En encourageant le savoir faire de son patient, l'AT va nourrir les besoins de sécurité et de maîtrise de son environnement, souvent défaillants chez le patient schizophrène. La musique, en tant qu'Art synchronique, ne laisse pas de trace visible (à moins d'enregistrer sa production), il est donc possible de faire et refaire, sans que le patient soit visiblement mis en échec. L'apprentissage de la technique et l'affirmation de son style vont permettre au patient de gagner en confiance, en lui et en son thérapeute (pouvoir relationnel). De plus, le thérapeute va orienter sa pratique afin de stimuler le savoir ressentir de son patient (pouvoir éducatif). Le principe de sympathie va unir ces deux pouvoirs en un va et vient constant, dans un même objectif esthétique, favorisant une certaine cohésion sociale et permettant une autre voie d'entrée à la relation, dans un cadre contenant et sécurisant. Le rythme, les notes de musique, stimulant le plaisir esthétique, deviennent alors un mode d'expression commun et un moyen de communiquer ensemble. Le principe de sympathie lié à la pratique artistique commune pourrait favoriser une émotion esthétique partagée, permettant de décentrer le patient de ses troubles et le rendant disponible à *autre chose*. Par la pratique artistique, le savoir faire, au service du savoir ressentir aura ainsi un impact sur le savoir être.

**2.2.3. *Sous hypothèse 3: La structuration du corps, au service d'une production artistique répondant à un idéal esthétique (juste rapport fond / forme), stimule la confiance en soi, en rendant possible la réalisation d'un objectif cohérent.***

Les troubles psychiques liés à la schizophrénie tels que l'envahissement de la pensée ou les troubles de la relation peuvent provoquer une forte anxiété altérant la capacité de projection. Il devient alors

---

<sup>26</sup> Annexe 8: L'auto-évaluation par le Cube Harmonique.

extrêmement difficile pour le sujet de structurer sa pensée et ses actions. De même, la perte de sensation de contrôle sur leur environnement et sur elles-mêmes entraînent une forte diminution de la confiance en soi. La pratique musicale est une activité qui va engager le corps dans l'espace et dans le temps, dans un ensemble cohérent et dynamique: la corporéité. En l'associant à la notion de plaisir, elle va encourager l'apprentissage et le savoir faire, permettant au patient de prendre conscience de ses capacités. Elle va alors permettre de structurer son corps vers un objectif précis, en mettant à profit ses nouvelles connaissances ou permettre la réminiscence de connaissances auparavant inhibées par les troubles psychiques. La *projection* vers un objectif tangible et la réalisation d'une production gratifiante vont ainsi être de nature à stimuler l'*espoir* et permettre au patient de gagner en confiance.

**2.2.4. *Sous hypothèse 4: Le partage d'une production auprès des soignants permettrait au patient de se sentir reconnu (considération), suscitant ainsi un sentiment de fierté au regard d'un objet tangible.***

Mobiliser les soignants dans la PES art-thérapeutique participerait à sa réussite. Le regard positif qu'ils porteront sur les productions du patient pourrait agir comme stimulant de l'engagement. Ils pourront alors témoigner des améliorations observées chez la personne et ainsi les valoriser. Leur parole représentant un appui important auprès du patient, qu'ils connaissent pour certains depuis longtemps, elle favoriserait la progression de la stratégie art-thérapeutique en agissant comme un relais avec l'AT. Ils pourraient ainsi favoriser un réengagement dans la relation, grâce au plaisir esthétique ressenti et à la relation hors verbale. En reprenant contact et confiance en ses capacités, le lien entre ressentis et représentés serait favorisé, aidant le patient à sortir de son isolement. Le regard inconditionnellement positif des soignants pourrait stimuler le contact avec la réalité, permettant au patient d'entrer en relation avec l'autre, par la pratique musicale. Le pouvoir relationnel d'un Art synchronique tel que la musique pourrait alors se montrer révélateur pour ces patients. Cette dynamique relationnelle stimulerait alors le sentiment de *fierté* et permettrait au patient de se sentir, *considéré* en tant qu'Être singulier.

### 3. METHODE ET MATERIEL

#### 3.1. L'étude est mise en place auprès d'un groupe de patients accompagnés en art-thérapie et d'un groupe témoin.

**3.3.1. *Des critères d'inclusion spécifiques permettent de constituer une cohorte de cinq patients, afin de répondre aux objectifs de l'étude.***

| Critères d'inclusion   | Critères d'exclusion  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients souffrant de schizophrénie</li> <li>• Patients bénéficiant d'un traitement médicamenteux instauré avant l'hospitalisation</li> <li>• Conscience des troubles</li> <li>• Présence d'une discordance idéo-affective et/ou d'ambivalence affective</li> <li>• Patients hospitalisés à la CPU, en unités B et C, admis en urgence</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic de schizophrénie non posé ou non confirmé</li> <li>• Patients en chambre d'isolement</li> <li>• Patients en hospitalisation programmée</li> <li>• Non conscience des troubles</li> <li>• Patients bénéficiant de moins de 5 séances d'AT</li> </ul> |

Tableau 2: Critères d'inclusion et critères d'exclusion du groupe accompagné.

**3.3.2. *Le groupe témoin est constitué au regard de critères d'inclusion communs au groupe accompagné.***

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critères d'inclusion identiques au groupe accompagné, pour des patients hospitalisés en unité de psychiatrie extérieure à la CPU (unité D, Hôpital Bretonneau, CHU Tours), admis en urgence</li> <li>• Patients ne bénéficiant pas d'ATM et n'ayant jamais rencontré l'AT</li> </ul> |
|---|

Tableau 3: Critères d'inclusion du groupe témoin.

Notons que la différence d'âge n'a pas été retenue comme un critère significatif dans cette recherche. Il semblera alors judicieux de porter un regard critique et comparatif sur les résultats, compte tenu de cette composante.

**3.3.3. La contemplation initie la stratégie et s'appuie sur une boucle de renforcement axée sur les gratifications sensorielles et le savoir faire, le partage de la production est recherché en fin de prise en soin.**

| Protocole art-thérapeutique   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>Indication</b>   | Patients indiqués par le médecin de l'unité. Dans cette étude, les indications ont porté sur la mise à distance des troubles des affects ou du comportement.   |   |   |
| <b>Anamnèse</b>   | Patients atteints de schizophrénie, présentant une discordance idéo-affective et des troubles de la relation, accueillis à la CPU.   |   |   |
| <b>Etat de base au regard de l'OA</b>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p><u>SA principales:</u><br/> 3: ressentis négatifs liés aux conséquences des troubles, tristesse de l'humeur<br/> 4: Anxiété, représentés altérés, négatifs et/ou discordants<br/> 3/4: altération du lien ressentis/représentés<br/> 6: instabilité ou ralentissement psychomoteur<br/> 8: troubles de la relation</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p><u>CT principales:</u><br/> 3: ressentis positifs lors de l'écoute musicale, appétences artistiques<br/> 4: expression du goût, choix<br/> 5: engagement, volonté<br/> 5': contemplation<br/> 6: capacité à se mettre en action si accompagné, capacités esthétiques<br/> 8: recherche de gratifications liées à la relation</p> </td> </tr> </table> | <p><u>SA principales:</u><br/> 3: ressentis négatifs liés aux conséquences des troubles, tristesse de l'humeur<br/> 4: Anxiété, représentés altérés, négatifs et/ou discordants<br/> 3/4: altération du lien ressentis/représentés<br/> 6: instabilité ou ralentissement psychomoteur<br/> 8: troubles de la relation</p> | <p><u>CT principales:</u><br/> 3: ressentis positifs lors de l'écoute musicale, appétences artistiques<br/> 4: expression du goût, choix<br/> 5: engagement, volonté<br/> 5': contemplation<br/> 6: capacité à se mettre en action si accompagné, capacités esthétiques<br/> 8: recherche de gratifications liées à la relation</p> |
| <p><u>SA principales:</u><br/> 3: ressentis négatifs liés aux conséquences des troubles, tristesse de l'humeur<br/> 4: Anxiété, représentés altérés, négatifs et/ou discordants<br/> 3/4: altération du lien ressentis/représentés<br/> 6: instabilité ou ralentissement psychomoteur<br/> 8: troubles de la relation</p> | <p><u>CT principales:</u><br/> 3: ressentis positifs lors de l'écoute musicale, appétences artistiques<br/> 4: expression du goût, choix<br/> 5: engagement, volonté<br/> 5': contemplation<br/> 6: capacité à se mettre en action si accompagné, capacités esthétiques<br/> 8: recherche de gratifications liées à la relation</p>  |   |   |
| <b>Pénalités</b>  | Maladie psychique et blessures de vie entraînant un handicap social.   |   |   |
| <b>Souffrances</b>  | Anxiété, peur de la mort, projection difficile, incertitude/inquiétude du futur. Perte du sentiment d'être sujet. Perte de lien social, de la maîtrise de son environnement et de soi. Perte de la saveur existentielle, impossibilité de redonner un sens et un goût à sa vie.  |   |   |
| <b>OG</b>   | Défini individuellement pour chaque patient, orienté vers une amélioration de la saveur.   |   |   |
| <b>Initiation de la stratégie (OI1)</b>   | <p><b>Etablir une relation de confiance avec l'AT.</b><br/> BR: Par la <b>contemplation</b> (5'), provoquer des gratifications sensorielles (3) afin d'identifier les goûts et intentions du patient (4) et de provoquer un élan orienté vers l'esthétique (5).<br/> 5'&gt;3&gt;4&gt;5 / 8</p>   |   |   |
| <b>OI suivants</b>  | Elaborés individuellement au regard de l'indication, de l'OG et des capacités préservées.  |   |   |
| <b>OI final</b>   | <p><b>Modifier les représentés et ressentis négatifs liés à la relation à l'autre.</b><br/> BR: <b>Partager la production</b> dans le service (7&gt;8) afin de provoquer un retour gratifiant sur les capacités du patient (8&gt;3), stimulant ainsi la confiance en soi et en l'autre (6&gt;8). Le ressenti positif lié à la reconnaissance des autres (8&gt;3) permettrait au patient de se redéfinir en tant que sujet, favorisant ainsi l'amour de soi et la considération (3/4) et de modifier ses représentés quant au regard d'autrui (4/8)<br/> 7&gt;8&gt;3&gt; 6/8&gt; 3/4&gt;4/8</p>   |   |   |
| <b>Faisceaux d'items</b>  | Relatifs à la fierté, la considération, la projection, l'espoir, l'affirmation de soi et la sympathie. Cotation de 1 à 5. Correspondance avec les OI. Evaluation de l'état du patient au regard de la PES.   |   |   |
| <b>Moyens</b>   | Séances individuelles hebdomadaires. Cadre: horaires fixes, durée de 20 à 30mn selon capacités du patient. Lieux: chambre ou salle d'activité du service (pour les patients ne bénéficiant pas de chambre particulière).   |   |   |
| <b>Méthode</b>  | Dirigée à semi-dirigée, thérapeutique, didactique et révélatrice. Contemplation, pratique instrumentale ou chant conformément aux capacités, intentions esthétiques du patient et intérêt thérapeutique.   |   |   |

| Protocole art-thérapeutique |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Evaluation et bilan</b>  | Evaluation par l'AT après chaque séance. Bilan de séance noté dans le dossier patient informatisé accessible à l'équipe soignante.<br>Auto-évaluation du patient lors des séances.<br>Evaluation de l'état psycho-comportemental du patient par un IDE*, dans les deux heures suivant la séance.<br>Evaluation de l'impact de l'AT sur le patient par l'Interne référent du service. |

Tableau 4: Protocole art-thérapeutique.

**3.3.4. Les outils d'observation et d'évaluation sont mis en place, en concertation avec les soignants, dans le but de vérifier de façon objective la pertinence de la PES et de répondre aux hypothèses de l'étude.**

| EVALUATIONS      |  |                                      |   |                    |
|------------------|--|--------------------------------------|---|--------------------|
| Pré-PES          | Pré-séance   | Séance                               | Post-séance   | Post-PES           |
| Etat de base AT  | <----- Observations AT ----->  |                                      |   | Bilan AT           |
|                  |  | <-- -- Auto-évaluation patient ----> |   |                    |
| Evaluation IDE   |  |                                      | Evaluation IDE  |                    |
|                  |  |                                      |   | Evaluation Interne |
|                  | MISE EN PLACE  |                                      | AXES DE RECHERCHE   |                    |
| AT               | Fiche d'observation (cf annexe 12) individualisée, complétée à chaque séance, en lien avec l'ensemble des objectifs.   |                                      | Evaluation des OG et OI, pertinence de la PES. Vérification de l'hypothèse et des sous-hypothèses.      |                    |
| Patient          | Auto-évaluation par le Cube Harmonique via les concepts du Bon, Bien, Beau.  |                                      | Evaluation des composantes de l'estime de soi. Simplification du modèle pour les patients.              |                    |
| IDE              | Réalisé par un IDE (binôme, à tour de rôle) accompagnant habituellement le patient. Questionnaire (cf annexe 10) complété 1fois avant la PES puis dans les 2h suivant les séances. |                                      | Evaluation des troubles psycho-comportementaux avec attention spécifique sur l'expression des émotions. |                    |
| Interne référent | Réalisé par l'Interne référent du service. Questionnaire (cf annexe 11) complété en fin de PES.  |                                      | Evaluation de l'impact de l'AT sur l'état du patient.   |                    |

Tableau 5: Outils d'observation et d'évaluation.

## 4. EXPERIENCE CLINIQUE

### 4.1. Cinq patients sont accompagnés dans le cadre de stratégies individualisées en art-thérapie.

Avant toute PES, l'ATM est présentée à chaque patient de façon verbale et en utilisant le rayonnement de l'Art, afin de susciter à la fois la compréhension intellectuelle des enjeux et objectifs de la PES et initier une réaction émotionnelle. Même s'il peut être difficile de cerner le niveau d'élaboration intellectuelle du patient, puisque parfois discordant avec ce qui est exprimé, les capacités à exprimer son goût, l'envie et par conséquent, le refus restent opérants. L'AT a systématiquement recherché l'adhésion du patient et entendu son refus, dans le respect de son autonomie et de son affirmation. Les stratégies thérapeutiques et détails des prises en soin des 5 patients accompagnés sont visibles en annexe 13.

#### 4.2. Le déroulement des prises en soin est synthétisé à l'aide d'un tableau récapitulatif.

| Patients          | Mr L, 58 ans   | Mr A, 58 ans   |   |
|-------------------|--|--|---|
| Anamnèse          | Schizophrénie. Accélération psychomotrice + trouble du comportement.<br>Pleurs, familiarité, agressivité, culpabilité.   | Schizophrénie depuis l'âge de 17 ans. Humeur triste, clinophilie. Hallucinations auditives avec perte totale et brutale de contact. Peu d'échanges verbaux, regard fixe.   |   |
| OG                | <i>Permettre au patient de prendre du plaisir dans une activité artistique.</i>  |  |   |
| Dominante Méthode | <b>Chant</b><br><b>Didactique, semi-dirigée</b>  | <b>Musique (Pratique instrumentale) Didactique, semi-dirigée, révélatrice</b>  |   |
| Descriptif        | <b>S1:</b> définition du projet, contemplation musicale, expression des goûts<br><b>S2, 3:</b> action, production. Pleurs ++. Demande validation. Changement de morceau.<br><b>S4, S5:</b> action, production. Enregistrement et partage avec l'équipe. Investi ++. Plaisir, fierté. | <b>S1:</b> prise de contact difficile, contemplation + essai instrument sur sollicitation. Pas d'intention.<br><b>S2 à 4:</b> Action. Art1. Mobilisation difficile en début de séance, amélioration en cours et plaisir exprimé en fin.<br><b>S5:</b> Action et partage production. Mobilisation plus spontanée, choix, demande de refaire. Expression du plaisir. Fin de PES brutale suite ↗ troubles comportement ++ (chambre isolement) |   |
| Bilan             | Gratifications sensorielles + pratique artistique => relation confiance ↗ capacité choix. Autonomie encore fragile. Regard bienveillant, empathique* AT+ équipe soignante // production => reconnaissance capacités (fierté) + sentiment d'exister (considération).                  | Malgré variations thymiques + nécessité encouragement, ↗ engagement tout au long PES. Plaisir visible et exprimé en fin de PES. Action plus spontanée et durable => ↗ confiance en soi. Musique =>goût => faire des choix => autonomie. Recrudescence troubles => rupture PES. A poursuivre quand stabilisé. Patient volontaire.   |   |
| Patients          | Mr J, 23 ans   | Mme D, 53 ans  | Mr M, 26 ans  |
| Anamnèse          | Trouble schizo-affectif. Admission directe suite sortie prison: jugé irresponsable pour le meurtre de sa mère. Violences dans enfance et milieu carcéral. Familiarité, comportement insistant voire déplacé. HAV* brèves. Anxiété  | Rupture de traitement chez patiente atteinte de schizophrénie paranoïde. Multiples hospitalisations depuis 20 ans. Plusieurs IMV*. Très délirante et persécutée  | Schizophrénie paranoïde. Recrudescence délirante à thème mystique, interprétative et intuitive, centrée sur son frère. Hallucinations auditives. Aucune critique de ses troubles. Anxiété, colère liée à l'hospitalisation. |
| OG                | <i>Permettre au patient de s'investir dans un projet artistique, en respectant le cadre posé par l'AT.</i>   | <i>Raviver la saveur existentielle.</i>  |   |
| Dominante Méthode | <b>Chant</b><br><b>Didactique, Dirigée à semi-dirigée</b>  |  | <b>Musique (Pratique instrumentale) Didactique, semi-dirigée, révélatrice</b>   |

|                   |  |   |   |
|-------------------|--|---|---|
| <b>Descriptif</b> | <p><b>S1:</b> Identification des goûts, élaboration projet. Contemplation.</p> <p><b>S2:</b> Action, production: travail technique: texte, articulation, voix chantée. Respect cadre, plaisir.</p> <p><b>S3, 4, 5 :</b> Action, production. Apport matériel technique.</p> <p><b>S6:</b> Aboutissement projet, partage production. Fierté exprimée.</p>  | <p><b>S1:</b> Bon contact malgré délire ++. Expression des goûts, contemplation. Projet.</p> <p><b>S2 à 4:</b> Action soutenue malgré variation thymique, production. Intention esthétique marquée.</p> <p><b>S5, 6:</b> Partage production avec un soignant. Plaisir malgré confiance en l'autre basse. Item fragile.</p>                          | <p><b>S1:</b> Définition des goût, projet. Bon contact. Investi dans l'activité. Travail sur percu mélodique.</p> <p><b>S2 à 4:</b> Belles capacités rythmiques et progression dans la technique. ↗ plaisir. Idées délirantes présentes en dehors activité.</p> <p><b>S5:</b> Absence idée délirante. Aboutissement projet. Enregistrement production et partage, fierté exprimée.</p>                        |
| <b>Bilan</b>      | <p>Plaisir élément moteur // chant =&gt; amélioration représentés / ressentis + envie orientée vers l'esthétique. Expression du goût + plaisir =&gt; redéfinir en tant qu'Être.</p> <p>Pouvoir éducatif = reprise de contact ressentis. Mise à distance des troubles au profit d'un projet gratifiant. Affirmation de soi et capacités =&gt; modifier de façon + regard sur soi. Item à étayer sur long terme.</p> | <p>Pratique artistique =&gt; décentrer des troubles =&gt; s'engager dans projet, même si élaboration de la pensée à soutenir // persistance confusion. Expression plaisir et fierté = amélioration considération. Relation thérapeutique =&gt; ↗ certaine confiance en l'autre. A étayer. Autres modalités (séance collective? co-thérapeute?).</p> | <p>Découverte activité + élaboration, aboutissement projet artistique =&gt; ↗ confiance en soi + redonner une meilleure saveur en redevenant acteur de sa PES. PES =&gt; décentrer le patient //troubles pendant séances. Problématique à étayer ++. Partage production + sentiment de fierté = initié une amélioration de la confiance en l'autre =&gt; levier dans la prise en charge médicale globale.</p> |

Tableau 6: Descriptif des prises en soin.

## 5. RESULTATS

### 5.1. Les résultats des prises en soin sont détaillés au regard des hypothèses.

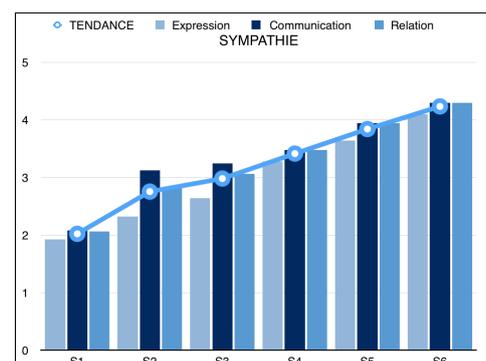
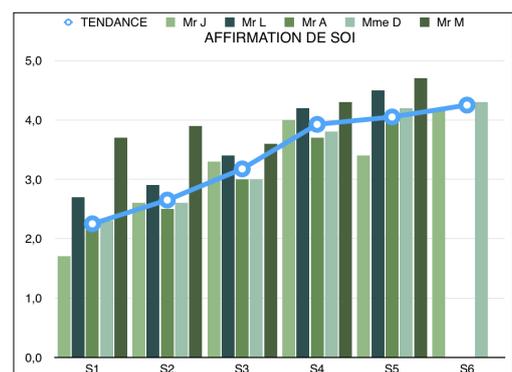
Les résultats seront corrélés à chaque sous-hypothèse. Ils exposent dans un premier temps, les observations de l'AT comprenant également l'auto-évaluation des patients. Les résultats des questionnaires complétés par l'équipe sont présentés ensuite.

**Graphique 1: Les faisceaux d'items relatifs à l'affirmation de soi viennent étayer l'hypothèse 1.**

Nous avons vu que, par la contemplation, l'ATM pouvait modifier les ressentis du patient afin de permettre au patient de faire des choix et d'initier ainsi une relation de confiance. Susciter l'envie pouvait alors impacter favorablement l'affirmation de soi, en permettant au patient d'exprimer son goût. Nous avons donc observé l'évolution du lien entre ressentis et représentés, au travers des items liés à l'affirmation de soi. Même si le point de départ est relativement hétérogène pour chacun des patients (écart de 2 points), on note une belle progression pour l'ensemble (+ 2 points).

**Graphique 2: Les faisceaux d'items relatifs à la sympathie sont évalués au regard de la sous-hypothèse 2.**

Ici, les moyennes des résultats sont regroupés sous les items expression, communication, relation, pour l'ensemble des



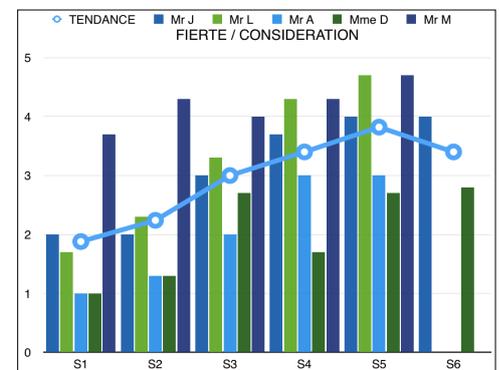
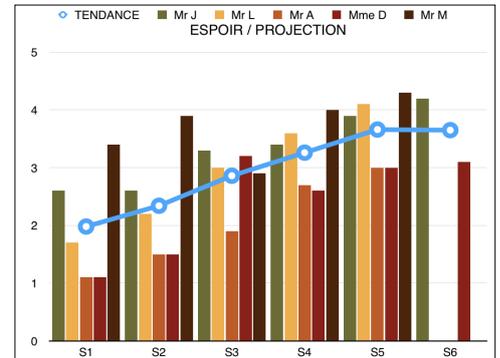
patients<sup>27</sup>. Nous avons vu que, par le principe de sympathie, la musique pouvait venir unifier ces trois composantes, en favorisant une expérience esthétique commune, en cohérence avec la réalité puisque vécue dans un même espace/temps et partagée avec l'AT. Ce faisceau d'items a subi la plus forte progression (+2,2 points). On note une légère stagnation en S3, probablement due à la présence plus ou moins envahissante de troubles chez certains patients.

**Graphique 3: Les faisceaux d'items relatifs à l'espoir et à la projection sont corrélés à la sous-hypothèse 3.**

En permettant la réalisation d'une oeuvre correspondant à un objectif tangible et un idéal esthétique, l'hypothèse était de favoriser la confiance en soi. Nous avons ainsi corrélié cette composante de l'estime de soi avec les notions d'espoir et de projection. Malgré des disparités d'évolution importantes selon les patients, ce faisceau d'items progresse tout au long de la PES. On note un très léger fléchissement de la tendance en S6 (- 0,01point), cette séance n'ayant été réalisée que pour 2 patients sur 5. Il en sera de même pour le graphique suivant.

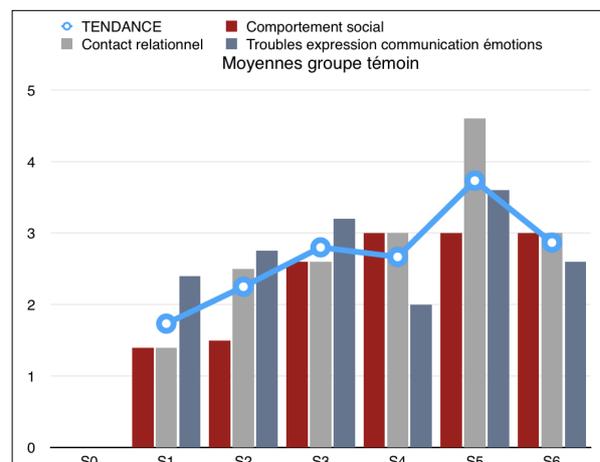
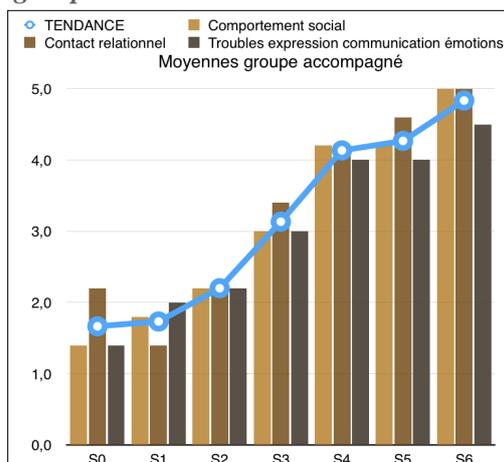
**Graphique 4: Les faisceaux d'items relatifs à la fierté et à la considération sont évalués au regard de la sous-hypothèse 4.**

Nous avons ici proposé une évaluation de deux items constituant les fondements de l'amour de soi, en nous appuyant sur le regard bienveillant et soutenant de l'autre et en cheminant vers l'idée d'une reconnaissance de ce qui a été réalisé, et donc d'une considération de soi et d'un sentiment de fierté. Après avoir obtenu la moyenne des résultats de ces faisceaux d'items pour les 5 patients, nous observons une tendance globalement en hausse, passant de 1,8 en S1 à 3,8 en S5. Le fléchissement en S6 pourrait signifier que cet item stagne en fin de PES mais surtout qu'il serait à renforcer sur le long terme, au regard de la carence importante en amour de soi des patients souffrant de schizophrénie.



## 5.2. Les résultats des questionnaires du groupe témoin sont comparés à ceux du groupe accompagné en art-thérapie.

*Graphique 5 et 6: Moyenne des résultats des questionnaires IDE du groupe accompagné et du groupe témoin.*



Concernant le graphique 5, il s'agit ici des moyennes des résultats des questionnaires complétés par l'équipe infirmière. L'intérêt était d'évaluer l'évolution de l'état psycho-comportemental du patient avant la PES (S0) et pendant (S1 à S6), plus précisément dans les 2h suivant la séance. Concernant

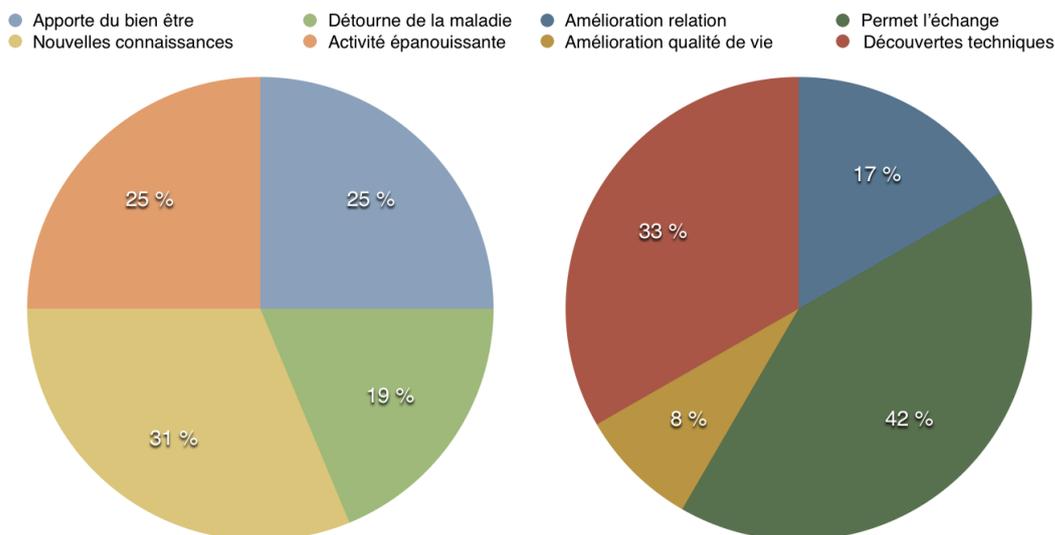
<sup>27</sup> Annexe 14: Graphiques détaillés des items Expression, Communication, Relation pour chaque patient.

le graphique 6, les questionnaires, identiques à ceux du groupe accompagné, ont été complétés sur 6 semaines (S1 à S6), à raison d'une fois par semaine. La S0 est inexistante puisque ces patients n'ont pas bénéficié d'art-thérapie. Les questions portaient sur les difficultés comportementales et relationnelles, les troubles de l'expression et de la communication et l'expression des émotions. Ces items étant fortement perturbés chez les patients souffrant de schizophrénie, nous souhaitons porter une attention particulière sur ces derniers. De plus l'altération du lien ressenti/représentés peut être plus facilement observable par l'équipe aux travers de ces troubles spécifiques. Ce regard extérieur visait à tendre vers une objectivité, au regard de notre hypothèse de travail. On observe une nette progression des items du groupe accompagné tout au long de la PES (+ 3,1 points), notamment à compter de la S2, une légère stagnation en S5 pour augmenter de nouveau en fin de PES. Le groupe témoin montre quant à lui, une progression plus anarchique, bien que montrant une tendance à l'amélioration (+ 1,1 point).

Tableau 7: Résultats des questionnaires destinés à l'Interne du service.

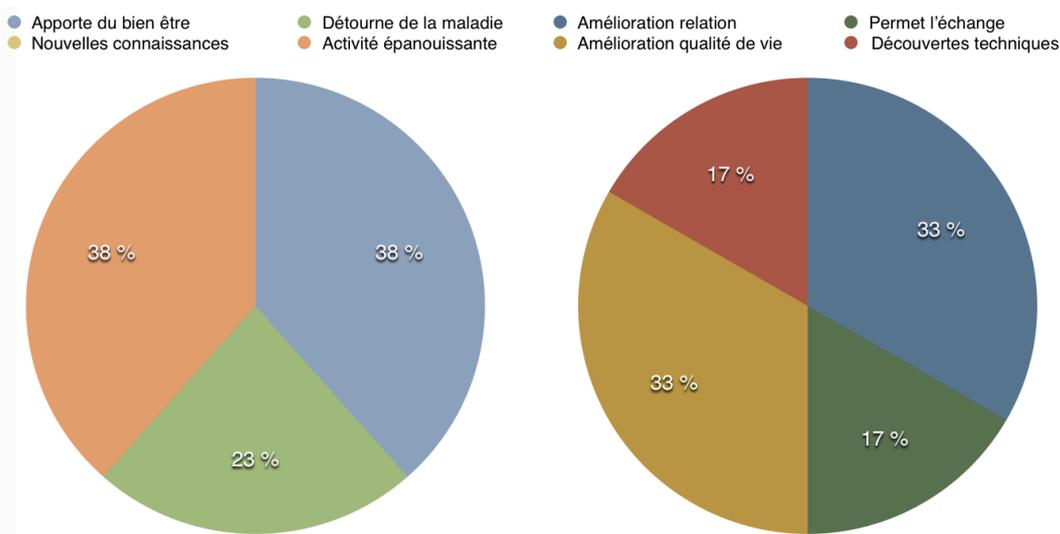
| Le patient a-t-il évoqué les séances d'art-thérapie? | Rapport à la temporalité (Si oui) | Rapport à la qualité                         |
|--|-----------------------------------|--|
| Oui: 1 / 5 patients<br>Non: 4 / 5 patients           | Régulièrement (au moins 3 fois)   | Il est satisfait et explique pourquoi: 5 / 5 |

Figure 1: Description des séances par le patient.



Pour une grande part des patients, l'ATM a favorisé les échanges, devenant un mode de communication différent. Sont également soulignés les apprentissages de nouvelles connaissances et découvertes techniques. En revanche, l'amélioration de la qualité de vie ne constitue pas une progression majeure, le vécu de l'hospitalisation restant encore très douloureux pour certains, malgré l'apport de bien être et de plaisir.

Figure 2: Effets des séances constatés par l'Interne.



Pour l'Interne du service, l'ATM constitue avant tout une activité épanouissante, synonyme de plaisir et de bien-être. Il considère, contrairement aux patients, qu'elle contribue pour une part importante à l'amélioration de la qualité de vie lors de l'hospitalisation. Il constate de plus, une évolution positive des capacités relationnelles.

## 6. ANALYSE

---

### 6.1. L'analyse est corrélée à la littérature scientifique.

Notre hypothèse de travail suggérait que l'ATM, en améliorant la saveur et en s'appuyant sur le principe de sympathie de la musique et la relation thérapeutique, pouvait rééquilibrer le lien ressenti /représentés du patient souffrant de schizophrénie, en stimulant la confiance en soi et en favorisant la considération. Les graphiques 5 et 6, nous permettent de déduire que l'ATM a permis de modifier ce lien, au regard de l'amélioration plus significative des troubles psycho-comportementaux du groupe accompagné. Même si le groupe témoin montre également une amélioration, nous pourrions supposer que l'ATM est un outil complémentaire privilégié à la prise en charge globale du patient. Les figures 1 et 2 corroborent cette hypothèse, en particulier concernant la sensation de plaisir et les capacités relationnelles que l'ATM a permis de stimuler. Cependant, compte tenu de l'instabilité thymique chez certains, de la recrudescence de symptômes en cours d'hospitalisation, des facteurs environnementaux variables, il est important de nuancer ces résultats. Les effets semblent positifs à court terme, en aval des séances, mais nous n'avons pu vérifier ces derniers sur une durée plus longue, et donc leur impact réel sur la qualité de vie du patient. Concernant le lien entre la saveur, l'envie et la relation de confiance, le graphique 1 nous permet d'établir une corrélation favorable au regard de l'amélioration de l'affirmation de soi. Ces résultats permettraient de valider cette première sous-hypothèse, comme le montre également l'étude de PATTERSON, CRAWFORD, AINSWORTH et WALLER<sup>28</sup>. L'étude montre que l'art-thérapie est efficace avec cette population puisqu'elle permet un engagement relationnel progressif avec un thérapeute apparaissant comme « moins menaçant » qu'en thérapie traditionnelle. Les auteurs évoquent aussi cette approche comme étant « sécuritaire », cette perception encourageant l'alliance thérapeutique. Le graphique 2 montre l'évolution des items de l'expression, la communication et la relation, corrélés au principe de sympathie, lié au partage d'une émotion esthétique avec l'AT. Les résultats particulièrement encourageants nous permettent de valider cette sous-hypothèse 2. Nous pouvons ainsi supposer que l'ATM permet à la fois de mettre à distance des troubles particulièrement envahissants et de favoriser une dynamique d'échanges, grâce à un processus à la fois éducatif et créatif, dans un cadre contenant. BANKS présente un article corroborant cette hypothèse. L'auteure démontre notamment, comment l'engagement dans un processus créatif permet de « contenir les affects primaires et de développer la relation thérapeutique de façon sécuritaire et sécurisante »<sup>29</sup>. Le graphique 3 met en lumière l'évolution de la confiance en soi via les composantes de l'espoir et de la projection. Même si on note des disparités d'évolution au sein de la cohorte, cette proposition tendrait à être validée. Ces résultats font écho au travail de CRESPO auprès de patients atteints de schizophrénie, qui démontre comment les qualités projectives de l'approche art-thérapeutique peuvent contribuer à « modifier les distorsions perceptuelles et aider à la réhabilitation des patients »<sup>30</sup>. Enfin, si le graphique 4 tend à confirmer la dernière hypothèse, il semble important de nuancer les résultats, au regard du faible nombre de patients constituant la cohorte, de la prévalence des troubles sur la composante existentielle de l'amour de soi et de la difficulté à évaluer cet item de façon réellement fiable,

---

<sup>28</sup> PATTERSON S., CRAWFORD M.J., AINSWORTH E. et WALLER D. *Art therapy for people diagnosed with schizophrenia: Therapists' views about what changes, how and for whom*. International Journal of Art Therapy. 2011. [Consulté le 29/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.tandfonline.com](http://www.tandfonline.com)

<sup>29</sup> BANKS L. *Free to talk about violence: A description of art therapy with a male service user in a low security unit*. International Journal of art therapy. 2012. [Consulté le 29/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.tandfonline.com](http://www.tandfonline.com)

<sup>30</sup> CRESPO V. R. *Art therapy as an approach for working with schizophrenic patients*. International journal of psychotherapy. Vol. 8. Novembre 2003, p. 183-193. [Consulté le 29/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.tandfonline.com](http://www.tandfonline.com)

scientifique et objectif. Néanmoins, des études montrent des résultats encourageants concernant les notions fondamentales de considération et de fierté, liées au partage d'une production artistique. BANKS souligne le fait que « *le groupe permet un processus d'individuation au cours duquel le fait d'être vu de ses pairs grâce à son Art permet une consolidation de son identité et un détachement graduel des services thérapeutiques. Le lien au groupe diminue ainsi la dépendance au thérapeute.* »<sup>31</sup> Enfin, les recherches de David GUSSAK soulignent l'effet bénéfique de l'art-thérapie sur la « *perception de l'image de soi* »<sup>32</sup>.

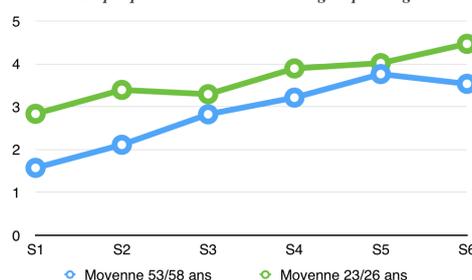
### 6.2. Des études en lien avec les Arts synchroniques montrent l'intérêt de l'art-thérapie auprès de patients psychotiques.

Des étudiants AT présentent un certain nombre de travaux en lien avec nos hypothèses.<sup>33</sup> Les objectifs principaux visent à revigorer l'estime de soi, renforcer les capacités relationnelles et permettre une meilleure saveur existentielle. Susciter l'envie afin de permettre une valorisation de soi est un thème récurrent, ce qui pourrait corroborer notre première hypothèse. L'étude de Marie BOISDE évoquant l'émotion esthétique permise par la relation hors-verbale privilégiée par les Arts synchroniques<sup>34</sup>, vient étayer notre sous-hypothèse 2. L'apprentissage de la technique, en particulier avec des Arts synchroniques, limite la mise en échec directe (possibilité de refaire). L'amélioration de la confiance en soi est ainsi abordée régulièrement, alimentant notre sous-hypothèse 3. Enfin, le sentiment de considération est encore assez peu abordé. La sous-hypothèse 4 serait donc l'ébauche d'un travail méritant un étayage plus approfondi.

### 6.3. Des biais méthodologiques sont détaillés.

- ▶ Le nombre de patients limité de la cohorte constitue un premier biais. Afin de valider notre hypothèse de façon plus pertinente, il s'agirait de poursuivre cette étude sur un nombre statistiquement plus significatif de personnes.
- ▶ Les séances se sont déroulées dans des lieux différents. En effet, certains patients étant hospitalisés dans des chambres à deux lits, il nous a fallu réaliser ces séances en salle d'activité. Ce changement de cadre a vraisemblablement eu un impact non évalué sur les résultats de la recherche.
- ▶ Les outils d'évaluation sont teintés de subjectivité. La fiche d'observation reflète involontairement la personnalité de l'AT, compte tenu de la prédominance d'items qualitatifs. Les questionnaires des IDE et des Internes, bien que complétés dans une dynamique professionnelle d'objectivité, ont reflété malgré tout, la subjectivité de leurs auteurs, chaque affirmation pouvant être interprétée de façon différente. Enfin, il aurait été pertinent d'utiliser une échelle d'évaluation spécifique à la schizophrénie comme la PANSS\* par exemple. Cette dernière n'a pas pu être réalisée par les soignants pour des raisons organisationnelles.
- ▶ Compte tenu de la différence d'âge des patients, il aurait été pertinent de comparer les résultats sur deux groupes: <23/26ans> versus <53/58 ans>, avec des items plus spécifiques sur chacun des groupes. En effet, les symptômes de la schizophrénie sont très variables, que l'on soit en début de maladie ou souffrant depuis plusieurs années. De plus, nous pouvons observer pour les plus âgés, plusieurs pathologies associées, incluant d'autres souffrances et de fait, de nouvelles pénalités en

Graphique 7: Evolution des deux groupes d'âges



<sup>31</sup> BANKS. Obcit.

<sup>32</sup> GUSSAK Dave. *Creating an art therapy Anger Management protocol for male inmates through a collaborative relationship*. International journal of Offender therapy and comparative criminology. 2012. [Consulté le 29/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.journals.sagepub.com](http://www.journals.sagepub.com)

<sup>33</sup> Annexe 15: Etudes en art-thérapie moderne auprès de patients souffrant de troubles psychiques graves.

<sup>34</sup> BOISDE M., *Une expérience d'art-thérapie à dominante musique et photographie auprès de personnes vieillissantes atteintes de psychoses chroniques*, Tours, Mémoire AFRATAPEM. Année 2016

cascade. Dans le graphique ci-dessus, nous pouvons observer des disparités concernant la cotation des items, plus élevée en début de PES pour les 23/26. Les groupes se rejoignent en S5 puis le groupe 53/58 fléchit en fin de PES. Même si les items étaient élaborés pour chaque patient, ces disparités nous indiquent qu'une évaluation plus spécifique aux tranches d'âges aurait permis d'affiner ces items et de limiter ce biais.

## 7. DISCUSSION

### 7.1. La qualité de la relation art-thérapeutique est un élément déterminant dans la prise en soin de patients souffrant de schizophrénie.

La validation de notre première sous-hypothèse a soulevé la question de la relation de confiance entre le patient et l'AT comme élément moteur initiant la PES. Carl Rogers développe le concept de la relation d'aide via l'approche centrée sur la personne (ACP)<sup>35</sup>, permettant de créer un climat de confiance propice à l'expression de la personne. Ainsi, la notion de congruence contribue à améliorer la qualité relationnelle. Cette dernière renvoie à la conscience d'être. Le thérapeute doit savoir accueillir en lui les sentiments qu'il éprouve au regard d'une situation donnée et faire en sorte que ces derniers soit en accord avec ses réactions, sur le moment présent. Ainsi, par une attitude congruente, il va pouvoir délivrer un message cohérent et non contradictoire et se montrer fiable et digne de confiance. En art-thérapie, la production peut être de nature à favoriser la congruence du patient. En effet, aider la personne à renouer avec ses ressentis et stimuler une intention esthétique (fond\*), avec une expression cohérente (forme\*), permet d'atteindre un certain équilibre, appelé idéal esthétique. Le plaisir esthétique est alors le témoin de ce juste rapport. Son intensité est variable et évolutive, il est possible de susciter une émotion plus forte via l'action et le style afin d'adapter sa production au regard de son goût. C'est parce que la production permet à la personne de prendre conscience de ce qu'elle vit dans l'instant, qu'elle permet un meilleur rapport ressentis/représentés. En ajustant sa pratique, la personne prend conscience qu'elle agit pour elle-même, elle devient responsable et autonome dans le but de se réaliser. Ainsi, l'ATM va favoriser l'expérience du patient en encourageant sa mise en mouvement, dans le but de susciter ressentis et représentés, pour une meilleure conscience de soi. L'Art serait alors un moyen de ramener l'expérience globale à la conscience et ainsi de pouvoir « mener une vie pleine », selon Rogers. La relation art-thérapeutique pourrait alors permettre « *de ressentir pleinement et en toute conscience, toutes ses réactions au sujet de ses sentiments et de ses émotions* »<sup>36</sup>. Cette expérience permet à la personne de conscientiser ses ressentis et donc de changer, d'assouplir, sa vision d'elle-même afin de s'adapter. « *Le client se rend compte des contradictions et des dissonances entre son expérience immédiate et son moi* »<sup>37</sup>. L'Art, tel qu'envisagé dans le processus de l'ATM, favorise le ressenti corporel dans l'instant présent, par une mise en mouvement. Même lorsqu'il s'agit de contemplation, la structure corporelle est mobilisée afin de revenir à l'oeuvre, suscitant ainsi un mouvement interne, l'élan corporel. La mobilisation des éléments composant la corporéité favoriserait donc ce que Rogers nomme la *tendance actualisante*, en permettant de nouveaux représentés. L'implication du patient dans la relation thérapeutique va alors être de nature à stimuler l'investissement du patient dans son soin. Dans son étude, Laureen GRAND souligne le rôle de l'art-thérapie dans la facilitation de l'engagement, favorisant « *l'insight\* des patients et le lien social, (...) permettant l'amélioration du vécu des soins des patients.* » L'auteure rapporte de plus, qu'il existe « *un lien entre ces mécanismes de changement et les relations thérapeutiques établies au cours des thérapies artistiques* »<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> ROGERS C.R., *Le développement de la personne*, Paris : Dunod-Interédition, 2005, p.65

<sup>36</sup> ROGERS C.R. *Obcit.* p.68

<sup>37</sup> ROGERS C.R. *Obcit.* p.92

<sup>38</sup> GRAND L. *L'alliance thérapeutique dans la schizophrénie, place de l'art-thérapie: revue critique de la littérature et illustration clinique*. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Médecine Spécialisée Clinique. 3 avril 2018. p 66 - 67. [Consulté le 30/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.thesesante.ups-tlse.fr](http://www.thesesante.ups-tlse.fr)

L'ATM se reconnaît dans ces approches fondées sur une vision positive de l'Être Humain. Elle permet de poser un cadre thérapeutique sain, favorable à l'expression de la personne.

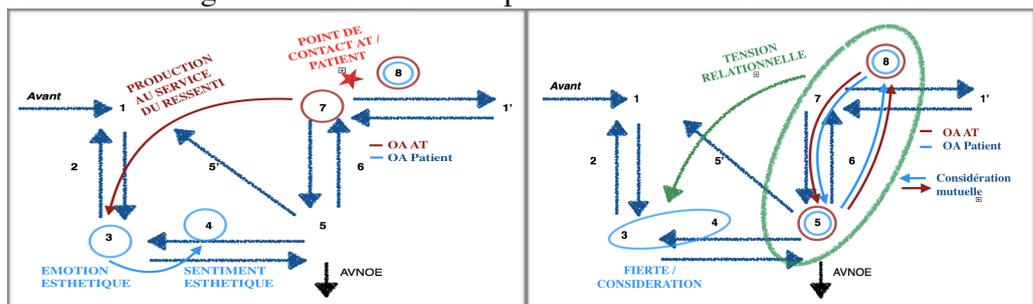
**7.2. Les spécificités de la dominante telles que la relation hors verbale et le principe de sympathie semblent une voix d'entrée thérapeutique privilégiée auprès de patients psychotiques.**

Nous l'avons vu, le principe de sympathie a été un élément moteur dans la PES. Vibrer avec l'autre a alors permis de co-créeer un espace ou le patient pouvait rejoindre l'AT, dans un objectif esthétique commun, favorisant par là-même, une autre forme d'expression et de communication. Les Arts synchroniques peuvent ainsi être de nature à provoquer une relation hors verbale. Une émotion esthétique commune, sera alors propice à la diminution des symptômes négatifs puisqu'elle est partagée, dans un même espace temps, dans une même réalité et qu'elle permet de fait, d'établir un contact. Elle peut alors permettre de rejoindre le patient dans cet espace, dans le but d'établir une relation et stimuler le contact avec la réalité.

Dans son article, Marie BOISDE explique que « les émotions esthétiques ne peuvent pas être provoquées volontairement, elles nécessitent un état de lâcher prise où les ressentis dominent sur les représentés, moment de la pratique artistique où l'Art I prend le pas sur l'Art II. »<sup>39</sup> Les termes d'émotion esthétique et de relation hors verbale apparaissent dans différents travaux, pouvant se définir comme : l'ensemble des ressentis spécifiques à l'Art, vécus ensemble et dans un même instant. Ils sont donc liés à la pratique artistique, à la contemplation, voire à l'atteinte de l'idéal esthétique. Nous pouvons nous interroger sur cette notion d'idéal. Cette corrélation démarquerait alors l'émotion esthétique de la simple idée de gratification sensorielle, mais semblerait ainsi réductrice. Dans ce cas, on note une certaine confusion entre émotion esthétique et relation hors verbale. Or, si les émotions, par définition, (la joie, la colère, la peur, la tristesse, la surprise, le dégoût) sont archaïques, elles émanent de notre système limbique. Elles ne peuvent être associées strictement à la notion de relation hors verbale mais elles en sont vraisemblablement la source. Ainsi, l'émotion esthétique (3) se vivra d'abord individuellement et fera ensuite naître une notion plus élaborée, sollicitant donc notre cortex cérébral, que nous pourrions appeler sentiment esthétique (4), qui lui jugera ou non de l'atteinte de l'idéal esthétique. Alors, si ce sentiment est partagé avec l'autre (8) dans cet instant unique, il y aura relation hors verbale (1>3>4>8/3).

Lors de ce travail de recherche, l'émotion esthétique ressentie au cours de certaines séances en musicothérapie a pu provoquer une relation hors verbale. Nous avons observé que cette émotion avait certes un impact sur l'opération artistique du patient, mais que la production commune avait des répercussions sur sa propre OA. Ainsi, le 8 du patient devenait le 8 de l'art-thérapeute et inversement, chaque OA soutenant celle de l'autre. Comme nous l'avons vu avec Carl Rogers, le contact psychologique s'établit sur un champ expéerientiel commun. La production en 7 impliquant la relation patient/soignant en 8, correspond à cette expérience partagée et il serait alors possible d'utiliser ce point de contact pour favoriser la relation thérapeutique. La production (7) de l'art-thérapeute (le Beau) deviendrait alors au service du ressenti, de l'émotion esthétique (3) puis du sentiment esthétique (4) du patient (le Bon). La considération mutuelle (8) provoquerait ainsi un élan relationnel (5) (8) rendant opérante la relation hors verbale. La tension relationnelle produirait alors un sentiment de fierté et de dignité retrouvée dans le plaisir de se sentir exister et vivre en tant qu'Être Humain.

**Figure 3 et 4:**  
Proposition de stratégie thérapeutique visant à l'amélioration de la fierté et de la considération via la relation thérapeutique.  
BR 1 + 2



<sup>39</sup> BOISDE M. Impact de l'art-thérapie sur les troubles psycho-comportementaux chez les personnes âgées démentes. Une expérience d'art-thérapie à dominante chant, danse, peinture, conte sensoriel et récit de vie sous induction musicale. Article de fin d'études du DU d'art-thérapie de la Faculté de Médecine de Tours. Année 2018. p14

## CONCLUSION

---

L'objet de ce travail de recherche visait à mesurer l'impact d'une prise en soin en art-thérapie sur le lien entre ressentis et représentés de patients souffrant de schizophrénie, en améliorant la saveur et en s'appuyant sur la relation thérapeutique. Pour ce faire, nous avons élaboré un protocole de soins, commun, incluant des stratégies thérapeutiques individualisées. Les observations cliniques nous ont ainsi permis de mesurer et d'évaluer la pertinence de nos propositions art-thérapeutiques. Afin de cheminer vers notre objectif général, les objectifs intermédiaires portaient sur l'amélioration de la saveur, de la confiance en soi, et la revalorisation des sentiments de considération et de fierté, en s'appuyant sur le principe de sympathie. L'analyse des résultats nous permet de vérifier nos hypothèses, au regard de la tendance générale à l'amélioration des faisceaux d'items, pendant et en aval des séances. Néanmoins, ces conclusions encourageantes sont à nuancer, compte tenu de l'importance des troubles et de la fragilité de ces améliorations dans le temps. De plus, en dépit d'une volonté d'orienter nos outils de façon la plus objective possible, la constitution et la mise en oeuvre de ces derniers nous ont malgré tout, imposé une subjectivité certaine. Pour autant, le bilan des prises en soin démontre l'intérêt du choix de la musique dans un cadre thérapeutique. Grâce au pouvoir éducatif de l'Art, la musicothérapie a permis aux patients de reprendre contact avec leurs ressentis en provoquant une gratification sensorielle positive, permettant de modifier leurs représentés. La relation hors verbale permise via une émotion esthétique partagée, a favorisé la relation à l'autre, notamment grâce au principe de sympathie. L'art-thérapie à dominante musique a permis d'améliorer le lien ressentis/représentés, en encourageant le patient à retrouver du plaisir, par la contemplation au départ, puis dans le passage à l'oeuvre et dans le partage de la production. En stimulant l'impression et l'expression, le patient a réappris à se considérer en tant qu'être sensible, ce qui a eu pour effet de rompre son isolement et de favoriser l'entrée en relation. Il demeure cependant des interrogations quant à la pérennité de ces améliorations sur le long terme et l'impact réel des stratégies thérapeutiques mises en oeuvre sur la vie quotidienne des patients. L'art-thérapie ne permet pas de guérir mais a su créer une rupture dans le processus pathologique de ces patients, en modifiant l'image de soi négative, au profit d'un sentiment d'espoir et de fierté. Par cette expérience clinique, il ne s'agissait pas de révolution mais d'évolution, dans le but de vérifier l'intérêt d'une discipline originale, dans une structure de soin, où l'approche comportementaliste tend à se développer et à s'ouvrir à d'autres activités paramédicales. Et c'est là tout l'intérêt et l'ambition de l'art-thérapie moderne: permettre à la personne d'être et d'exister, même si les pénalités dont elle souffre altèrent profondément son entité physique, psychique et sociale. Il s'agit également pour l'art-thérapeute de favoriser le contact avec cette réalité là.

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tableau 1:</b> Récapitulatif de l'insatisfaction des besoins fondamentaux ou des manques induits par les conséquences physiques, psychiques et sociales de la schizophrénie..... | p2  |
| <b>Tableau 2:</b> Critères d'inclusion et critères d'exclusion du groupe accompagné.....  | p5  |
| <b>Tableau 3:</b> Critères d'inclusion du groupe témoin.....  | p5  |
| <b>Tableau 4:</b> Protocole art-thérapeutique.....  | p6  |
| <b>Tableau 5:</b> Outils d'observation et d'évaluation.....   | p7  |
| <b>Tableau 6:</b> Descriptif des prises en soin.....  | p9  |
| <b>Tableau 7:</b> Résultats des questionnaires destinés à l'Interne du service.....   | p11 |
|   |     |
| <b>Graphique 1:</b> Les faisceaux d'items relatifs à l'affirmation de soi viennent étayer l'hypothèse 1.....  | p9  |
| <b>Graphique 2:</b> Les faisceaux d'items relatifs à la sympathie sont évalués au regard de la sous-hypothèse 2.....  | p9  |
| <b>Graphique 3:</b> Les faisceaux d'items relatifs à l'espoir et à la projection sont corrélés à la sous-hypothèse 3.....   | p10 |
| <b>Graphique 4:</b> Les faisceaux d'items relatifs à la fierté et à la considération sont évalués au regard de la sous-hypothèse 4.....   | p10 |
| <b>Graphique 5 et 6:</b> Moyenne des résultats des questionnaires IDE du groupe accompagné et du groupe témoin.....   | p10 |
| <b>Graphique 7:</b> Evolution des deux groupes âges.....  | p13 |
|   |     |
| <b>Figure 1:</b> Description des séances par le patient.....  | p11 |
| <b>Figure 2:</b> Effets des séances constatés par l'Interne.....  | p11 |
| <b>Figure 3 et 4:</b> Proposition de stratégie thérapeutique visant à l'amélioration de la fierté et de la considération via la relation thérapeutique. BR 1 + 2.....               | p15 |

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### MONOGRAPHIES

- BERNHARD H., MILLOT C., *L'évaluation en art-thérapie - pratiques internationales*- Elsevier, 2006
- BERNOUSSI A., HAOUZIR S., *Les schizophrénies*, Armand Colin, Paris, 2014
- FONTAINE P. et O., *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, les usuels Retz. 2015
- FORESTIER R., *Le métier d'art-thérapeute*, Lausanne : Edition Favre SA, 2014
- FORESTIER R. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 7ème éd. Lausanne : Editions Favre, 2012.
- GIMENEZ G., PEDINIELLI J.L., *Les psychoses de l'adulte*, Armand Colin, Paris, 2009
- HANUS M., LOUIS O., *Psychiatrie pour l'étudiant*, ed. Maloine 2015.
- ROGERS C.R., *Le développement de la personne*, Paris : Dunod-Interédition, 2005

### WEBOGRAPHIE

- Académie de médecine. [Consulté le 3 novembre 2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.dictionnaire.academie-medecine.fr](http://www.dictionnaire.academie-medecine.fr)
- BANKS L. *Free to talk about violence: A description of art therapy with a male service user in a low security unit*. International Journal of art therapy. 2012. [Consulté le 29/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.tandfonline.com](http://www.tandfonline.com)
- CRESPO V. R. *Art therapy as an approach for working with schizophrenic patients*. International journal of psychotherapy. Vol. 8. Novembre 2003, p. 183-193. [Consulté le 29/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.tandfonline.com](http://www.tandfonline.com)
- CNRTL [consulté le 8 octobre 2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr)
- FUTURASANTE. [Consulté le 1er novembre 2018]. Disponible sur le World Wide Web: [www.futura-sciences.com](http://www.futura-sciences.com)
- GUSSAK Dave. *Creating an art therapy Anger Management protocol for male inmates through a collaborative relationship*. International journal of Offender therapy and comparative criminology. 2012. [Consulté le 29/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.journals.sagepub.com](http://www.journals.sagepub.com)
- INSERM. [Consulté le 5/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>.
- MEDICOPIA. [Consulté le 3 novembre 2018] Disponible sur le World Wide Web: <http://www.dictionnaire-medical.net>
- MIAS L. [Consulté le 13 décembre 2017]. Disponible sur le World Wide Web: <http://papidoc.chic-cm.fr/530qualitevie.html>
- PATTERSON S., CRAWFORD M.J., AINSWORTH E. et WALLER D. *Art therapy for people diagnosed with schizophrenia: Therapists' views about what changes, how and for whom*. International Journal of Art Therapy. 2011. [Consulté le 29/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.tandfonline.com](http://www.tandfonline.com)
- Dr S. ROUEL-BRAX - PINSOF *ou une lecture systémique de l'alliance thérapeutique*. [Consulté le 8/10/2018.] Disponible sur le World Wide Web: [www.sftf.net](http://www.sftf.net).

## ARTICLES DANS LA PUBLICATION EN SERIE

- BIGAND E., TILLMANN B., *La musique qui « panse » les neurones*, in Cerveau & Psycho, N° 63, mai-juin 2014, GUEGUEN N., *Les mille effets de la musique*, in Cerveau & Psycho, N°22, juillet- août 2007
- GUEGUEN N., *Les mille effets de la musique*, in Cerveau & Psycho, N°22, juillet- août 2007
- SCHON D., HIDALGO C., TILLMANN B., *Stimuler le langage par la musique*, in Cerveau & Psycho, N° 63, mai- juin 2014.
- SCHON D., HIDALGO C., TILLMANN B., *Stimuler le langage par la musique*, in Cerveau & Psycho, N° 63, mai- juin 2014.
- WOODWARD S.C., *The transmission of music into the human uterus and the response to music of the human fetus and neonate*, University of Cape Town, 1992.

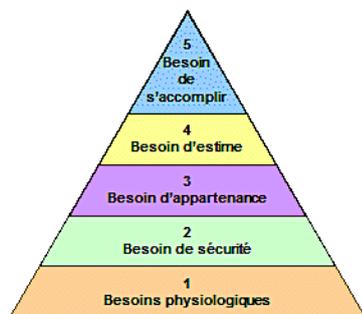
## MEMOIRES, RAPPORTS ET THESES

- BOISDE M. *Impact de l'art-thérapie sur les troubles psycho-comportementaux chez les personnes âgées démentes. Une expérience d'art-thérapie à dominantes chant, danse, peinture, conte sensoriel et récit de vie sous induction musicale*. Article de fin d'études du DU d'art-thérapie de la Faculté de Médecine de Tours. Année 2018. Vol. 1 61p
- BOISDE M., *Une expérience d'art-thérapie à dominantes musique et photographie auprès de personnes vieillissantes atteintes de psychoses chroniques*, Tours, Mémoire AFRATAPEM. Année 2016. Vol. 1 85p
- BOUANICHE P. *Une expérience en art-thérapie moderne à dominante théâtre et expression corporelle auprès d'adultes atteints de maladies mentales*. Mémoire professionnel réalisé pour l'obtention du titre d'art-thérapeute répertorié par l'Etat au niveau II. Tours, Mémoire AFRATAPEM. Année 2015. Vol. 1. 89p
- BOULANGER S. *L'art- thérapie à dominante théâtre pourrait permettre d'améliorer les capacités relationnelles des personnes incarcérées*. Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de Grenoble. Année 2018. 1 Vol. 40p.
- DUGUE A.: *De la qualité de vie à la qualité existentielle préservées : place de l'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes atteintes d'une maladie grave et évolutive en Unité de Soins Palliatifs*. DU d'art-thérapie - Faculté de Médecine de Tours - Année 2016 - Vol. 1. 41p
- GRAND L. *L'alliance thérapeutique dans la schizophrénie, place de l'art-thérapie: revue critique de la littérature et illustration clinique*. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Médecine Spécialisée Clinique. 3 avril 2018. p 66 - 67. [Consulté le 30/10/2018] Disponible sur le World Wide Web: [www.thesesante.ups-tlse.fr](http://www.thesesante.ups-tlse.fr). Vol. 1. 143p
- LE COCGUEN T. *Une expérience d'art-thérapie à dominante musique et calligraphie avec des personnes présentant des troubles de l'humeur et troubles associés*. Mémoire professionnel réalisé pour l'obtention du titre d'art-thérapeute répertorié par l'Etat au niveau II. Tours, AFRATAPEM. Année 2015. Vol 1. 61p

## ANNEXES

### Annexe 1: La satisfaction des besoins fondamentaux selon Maslow permet à l'être humain de se développer favorablement.

L'être humain cherche à satisfaire ses besoins afin de rétablir un équilibre homéostasique et s'assurer un certain bien être.



*Figure 1 : Schéma de la pyramide des besoins fondamentaux selon Maslow*

Selon Maslow, cinq besoins sont hiérarchisés, chaque besoin non satisfait constitue une source de motivation potentielle. La satisfaction de ces besoins de base permet à de nouveaux besoins dits secondaires, de développement ou d'actualisation d'apparaître: le besoin d'estime de soi\* et le besoin de s'accomplir. La théorie veut que les besoins dits, de base soient satisfaits avant de voir apparaître les besoins d'un niveau supérieur. La satisfaction de ces besoins supérieurs peut être différée mais elle « produit des effets subjectifs plus désirables, c'est-à-dire, une joie plus profonde, la sérénité et une vie intérieure plus riche».

### Annexe 2: La schizophrénie peut entraîner des pénalités en cascade.

Les pénalités désignent les souffrances entravant le bien être et la bonne santé. Selon Richard Forestier, on relève quatre pénalités: la maladie (physique, psychique), le handicap, la blessure de vie et le choix de vie. Il arrive fréquemment qu'une personne atteinte de troubles psychiques subisse plusieurs pénalités, ayant des liens de causes à effets. C'est ce que l'on appelle les pénalités en cascade, une pénalité étant plus marquée que les autres mais n'excluant pas les conséquences tout aussi invalidantes des autres pénalités.

Dans le tableau suivant, nous reprendrons les souffrances spécifiques des personnes atteintes de schizophrénie associant les pénalités observables.

| Pénalités                         | Caractéristiques existentielles   | Conséquences psychiques possibles  |
|-----------------------------------|---|--|
| Maladie                           | Symptômes, traitements, capacités/limites, perte de confiance en l'avenir, sentiment d'incurabilité.                                  | Angoisse de la mort, projection difficile, incertitude/inquiétude du futur, difficulté à croire en ses capacités de retrouver une bonne santé, difficultés familiales                        |
| Handicap                          | Handicap social: maladie « invisible », inadaptation sociale, stigmatisation, exclusion, réintégration difficile.                     | Sentiment d'être hors norme (sentiment d'être objet ≠ être sujet), perte de lien social  |
| Blessure de vie                   | Histoire de vie difficile: séparation, deuil, licenciement, annonce du diagnostic, hospitalisation, échec scolaire, conflit familial. | Perte de la saveur existentielle*, impossibilité de redonner un sens et un goût à sa vie   |
| Choix de vie<br>Conduite à risque | Addictions, mise en danger de soi et des autres, fréquentations néfastes, non observance du traitement.                               | Perte de la capacité à faire des choix, culpabilité d'avoir fait le mauvais choix et/ou peur d'une rechute, sentiment de honte, difficultés à retrouver goût à la vie, autonomie fragilisée. |

**Annexe 3: Récapitulatif des conséquences négatives de la schizophrénie sur les modalités de l'estime de soi.**

| Savoirs -<br>Estime de soi<br>/ Pénalités | Savoir Etre<br>Amour de soi  | Savoir Faire<br>Confiance en soi   | Savoir Ressentir<br>Affirmation de soi  |
|---|--|--|---|
| <b>Maladie</b>                            | La maladie participe à la définition de soi.<br>- perte de la sensation d'être sujet, de considération,<br>- perte du goût de vivre,<br>- troubles cognitifs,<br>- sentiment de dignité et fierté altérés. | - Angoisses paralysantes, image négative de soi figée, perte projection dans l'avenir, perte du sens de la vie.<br>- Diminution du passage à l'action qui entretient une confiance en soi basse. | Conscience de soi altérée: impossibilité à exprimer son opinion et ses goûts,<br>Trouble de l'expression: ambivalence, discordance, trouble de la concentration, apathie.   |
| <b>Handicap</b>                           | Sentiment d'être hors norme. Trajectoire de vie impactée : perte de sens, sentiment d'exclusion, d'injustice, culpabilité, sentiment d'inutilité, de honte.  | - Perte d'indépendance,<br>- Diminution de l'action<br>- Diminution de la confiance en ses capacités à faire et en l'avenir  | - Difficulté à faire reconnaître la maladie psychique comme un handicap.<br>- Difficulté d'accepter sa maladie et de la faire accepter par son entourage<br>- Troubles de la relation, possible suraffirmation de soi |
| <b>Blessure de vie</b>                    | Histoire de vie familiale parfois douloureuse.<br>Hospitalisation : Perte d'autonomie, impact socioprofessionnel.  | Etat de dépendance à autrui, diminution potentielle des prises de décisions et du passage à l'action dans les activités quotidiennes.  | Hospitalisation, annonce du diagnostic, peur de susciter la peur et le rejet de l'autre.<br>Renforcement de l'isolement et diminution de l'expression.  |
| <b>Choix de vie</b>                       | Sentiment de culpabilité, auto-dévalorisation.   | Perte de la capacité de projection.<br>Difficulté à faire des choix.   | Sentiment de honte par rapport aux autres, isolement social, troubles de la relation.   |

**Annexe 4: L'art-thérapie moderne utilise l'Art comme processeur, à la différence de l'art-thérapie traditionnelle où l'Art est médiateur.**

L'art-thérapie moderne va utiliser l'Art de façon singulière et évaluer les effets de l'esthétique, par la pratique artistique. Elle se différencie de l'art-thérapie traditionnelle qui est une forme de psychothérapie. L'une est l'autre sont complémentaires, et pertinentes auprès d'un public atteint de troubles psychiques. Le tableau suivant décrit les spécificités de chacune de ces deux disciplines.

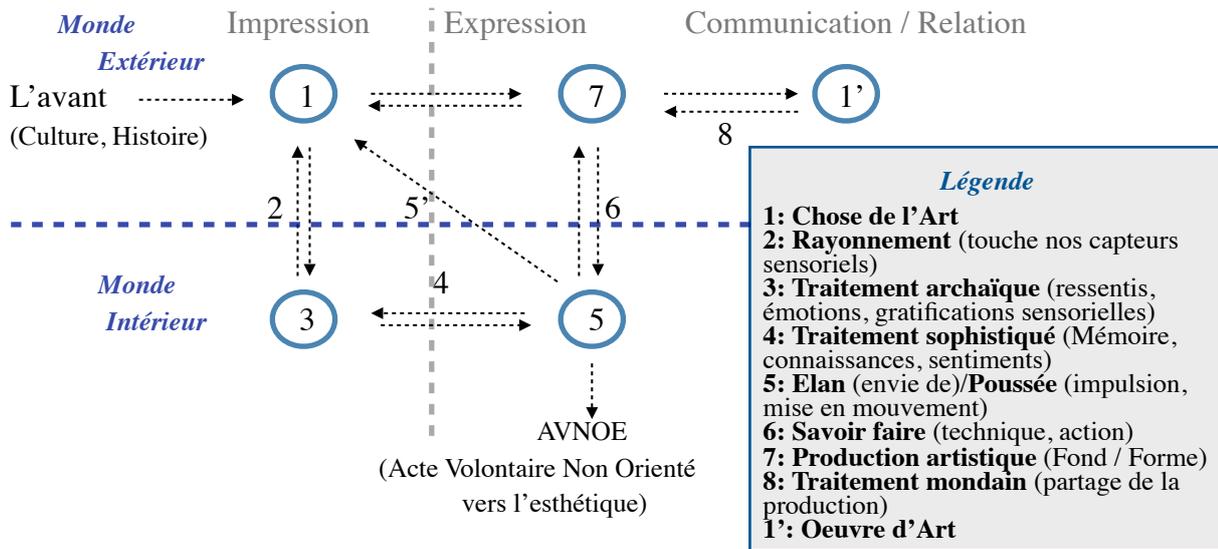
| Art-thérapie moderne   | Art-thérapie traditionnelle   |
|--|---|
| Activité paramédicale, sous autorité médicale (prescription).  | Activité psychothérapeutique.   |
| Travaille sur le physique, le mental, le social. Utilise le verbal, le non verbal et le hors verbal. | Travail sur l'esprit. Utilise le verbal, la parole est thérapeutique      |
| Valorise la partie saine du patient.   | S'intéresse principalement au symptôme, à la souffrance                   |
| L'Art est un processeur (effets de l'esthétique recherchés), l'oeuvre touche.                        | L'Art est un médiateur (interprétation de la production), l'oeuvre parle. |
| S'intéresse au comment, au maintenant.   | S'intéresse au pourquoi, à l'avant.                                       |

## **Annexe 5: La stratégie thérapeutique repose sur un protocole spécifique.**

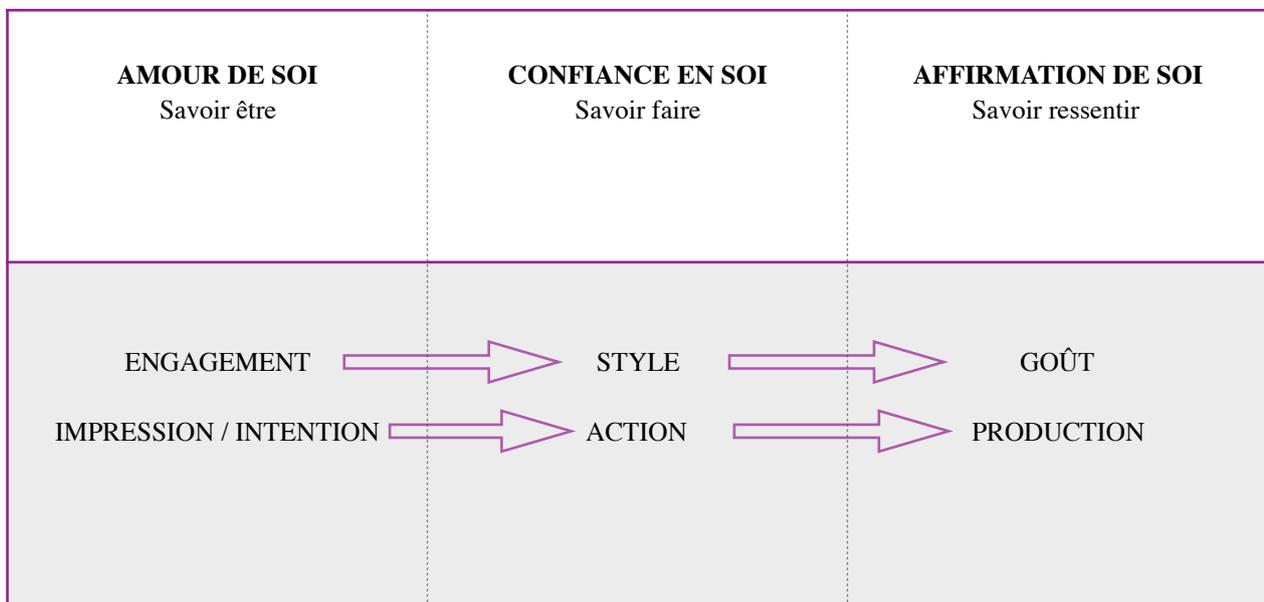
Le protocole thérapeutique correspond à l'ensemble des éléments qui constitue l'intérêt, la faisabilité de la prise en soin et la mise en oeuvre de l'activité thérapeutique auprès du patient.

| <b>PROTOCOLE THERAPEUTIQUE</b>                        |  |
|---|--|
| <b>Indication médicale</b>                            | L'indication est la prescription, soit par le médecin, soit par le directeur (pour les établissements médico-sociaux). Elle est obligatoire à toute prise en soin art-thérapeutique.   |
| <b>Anamnèse</b>                                       | L'art-thérapeute étudie l'anamnèse* via le dossier médical, l'histoire de la pathologie, l'histoire de vie du patient.   |
| <b>Etat de base</b>                                   | L'anamnèse et la (les) rencontre(s) préliminaire(s) permettent d'établir un état de base, c'est à dire réaliser un état initial sur un plan physique, psychique et social, les intentions sanitaires et esthétiques, afin d'établir une pénalité principale correspondant à une souffrance dominante.  |
| <b>Objectifs généraux (OG) et intermédiaires (OI)</b> | Correspond à la direction du cheminement thérapeutique et les différentes étapes pour y parvenir afin de diminuer les souffrances ressenties. Il tient compte des objectifs de l'établissement. Une boucle de renforcement s'appuyant sur les capacités préservées est associée à chaque OI.   |
| <b>Sites d'action (SA)</b>                            | Mécanismes humains défaillants qui peuvent être localisés sur l'opération artistique*. L'art-thérapeute s'appuie sur les SA pour définir son OG.   |
| <b>Cibles thérapeutiques (CT)</b>                     | C'est un élément précis, une ou plusieurs capacités préservées sur lesquelles l'art-thérapeute va s'appuyer pour progresser vers les objectifs.  |
| <b>Stratégie thérapeutique</b>                        | Manière dont l'art-thérapeute va organiser les objectifs, la méthode et les moyens utilisés en s'appuyant sur les SA, les CT, les spécificités des dominantes, au regard de l'indication et de l'état de base. La dominante caractérise la nature de l'activité artistique. Elle est choisie en tenant compte de ses spécificités et de ses potentiels effets positifs au regard de la souffrance. |
| <b>Items</b>  | Correspond à la plus petite unité observable. Il s'agit d'un élément tangible observable et mesurable (quantitativement ou qualitativement).   |
| <b>Moyens et méthode</b>                              | Moyens matériels nécessaires à la dominante, technique. Méthode ludique, didactique, situationnelle, révélatrice etc...  |
| <b>Evaluation et bilan</b>                            | Activité évaluée à chaque séance afin de mesurer la pertinence et la progression vers les OI et l'OG. Transmission d'un bilan final de la pratique l'équipe médicale et au médecin prescripteur. (Il peut être intermédiaire, séquencé pour des prises en charges longues)   |

### Annexe 6: Schéma de l'opération artistique

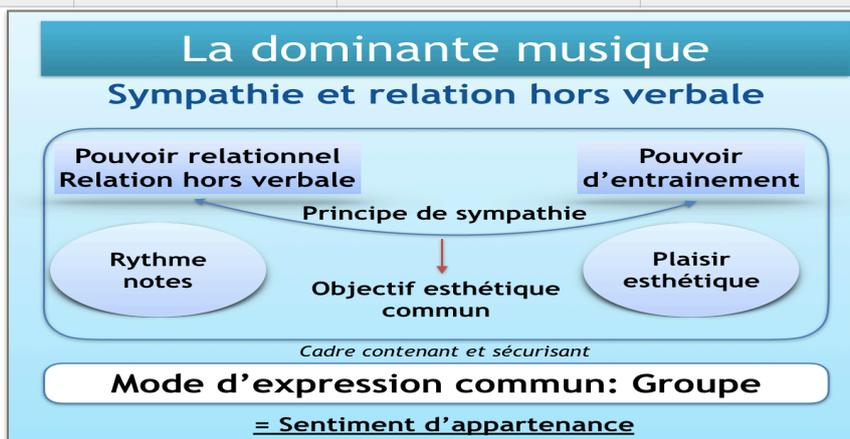


### Annexe 7: Schéma récapitulatif des modalités physiques et psychiques au regard de l'estime de soi.



## Annexe 8: Spécificités de la dominante musique

| <b>Sciences, Musique et corps</b>   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <i>Etudes sur la plasticité neuronale, la stimulation des aires cérébrales motrices et impact sur l'humeur.</i>   |  |   |   |  |
| - amélioration des fonctions cognitives et motrices > Stimulation des aires cérébrales du traitement de la musique chez des personnes victimes d'un AVC   | - lien entre perception d'un rythme et action > améliorer la marche ou la posture <sup>40</sup>          | - rythme > impact sur les troubles de la parole, liens neuronaux entre traitement du langage et de la musique <sup>41</sup>                                   | - effets de la musique sur l'humeur et la relation sociale: observation comportement après écoute de différents types de musique > baisse de 15% des intentions positives (musique désagréable), augmentation de 90% (musique calme). <sup>42</sup> |  |
| <b>Art synchronique et expression du corps</b>  |  |   |   |  |
| - Associe simultanément action et production  | - Permet de se structurer et de s'engager corporellement (musicien et spectateur)                        | - Rythme + son dans un même espace / temps = espace commun musicien / spectateur => relation  | - Impact émotionnel rapide, accessible à tous, quelque soit sa culture  | - Sensations > mémoire / représentés / souvenirs > nouveaux ressentis > boucle unifiant corps et esprit. |
| <b>Emotion, cognition et action</b>   |  |   |   |  |
| - Perception du son sollicite différentes zones cérébrales > touche spécifiquement le champs des émotions (système limbique) > libération d'hormones en lien avec le plaisir (dopamine par ex.) | - Apprentissage technique > se confronter à de nouvelles choses > connections neuronales supplémentaires | - Cortex temporal supérieur + lobe frontal inférieur => traitement auditif de la musique > mécanismes complexes (anticipation, synchronisation, mémorisation) | - Emotion esthétique / pouvoir éducatif > sollicite les sens en un instant unique => stimuler le plaisir à être de l'individu.  |  |



40 BIGAND E., TILLMANN B., *La musique qui « panse » les neurones*, in Cerveau & Psycho, N° 63, mai-juin 2014, p.27 et 30.

41 SCHON D., HIDALGO C., TILLMANN B., *Stimuler le langage par la musique*, in Cerveau & Psycho, N° 63, mai- juin 2014, p.37.

42 GUEGUEN N., *Les mille effets de la musique*, in Cerveau & Psycho, N°22, juillet- août 2007

### Annexe 9: L'auto-évaluation par le Cube Harmonique.

Le Cube Harmonique est une méthode auto-évaluative née de la théorie de l'Art opératoire, élaborée par Richard FORESTIER.

| Composante   | Bon  | Bien  | Beau   |
|--|--|---|--|
| Caractéristique  | Plaisir pris lors de l'activité.   | Relatif à la forme, au savoir faire, à la technique employée.                             | Relatif au fond, appréciation de la qualité esthétique de l'œuvre.   |
| Question à se poser  | Ai-je éprouvé du plaisir?  | Est-ce que c'est bien fait ?  | Est-ce que cela me plaît ?   |
| Modalités de l'estime de soi et composantes existentielles | Amour de soi. Capacité à éprouver du plaisir.<br><i>Considération de soi</i> | Confiance en soi.<br>Capacité à agir et à se projeter dans l'avenir.<br><i>Projection</i> | Affirmation de soi.<br>Capacité à affirmer son goût.<br><i>Choix</i> |

Dans cette étude, l'outil a été simplifié, compte tenu de l'importance des troubles et des difficultés pour certains patients à donner une cotation. Il leur a donc été proposé de répondre à la question par oui ou par non. Ces résultats ont ensuite été intégrés à la fiche d'observation sous ces 3 FI: *CH Expression verbale d'un manque d'amour de soi (1), de confiance en soi (2), d'affirmation de soi (3)*. Oui était coté à 1, Non à 5.

### Annexe 10: Questionnaire IDE.

#### **. Questionnaire sur l'état psycho-comportemental suite aux séances d'art-thérapie**

Nom, prénom du patient :

Date :

#### ***Le patient a-t-il un comportement social adapté ?***

- 1/ Le patient présente un comportement de repli ou agressif
- 3/ Il présente un comportement un peu en retrait ou agressif
- 5/ Pas de trouble du comportement observé

#### ***Le contact relationnel est-il facilité ?***

- 1/ Le patient fuit le contact relationnel (absence de regard et d'écoute)
- 3/ Il se montre poli mais distant
- 5/ Il se montre disponible à la relation

#### ***Le patient présente-t-il des troubles de l'expression et / ou de la communication ? Exprime-t-il des émotions?***

- 1/ Le patient manifeste des troubles de l'expression / de la communication développés
- 2/ Le patient manifeste des troubles de l'expression / de la communication atténués
- 3/ Attitude neutre
- 4/ Le patient exprime légèrement des émotions positives cohérentes
- 5/ Le patient exprime des émotions positives cohérentes et communique de façon adaptée

**Annexe 11: Questionnaire Interne référent.**

*Questionnaire extrait du travail de recherche d'Audrey DUGUE: De la qualité de vie à la qualité existentielle préservées : place de l'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes atteintes d'une maladie grave et évolutive en Unité de Soins Palliatifs.*

DU d'art-thérapie - Faculté de Médecine de Tours - Année 2016 -

Nom du patient :

Date:

**1. Le patient a-t-il évoqué ses séances d'art-thérapie auprès de vous ou de l'équipe soignante ?**

Oui                      Non

**2. Si oui, les retours du patient étaient :**

***Rapport à la temporalité :***

- tous les jours
- régulièrement (au moins 3 fois)
- parfois (2 fois)
- rarement (1 fois)

***Rapport à la qualité de l'accompagnement art-thérapeutique :***

- il est satisfait et explique pourquoi
- il est satisfait sans explication précise
- il est mitigé sur l'accompagnement
- il n'est pas satisfait

***Il décrit ses séances: (plusieurs réponses possibles)***

- apporte du bien-être, du plaisir
- occupe l'esprit à autre chose que la maladie
- apprend de nouvelles connaissances
- permet de faire une activité épanouissante
- découvre des techniques artistiques
- améliore sa qualité de vie
- permet des échanges, une communication
- améliore ses relations avec les autres
- diminue les symptômes positifs / négatifs
- diminue l'anxiété
- autres .....
- .....

***Vous constatez :(plusieurs réponses possibles)***

- apporte du bien-être, du plaisir
- occupe l'esprit à autre chose que la maladie
- apprend de nouvelles connaissances
- permet de faire une activité épanouissante
- découvre des techniques artistiques
- améliore sa qualité de vie
- permet des échanges, une communication
- améliore ses relations avec les autres
- diminue les symptômes positifs / négatifs
- diminue l'anxiété
- autres .....
- .....

## Annexe 12: Fiche d'observation

|  |  |
|--|--|
| <b>Nom:</b><br><b>Prénom:</b><br><b>Date:</b><br><b>N° séance:</b>   | <b>Lieu / Durée:</b><br><b>Humeur de l'AT:</b><br><b>Dominante:</b><br><b>Techniques associées:</b>  |
| <b>Evénements notables précédant la séance:</b>  |  |
| <b>Indication:</b>   |  |
| <b>Objectif AT Général:</b><br><b>Objectifs AT Intermédiaires:</b>   |  |
| <b>Symptomatologie (items spécifiques individualisés): ...</b>   |  |
| <b>PHENOMENE ARTISTIQUE</b>  |  |
| <b>AMOUR DE SOI</b><br>Capacité à s'aimer sans condition, à être et à éprouver du plaisir à être<br>En lien avec le BON, l'ENGAGEMENT, le SAVOIR ETRE, la POUSSEE CORPORELLE et la FIERTE<br>3, 4, 5 |  |
| <b>Etat général de la personne, comportement, rapport à soi</b>  |  |
| <b>Présentation (tenue vestimentaire et hygiène)</b>   | 1. Hygiène et tenue vestimentaire totalement négligée<br>2. Hygiène et tenue vestimentaire négligée<br>3. Hygiène et tenue vestimentaire correcte<br>4. Hygiène et tenue vestimentaire soignée<br>5. Hygiène et tenue vestimentaire très soignée |
| <b>Ponctualité</b>   | 1 - Absent<br>2 - Retard de plus de 15 minutes<br>3 - Retard de moins de 15 minutes<br>4 - En avance<br>5 - Ponctuel   |
| <b>Expression verbale des émotions / des sentiments</b>  | 1- colère, tristesse<br>2 - mal être<br>3 - anxiété, inquiétude<br>4 - joie, plaisir<br>5 - bien être, satisfaction personnelle  |
| <b>Intention artistique et recherche esthétique liée à la production</b>   |  |
| <b>Proposition artistique (intention exprimée)</b>   | 1 - Ne fait aucune proposition artistique<br>2 - Proposition faite par l'AT<br>3 - Proposition artistique selon un modèle<br>4 - Proposition artistique et recherche esthétique liée à la production<br>5 - Fait une proposition artistique seul |
| <b>Elan / poussée corporel</b>   | 1 - ne fait pas<br>2 - fait après sollicitation de l'AT<br>3 - Attend l'accord de l'AT et fait seul<br>4 - fait seul avec encouragements<br>5 - fait seul  |
| <b>Expression verbale du plaisir pris à l'activité artistique</b>  | 1 - déplaisir, mécontentement<br>2 - plaisir non manifesté, indifférence<br>3 - faible expression du plaisir<br>4 - plaisir visible, exprimé<br>5 - plaisir important, exprimé fortement   |
| <b>Expression corporelle du plaisir pris à l'activité artistique</b>   | 1 - Pas de sourire<br>2 - moins de 5 sourires<br>3 - 5 à 10 sourires<br>4 - 10 à 20 sourires<br>5 - Plus de 20 sourires  |

| Réaction émotionnelle face à l'oeuvre   |  |
|---|--|
| <b>Fierté</b>   | 1 - N'exprime aucune fierté<br>2 - exprime 1 fois de la fierté<br>3 - exprime 2 à 3 fois de la fierté<br>4 - exprime 3 à 4 fois de la fierté<br>5 - exprime plus de 5 fois de la fierté  |
| <b>Émerveillement (en lien avec l'activité)</b>   | 1. Ne s'émerveille jamais<br>2. Émerveillement si at encouragement<br>3. Émerveillement non verbalisé<br>4. Émerveillement verbalisé<br>5. S'émerveille plusieurs fois   |
| <b>Propos dévalorisants</b>   | 1. Dévalorisation systématique<br>2. Plus de 5 propos dévalorisants<br>3. 2 à 5 propos dévalorisants<br>4. Un propos dévalorisant<br>5. Aucun propos dévalorisants   |
| <b>Besoin de reconnaissance, de validation</b>  | 1. Demande de reconnaissance, de validation systématiques<br>2. Demande de reconnaissance, de validation la plupart de temps<br>3. Demande une reconnaissance, une validation (non verbale : regard)<br>4. Demande rarement une reconnaissance, une validation<br>5. Aucune demande de reconnaissance, de validation |
| Attitude en fin de séance   |  |
| <b>Réaction en fin de séance</b>  | 1. Veut partir avant l'heure<br>2. Arrête la production et attends la fin de séance<br>3. Arrête la production quand AT le demande<br>4. Demande à avoir plus de temps<br>5. « déjà », n'a pas vu le temps passé   |
| <b>Volonté de poursuivre la prise en soin</b>   | 1. Ne veux pas revenir<br>2. Exprime son indifférence<br>3. Envie de revenir non motivée<br>4. Envie de revenir exprimée<br>5. Forte envie de revenir exprimée   |
| <b>CH*: Expression verbale d'un manque d'amour de soi</b>   | 1. Oui<br>5. Non   |
| PHENOMENE ARTISTIQUE  |  |
| <b>CONFIANCE EN SOI</b><br>Capacité à s'engager dans l'action, à se reconnaître une capacité à agir et à se projeter dans l'avenir<br>En relation avec le BIEN, le STYLE, le SAVOIR FAIRE, la STRUCTURE CORPORELLE et l'ESPOIR<br>3, 4, 5, visible en 5, 6, 7 |  |
| Avant / Après la mise en place de l'action artistique   |  |
| <b>Sortir et ranger le matériel</b>   | 1- n'aide pas<br>2- aide sans enthousiasme<br>3- aide quand il voit l'AT le faire<br>4- aide volontiers<br>5- prend l'initiative   |
| <b>Qualité de l'attention lors des consignes</b>  | 1- pas ou peu attentif<br>2- peu attentif, commence avant la fin des consignes<br>3- attentif avec regard pas toujours dirigé<br>4- attentif, regard dirigé<br>5- très attentif, pose des questions  |
| <b>Respect des consignes</b>  | 1- jamais<br>2- Dis oui et fait autrement<br>3- dis oui, essaye et change presque<br>4- dis oui, essaye et réussi<br>5- devance les consignes  |

| <b>Capacités techniques dans un but artistique, savoir faire</b> |  |
|--|--|
| <b>Connaissances de ses capacités</b>                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dit ne pas vouloir ou ne pas pouvoir faire</li> <li>2. Dit ne pas savoir faire</li> <li>3. Dit vouloir essayer si at lui montre</li> <li>4. Dit vouloir faire</li> <li>5. Dit savoir et pouvoir faire, fait</li> </ol>   |
| <b>Capacités d'apprentissage</b>                                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuse, n'écoute pas</li> <li>2. Ecoute et fait avec difficultés</li> <li>3. Fait avec difficultés, se corrige</li> <li>4. Fait sans difficulté</li> <li>5. Aucune difficulté, appropriation de la technique (adaptation)</li> </ol>                                       |
| <b>Réaction aux techniques nouvelles</b>                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ne veux, ne peux pas</li> <li>2. Dit ne pas pouvoir y arriver</li> <li>3. Dit ne pas savoir faire</li> <li>4. Dit vouloir essayer (motivation)</li> <li>5. Dit pouvoir y arriver (volonté)</li> </ol>  |
| <b>Utilisation du savoir faire</b>                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. N'utilise pas le savoir faire</li> <li>2. Utilise quelque fois le savoir faire</li> <li>3. Utilise la plupart du temps le sf</li> <li>4. Utilise le sf tout le temps</li> <li>5. Utilise parfaitement le sf et s'adapte</li> </ol>   |
| <b>Position du corps</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout adaptée à la technique</li> <li>2. Peu adaptée à la technique</li> <li>3. Adaptée si incitée par at</li> <li>4. Adaptée la plupart du temps</li> <li>5. Adapte sa position seul</li> </ol>   |
| <b>Qualité de l'action</b>                                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Pas du tout appliqué</li> <li>2 - pas appliqué</li> <li>3 - peu appliqué</li> <li>4 - appliqué</li> <li>5 - très appliqué</li> </ol>  |
| <b>Capacités rythmiques</b>                                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arythmique</li> <li>2. En rythme parfois si accompagné</li> <li>3. En rythme souvent si accompagné</li> <li>4. En rythme parfois de façon autonome</li> <li>5. En rythme de façon autonome</li> </ol>  |
| <b>Réaction face à la difficulté / à l'erreur</b>                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rejet et refuse de continuer</li> <li>2. Arrête momentanément</li> <li>3. Se décourage mais n'arrête pas</li> <li>4. Se reprend avec aide at</li> <li>5. Se corrige, reprend seul</li> </ol>   |
| <b>Capacités de projection</b>                                   |  |
| <b>Capacités de projection dans le projet artistique</b>         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas de projection dans l'action artistique</li> <li>2. Projection sur l'action en cours</li> <li>3. Projection sur la séance</li> <li>4. Projection sur la prochaine séance</li> <li>5. Projection sur plusieurs séances</li> </ol>  |
| <b>Capacités de projection dans un projet de vie</b>             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - aucune</li> <li>2 - parle d'un projet de vie (envie)</li> <li>3 - se projette dans un projet de vie (intention)</li> <li>4 - se projette dans un projet de vie et met des choses en place (volonté)</li> <li>5 -se projette dans un projet de vie à long terme</li> </ol> |
| <b>Recherche esthétique dans la production</b>                   |  |
| <b>Capacité à faire des choix</b>                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - pas de choix</li> <li>2 - valide le choix de l'AT</li> <li>3 - choisit après validation de l'AT</li> <li>4 - choisit suite aux suggestions de l'AT</li> <li>5 - choisit seul</li> </ol>   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Demande de l'aide</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>1- Systématiquement / ne fait pas seul</li> <li>2- la majorité du temps</li> <li>3- la moitié du temps</li> <li>4- 1 à 2 fois</li> <li>5- jamais</li> </ul>   |
| <b>Prise d'initiative</b>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 0</li> <li>2. 1</li> <li>3. 2</li> <li>4. 3-4</li> <li>5. 5 et plus</li> </ul>   |
| <b>Capacité à essayer</b>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. A peur d'essayer</li> <li>2. Demande systématique avant d'essayer</li> <li>3. Essaye et demande validation</li> <li>4. Essaye, se corrige et demande validation</li> <li>5. Essaye et se corrige seul</li> </ul> |
| <b>CH: Expression verbale d'un manque de confiance en soi</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>5. Non</li> </ul>   |

## PHENOMENE ARTISTIQUE

### AFFIRMATION DE SOI

**Se reconnaître une capacité à affirmer son Goût**

**En lien avec le BEAU, le GOÛT, le SAVOIR RESENTIR, le RESENTI CORPOREL et la SYMPATHIE**

**3, 4, visible en 8**

|  |  |
|--|--|
| <b>Production</b>                                    |  |
| <b>Entrée dans l'activité artistique</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>1- Ne veux pas entrer dans l'activité</li> <li>2- Entre dans l'activité après sollicitation</li> <li>3- Demande l'approbation de l'AT pour commencer</li> <li>4- Attend que l'AT commence pour entrer dans l'activité</li> <li>5- Entre spontanément dans l'activité</li> </ul>   |
| <b>Nature de la production</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Reproduction totale</li> <li>2. Reproduction avec ajouts personnels</li> <li>3. Inspiration d'œuvres existantes et appropriation</li> <li>4. Création avec recherche d'œuvres existantes</li> <li>5. Création totale</li> </ul>  |
| <b>Réaction aux consignes / conseils</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Agressivité, colère</li> <li>2. S'excuse de ne pas savoir faire convenablement</li> <li>3. Ecoute mais ne tient pas compte des conseils</li> <li>4. Ecoute et tient compte des conseils, attitude négative</li> <li>5. Ecoute et tient compte des conseils, attitude positive</li> </ul>   |
| <b>Rapport intention / production finale</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pas du tout satisfait de sa production</li> <li>2. Peu satisfait de sa production (peut mieux faire)</li> <li>3. Moyennement satisfait, propose des améliorations</li> <li>4. Satisfait de sa production</li> <li>5. Très satisfait de sa production</li> </ul>  |
| <b>Capacités esthétiques</b>                         |  |
| <b>Capacité à faire des choix</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - n'exprime aucun choix, suit les propositions faites</li> <li>2 - choix peu affirmés, demande d'être rassuré, conforté dans ses décisions</li> <li>3 - propositions nombreuses, mais difficulté à faire un choix et s'y tenir</li> <li>4 - choix assez rapides, décisions prises sans recherche d'aide extérieure</li> <li>5 - choix très affirmés, faits sans aucune aide extérieure</li> </ul> |
| <b>Stabilité des choix esthétiques dans le temps</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Aucune stabilité dans les choix esthétiques</li> <li>2. Modification des choix esthétiques en cours de séance</li> <li>3. Modifications des choix esthétiques entre les séances</li> <li>4. Stabilité des choix sur une séance</li> <li>5. Fait des choix et s'y tient sur plusieurs séances</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Expression du goût (j'aime, je n'aime pas)</b>             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. N'exprime jamais son goût</li> <li>2. Exprime son goût une fois (pendant l'autoévaluation)</li> <li>3. Exprime son goût moins de 5 fois</li> <li>4. Exprime son goût entre 5 et 10 fois</li> <li>5. Exprime son goût plus de 10 fois</li> </ol>  |
| <b>Recherche de l'idéal esthétique dans la production</b>     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas de recherche d'idéal esthétique exprimée</li> <li>2. Recherche d'idéal esthétique si inspirée par AT</li> <li>3. Recherche d'idéal esthétique souhaitée (motivation)</li> <li>4. Proposition d'idées dans une recherche d'idéal esthétique</li> <li>5. Recherche d'idéal esthétique exprimée et actée (volonté)</li> </ol> |
| <b>Regard sur sa production, regard sur soi</b>               |  |
| <b>Intérêt pour sa production artistique</b>                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ne montre aucun intérêt pour sa production</li> <li>2. Montre peu d'intérêt pour sa production</li> <li>3. Montre de l'intérêt si at en montre</li> <li>4. Montre de l'intérêt pour sa production en lien avec le regard des autres</li> <li>5. Montre de l'intérêt personnel pour sa production</li> </ol>                    |
| <b>Faculté critique</b>                                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. N'exprime pas de jugement face à son œuvre</li> <li>2. Exprime un jugement dévalorisant de son œuvre</li> <li>3. Exprime un jugement positif mais incohérent</li> <li>4. Exprime un jugement positif et cohérent</li> <li>5. Exprime un jugement objectif aux vues des capacités techniques et du style</li> </ol>             |
| <b>CH:Expression verbale d'un manque d'affirmation de soi</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>5. Non</li> </ol>   |

## CAPACITES RELATIONNELLES

### Expression 4/5/6/7- Objectif :

|  |   |
|--|---|
| <b>Capacités d'expression</b>  |   |
| <b>Quantité du discours</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- logorrhée</li> <li>2- parle pendant qu'il produit</li> <li>3- parle quand il ne produit pas</li> <li>4- parle rarement, même quand ne produit pas</li> <li>5- ne parle pas</li> </ol>   |
| <b>Expression verbale, qualité</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Morcelée, mots uniquement</li> <li>2- Morcelée, association de mots</li> <li>3- Phrases courtes, morcelée</li> <li>4- Phrases courtes, cohérente</li> <li>5- Fluide, phrases élaborées</li> </ol>   |
| <b>Spontanéité et aisance dans l'expression</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - très faible, grande timidité</li> <li>2 - faible, discrétion et réserve</li> <li>3 - expression naturelle et régulière, par la parole essentiellement, visage peu mobile</li> <li>4 - expression spontanée, aisée, dynamique, le geste prolonge la parole</li> <li>5 - exubérance, grande aisance dans l'expression, forte mobilité du visage</li> </ol> |
| <b>Nature de l'expression</b>  |   |
| <b>Expression des res- sentis, des émotions</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - jamais</li> <li>2 - rarement</li> <li>3 - de temps en temps</li> <li>4 - souvent</li> <li>5 - très souvent</li> </ol>  |
| <b>Expression non verbale (rire, sourire, gestes accompagnant l'expression verbale...)</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aucune</li> <li>2. Très limitée</li> <li>3. Limitée</li> <li>4. Présente</li> <li>5. Très présente</li> </ol>   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Expression des capacités, des compétences</b>                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. S'exprime surtout par rapport à ses incapacités/incompétences</li> <li>2. Ne s'exprime jamais par rapport à ses capacités/compétences</li> <li>3. S'exprime rarement par rapport à ses capacités/compétences</li> <li>4. Souhaite développer ses capacités/compétences</li> <li>5. Se valorise par rapport à ses capacités/compétences</li> </ol> |
| <b>Expression en dehors de la production</b>                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aucune expression personnelle</li> <li>2. Rare expression personnelle</li> <li>3. Expression personnelle si sollicitation</li> <li>4. Expression personnelle spontanée</li> <li>5. Expression personnelle systématique</li> </ol>   |
| <b>Propos inappropriés (n'ayant aucun lien avec l'activité artistique)</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plus de 10 propos inappropriés</li> <li>2. Plus de 5 propos inappropriés</li> <li>3. 3 à 5 propos inappropriés</li> <li>4. 1 à 2 propos inappropriés</li> <li>5. Aucun propos inapproprié</li> </ol>  |

## CAPACITES RELATIONNELLES

### Communication 7/8- Objectif :

#### Capacités de communication avec l'AT

|   |   |
|---|---|
| <b>Affirmation de soi</b>                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1-en désaccord tout le temps</li> <li>2- en désaccord quelquefois</li> <li>3- n'exprime pas son avis</li> <li>4- est en accord quelquefois</li> <li>5- est en accord souvent</li> </ol>  |
| <b>Temps d'accueil, entrée en relation</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuse ou évite la relation</li> <li>2. Manifeste son déplaisir (soupir)</li> <li>3. Passivité (évitement, regard absent)</li> <li>4. Réceptif, s'engage dans la relation</li> <li>5. S'engage en premier dans la relation</li> </ol> |
| <b>Dialogue/échange</b>                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indisponible</li> <li>2. Attentiste, passif</li> <li>3. Disponible (motivation) avec envie derrière</li> <li>4. Réceptif/réactif</li> <li>5. émetteur (volonté)</li> </ol>  |
| <b>Temps de clôture, capacités relation</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuse ou évite la relation</li> <li>2. Manifeste son déplaisir (soupir)</li> <li>3. Passivité (évitement, regard absent)</li> <li>4. Réceptif, s'engage dans la relation</li> <li>5. S'engage en premier dans la relation</li> </ol> |

## CAPACITES RELATIONNELLES

### Relation 7/8/1'- Objectif :

#### Capacités relationnelles avec l'AT - Engagement relationnel

|   |  |
|---|--|
| <b>Engagement corporel dans la relation</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grande distance physique, corps en retrait, mouvement de détournement</li> <li>2. Distance physique, corps en avant</li> <li>3. Proximité physique, corps en retrait, mouvement de détournement</li> <li>4. Proximité physique, corps en avant</li> <li>5. Proximité physique et contact physique</li> </ol> |
|---|--|

## CAPACITES RELATIONNELLES

### Relation 7/8/1'- Objectif :

|   |   |
|---|---|
| <b>Mode relationnel</b>   | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Renfermé</li><li>2. Méfiant, à distance</li><li>3. Respectueux</li><li>4. Ouvert</li><li>5. Chaleureux</li></ol>   |
| <b>Comportement/AT Finalité de la relation</b>                        | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Attitude culpabilisante, tentative de séduction</li><li>2. Mise en doute de l'at, justification du doute</li><li>3. Attitude adaptée, pas de confiance manifeste</li><li>4. Attitude authentique, en confiance</li><li>5. Engagement thérapeutique</li></ol> |
| <b>Investissement relationnel - Densité</b>                           |   |
| <b>Qualité du regard dans la relation</b>                             | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evite le regard</li><li>2. Regard fuyant</li><li>3. Regard dirigé quelques secondes</li><li>4. Regard dirigé le plus souvent</li><li>5. Regard toujours dirigé</li></ol>   |
| <b>Qualité de l'attention dans la relation (Intérêt pour l'autre)</b> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pas d'attention pour AT (ne s'intéresse pas)</li><li>2. Peu d'attention pour AT</li><li>3. Attention moyenne pour AT</li><li>4. Bonne attention pour AT</li><li>5. Très bonne attention pour AT (s'intéresse)</li></ol>                                      |
| <b>Pose des questions à l'AT (considération)</b>                      | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aucune</li><li>2. 1 à 2 questions</li><li>3. Moins de 5 questions</li><li>4. De 5 à 10 questions</li><li>5. Plus de 10 questions</li></ol>   |
| <b>Réaction à la frustration</b>                                      | <ol style="list-style-type: none"><li>1- ne supporte pas la frustration : agressivité</li><li>2- ne supporte pas la frustration : exprime</li><li>3- se contient</li><li>4- essaye avec difficulté</li><li>5- fait sans effort et sans émotions négatives</li></ol>                                   |

## REMARQUES

## BILAN DE LA SEANCE

## PROJECTION

### Annexe 13: Tableau des prises en soin détaillées

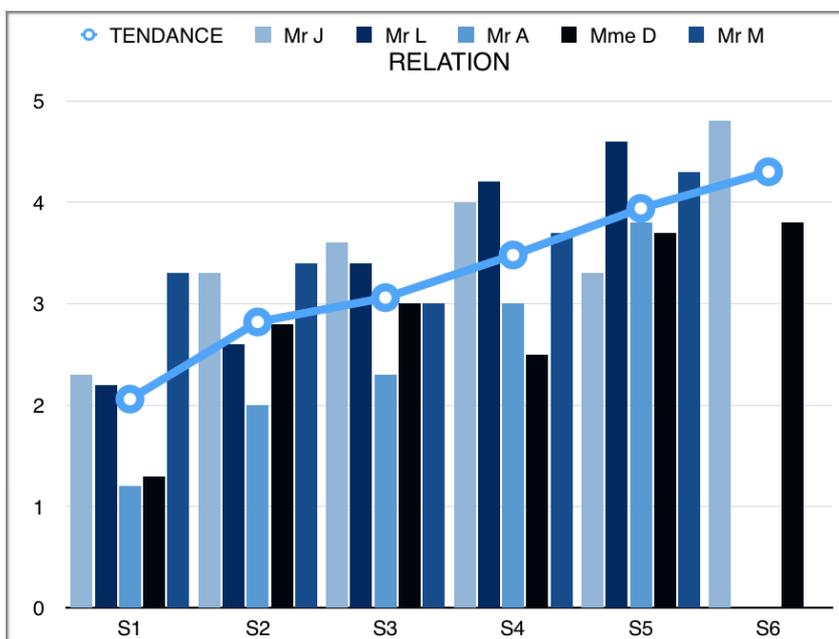
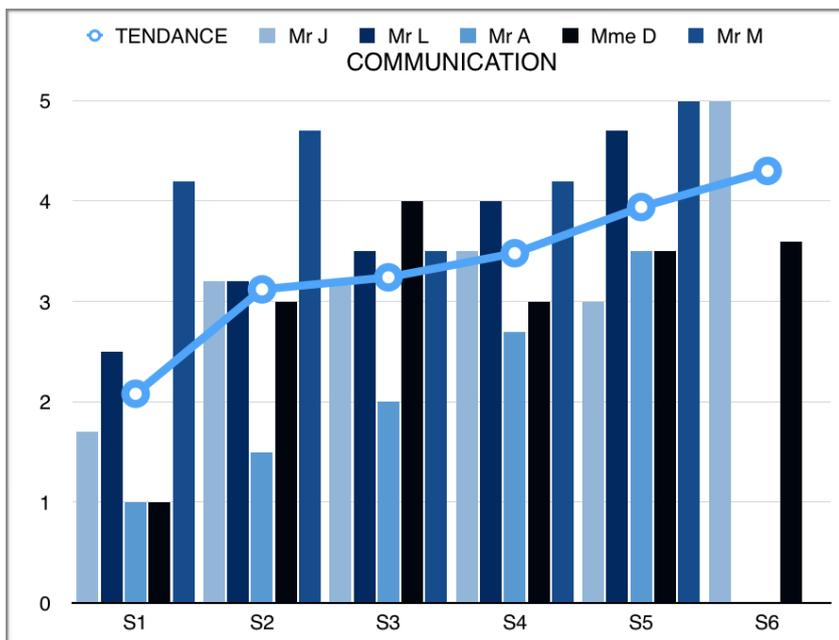
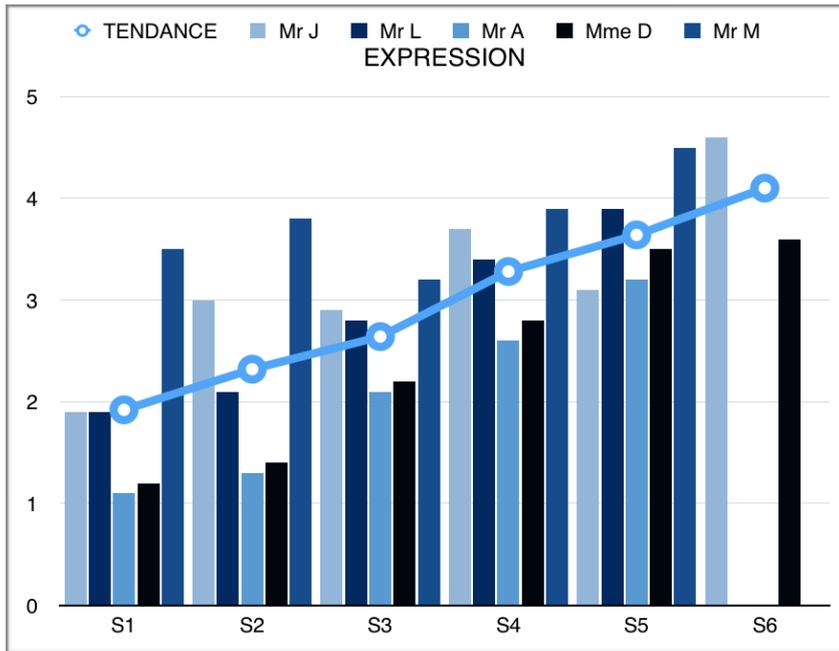
| Prises en soins art-thérapeutiques |  |   |  |
|------------------------------------|--|---|--|
|                                    | Mr L   | Mr A  | Mr J   |
| <b>Indication</b>                  | Aider le patient à prendre confiance en lui et diminuer l'anxiété.   | S'investir dans une activité, se mobiliser. Arriver à se lever le matin.  | Défaut de régulation affective et du contact social.   |
| <b>SA</b>                          | 6: agitation, instabilité psychomotrice<br>3: tristesse, ressentis négatif liés aux conséquences de la maladie<br>4: anxiété, sentiment de persécution<br>8: Troubles du comportement: humeur exaltée, familiarité.  | 4: plainte mnésique, sentiment de solitude,<br>5: perte d'élan<br>3: hallucinations visuelles, tristesse de l'humeur<br>8: troubles de la communication et de la relation: aucun échange verbal, regard fixe et inaccessible au dialogue.           | 3: Ressentis négatifs<br>6: limitation de l'action<br>4: perte de la structure corporelle, perte de la sensation d'être sujet, angoisse d'abandon<br>8: carence en amour des autres et besoin de reconnaissance non satisfait  |
| <b>CT</b>                          | 4/6: Orientation temporo-spaciale satisfaisante.<br>4: Pas de discours délirant, capacité à exprimer son goût pour la musique, structure corporelle opérante pour le chant<br>3/4: ressentis positifs à l'écoute de la musique, pas d'attitude d'écoute pathologique ou d'hallucination.<br>6: belles capacités rythmiques, vocales. | 6: capacité à se mettre en action si accompagné<br>3: ressentis positifs liés à l'écoute de la musique et à la pratique instrumentale<br>4: capacité à faire des choix (instrument) et exprimer son goût  | 5-6/4: Possibilité d'accompagner le patient dans la valorisation de ses connaissances<br>4: envie de s'inscrire dans un processus d'apprentissage<br>4/3: Capacités à poser des représentés sur les ressentis (si accompagné)<br>3-4/8: Recherche de ressentis agréables basés sur la relation<br>4/ 6: Capacité à exprimer son goût |
| <b>OG</b>                          | <i>Permettre au patient de prendre du plaisir dans une activité artistique.</i>  |   | <i>Permettre au patient de s'investir dans un projet artistique, en respectant le cadre posé par l'AT.</i>   |
| <b>OI1</b>                         | <i>Etablir une relation de confiance avec l'AT.</i><br>BR: Par la contemplation (5'), provoquer des gratifications sensorielles (3) afin d'identifier les goûts et intentions du patient (4) et de provoquer un élan orienté vers l'esthétique (5).<br>5'>3>4>5 / 8  |   |  |
| <b>OI2</b>                         | <i>Encourager le passage à l'action afin de favoriser l'envie de faire.</i><br>BR: En s'appuyant sur les gratifications sensorielles (3) liés à l'activité artistique (5' 6) susciter l'envie (3)  | <i>Renforcer la confiance en soi via la pratique artistique.</i><br>BR: En s'appuyant sur les intentions esthétiques et la motivation (4), mettre le patient en action (6), afin de provoquer un ressenti positif lié à la pratique artistique (3). |  |

|                          |   |  |  |
|--------------------------|---|--|--|
| <b>OI3</b>               | <p><b>Favoriser l'autonomie du patient.</b><br/> En s'appuyant sur les ressentis positifs liés à l'activité artistique et au passage à l'action (6&gt;3), susciter une intention et permettre au patient de faire des choix<br/> 3&gt;5'/6&gt;3&gt;4</p>  |  | <p><b>Permettre au patient d'élaborer un projet artistique.</b><br/> Stimuler le savoir faire (6), permettrait d'élaborer une production gratifiante (7&gt;3) et d'engager le patient dans un projet (4)</p>   |
| <b>OI4</b>               | <p><b>Modifier les représentés et ressentis négatifs liés à la relation à l'autre.</b><br/> BR: Partager la production dans le service (7&gt;8) afin de provoquer un retour gratifiant sur les capacités du patient (8&gt;3), stimulant ainsi la confiance en soi et en l'autre (6&gt;8). Le ressenti positif lié à la reconnaissance des autres (8&gt;3) permettrait au patient de se redéfinir en tant que sujet, favorisant ainsi l'amour de soi et la considération (3/4) et de modifier ses représentés quant au regard d'autrui (4/8)<br/> 7&gt;8&gt;3&gt; 6/8&gt; 3/4&gt;4/8</p> |  |  |
| <b>Dominante Méthode</b> | <p><b>Chant</b><br/> <b>Didactique, semi-dirigée</b></p>  |  |  |
| <b>Bilan</b>             | <p>Les gratifications sensorielles positives liées à la pratique artistique ont permis d'établir une relation de confiance favorisant la capacité à faire des choix. L'autonomie du patient reste fragile et nécessiterait d'être étayée. Le regard bienveillant et empathique de l'AT et de l'équipe soignante sur la production a néanmoins stimulé la reconnaissance de ses capacités (fierté) et le sentiment d'exister (considération).</p>  | <p>Malgré des variations thymiques et la nécessité d'être encouragé en début de séances, l'engagement est présent tout au long de la PES, le plaisir visible et exprimé en fin de PES. L'action, plus spontanée et durable a permis d'améliorer de la confiance en soi. La musicothérapie a permis au patient de faire des choix, favorisant ainsi son autonomie. Néanmoins, la recrudescence des troubles a entraîné une rupture, précipitant de fait, la fin de la PES. Mr étant volontaire, il serait intéressant de poursuivre la PES lorsque son état sera stabilisé.</p> | <p>Le plaisir a été un élément moteur, via la pratique du chant, permettant une amélioration du lien représentés / ressentis et une envie orientée vers l'esthétique. L'expression du goût associé au plaisir ont permis au patient de se redéfinir en tant qu'Être. Le pouvoir éducatif de l'Art a favorisé une reprise de contact avec ses ressentis permettant la mise à distance des troubles au profit d'un projet gratifiant. L'affirmation de soi et de ses capacités ont permis de modifier de façon positive le regard sur soi. Cet item serait à étayer sur le long terme.</p> |

| <b>Prises en soins art-thérapeutiques</b> |  |   |
|---|--|---|
|   | <b>Mme D</b>   | <b>Mr M</b>   |
| <b>Indication</b>                         | Permettre à la patiente de se poser. Très délirante et persécutée.   | Décentrer le patient de ses troubles.   |
| <b>SA</b>                                 | <p>3: Hypomimie*, ressentis altérés liés aux idées délirantes.<br/> 4: Anxiété à l'idée de retourner en foyer, vécu douloureux de l'hospitalisation délire de persécution, difficulté de projection dans l'avenir, crainte du regard de l'autre (représentés négatifs)<br/> 6: ralentissement psychomoteur</p> | <p>3: ressentis altérés liés aux idées délirantes, colère.<br/> 4: anxiété à l'idée de rester hospitalisé, vécu douloureux de l'hospitalisation, délire mystique et de persécution, difficulté de projection, sentiment de danger imminent.</p> |

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| <b>CT</b>                | 8: Présentation adaptée, échanges spontanés, bon contact<br>4: goût pour la musique, le chant, capacité à élaborer un projet (même si freins liés au délire de persécution)<br>6: capacité à se mettre en action (participation à l'atelier collectif, rythme battu et chant en séance individuelle)<br>3: capacité à éprouver du plaisir à l'écoute de la musique   | 8: Bonne présentation, bon contact, recherche de la relation<br>4: goût pour la musique (percussions, guitare), curiosité intellectuelle, désir d'apprendre, capacité à s'investir dans un projet artistique<br>6: belles capacités rythmiques,<br>3: capacité à éprouver du plaisir lors de la pratique instrumentale, émotions positives à la découverte de l'instrument.  |
| <b>OG</b>                | <b><i>Raviver la saveur existentielle.</i></b>   |  |
| <b>OI1</b>               | <b><i>Etablir une relation de confiance avec l'AT.</i></b><br>BR: Par la contemplation (5'), provoquer des gratifications sensorielles (3) afin d'identifier les goûts et intentions du patient (4) et de provoquer un élan orienté vers l'esthétique (5).<br>5'>3>4>5 / 8   |  |
| <b>OI2</b>               | <b><i>Renforcer la confiance et l'amour de soi.</i></b><br>Mettre la patiente en action (6) et favoriser un ressenti positif (3) lié à la pratique artistique (6/3/4) via l'attitude empathique et congruente de l'AT (8/3/4).<br>6>3>4>8>3>4  |  |
| <b>OI3</b>               | <b><i>Favoriser les gratifications sensorielles en lien avec un projet artistique.</i></b><br>En s'appuyant sur la dynamique relationnelle établie (8>3>4), et les capacités esthétiques du patient (6) élaborer un projet correspondant à son idéal esthétique (7>3>4) afin de susciter fierté et espoir (3/4).<br>8/3/4>6>7/3/4>4/3  |  |
| <b>OI4</b>               | <b><i>Modifier les représentés et ressentis négatifs liés à la relation à l'autre.</i></b><br>BR: Partager la production dans le service (7>8) afin de provoquer un retour gratifiant sur les capacités du patient (8>3), stimulant ainsi la confiance en soi et en l'autre (6>8). Le ressenti positif lié à la reconnaissance des autres (8>3) permettrait au patient de se redéfinir en tant que sujet, favorisant ainsi l'amour de soi et la considération (3/4) et de modifier ses représentés quant au regard d'autrui (4/8)<br>7>8>3> 6/8> 3/4>4/8             |  |
| <b>Dominante Méthode</b> | <b>Musique (Pratique instrumentale) Didactique, semi-dirigée, révélatrice</b>  |  |
| <b>Bilan</b>             | La pratique artistique a permis de décentrer la patiente de ses troubles, lui permettant de s'engager dans un projet, même si l'élaboration de la pensée a du être soutenue et encadrée par l'AT, au regard de la persistance d'une certaine confusion. L'expression du plaisir et de la fierté montrent une amélioration de la considération. La relation thérapeutique a permis d'améliorer une certaine confiance en l'autre mais nécessiterait d'être étayée sur une prise en soin plus longue, incluant d'autres modalités (séance collective? co-thérapeute?). | La découverte de l'activité, l'élaboration et l'aboutissement d'un projet artistique ont permis d'améliorer la confiance en soi du patient, lui permettant de redonner une meilleure saveur et de redevenir acteur de sa PES. La PES a permis de décentrer le patient de ses troubles lors des séances. Problématique à étayée ++. Le partage de la production et le sentiment de fierté associé a initié une amélioration de la confiance en l'autre et pourrait être un levier dans la prise en charge médicale globale. |

**Annexe 14: Graphiques détaillés des items Expression, Communication, Relation pour chaque patient**



**Annexe 15: Etudes en art-thérapie moderne auprès de patients souffrant de troubles psychiques graves.**

| Sujets de recherche   | Hypothèses   | Résultats  |
|---|--|--|
| <p>L'art-thérapie peut améliorer le comportement et la confiance en soi des personnes présentant des troubles de l'humeur et troubles associés.</p> <p><i>Dominantes: Musique et calligraphie.</i><br/>Mémoire rédigé par Tifaine Le Cocguen,<br/>Année 2015 - AFRATAPEM</p>  | <p>L'art-thérapie peut permettre la mise en action pour une personne atteinte de troubles obsessionnels. Elle peut favoriser le respect du cadre institutionnel pour les personnes agressives et améliorer la confiance en soi de personnes dépressives.</p>   | <p>La contemplation a permis d'établir une certaine confiance favorisant la mise en action et une production gratifiante. Pour certains patients le bien être est devenu un point capital permettant d'accéder à un mode de communication non violent. Enfin les gratifications sensorielles ont permis de susciter l'envie chez le patient et de le valoriser.</p>                                      |
| <p>En impliquant l'expression, la communication et la relation, l'art-thérapie permettrait de valoriser l'estime de soi de patients atteints de maladies mentales.</p> <p><i>Dominantes: Théâtre et expression corporelle.</i><br/>Mémoire rédigé par Pauline Bouaniche,<br/>Année 2015 - AFRATAPEM</p>   | <p>L'art-thérapie peut améliorer les trois composantes de l'estime de soi. Les gratifications sensorielles favoriserait l'amour de soi et le sentiment d'être sujet. L'apport de technique et divers mode d'expression permettrait une meilleure confiance en soi. Etre esthète et exprimer son goût valoriserait l'affirmation de soi.</p>  | <p>Le bilan est globalement positif en particulier concernant les ateliers de groupe. Des évaluations individuelles montrent cependant des limites pour certains patients. Il est alors important de définir au préalable si la prise en charge de groupe a le même objectif et la même stratégie pour chacun, afin d'adapter la nature et les contenus des bilans.</p>                                  |
| <p>L'amélioration du contact avec la réalité permettrait aux personnes souffrant de psychoses de redéfinir leur identité et d'améliorer leur qualité de vie.</p> <p><i>Dominantes: Musique et photographie.</i><br/>Mémoire rédigé par Marie Boisse,<br/>Année 2016 - AFRATAPEM</p>   | <p>L'art-thérapie favoriserait l'ancrage dans la réalité en sollicitant ses sens pour réengager les ressentis corporels. L'action permettrait d'exprimer sa personnalité, d'interagir avec son environnement social et stimulerait la capacité à se projeter.</p>  | <p>Les diverses expériences ont permis une nouvelle dynamique de réussite. L'émotion esthétique via une pratique collective ou individuelle a permis d'améliorer les capacités de contact relationnel et le plaisir d'être avec l'autre, même si les troubles de la relation des patients psychotiques ont soulevé certaines limites.</p>  |
| <p>L'art-thérapie à dominante théâtre pourrait permettre de développer l'autonomie et l'indépendance de la personne incarcérée dans le but d'agir sur ses capacités relationnelles.</p> <p><i>Dominante: Théâtre.</i><br/>Article scientifique rédigé par Stéphanie Boulanger. Année 2018. DU d'art-thérapie. Faculté de Médecine Grenoble.</p> | <p>L'art-thérapie, en stimulant les gratifications sensorielles par un travail en binôme avec l'art-thérapeute, favoriserait l'envie et augmenterait donc le plaisir à être du patient, lui permettrait de se reconnaître une capacité à exprimer son goût, de développer son autonomie et son indépendance. L'ATM favoriserait enfin l'engagement du patient dans la relation avec ses pairs.</p> | <p>Les résultats présentés et analysés permettent de valider l'hypothèse au sein de séances collectives d'art-thérapie. Cependant l'efficacité de l'Art-thérapie peut être due également à différents éléments tels que la relation à l'art-thérapeute, la dominante choisie, le type de prise en soin (individuelle ou collective) ou encore l'implication et la nature des souffrances du patient.</p> |

# **UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS**

## *Faculté de Médecine de Tours*

### **Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de Tours**

**Soutenu le:** 10 décembre 2018, Par Hélène GENOINO

**Titre:** Impact de l'art-thérapie sur le lien entre ressentis et représentés chez des patients atteints de schizophrénie.

**Sous la direction:** du Professeur EL HAGE Wissam Professeur d'Université Praticien Hospitalier

#### **Résumé:**

La schizophrénie est un trouble psychique grave, présentant un impact considérable sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, de par les souffrances physiques, mentales et sociales qu'elle entraîne. Il en découle une altération du contact avec ses ressentis, avec la réalité et avec autrui, pénalisant la capacité à entrer en action, à faire des choix et à Être. S'installe alors un rapport négatif saveur/savoir entraînant une perte de la saveur existentielle. C'est dans ce contexte, que des séances d'art-thérapie moderne à dominante musique ont été mises en place au sein d'une unité psychiatrique pour adultes.

L'hypothèse posée est la suivante: En stimulant le savoir faire, l'art-thérapie à dominante musique (écoute, chant et pratique instrumentale), en séances individuelles, permettrait de rééquilibrer le lien entre ressentis et représentés, du patient souffrant de schizophrénie.

En stimulant les ressentis corporels par l'activité artistique, en permettant un engagement dans l'action, l'art-thérapie a permis de mettre à distance les troubles et de susciter un engagement relationnel. Les spécificités de la relation thérapeutique ont été de nature à exploiter les ressources internes du patient, lui permettant de se considérer digne d'intérêt et ravivant ainsi une conscience d'être.

**Mots Clés:** Troubles psychiques - Schizophrénie - Saveur existentielle - Ressentis - Conscience d'être - Relation - Musicothérapie -

**Abstract:** Schizophrenia is a serious psychiatric disorder that has a significant impact on the quality of life of the people who are affected, due to the physical, mental and social suffering it causes. It results in an alteration of the contact with one's feelings, with reality and with others, diminishing the ability to go into action, to make choices and to Be. Then settles a negative feeling / knowledge balance resulting in a loss of the existential meaning. It is in this context that musical art therapy sessions have been set up in a psychiatric unit for adults.

The hypothesis is as follows: By stimulating the know-how, art therapy predominantly music (listening, singing and instrumental practice), in individual sessions, would rebalance the relationship between feelings and ideation in a patient with schizophrenia.

By stimulating the body's sensations through musical activity, by allowing a commitment to action, art therapy has made it possible to distance the disordered thinking and to create a relational commitment. The specificities of the therapeutic relationship were such as to exploit the internal resources of the patient, allowing him to consider himself worthy of interest and thus reviving a consciousness of being.

**Keywords:** Psychic disorders - Schizophrenia - Existential being - Feelings - Consciousness of being - Relation - Music therapy -