

UNIVERSITÉ FRANCOIS RABELAIS

- Faculté de Médecine de Tours -

« Des séances collectives d'Art-thérapie à dominante Arts plastiques pourraient permettre d'améliorer les capacités relationnelles des personnes atteintes de schizophrénie ».

Article de fin d'étude du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie,
UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS-Faculté de Médecine de Tours

Présenté par Mathilde Lhomme
Année 2018

Sous la direction de :

- Stéphanie BOULANGER
Art-thérapeute.
- Jean LACARIN
Psychiatre

Structure d'accueil :

Centre Hospitalier Sainte-Anne.
Secteur 3, pavillon Lévy Valensi et Foyer,
1 Rue Cabanis, 75014, Paris.

Remerciements :

Un grand merci à l'ensemble des personnes m'ayant permis de réaliser cette étude :

- Tous les formateurs et intervenants, pour leur partage de connaissances et leur pédagogie.
- Merci aux patients pour leur confiance, leur enthousiasme et la beauté des moments partagés ensemble.
- Merci à mes directeurs d'article, Stéphanie BOULANGER et Jean LACARIN pour leur soutien et leur pédagogie.
- Vincent CHIELENS, Art-thérapeute à l'Hôpital Sainte-Anne de Paris, sans qui tout cela n'aurait pas été possible. Un grand MERCI à toi qui m'a accordé ta confiance et soutenue humainement et professionnellement tout au long de ce stage.
- Merci à toute l'équipe médicale et paramédicale du Secteur 3 ainsi que celle du Foyer pour son accueil et sa collaboration.

Table des matières :

REMERCIEMENTS

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE

INTRODUCTION.....1

I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE2-5

I.1. Le service d'hospitalisation au Secteur 3 de Sainte-Anne et le Foyer de postcure accueillent des personnes souffrant de troubles psychiques aigus.....2-3

1.1. Ces services ont pour mission de prendre en charge la décompensation* psychotique et de permettre le retour à une vie sociale plus adaptée.....2

1.2. La psychose* amène à un isolement sensoriel, psychique et social.....2-3

1.3. L'hospitalisation et le foyer augmentent le sentiment d'être hors norme et l'isolement.....3

I .2. Grâce à l'utilisation des pouvoirs de l'Art, les ateliers d'Art-thérapie moderne* collectifs permettent de replacer la personne dans une posture de sujet favorisant ainsi le lien à l'autre.....3-5

2.1. L'Art-thérapie moderne* utilise les parties saines de la personne.....3-4

2.2. L'utilisation du potentiel artistique peut permettre d'améliorer la qualité de vie des personnes.....4

2.3. Les Arts plastiques amènent à agir sur la matière renforçant ainsi l'Estime de soi* de la personne.....4

2.4. L'Opération artistique* est l'outil principal du processus thérapeutique en Art-thérapie* moderne.....5

II. HYPOTHÈSE : Les ateliers d'Art-thérapie moderne* collectifs et non obligatoires utilisant la technique de la tache, peuvent permettre d'améliorer les capacités relationnelles des personnes atteintes de schizophrénie*.....5-6

II.1. L'effet de surprise par la tache provoque une émotion esthétique* réelle et maniable.....5-6

II.2. Cette technique amène le patient à donner du sens à ce qu'il voit, conduisant ainsi une rupture dans le processus pathologique qu'engendre la schizophrénie*.6

II.3. Les séances d'Art-thérapie moderne* peuvent permettre une diminution des angoisses*, de l'anxiété*, des hallucinations* et des délires, le temps de la séance, conduisant à une amélioration des symptômes et de la thymie.....6

II.4. L'amélioration thymique peut favoriser le lien social.....6

III. MATERIEL ET METHODE7-8

III.1. Des critères d'inclusion sont définis et une cohorte de cinq patients est sélectionnée afin de répondre à l'hypothèse posée.....7

III.2. Des protocoles de soins individuels ont été mis en place afin d'améliorer l'état de base.....7

III.3. Des outils évaluatifs communs permettent de recueillir et de comparer les données.....7

III.3.1. Une fiche d'ouverture permet de comparer l'état de base en début et en fin de prise en soin.....7-8

| | |
|---|--------------|
| III.3.2. Une fiche d'observation personnalisée permet de rendre compte du lien entre la diminution des délires et l'augmentation de l'engagement relationnel... | 8 |
| <u>IV. EXPÉRIENCES CLINIQUES</u> | 8 |
| IV.1. L'ensemble des protocoles Art-thérapeutiques est présenté..... | 8 |
| IV.2. Un tableau récapitule l'ensemble des prises en soin..... | 8 |
| <u>V. LES RÉSULTATS : Les résultats de l'étude sont exposés au regard des évaluations</u> | 8-10 |
| V.1. L'émotion esthétique* peut aider à diminuer les hallucinations*, les angoisses* et l'anxiété* | 8-9 |
| V.2. L'utilisation du potentiel artistique, dans une visée thérapeutique, permet une rupture dans le quotidien pathologique, replaçant le patient dans une posture de sujet à part entière capable d'exprimer et/ou d'affiner ses goûts, son style ainsi que sa personnalité favorisant ainsi le lien social..... | 10 |
| <u>VI. L'ANALYSE DES RÉSULTATS AU REGARD DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE</u> | 11-12 |
| <u>VII. LA DISCUSSION</u> | 12-14 |
| VII.1. Les séances d'Art-thérapie moderne* peuvent permettre d'étayer l'état de base du patient..... | 12 |
| VII.2. L'alliance thérapeutique est un outil essentiel dans le soin..... | 13 |
| VII.3. Les neurosciences s'intéressent à l'utilisation des Arts plastiques dans le processus de traitement thérapeutique..... | 13-14 |
| <u>CONCLUSION</u> | 15 |
| Liste de tableaux, graphiques et illustrations. | |
| Références bibliographiques. | |
| Annexes. | |

GLOSSAIRE

(Tous les mots suivis par un astérisque * dans le texte renverront au glossaire)

- **Affirmation de soi** : Affirmer, du latin « affirmare », donner une chose pour vraie. L’Affirmation de soi* se définit comme une capacité à faire des choix sans avoir peur de l’autre. Elle concerne les compétences relationnelles de l’individu et vise à l’expression de ses propres émotions, idées, désirs ou besoins en respectant l’autre. L’Affirmation de soi* est souvent associée aux habilités sociales.^{1/2}
- **Agoraphobie** : Type de névrose qui provoque une crainte de se trouver dans des lieux publics et particulièrement de traverser de grands espaces où l’on peut être regardé.⁸
- **Amour de soi** : Capacité à s’attribuer une valeur, à se considérer et à être.^{1/2} C’est l’écoute de nos besoins.¹¹
- **Anamnèse** : Ensemble des renseignements fournis au médecin par le malade ou par son entourage sur l’histoire d’une maladie et les circonstances qui l’ont précédée.³
- **Angoisse** : Grande inquiétude, état affectif essentiellement somatique, c’est un sentiment d’une menace imminente, mais vague.⁴
- **Anhédonie** : Incapacité à éprouver du plaisir dans des situations ordinaires.⁹
- **Anxiété** : Etat affectif essentiellement psychique, elle est une vive inquiétude née de l’incertitude d’une situation, de l’appréhension d’un événement.⁴
- **Art** : Activité d’expression volontaire de l’être humain et orientée vers un idéal Esthétique*.⁶
- **Art I** : Phase de l’activité artistique relative à l’expression, passage de l’instinct à l’action volontaire orientée vers l’Esthétique* ; se présente de façon globale, anarchique, implique les mécanismes archaïques.⁵
- **Art II** : Phase de l’activité artistique relative aux techniques de l’art universel ; se présente de façon ordonnée et spécifique.⁵
- **Art-thérapie moderne** : emploi du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et/ou humanitaire.⁶
- **Autonomie** : Capacité à se gérer soi-même et à faire des choix.¹
- **Bonne santé** : « La Bonne santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne se consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ». ⁷
- **Cibles thérapeutiques** : Ce qui est préservé et sain chez la personne. Point précis sur lequel travaille l’art-thérapeute.⁶
- **Confiance en soi** : Du latin « confidentia » dérivé de « confidere », confier. Assurance qui permet d’agir et de se projeter.⁴ Assurance que l’on porte en soi, c’est la capacité à agir et à se projeter dans l’avenir.¹¹
- **Décompensation** : En psychiatrie : Désigne une crise d’origine psychique, lorsqu’un individu ne parvient plus à se contrôler et entre dans une crise qui peut être particulièrement violente.⁹
- **Dépendance** : Incapacité partielle ou totale d’effectuer sans aide des actes de la vie quotidienne et de s’adapter.³
- **Diachronique** : Un Art diachronique est un Art où l’action et la production sont dissociées.¹¹
- **Esthétique** : Science et philosophie qui étudient le Beau et sa perception. Elle concerne autant les choses de l’Art que de la Nature.⁴
- **Estime de soi** : Dérivé du latin « estimare », du verbe « esmer », capacité à se donner de la valeur.^{1/6} C’est la valeur et la considération de la personne à son propre égard.¹¹
- **Fond** : Partie subjective de l’œuvre, c’est le signifiant.^{5/6}
- **Forme** : Partie observable d’une œuvre, son contenant.^{5/6}

- **Hallucination** : Phénomène psychique par lequel un sujet en état de veille éprouve des perceptions ou des sensations sans qu'aucun objet extérieur les fasse naître et qui apparaît au cours de certaines maladies ou sous l'effet de la drogue. Elles touchent les cinq sens⁸.
- **Handicap** : Désavantage dont est victime une personne afin d'avoir un rôle social normal dû à l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, motrices et/ou intellectuelles.⁸
- **Homéostasie** : L'homéostasie correspond à la capacité d'un système à maintenir l'équilibre de son milieu intérieur, quelles que soient les contraintes externes.³
- **Indépendance** : Capacité à mettre en œuvre et à utiliser des méthodes spécifiques dans des actes de la vie quotidienne.⁸
- **Item** : Plus petite unité observable. Le faisceau d'items* est un ensemble d'items*.⁶
- **Morcellements** : Perte d'unité du corps.⁸
- **Opération artistique** : L'organisation des mécanismes humains dans une activité artistique. Elle s'organise autour de la recherche de cohérence entre l'intention, l'action et la production et est déterminée par l'engagement, le style et le goût.⁶
- **Paranoïa** : Maladie mentale caractérisée par la méfiance vis-à-vis des autres, la surestimation de soi et la tendance au délire de persécution.⁴
- **Protocole thérapeutique** : Organisation de l'ensemble des éléments mis en œuvre dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie du patient.⁶
- **Psychose** : Affection psychique grave, dont le malade n'a pas conscience, caractérisée par une désintégration de la personnalité accompagnée de troubles de la perception, du jugement et du raisonnement.⁸
- **Savoir existentielle** : En Art-thérapie moderne, régulateur naturel du savoir existentiel. Fondements du goût de vivre.¹²
- **Site d'action** : Mécanisme humain défaillant.⁶
- **Schizophrénie** : Psychose* chronique caractérisée par une dissociation de la personnalité, se manifestant principalement par la perte de contact avec le réel, le ralentissement des activités, l'inertie, le repli sur soi, la stéréotypie de la pensée, le refuge dans un monde intérieur imaginaire, plus ou moins délirant, à thèmes érotiques, mégalomanes, mystiques, pseudo-scientifiques)⁸.
- **Stratégie thérapeutique** : Organisation des moyens et méthodes en vue d'atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'état de base du patient.⁶
- **Syndrome dissociatif** : Il s'agit de troubles fréquemment retrouvés suite à une situation de stress aiguë dont les symptômes principaux sont la dépersonnalisation et la déréalisation.¹⁰

1 FANGET F. & ROUCOUSE B., « L'Affirmation de soi*, une méthode de thérapie », Odile Jacob, Paris, 2007.

2 ANDRE C., & LELORD F., « L'estime de soi* », Odile Jacob, Paris 2008.

3 Dictionnaire Larousse en ligne.

4 Dictionnaire Larousse Illustré 2011, Larousse, Paris, 2011.

5 FORESTIER R., « Regard sur l'Art – approche épistémologique de l'activité artistique », SeeYouSoon, 2006.

6 FORESTIER R., « Tout savoir sur l'Art-thérapie* », 7ème édition, Favre, Lausanne, 2012.

7 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

8 Centre National de ressources Textuelles et Lexicales : h

ttp://www.cnrtl.fr

9 Wiktionary : <https://fr.wiktionary.org>

10 Référentiel de psychiatrie et addictologie, ed. Presses universitaires François Rabelais, 2016.

11 Fondement théorique et pratique de l'AFRATAPEM, 2015.

12 FORESTIER Richard, « Petit dictionnaire raisonné de l'Art en Médecine » :

http://art-therapie-tours.net/img/img_dico/pttdico_artetmedecine.pdf

Glossaire des Sigles :

- **CT** : Cible thérapeutique*.
- **OI** : Objectif intermédiaire.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **OTG** : Objectif thérapeutique général.
- **PHC** : Psychose* hallucinatoire* chronique.
- **SA** : Site d'action*.

INTRODUCTION

Cet article s'appuie sur une étude réalisée à l'hôpital Sainte-Anne de Paris en hospitalisation adulte au Secteur 3 ainsi qu'en Foyer de postcure pour adultes et jeunes adultes psychotiques. Elle porte sur le suivi de cinq patients durant sept semaines. Les patients de cette étude ont tous participés à des séances d'Art-thérapie* collectives et hebdomadaires de 2 heures à dominante Arts plastiques.

Les patients âgés de 18 à 62 ans présentent tous une schizophrénie* avancée avec hallucinations* et/ou délires aigus (principalement de persécution).

Tous les patients souffrent d'isolement sensoriel, psychique et social dû à la maladie handicapante qu'est la schizophrénie*.

L'Art-thérapie* moderne vise à « *employer le potentiel artistique dans une visée thérapeutique et/ou humanitaire* » par un travail sur l'impression (le corps), l'expression (le mental), la communication (social) et la relation.

En effet l'Art* est une « *activité d'expression de l'être humain, elle est volontaire et orientée vers un idéal Esthétique** »¹³. Il peut donc permettre d'améliorer la qualité et l'estime* de soi des patients avec schizophrénie* amenant des gratifications sensorielles agréables et une possibilité d'échange social.

L'hypothèse de cette étude est la suivante « *Les ateliers d'Art-thérapie* collectifs à dominante Arts-plastiques peuvent permettre une amélioration thymique et symptomatologique favorisant les capacités relationnelles des personnes Schizophrènes en institution* ».

Afin de vérifier cette hypothèse une fiche d'observation est remplie par l'Art-thérapeute après chaque séance pouvant ainsi rendre compte de l'évolution du comportement tout au long du suivi thérapeutique.

Nous présenterons, ici, dans un premier temps le contexte de la recherche dans le but de comprendre les souffrances du public concerné et l'intérêt de l'Art-thérapie* au regard des besoins de personne souffrant de schizophrénie en institution.

Dans un deuxième temps l'hypothèse de recherche sera exposée ainsi que le matériel et la méthode utilisés durant l'étude.

Dans une troisième partie les expériences cliniques seront étayées en lien avec l'Art-thérapie* ainsi qu'une analyse au regard de la littérature scientifique.

Une discussion sera arborée et se divisera en trois points. Le premier soulignera comment les séances d'Art-thérapie* peuvent étayer l'état de base du patient, un deuxième point portera sur l'importance de l'alliance thérapeutique comme outil essentiel du soin puis un troisième point dépendra l'intérêt des recherches neuroscientifiques sur l'utilisation des Arts plastiques dans un processus de traitement thérapeutique.

13 FORESTIER R., « Tout savoir sur l'Art-thérapie* », 7ème édition, Favre, Lausanne, 2012.

I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE.

I.1. Le service d'hospitalisation au Secteur 3 de Sainte-Anne et le Foyer de postcure accueillent des personnes souffrant de troubles psychiques aigus.

1.1. Ces services ont pour mission de prendre en charge la décompensation* psychotique et de permettre le retour à une vie sociale plus adaptée.

Le service d'hospitalisation au Secteur 3 de Sainte Anne a pour principale mission d'accueillir et de prendre soin de personnes psychotiques en état de décompensation* ou en phase aiguë de la maladie. Il y existe trois types d'hospitalisations : l'hospitalisation avec consentement, celle à demande d'un tiers ou encore sous demande juridique (hospitalisation par ordonnance de placement provisoire) et elle accueille les patients à temps plein et/ou partiel.

Le Foyer de postcure quant à lui est un hébergement thérapeutique de réhabilitation faisant tampon entre les hospitalisations et le retour à la vie à domicile normale et indépendante*. Le Foyer propose essentiellement une prise en charge médicale, éducative et psychologique des personnes en souffrances psychiques.

Le Foyer est un lieu de vie où les patients, contrairement au service d'hospitalisation, sont libres de sortir durant la journée mais doivent respecter un horaire de rentrée le soir.

1.2. La schizophrénie* amène à un isolement sensoriel, psychique et social.

La schizophrénie* amène à un isolement sensoriel, psychique et social. La schizophrénie* en particulier est une maladie chronique qui est « *caractérisée par une dissociation de la personnalité, se manifestant principalement par la perte de contact avec le réel, le ralentissement des activités, l'inertie, le repli sur soi, la stéréotypie de la pensée, le refuge dans un monde intérieur imaginaire, plus ou moins délirant, à thèmes érotiques, mégalomanes, mystiques, pseudo-scientifiques (avec impression de dépersonnalisation, de transformation corporelle et morale sous l'influence de forces étrangères, en rapport avec des hallucinations* auditives, kinesthésiques)* ». ¹⁴

Nous verrons en quoi cette maladie mentale entraîne un handicap* social qui peut être vécue comme une énorme blessure de vie ¹⁵ avec une perte de la Saveur existentielle*. Selon l'OMS* la bonne santé* se définit comme « *Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne se consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La maladie psychotique altère l'état de « *bonne santé** » de l'individu.

En effet cette maladie peut amener une perte du sens de la vie, une baisse de la capacité de projection, un sentiment d'être hors norme et objet de soin ainsi qu'une angoisse* de mort, de l'anxiété* et du retrait social. ¹⁵ Ses souffrances peuvent être autant physiques avec des douleurs somatiques, des traitements lourds, psycho-cognitives que sociales.

L'isolement sensoriel, psychique et social dû à la maladie psychotique est souvent principalement causé par des syndromes dissociatifs* (perte d'unité de la personne) avec ambivalence, bizarrerie, des comportements désorganisés et agressifs, des hallucinations* visuelles et auditives, des troubles du langage et de l'humeur, de la paranoïa ou un syndrome

14 Centre National de ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr>

15 Annexe I « Tableau des pénalités existentielles et stratégies possibles par rapport à l'opération artistique* ».

interprétatif poussant alors vers un rejet de l'autre ¹⁶. Par ailleurs la personne souffrant de schizophrénie peut se retrouver dans une réelle situation de dépendance* : « *Conséquence du chaos psychique, je me suis vite retrouvé dans les années suivant l'épisode aigu, avec une grande difficulté pour organiser des choses de la vie courante* »¹⁷.

1.3. L'hospitalisation et le foyer augmentent le sentiment d'être hors norme et l'isolement.

L'hospitalisation est souvent vécue comme une perte de liberté et entrave donc d'autant plus certains besoins fondamentaux¹⁶ qui permettent à l'être humain une bonne qualité de vie. La personne hospitalisée se retrouve dans une situation de perte d'autonomie*, elle ne décide plus par et pour elle-même de sa vie quotidienne. Elle est considérée comme une personne nécessitant des soins ce qui augmente son sentiment de dépendance* et impacte directement sur l'Estime de soi*, sa qualité de vie et son bien-être physique, psychologique ainsi que social.

L'hospitalisation est une violente rupture avec le quotidien connu de la personne ce qui peut provoquer de fortes angoisses* dues à l'inconnu et au changement. Bien qu'elle soit la conséquence d'un dysfonctionnement physique, mental et/ou social nécessitant un placement en milieu de soins, elle lui rappelle la fragilité de son existence. En effet l'hospitalisation peut accroître l'angoisse* de mort, l'inquiétude d'une fin ou la perte du sens de sa vie. Se rajoute à cela l'éventuelle fatigue liée aux traitements et aux soins¹⁶.

Les souffrances de ce public peuvent donc être amplement accentuées par l'hospitalisation qui entretient ce sentiment d'isolement, d'enfermement, de frustration, d'angoisse* ainsi que la difficulté à cohabiter avec les souffrances, les crises et les délires des autres. L'hospitalisation accroît le sentiment d'insécurité face aux incidents fréquents tels que les tentatives de suicides, la violence, les agressions et la mort.

I.2. Grâce à l'utilisation des pouvoirs de l'Art, les ateliers d'Art-thérapie* collectifs permettent de replacer la personne dans une posture de sujet favorisant ainsi le lien à l'autre.

2.1. L'Art-thérapie* moderne utilise les parties saines de la personne.

Les Hommes évoluent simultanément sur plusieurs plans : ils vivent dans un corps physique, tout en ressentant, en pensant et en étant en interaction avec les autres hors les symptômes de la schizophrénie provoquent une désorganisation de ces quatre dimensions qui constituent l'être humain.¹⁶

L'Art-thérapie moderne* peut répondre aux besoins physiques, mentaux et sociaux des personnes souffrantes de schizophrénie. D'une part l'Art-thérapie* moderne a pour objectif principal d'utiliser les parties saines des personnes en souffrances afin qu'elles retrouvent, autant qu'il se peut, un équilibre physique, mental et social et ne se voit plus que par le prisme de ses symptômes.

16 Annexe II : Tableau : « Principales souffrances liées à la schizophrénie et à l'hospitalisation » réalisés grâce à DEBRAY.Q. « Psychiatrie, I. Syndromes et maladies », ed.E.Masson, 2007, COTTEREAU M.J, « Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques », ed.E.Masson, 2007. « Principaux effets secondaires des traitements pour la schizophrénie », p77 et SALOMÉ FRANCK, « Qu'est ce que les psychoses* » ? ed. Dumod, Paris, 2012.

17 GUILLON ALEXYS, « Espoir de schizo », ed. Quintessence, 2009.

Cette approche permet de se concentrer sur ce qui fonctionne, de nourrir les capacités préservées afin de palier à ce qui dysfonctionne. Ainsi la personne ne se voit plus en tant qu'individu seulement malade mais en tant que sujet à part entière capable de ressentir, de s'exprimer, communiquer et d'être en relation avec les autres.

2.2. L'utilisation du potentiel artistique peut permettre d'améliorer la qualité de vie des personnes.

La schizophrénie et l'institutionnalisation peuvent entraîner de multiples souffrances impactant alors sa qualité de vie. L'OMS* définit la qualité de vie comme étant « *La 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. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance*, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ». Or les personnes souffrant de schizophrénie en institution se retrouvent, nous l'avons vu, dans un contexte de perte d'autonomie* et d'indépendance*. L'Art-thérapie moderne* permet d'augmenter la qualité de vie de la personne en travaillant sur ses capacités d'autonomie* et d'indépendance*, les ateliers lui permettent d'exprimer ce qu'elle ressent et de valoriser ses capacités à faire, la replaçant dans une posture de sujet.

L'Art permet des gratifications sensorielles agréables, de s'exprimer, de communiquer et d'être en relation à l'autre. En effet, pour avoir une bonne qualité de vie l'Homme, a besoin de répondre à un certain nombre de besoins fondamentaux¹⁸ tels que celui de sécurité, d'appartenance, de valeur et d'épanouissement. Or certains besoins fondamentaux se trouvent impactés par la schizophrénie*¹⁸ et l'hospitalisation.

2.3. Les Arts plastiques amènent à agir sur la matière renforçant ainsi l'Estime de soi* de la personne.

Chaque individu porte en lui sa singularité. Ainsi chaque personne aura une sensibilité différente en fonction des pratiques et trouvera des préférences dans une dominante ou une autre en fonction de ses émotions, de sa culture et de ses goûts. La particularité des Arts plastiques est de permettre un lien entre l'expression et la communication de manière diachronique*, le message peut donc être porté au delà de l'action de production et le patient peut constater ce qu'il a fait permettant ainsi de travailler sur l'Estime de soi*. L'œuvre plastique permet d'agir sur la matière, sur le réel et d'y laisser une trace, une empreinte personnelle¹⁹, elle peut être contemplé, corrigée, continuée, affichée ou même offerte.

L'Art* est avant tout pour nous tous une « *promesse du bonheur* »²⁰. Il nous permet, « *de ressentir alors la joie qu'il y a simplement d'exister. Devant la Beauté, plus aucune question n'est bonne : il ne s'agit en effet plus d'interroger le réel mais simplement, pour une fois, d'en profiter* »²¹.

18 Annexe III : « Pyramide des besoins fondamentaux de l'être humain et tableau des besoins fondamentaux impactés par la schizophrénie et l'hospitalisation ».

19 FORESTIER.R, « Tout savoir sur l'art-thérapie* », 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007, p.162.

20 Stendhal « De l'amour », ed. Flammarion, 1993.

21 PEPIN.C, « Quand la Beauté nous sauve », ed.Poche MARABOUT, 2013, p.182.

2. 4. L'Opération artistique*²² est l'outil principal du processus thérapeutique en Art-thérapie moderne*.

Elle permet l'étude et l'analyse des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique. Ces mécanismes vont de la réception de l'information extérieure par les sens, à l'expression de la personnalité jusqu'à la possible mise en relation. Richard Forestier propose grâce à l'opération artistique* d'illustrer l'implication des capacités à percevoir, à analyser, à communiquer par l'interface des capacités motrices et expressives révélés lors de la pratique ou de la contemplation artistique²³.

« Si le goût concerne les impressions (le Bon) , le style va concerner l'expression. Lorsqu'une personne réalise elle-même des productions, elle donne son empreinte à ce qu'elle produit. La personnalité de l'auteur exprimée par et dans l'œuvre est le style. (...) En cela, l'auteur de la production met en œuvre sa faculté de se projeter dans l'avenir (la production qui est en train d'être réalisée, est inscrite de fait dans le temps) et doit durer au moins le temps de son élaboration. Pour se projeter dans le temps, il est nécessaire de croire en cet avenir et en la fiabilité de la chose produite. Le style qui permet de reconnaître l'auteur d'une œuvre, implique la Confiance en soi»²³. L'Art-thérapie* englobe ainsi les trois composantes de l'Estime de soi* (l'amour, la confiance et l'affirmation de soi)²³.*

II. HYPOTHÈSE : Les ateliers d'Art-thérapie moderne* collectifs et non obligatoires utilisant la technique de la tache, peuvent permettre d'améliorer les capacités relationnelles des personnes atteintes de schizophrénie*.

Nous l'avons vu la schizophrénie* et l'institutionnalisation provoquent une perte du sentiment d'être sujet, une baisse de la capacité de projection et un isolement psychique, mental et social ne permettant plus une bonne qualité de vie. Nous tenterons donc de montrer en quoi les séances d'Art-thérapie moderne* collectives à dominante Arts plastiques ont pu améliorer la qualité de vie des patients suivis.

II.1. L'effet de surprise par la tache provoque une émotion esthétique* réelle et maniable.

La première boucle de renforcement consiste à créer un accident spatio-temporel grâce à la technique de la tache de peinture. Cette technique a pour but d'aider les patients à s'engager dans la pratique artistique. En effet, les patients rencontrés dans cette étude ont tous eu du mal à commencer la pratique artistique ne sachant « pas quoi faire ». Elle consiste donc à leur faire choisir trois à quatre couleurs, nous retrouvons ici l'expression du goût et à la capacité à faire des choix qui renvoient à l'autonomie*. Dans un deuxième temps il est demandé aux patients de les verser dans un verre une par une, renvoyant à leur capacité d'indépendance*.

Par la suite je leur propose de retourner le verre sur une feuille. Les couleurs s'y déversent créant ainsi un magma de cercles colorés. Bien que cette technique ne demande pas un savoir faire difficile elle engage déjà la personne à choisir des couleurs et à mobiliser son corps pour réaliser une production.

22 Annexe IV : « L'Opération artistique de Richard Forestier ».

23 BERNHARD H., MILLOT C., « L'apport spécifique de l'autoévaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi, IN : L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales », Direction scientifique FORESTIER R., Issy-les-Moulineaux :Elsevier Masson, 2007. p. 75.

Souvent impressionné par ce qui se passe sur la feuille et l'esthétisme qui s'en dégage le patient est alors susceptible de vouloir continuer la pratique artistique et cela avec plus d'assurance (de confiance* en soi²⁴).

II.2. Cette technique amène le patient à donner du sens à ce qu'il voit, conduisant ainsi une rupture dans le processus pathologique qu'engendre la schizophrénie*.

Grâce à cette technique de la tache aléatoire le patient cherche toujours à donner du sens à ce qu'il voit, il communique son ressenti (ART I*) et rentre alors déjà en relation avec l'Art-thérapeute tout en faisant du lien entre la forme et le fond. Cela est alors très intéressant, en particulier pour des personnes souffrant de schizophrénie* qui connaissent une déformation pathologique de la réalité : « *Il a l'impression d'être dans une réalité qui lui est propre, réalité qu'il ne partage pas avec autrui* »²⁴. Les séances collectives amènent à partager une réalité commune et à échanger.

La schizophrénie provoque une perte de contact avec la réalité et l'Art* peut permettre de reconnecter le patient avec cette dernière. L'émotion esthétique est un premier levier permettant aux patients de s'engager dans une pratique artistique, explorant la technique et faisant preuve d'innovation et de créativité (ART II*).

II.3. Les séances d'Art-thérapie moderne* peuvent permettre une diminution des angoisses*, de l'anxiété*, des hallucinations* et des délires, le temps de la séance, conduisant à une amélioration des symptômes et thymique.

Le plaisir, la mise en relation ainsi que l'intérêt porté sur le réel visible et palpable permet de se concentrer sur le moment présent et ainsi, par les gratifications sensorielles et le plaisir, conduire vers une amélioration symptomatique et thymique. Grâce aux gratifications sensorielles, la pratique artistique permet de se concentrer sur le moment présent que ce soit lors de la production ou de la contemplation, l'esprit se focalise sur ce qui se passe devant lui. Selon Roger Vottoz²⁶ si le patient schizophrène apprenait à vivre davantage dans le moment présent sans se projeter dans un passé qui n'est plus et un futur qui n'est pas encore, les troubles liés à la schizophrénie pourraient progressivement être atténués. L'objet d'anxiété de ces patients se trouve en effet sur un passé ou un futur, le plaisir du moment présent, de l'émerveillement Esthétique* permettrait donc de diminuer les symptômes de la schizophrénie.

II.4. L'amélioration thymique peut favoriser le lien social.

Si le patient éprouve du plaisir pendant la séance alors une amélioration de sa thymie et une diminution de ses symptômes est possible. Et si le patient se sent bien, dans le cadre sécurisant qu'est l'atelier d'Art-thérapie moderne* alors il sera disponible et pourra se mettre en relation. Le bien-être provoqué par la pratique artistique, par les pouvoirs expressifs, d'entraînement, éducatifs ou relationnels de l'activité artistique peut permettre de replacer la personne dans une posture de sujet unique et particulier, d'exprimer ses goûts, son style, sa personnalité et de les partager.

24 Annexe V : « Les trois composants de l'Estime de soi* » selon le modèle de l'AFRATAPEM.

25 Salomé Franck, « Qu'est ce que les psychoses ? » ed. Dumod, Paris, 2012, p.19

26 VITTOZ Roger, « Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral », ed. Pierre Téqui, 1993.

III. MATERIEL ET METHODE.

III.1. Des critères sont définis et une cohorte de cinq patients est sélectionnée afin de répondre à l'hypothèse posée.

Les ateliers d'Art-thérapie moderne* à Sainte-Anne ont lieu plusieurs fois par semaine lundi, mercredi et vendredi après-midi de 14h à 16h. Ce sont des ateliers collectifs de 2 heures en salle d'atelier d'Art-thérapie moderne* se trouvant au même étage que les chambres²⁷. Ces ateliers étant ouverts, tous les patients sont donc informés et invités à venir y participer. En ce qui concerne les ateliers du Foyer ils ont lieu le Mardi matin de 10h à 12h. Ils se situent dans la salle polyvalente au rez de jardin²⁷.

Ces ateliers sont dirigés par deux Art-thérapeutes à savoir Vincent Chielens et moi même.

Pendant la durée de mon stage j'ai rencontré plusieurs patients faisant des « va et vient » seul neuf patients ont suivi les ateliers d'Art-thérapie moderne* de manière régulière.

L'équipe médicale nous oriente les patients avec comme principale indication la diminution des angoisses*, de l'anxiété* et l'amélioration relationnelle.

- Tableau N°1 : Critères des patients choisis pour l'étude :

| |
|---------------------------------------|
| Personnes souffrant de schizophrénie* |
| 2 hommes et 3 femmes |
| 18 à 65 ans |
| Ateliers non obligatoires |
| Hospitalisation Secteur 3 et Foyer |
| 6 à 7 séances de 2heures hebdomadaire |

III.2. Des protocoles de soins individuels ont été mis en place afin d'améliorer l'état de base.

Pour la mise en place de la stratégie thérapeutique* j'ai décidé, dans un premier temps, d'aller directement à la rencontre des patients en ateliers collectifs afin de me présenter. Suite à cette première rencontre, à la consultation des dossiers médicaux et des échanges avec les différents membres du service médical et paramédical une fiche d'ouverture²⁸ est complétée. Cette fiche me permet d'avoir un premier état de base du patient avec son anamnèse* familiale et médicale. J'y inscrais également un bilan de ses capacités sensorielles, motrices, intellectuelles ainsi que celle concernant l'expression, la communication et la relation. Un objectif thérapeutique général ainsi qu'une stratégie thérapeutique* théorique peuvent être établis.

La récolte des informations concernant le patient permet en effet de poser son état de base, de localiser ses manques (sites d'actions*) sur l'opération artistique* ainsi que ses cibles thérapeutiques* dans le but d'atteindre des objectifs thérapeutiques* précis.

III.3. Des outils évaluatifs communs permettent de recueillir et de comparer les données.

III.3.1. Une fiche d'ouverture²⁸ permet de comparer l'état de base en début et en fin de prise en soin.

La fiche d'ouverture²⁸ permet d'avoir un premier état de base du patient et de voir l'avancée de la prise en soin. C'est un référentiel dans le suivi thérapeutique sur lequel s'appuiera la

²⁷ Annexe VI : « Photographie des ateliers d'Art-thérapie en hospitalisation et au Foyer ».

²⁸ Annexe VII : « La fiche d'ouverture ».

stratégie thérapeutique* en fonction des cibles thérapeutiques* et des sites d'action* du patient. Elle est essentielle dans la compréhension du suivi et dans l'avancé de la thérapie.

III.3.2. Une fiche d'observation personnalisée permet de rendre compte du lien entre la diminution des délires et l'augmentation de l'engagement relationnel.

La fiche d'observation²⁹ charge objectivement la séance d'Art-thérapie moderne*, elle permet de rendre compte de ce qui s'est passé pendant l'atelier et de se projeter dans les séances suivantes de manière logique et légitime afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques*. Elle est complétée à chaque fin de séance, l'Art-thérapeute pouvant ainsi cibler les effets de l'atelier sur le patient et éventuellement ajuster sa stratégie thérapeutique*.

La fiche d'observation²⁹ objective la prise en soin en codifiant des items* d'observations en quantité et qualité.

IV. EXPÉRIENCES CLINIQUES.

IV.1. L'ensemble des protocoles Art-thérapeutiques est présenté.

Les tableaux récapitulatifs de l'ensemble des protocoles de soin se trouvent en Annexe ³⁰.

Les indications pour les cinq patients suivis étaient de « favoriser les capacités relationnelles et/ou de diminuer les angoisses* et/ou l'anxiété* ».

IV.2. Un tableau récapitule l'ensemble des prises en soin.

Un tableau récapitulatif de l'ensemble des prises en soin se trouvera en Annexe.³¹

V. LES RÉSULTATS : Les résultats de l'étude sont exposés au regard des évaluations.

Les graphiques proposent de comparer des items*, la notation va de 0 à 5, 5 étant la note la plus élevée. Pour comprendre les items* choisis lors de cette étude il faut se référer à la fiche d'observation en Annexe VI.

V.1. L'émotion esthétique* peut aider à diminuer les hallucinations*, les angoisses* et l'anxiété*.

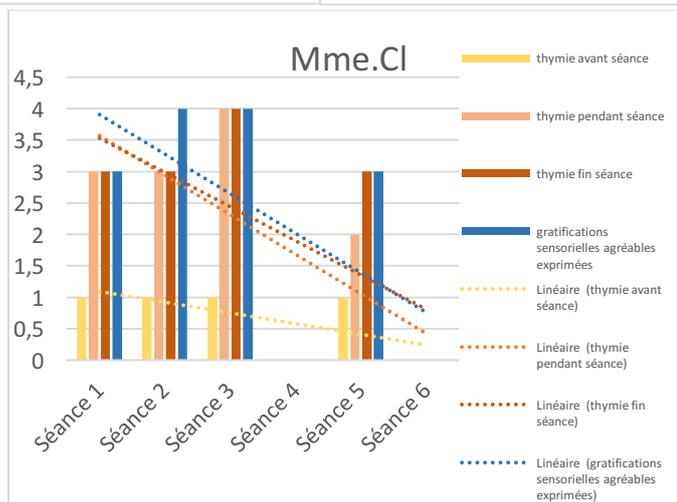
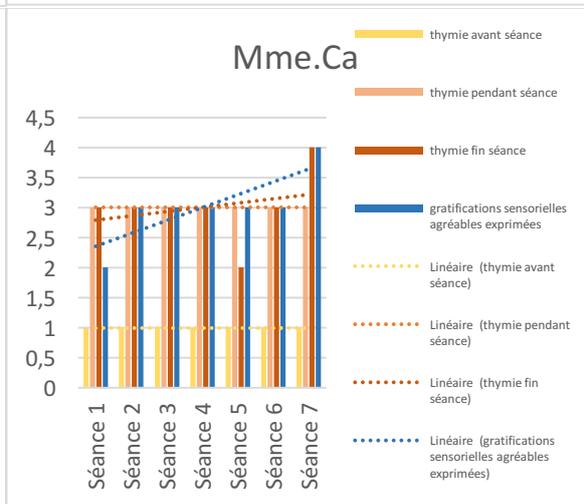
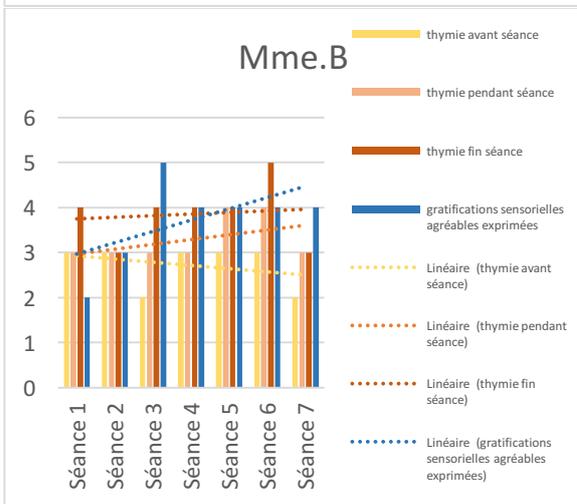
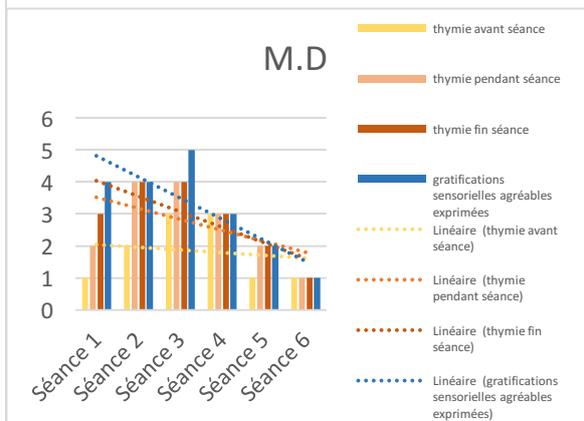
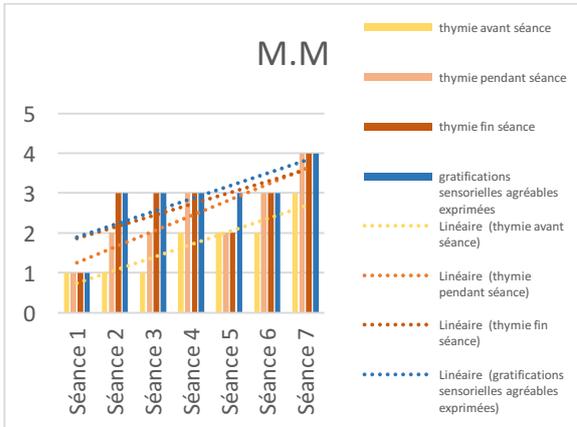
- Graphiques N°1 : Évolution des items* relatifs à l'Anxiété* et au plaisir exprimés pendant la séance :

Ces graphiques tentent de montrer la corrélation entre les gratifications sensorielles vécues en séance et l'amélioration thymique et symptomatique pour chaque patient suivi.

29 Annexe VIII : « La fiche d'observation ».

30 Annexe IX : « Ensemble des protocoles de soin ».

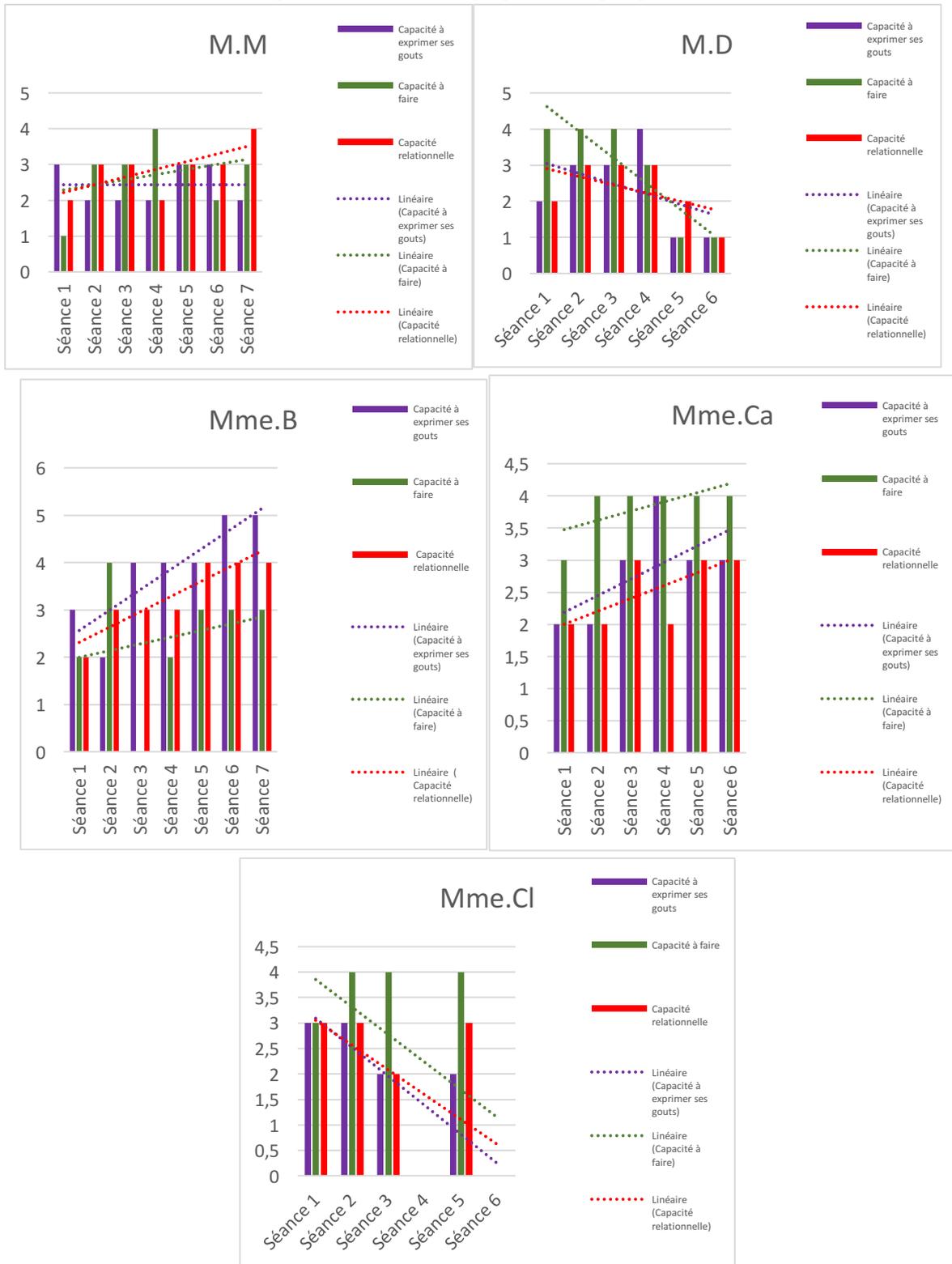
31 Annexe X : « Synthèse des séances d'Art-thérapie ».



V.2. L'utilisation du potentiel, artistique dans une visée thérapeutique, permet une rupture dans le quotidien pathologique, replaçant le patient dans une posture de sujet à part entière capable d'exprimer et/ou d'affiner ses goûts, son style ainsi que sa personnalité favorisant ainsi le lien social.

- Graphiques N°2 : Évolution des items* relatifs à la capacité à exprimer ses goûts et à faire en relation avec les capacités relationnelles pendant la séance :

Ces graphiques tentent de montrer la corrélation entre l'autonomie*, l'indépendance* et l'évolution des capacités relationnelles pour chaque patient suivi.



VI. L'ANALYSE DES RÉSULTATS AU REGARD DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE.

L'hypothèse de cette étude est donc de montrer que l'émotion Esthétique* peut permettre une diminution symptomatique, une augmentation thymique en favorisant les capacités d'autonomie* et d'indépendance* en vue d'améliorer le lien social³².

La première série de graphiques est liée à l'anxiété* et au plaisir exprimés pendant la séance. Ces graphiques montrent une augmentation significative de la thymie avant, pendant et en fin de séance. En effet nous constatons une augmentation continue sur l'amélioration thymique chez la majorité des patients. Pour M.M : + 3pts de la séance 1 à 4, pour Mme.B une augmentation de 1pt. Il semblerait que Mme.B ait vu sa thymie et ses gratifications sensorielles augmentées une fois sa production terminée donc principalement en fin de séance. Pour Mme.Ca la thymie fut à chaque fois extrêmement basse en début de séance en raison de la quantité des hallucinations auditives qu'elle subit. Or pour cette patiente une diminution des hallucinations est constatée pendant les séances vraisemblablement liée aux gratifications sensorielles agréables qui augmentent.

Une amélioration thymique est également remarquée pour M.D (+1pt) et Mme.Cl (+2pts) entre le début et la fin de séance et cela proportionnellement aux gratifications sensorielles agréables exprimées cependant cette évolution chute en fin de prise en soin à cause d'une forte inquiétude due à de mauvaises nouvelles pour M.D et des problèmes de sommeil et d'angoisse pour Mme.Cl.

La thymie augmente pour tous les patients de manière significative pendant la séance et semble en accroissement proportionnelle en lien avec la moyenne des gratifications sensorielles agréables exprimées lors de la séance. Jean-Pierre Changeux³³ affirme que l'activité artistique est une tendance naturelle source de plaisir. L'Esthétique* est à même de donner une émotion provoquant ainsi du plaisir, cette émotion pouvant se suivre de manifestations physiologiques (chair de poule, larme...). Des études ont également utilisées l'IRM ont démontrées cette hypothèse : « *une augmentation du débit sanguin proportionnelle à l'intensité des frissons dans un circuit cérébral connu comme le circuit de la récompense ou du plaisir* »³⁴.

La deuxième série de graphiques souligne l'évolution des items* relatifs à la capacité à exprimer ses goûts (l'autonomie*) et à faire (l'indépendance*) en rapport avec les capacités relationnelles pendant la séance.

Nous remarquons dans ces graphiques que les capacités relationnelles ont augmenté de manière significative de +1pt à +2pts entre la 1ère et dernière séance tout comme l'indépendance* et l'autonomie*. Pour M.M les capacités relationnelles augmentent considérablement au cours du suivi de +2pts tout comme son engagement en séance qui s'accroît de 2pts entre la première et la deuxième séance avec une différence de +3pts entre la séance 1 à 4. Pour M.D nous constatons que les capacités d'autonomie* et celles d'indépendance* ne sont pas équilibrées bien qu'elles semblent être en adéquation avec les capacités relationnelles tout au long du suivi. Les capacités relationnelles de Mme.B ainsi que

32 ANNEXE XI : « Schéma de l'hypothèse de cette étude ».

33 CHANGEUX J.P. « Du vrai, du beau, du bien, une nouvelle approche neuronale », ed.Odile Jacob, 2008.

34 INSERM, « Activité physiques, Contextes et effets sur la santé », Expertise collective, Les éditions Inserm, Paris, 2008, p.197.

ses capacités d'expressions augmentent de +2pts et ses capacités à faire se régulent (je rappelle que la séance 3 est une séance au musée).

Pour Mme.Ca ses capacités relationnelles augmentent nettement et cela, semble-t-il, en lien avec l'augmentation de son implication dans l'atelier +1pts et + 2pts en séance 4 lors de l'évocation de projet de série.

Pour Mme.Cl qui avait déjà de bonnes capacités relationnelles ces dernières restent stables et proportionnelles à son autonomie* en séance. Ses capacités à faire augmentent de 1pt entre la séance 1 et les autres traduisant probablement une augmentation de la confiance*.

Nous pouvons penser qu'un lien est possible entre l'augmentation de l'autonomie*, de l'indépendance* et celle des capacités relationnelles.

Un étude scientifique « *Shared experiences are amplified* »³⁵ présentée par Erica J. Boothby, tend à prouver qu'une expérience est amplifiée lorsqu'elle est partagée. Les participants de cette étude semblent apprécier d'avantage du chocolat lorsqu'il est partagé avec quelqu'un.

Une corrélation pourrait également exister entre plaisir, l'autonomie*, le lien social et la qualité de vie. En effet une étude de Sibitz³⁶ montre que plus les activités sociales étaient réduites ou perçues négativement et plus la qualité de vie subjective était basse. Cette étude poursuit son analyse et démontre que plus le réseau social d'une personne souffrant de schizophrénie est appauvri, plus l'autonomie* était faible et plus les symptômes dépressif et anxieux augmentaient. L'utilisation du potentiel artistique peut donc participer à l'augmentation de la bonne qualité de vie des personnes avec schizophrénie.

VII. LA DISCUSSION.

VII.1. Les séances d'Art-thérapie moderne* peuvent permettre d'étayer l'état de base du patient.

Il a été constaté que les séances d'Art-thérapie moderne* et l'analyse de ces dernières permettent d'avoir davantage d'informations sur l'histoire de vie de la personne, sur l'histoire de la maladie ainsi que sur les capacités sensorielles, motrices, intellectuelles, psycho-affectives et sociales des patients. En effet l'Art* permet une approche originale révélant souvent de nouveaux éléments sur le patient. L'Art* amène la personne à s'exprimer et à agir grâce à ses capacités.³⁷ L'utilisation de la fiche d'ouverture³⁷ remplie en début de prise en soin permet d'évaluer les capacités sensorielles, motrices, intellectuelles et sociales du patient. Elle amène donc à le voir dans sa globalité et peut révéler de nouveaux items.

La fiche d'observation³⁷ relate un certain nombre d'items et de faisceaux d'items spécifiques au patient, qui découle de l'analyse de la fiche d'ouverture³⁷. Les observations faites lors des séances peuvent donner à voir des informations importantes telles que les effets secondaires des traitements, dont la posologie, sera peut-être à revoir, ou de nouveaux symptômes apparents, ou encore des informations concernant les angoisses, l'anxiété, la tristesse ou même les idées suicidaires. Toutes ces nouvelles informations sont, bien évidemment, à transmettre à l'équipe pluridisciplinaire afin d'améliorer la prise en soin.

35 Erica J. Boothby, Margaret S. Clark, John A. Bargh « Shared experiences are amplified », 2014.

36 SIBITZ, I, AMERING, UNGER, SEYRINGER, BACHMAN, SCHRANK, BENESCH, SCHULZE et WOPPMANN, « The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patient with schizophrenia » dans *European Psychiatry*, 26,1,28-33, 2011.

37 Annexe VII : « La fiche d'ouverture » et Annexe VIII : « La fiche d'observation ».

VII.2. L'alliance thérapeutique est un outil essentiel dans le soin.

Le besoin de sécurité et d'appartenances sociales favorisent également l'engagement du patient dans son suivi thérapeutique. Le cadre Art-thérapeutique permet cela. L'apprentissage d'une technique permet de poser un cadre sécurisant auquel nous devons nous tenir mais qui nous offre une liberté expressive. Il est montré que pour se sentir en sécurité l'Homme a besoin de cadre. C'est grâce à ce cadre qu'il peut s'émouvoir en toute confiance. Le cadre amène l'assurance dont il a besoin pour s'épanouir, elle est sécurisante. L'apprentissage d'une technique permet d'agir sans avoir peur des échecs ni du jugement des autres principalement dans un art diachronique* qui nous offre la possibilité de nous corriger.

L'alliance thérapeutique permet également un cadre sécurisant³⁸. L'alliance thérapeutique a pour but de créer une relation de confiance entre le soignant et le soigné par laquelle ils s'engagent à travailler ensemble « dans un processus de changement et la progression du patient vers un mieux-être »³⁸.

Effectivement durant cette étude une prise en soin n'a pas fonctionné car l'alliance thérapeutique était impossible (patient mégalomane et paranoïaque me sous-estimant continuellement). En revanche, force est de constater que pour les prises en soin précédemment exposées l'alliance thérapeutique fut un outil exceptionnel permettant une première mise en relation gratifiante pour le patient et l'Art-thérapeute.

VII.3. Les neurosciences s'intéressent à l'utilisation des Arts plastiques dans le processus de traitement thérapeutique.

L'Art est un stimulus qui provoque des sensations et demande un certain engagement pour être capté : « *L'œuvre d'art est captée par l'organe sensoriel. Par exemple, vous vous promenez dans la rue, votre oreille entend tout vous voyez tous les panneaux publicitaires sur votre route. Cependant il vous est possible de vous soustraire à cette captation en les supprimant : fermer les yeux par exemple. Donc cela nécessite de votre part une action volontaire pour supprimer cette sensation. Au-delà de votre organe sensoriel vous impliquez votre volonté pour agir sur l'organe. A contrario, si vous souhaitez voir quelque chose, votre volonté va orienter votre regard vers cette chose. Cependant vous n'orienterez votre regard que dans la mesure où vous savez que la chose à voir existe et que vous attendez quelque chose de cette captation. On ne peut pas avoir la volonté de rien. Si vous savez que l'œuvre existe et que vous attendez un plaisir Esthétique* de cette vision vous direz que l'œuvre est belle si vous êtes comblés positivement et qu'elle est laide dans le cas inverse. S'il faut distinguer l'œuvre d'Art de l'effet qu'elle produit, nous devons considérer l'attente sensorielle et la volonté de plaisir Esthétique* comme incluses dans une entité qui dépasse la seule œuvre d'Art. Entité que nous retiendrons sous le vocal d'Art et qui se présente comme un ensemble d'opérations humaines particulières. De même nous retiendrons que l'Art est à même de produire des effets émotionnels, mais ces effets ne sont obtenus que par la mise au monde sensible de l'œuvre d'Art. C'est bien la nature Esthétique*de l'œuvre qui permet à l'Art de produire des émotions particulières »³⁹.*

38 CHU de Montpellier, « De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique », 2001

39 FORESTIER RICHARD, « Regard sur l'Art, approche épistémologique de l'activité artistique », ed. SeeYouSoon, 2006, p.18.

L'Art* sollicite toutes les zones cérébrales du cerveau ainsi que le système nerveux périphérique, il peut permettre de donner un nouveau sens aux actions avec l'engagement de tout l'organisme humain. L'Art-thérapie* agit donc sur la plasticité sensorielle ainsi que sur les neurotransmetteurs qui peuvent changer le comportement par autorégulation. Les émotions sont créées par le système nerveux central et le comportement y est quant à lui régulé.

L'Art* est une activité intellectuelle passant par les ressentis, comme toute activité cognitive, permet l'émission de neurotransmetteurs. Le rôle du neurotransmetteur est de transmettre le message nerveux (ou potentiel d'action) du neurone présynaptique au neurone post-synaptique.

De nombreuses études épidémiologiques modernes montrent que l'Art a de nombreux effets sur la santé. Ces dernières années, les neurosciences ont mis en évidence, grâce à l'imagerie médicale (IRM, TEP), que l'écoute musicale et la contemplation artistique activent le cerveau tout entier⁴⁰.

Il améliore le bien-être émotionnel, physique, la qualité de vie et la perception de soi. D'un point de vue physiologique, cela s'explique par la production ou l'augmentation de l'action de certains neurotransmetteurs (endorphines, norépinephrine, dopamine, sérotonine, noradrénaline, etc)⁴¹.

Par l'expérience sensorielle on va agir sur la sérotonine pour éventuellement arriver à modifier le ressenti grâce à la plasticité neuronale.

S'il existe une corrélation entre certains neurotransmetteurs et certaines émotions ce n'est pas parce que le neurotransmetteur définit l'émotion mais l'inverse. Un neurone a classiquement les 2 types de neurotransmetteurs dans sa terminaison pré-synaptique (un activateur et un inhibiteur schématiquement)⁴².

Les recherches scientifiques permettent alors d'objectiver l'Art-thérapie*, grâce par exemple à l'utilisation de l'IRM qui permet de comprendre les zones cérébrales impliquées dans l'activité artistique, notamment le circuit de la récompense⁴⁰.

40 Site internet de l'Université de Bourgogne, interview d'Emmanuel BIGAND : <http://www.u-bourgogne.fr/recherche-scientifique-et-valorisation/683-les-pouvoirs-therapeutiques-de-la-musique-3-questions-a-emmanuel-bigand.html>

41 Site internet de l'Université de Bourgogne, interview d'Emmanuel BIGAND : <http://www.u-bourgogne.fr/recherche-scientifique-et-valorisation/683-les-pouvoirs-therapeutiques-de-la-musique-3-questions-a-emmanuel-bigand.html>

42 MORANGE-MAJOUX FRANÇOISE, « Psychophysiologie », ed. Dunod, 2011.

CONCLUSION

L'objet de cette étude était de montrer que l'émotion esthétique* peut aider à diminuer les hallucinations*, les angoisses* et l'anxiété* en replaçant le patient dans une posture de sujet à part entière capable d'exprimer et/ou d'affiner ses goûts, son style ainsi que sa personnalité, favorisant ainsi le lien à soi et à l'autre.

Les expériences cliniques montrent que les séances d'Art-thérapie moderne* ont été bénéfiques à ce titre (au moins pendant les séances). En effet, il a été difficile de prouver une amélioration au quotidien en dehors des séances pour plusieurs raisons, d'une part l'état psychotique est un état fluctuant dont l'auto-évaluation semble difficile et d'autre part le service hospitalier n'a pas voulu mettre en place une évaluation en dehors des séances, trop risqué pour l'équipe. En effet, l'équipe médicale craignait que le patient, paranoïaque, ne se sente observer ce qui aurait pu avoir un effet négatif sur les prises en soin.

Cependant face au handicap*, à la dépendance* et à l'isolement il a été intéressant de replacer le patient dans un contexte d'autonomie* et d'indépendance* en valorisant sa capacité à faire des choix, à se corriger et à agir afin qu'il reprenne confiance en lui, en l'avenir et en l'autre grâce aux pouvoirs de l'Art*.

Il est intéressant de constater que dans l'atelier d'Art-thérapie moderne* le patient devient sujet et acteur de sa thérapie et puise dans son intime les ressources nécessaires pour son bien-être : « *Nous avons besoin de la beauté, de ce que la beauté nous fait, pour retrouver ce talent de savoir s'écouter, cette Confiance en soi** »⁴².

L'Art* provoque des sensations corporelles agréables ou désagréables et c'est par cela qu'il nous permet de nous sentir exister. Ses pouvoirs amènent l'être humain à une recherche Esthétique* dans la production ou la contemplation le plaçant ainsi en posture de sujet, avec ses goûts et sa personnalité. Il s'agit là d'un langage universel qui s'adresse à la personne, permet de prendre soin d'elle et de la valoriser en tant qu'individu en relation avec son environnement.

43 PEPIN.C, « Quand la Beauté nous sauve », ed.Poche MARABOUT, 2013.

BIBLIOGRAPHIE

- AFRATAPEM, *L'évaluation en Art-thérapie**, pratiques internationales, Actes du congrès international d'Art-thérapie**organisé pour le 30e anniversaire de l'école d' Art-thérapie*de Tours - Afratapem, ed. Elviesier Masson, 2007
- ANDRE. C & LELORD.F, *Comment gérer les personnalités difficiles*, Odile Jacob, 2000.
- ANDRE. C & LELORD.F, *L'Estime de soi**, Odile Jacob, 2002.
- AUDI. P, *L'ivresse de l'Art Nietzsche et l'esthétique**, *Le livre de poche*, 2003.
- BERNHARD.H, MILLOT.C, *L'apport spécifique de l'autoévaluation par le cube harmonique dans la restauration de l'estime de soi**. FORESTIER R. (direction scientifique), *L'évaluation en art- thérapie*, Pratiques internationales, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007.
- BIOY.A & FOUQUE.D, *Psychologie clinique et psychopathologie*, ed. Dunod, 2012.
- BIRLOUET Thomas, *Etude de l'impact de l'Art-thérapie sur l'engagement dans un projet de soin de personnes alcoolo-dépendantes sevrées présentant une altération des fonctions exécutives*, article de fin d'études DU, Art-thérapie de Tours, 2016.
- BOISDE Marie, *Impact de l'Art-thérapie sur les troubles psycho-comportementaux chez les personnes âgées démentes*, article de fin d'études DU, Art-thérapie de Tours, 2018.
- BOOTHBY, *Share experiences are amplified*, Psychological Science, 2014.
- BOULANGER Stéphanie, *L'Art-thérapie à dominante théâtre pourrait permettre d'améliorer les capacités relationnelles des personnes incarcérées*, article de fin d'études DU, Art-thérapie de Tours, 2018.
- BURKE, *Recherche philosophique sur l'origine de nos idées du sublime et du beau*, ed. VRIN, 2014.
- CARNA. R, *La constructions logique du monde*, Vrin, 2002.
- CHANGEUX J.P. *Du vrai, du beau, du bien, une nouvelle approche neuronale*, ed.Odile Jacob, 2008.
- CHARDON FABRICE, *Evaluation des effets d'une pratique d'Art-thérapie**à dominante musicale auprès de personnes démentes séniles*, Chambéry : Université de Savoie, ANRT, 1 vol. 209 p., Thèse de Doctorat en Psychologie, 2010.
- CHU de Montpellier, « *De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique* », 2001.
- COLLÈGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE, ASSOCIATION POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE, *Référentiel de psychiatrie et addictologie*, ed. Presses universitaires François Rabelais, 2016.
- COTTEREAU M.J, *Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques*, ed.E.Masson, 2007.
- DALLA BELLA, TILLMANN, *Du rythme pour marcher à nouveau*, Cerveau & Psycho, N° 63, mai-juin 2014.
- DARTEVELLE.B, *La psychothérapie centrée sur la personne*, Approche de Carl Roger, ed. Bernet-Danilo, 2005.
- DEBRAY.Q. *Psychiatrie, I. Syndromes et maladies*, ed.E.Masson, 2007.

- DECHAUME.J & GUTOTAT.J, *Les Schizophrénies*, ed. Les monographies, 1963.
- DUBOURG.P. *Découvrir et pratiquer La process Com*, ed. Eyrolles 2009.
- FORESTIER RICHARD, *Le métier d'art-thérapeute*, ed. Favre, Lausanne, 2014.
- FORESTIER RICHARD, *Regard sur l'Art, approche épistémologique de l'activité artistique*, ed. SeeYouSoon.
- FORESTIER RICHARD, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5e édition, éd. Favre, Lausanne, 2007
- FORESTIER.R, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Favre, Lausanne, 2011.

- GUFFOND*.A, *Les pratiques art-thérapeutiques du modelage et de la peinture peuvent avoir une incidence sur la perte d'Autonomie** des personnes âgées vivant en EHPAD*, AFRATAPEM, 2014.

- GUILLON ALEXYS, *Espoir de schizo*, ed. Quintessence, 2009.
- HEGEL, *Esthétique**, Paris: Flammarion, 2009.
- JACOB.F, *La logique du vivant : une histoire de l'hérédité*, Gallimard,1970

- JIMENZ.M, *Qu'est-ce que l'esthétique*?*, ed. Gallimard, 1997.
- KOLB.B, WHISHAW.I.Q, *Cerveau et comportement*, De Boeck Université, Bruxelles, 2008.
- LEFEVRE C., *Evaluation de l'impact de l'Art-thérapie**à dominante arts plastiques sur l'Estime de soi*auprès de personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale*, Mémoire de fin d'études du D.U. d'Art-thérapie**de la Faculté de Médecine de Grenoble, 2011.
- MASLOW.A, *L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude*, Paris : Eyrolles, 2003.

- MASLOW.A, *Devenir le meilleur de soi-même*, Eyrolles, Paris, 2008

- MERLEAU-PONTY, *L'Œil et l'esprit*, Paris, Gallimard, 1964.

- MORANGE-MAJOUX FRANÇOISE, *Psychophysiologie*, ed. Dunod, 2011.
- PEPIN.C, *Quand la Beauté nous sauve*, ed.Poche MARABOUT, 2013.
- PLATEL.H, *Neuropsychologie et art*, Louvain : DE Boeck-Solal, 2014.

- RACAMIER P.C, *Les Schizophrènes*, ed. Payot, 1980.
- SALOMÉ FRANCK, *Qu'est ce que les psychoses* ?* ed. Dumod, Paris, 2012.
- THALMANN.Y-A, *Le décodeur des émotions*, ed.First, 2013
- d VITTOZ Roger, *Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral*, ed. Pierre Téqui, 1993.
- WINNICOTT.D.W, *La capacité d'être seul*, ed. Payot, 1989.

WEBOGRAPHIE

- http://art-therapie-tours.net/img/img_dico/pttdico_artetmedecine.pdf
- <https://www.cairn.info/>
- <http://www.has-sante.fr/portail/>
- <https://icm-institute.org>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.sciencedirect.com>

Liste des tableaux et graphiques

- **Tableau n°1** : Critères des patients choisis pour l'étude, p.8.

-**Graphiques n° 1** : Évolution des Items* relatifs à l'Anxiété* et au plaisir exprimés pendant la séance, p.11-12.

-**Graphiques n°2** : Évolution des Items* relatifs la capacité à exprimer ses goûts et à faire en relation avec les capacités relationnelles pendant la séance, p.13-14.

ANNEXES

- ANNEXE I : Tableau des pénalités existentielles et stratégies possibles par rapport à l'opération artistique*.

| *Pénalités et souffrances principales : | *Conséquences: | *Pénalité existentielle touchées : | *Source et effets principaux : | *Objectif principal: | *Exemples de stratégies possibles : |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|---|
| <p>* Maladie :</p> <p>-Angoisse de mort.</p> <p>-Baisse de la Q de vie.</p> | -Baisse de la capacité de projection. | -Amour de soi. -Confiance en soi. | S : 3-4-5 E : 5-6-7-8 | °Revalorisation de la confiance °Augmentation de la Saveur. | <p>- Agir sur les ressentis agréables et amener la personne dans une notion de projet :</p> <p>Agir sur le gout : 1-2-3-4; Pour mener vers une action :5-6 ; Qui amène à une production :7 ; Avec une possible présentation : 8.</p> <p>L'Art-thérapeute stimule alors l'espoir d'une bonne qualité de vie.</p> <p>- Autre : agir sur le gout pour toucher le ressenti : 1-3-4 espérant favoriser un engagement 4-5 pour mener a une production (expression de l'engagement) puis a une expression (communication affirmation de soi) valorisant ainsi également la relation.</p> |

| *Pénalités et souffrances principales : | *Conséquences: | *Pénalité existentielle touchées : | *Source et effets principaux : | *Objectif principal: | *Exemples de stratégies possibles : |
|---|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---|---|
| <p>*Handicap :</p> <p>-Sentiment d'être hors norme.</p> | -Perte du sentiment d'être sujet. | -Amour de soi. -Confiance en soi. | S : 3-4-5 E : 5-6-7-8 3-4-5 | °Renforcement de l'amour de soi, replacer la personne un contexte d'autonomie (capacités à faire des choix, à se corriger, à agir...) Réadapter la structure corporelle et activer les mécanismes de l'Estime de soi. | <p>-Provoquer une stimulation pour rentrer dans l'action. Stimuler l'action par :1-3-4-6-7</p> <p>L'Art-thérapeute va donner des connaissances techniques permettant de nourrir la confiance en soi grâce à l'apprentissage et la réussite. Espérant ainsi parvenir à des gratifications sensorielles agréables poussant à un élan producteur : 5- 6-7 pouvant être montré à d'autre : 8 se qui pourrait alors de nouveau impacterait les ressentis et donc l'amour de soi tout en favorisant le lien social et la relation 8.</p> <p>Le sentiment de fierté et/ou de reconnaissance permettra peut-être un nouvel élan producteur qui amènera à renforcer le style suscité par l'approfondissement de la technique. Donner cette volonté de faire des choses par l'initiation à une technique peut renforcer l'affirmation de soi remplaçant alors la personne dans une posture de sujet unique libre de s'exprimer.</p> |

| *Pénalités et souffrances principales : | *Conséquences: | *Pénalité existentielles touchées : | *Source et effets principaux : | *Objectif principal: | *Exemples de stratégies possibles : |
|---|---------------------------|--|---------------------------------------|---|---|
| <u>*Blessure de vie :</u> -Baisse de la Saveur existentielle | -Perte du sens de la vie. | -Amour de soi -Confiance en soi | S : 3-4 E : 5-6-7_ 8 | ° Revaloriser la confiance et donc l'espoir. °Redonner du sens à la vie de la personne par l'engagement et l'inscription dans un projet. | -Tenter de faire émerger une intention 4 par la stimulation de gratifications sensorielles 1-2-3 valorisant l'amour de soi boucle : 1-2-3-4-5-5' ou 1-2-3-4-5-6. Nous pouvons renforcer le 3 et/ou le 4 par la contemplation 5' ou l'ARTI et/ou II poussant à l'action 5-6-7 apportant de nouveau des gratifications 3-4... -Autres : passer par le 8 et/ou 7-8 pour favoriser les gratifications alimentant l'amour de soi amenant peut-être un élan qui réanimerait l'espoir par la production seule ou par l'inscription dans un projet. ==> Le PAS peut être essentielle dans cette stratégie. |
| *Pénalités et souffrances principales : | *Conséquences: | *Pénalité existentielles touchées : | *Source et effets principaux : | *Objectif principal: | *Exemples de stratégies possibles : |
| <u>*Choix de vie :</u> -Culpabilité | -Perte d'Estime de soi. | -Amour de soi. -Confiance en soi. -Affirmation de soi. | S : 3-4-5 E : 5-6-7-8 | °Revaloriser l'engagement, en posant un cadre et en donnant des moyens permet d'introduire des repères assurants. | -Valoriser l'action par le savoir faire et la technique 6 espérant impacter la motivation (grâce, par exemple, à la curiosité). ==>Le cadre peut être sécurisant et diriger la confiance en soi. |

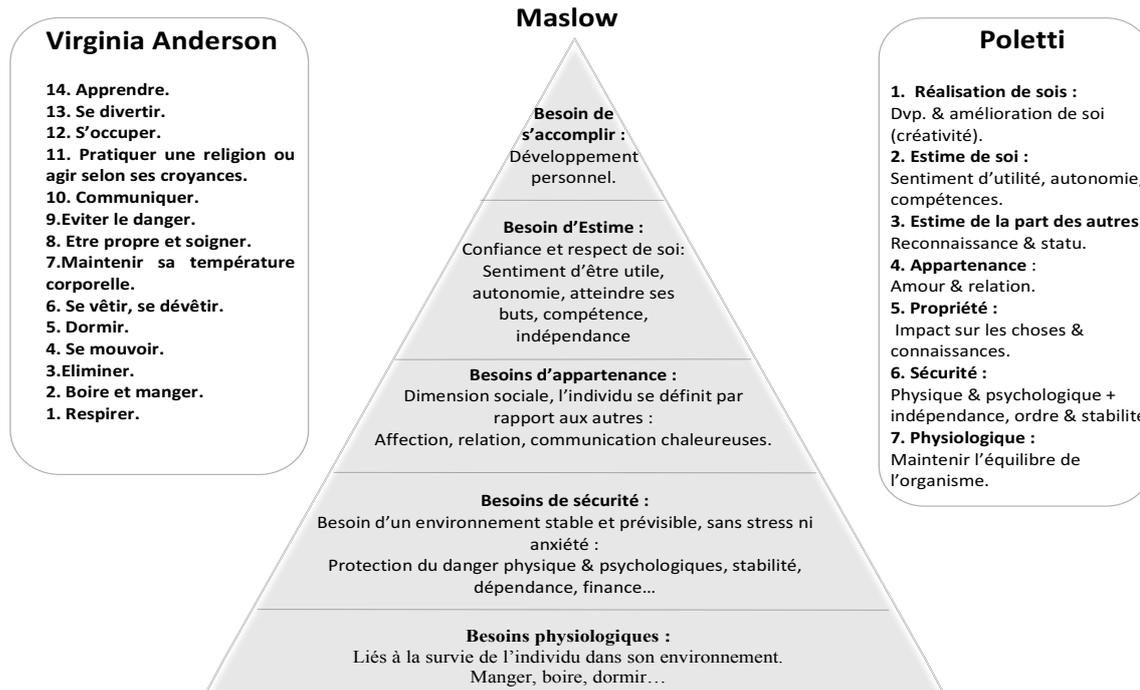
- ANNEXE II : Souffrances principales liées à la schizophrénie* et à l'institutionnalisation.

Tableau réalisé grâce à DEBRAY.Q. « *Psychiatrie, I. Syndromes et maladies* », ed.E.Masson, 2007, COTTEREAU M.J, « *Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques* », ed.E.Masson, 2007. « *Principaux effets secondaire des traitements pour la schizophrénie* », p77 et SALOMÉ FRANCK, « *Qu'est ce que les psychose** » ? ed. Dumod, Paris, 2012.

| Souffrances principales PHC & Schizophrénie* : | |
|---|---|
| Souffrances Physiques | <ul style="list-style-type: none"> - Morcellements* - Douleurs somatiques - Angoisses* - Isolement sensoriel |
| Souffrances Psycho-cognitives | <ul style="list-style-type: none"> - Hallucinations* - Syndrome dissociatif* - Ambivalence - Anxiété* - Troubles du langage et de l'humeur - Isolement psychique |
| Souffrances Sociales et Psycho-affectives | <ul style="list-style-type: none"> - Ambivalence - Bizarrerie - Retrait autistique / isolement - Isolement psycho-affectif & social - Comportements inappropriés - Paranoïa / syndrome interprétatif - Rejet de l'autre - Agoraphobie* + phobies sociales |

| Souffrances principales liées à l'institutionnalisation de la personne: | |
|--|--|
| Souffrances Physiques | <ul style="list-style-type: none"> - Traitements lourds - Isolement sensoriel |
| Souffrances Psycho-cognitives | <ul style="list-style-type: none"> - Anxiété* - Isolement psychique - Perte du sens de la vie - Baisse de la capacité de projection - Sentiment d'être objet / hors norme - Frustration / sentiment d'enfermement - Complexités administratives - Cohabiter avec la souffrance, les crises et les délires des autres |
| Souffrances Sociales et Psycho-affectives | <ul style="list-style-type: none"> - Isolement psycho-affectif & social - Peur de la mort - Paranoïa / syndrome interprétatif - Rejet de l'autre / peur de l'autre « malade » - Agoraphobie* + phobies sociales. - Vulnérabilité face aux incidents fréquents (suicides, violences, agressions, mort...) |

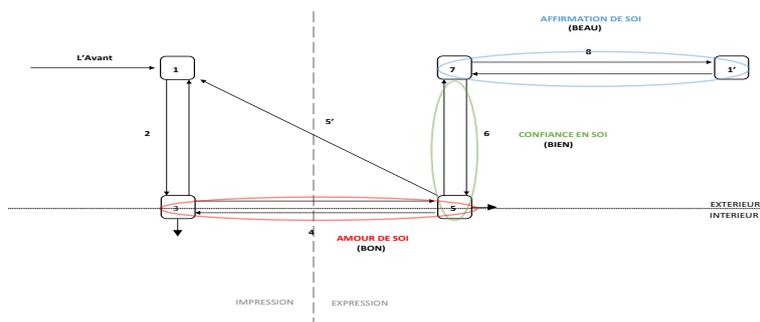
- ANNEXE III : Pyramide des besoins fondamentaux de l'être humain.



Principaux besoins Fondamentaux impactés par la Schizophrénie* et l'hospitalisation

| | |
|-------------------------------|---|
| Besoins physiologiques | Se mouvoir, dormir, être propre et soigné. |
| Besoins de sécurité | Angoisse*, anxiété*, stabilité, dépendance*, confiance, évitement du danger. |
| Besoin d'appartenance | Affection, relation, communication. |
| Besoin d'Estime | Confiance en soi*, sentiment d'être utile, autonomie*, atteindre ses buts, indépendance*. |
| Besoin de s'accomplir | Développement personnel, s'occuper, se divertir. |

- ANNEXE IV : Opération artistique* & tableau de référence.



| Références: | Éléments : | Exemples : |
|-------------|---|--|
| ° L'avant: | Passé culturel et personnel. | - Passé culturel & histoire de la personne ainsi que de l'humanité qui constitue des souvenirs et des sensations à tout individu. |
| ° 1 : | Élément déclencheur. | - Œuvre d'art, instrument de musique, objet, lumière, personne... |
| ° 2 : | Rayonnement et appétence sensorielle. | - Rayonnement : L'œuvre rayonne par elle-même offrant ainsi la possibilité d'être captée. - Appétence sensorielle : choix d'une personne de capter : on ferme les yeux et tend l'oreille pour mieux écouter une musique. |
| ° 3 : | Traitement archaïque : ressentis | « Je sens » : Dimension physiologique : Saveur, gratifications sensorielles : émotions, sensation, souvenir, ressentis corporels... « La chaire de poule » à l'écoute d'une musique...des larmes... |
| ° R.F.X : | Pulsion reflexe : mécanisme lié à l'instinct de sécurité dut à la sensation mais sans intention. | Pulsion dut à la sensation mais sans intention : un cri à la vue d'une œuvre... |
| ° 4 : | Traitement sophistiqué : représentation. | « Je veux » : Dimension psychologique : Savoir, représentation (domaine du choix en fonction des ressentis), sentiments, connaissance, mémoires, imagination, capacité d'abstraction, intelligence, schéma corporel... |
| ° 5 : | Poussé corporelle | « Je peux » : Elan & engagement : Mobilise la structure corporelle et le ressenti, c'est ce qui va permettre par la suite un mouvement volontaire et dirigé : battre le rythme d'une musique avec le pieds, les mains.. |
| ° 5' : | Contemplations | Appréciation de l'élément déclencheur : écoute musicale, contemplation d'une œuvre ou d'un objet... |
| ° A.V.N.E : | Acte volontaire non dirigé vers l'esthétique*. | Action volontaire dut à la sensation mais non dirigé vers l'esthétique* : attacher ses cheveux pour peindre, monter/baisser le volume... |
| ° 6 : | Technique & savoir-faire. | « Je fais » : Action artistique dirigé vers l'esthétique*, engagement de la motricité, le bienfaire, mise en forme, expression du style, engagement ART I/ ART II : Diluer la gouache avec de l'eau ou non, maîtrise du geste et de la posture... |
| ° 7 : | Production artistique | Production finale s'approchant de l'idéal esthétique* par un juste rapport entre le fond et la forme : Gout. |
| ° 8 : | Traitement mondain | « Je montre » : Mise au regard public de la création :exposition... |
| ° 1' : | Œuvre produite : nouvel élément déclencheur. | Œuvre finale : approbation du traitement mondain : l'œuvre devient indépendante de celui qui l'a fait, elle est considérée pour elle, par elle et en elle-même et devient donc potentiellement un nouvel élément déclencheur. |

- ANNEXE V : Le cube harmonique et les trois composantes de l'Estime de soi*.

| | BON Amour de soi | BIEN Confiance en soi | BEAU Affirmation de soi |
|---|--|---|---|
| Définition | - Plaisir ressenti pendant l'activité artistique. | -Appréciation de l'utilisation de la technique et jugement du savoir-faire par rapport à l'intention. | - Jugement esthétique du rapport entre le fond et la forme, entre l'intention et la production. |
| Signification | - Se reconnaître une capacité à éprouver du plaisir. | - Se reconnaître une capacité à agir et à se projeter. | - Se reconnaître une capacité à affirmer son goût. |
| Questions | - Avez-vous apprécié ? -Avez-vous ressenti du plaisir ? | -Trouvez-vous cela bien fait ? | - Trouvez-vous cela beau ? - Aimez vous ? - Etes vous satisfait ? |
| Éléments de l'opération artistique | - Ressenti (émotions) - Plaisir(sentiments) - Intérêts - Engagement - Poussée corporelle | - Intention→Action - Structure corporelle - Savoir-faire - Gestes - Style | - Goûts - Rapport fond/forme - Idéal Esthétique |

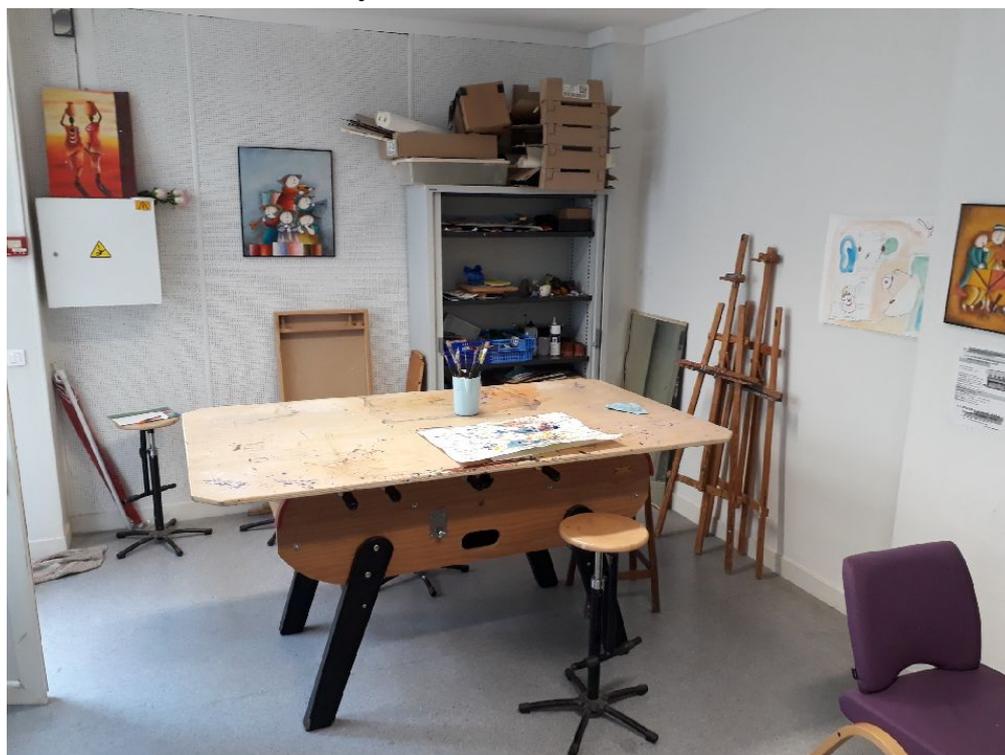
- ANNEXE VI :

° **Présentation de l'Atelier en hospitalisation à Sainte-Anne avec sa « Cabane de tranquillité ».**





° **Présentation de l'Atelier du Foyer.**



- ANNEXE VII : Fiche d'ouverture.

- Fiche d'ouverture -

Date :
Durée :

- Nom :
- Age :
- Profession :
- Hospitalisation :
* Date :
* Motif :

* Troubles :

- Traitement :

- Indication :
* Diminuer l'anxiété et/ou l'anxiété.
* Favoriser/revaloriser/maintenir la qualité/capacité relationnelle.
* Favoriser la motivation/l'engagement/projet.
* Occupationnel.
* Autres :

- Goûts Exprimés : Oui / Non
Artistiques :

Autres :

- Objectifs de la personne :
Sanitaires :

Artistiques :

- Humeur A-T : + / + / - / - -

- Information du service :

- Visites : Oui / Non
Identité + fréquences :

- Tenue vestimentaire et hygiène :
Maquillée/Habillé/Pyjama/
Propre/Sale/
Remarques :

- Remarques comportement, attitude, autoévaluation :

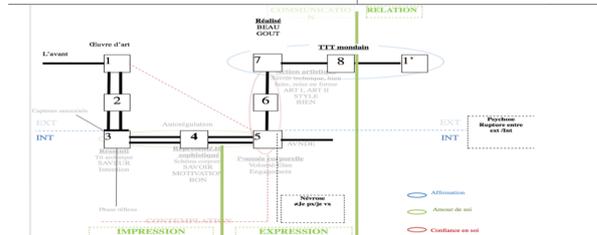
- Thymie générale du patient :

* Exprimée :
5-Très bonne humeur
4-Bonne humeur
3-Neutre
2-Mauvaise humeur
1-Enervé/agressif...

* Non verbal :
5-Souriant/joyeux/
4-Disponible mais ne me regarde pas
3-Pas de disponibilité corporelle.
2-Pale/renfermé/corps lourd/
1-Vide : corps lourd regard absent/
Remarques :

Impression - Expression :

| | |
|--|--|
| <p>Capacités Sensorielles : 2-3</p> <p>* Vue : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible * Ouïe : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible * Olorat : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible * Tactile : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible Remarques :</p> | <p>Capacités Motrices : 3-5</p> <p>* Membres supérieures/inférieures : mouvements, rigidité... 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible Remarque : * Tremblements : 5-Pas de tremblements 4-Rare (difficultés) 3-Peu (<3) 2-Souvent (3-5) 1-Continuel (>5) Remarques : * Douleurs : 5-Pas de douleurs (0) 4-Douleurs légères (1-2) 3-Douleurs gênantes/fortes (3-6) 2-Douleurs fortes (7-8) 1-Douleurs maximales (9-10) Remarque :</p> |
| <p>Capacités mnésique : 4</p> <p>* Mémoire sensorielle : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible * Mémoire procédurale : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible * Mémoire court terme : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible * Mémoire long terme : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible Remarques :</p> | <p>Capacités Intellectuelles : 4-6</p> <p>* Compréhension : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible Remarques : * Connaissances : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible Remarques : * Imagination et abstraction : 5-Très bonne 4-Bonne 3-Moyen 2-Base 1-Faible Remarques :</p> |



1

2

Communication - Relation :

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Rencontre : 7-8</p> <p>5- Me sert la main + bonjour/ca va 4- Dit bonjour + ca va 3- Dit bonjour 2- Ne dit rien mais me regarde 1- Ne dit rien et ne me regarde pas Remarques :</p> | <p>Verbale : 4-8</p> <p>5-Dialogue détaillé 4-Dialogue simple 3-Réponse détaillé 2-Réponse simple 1-Pas de communication verbale Remarques :</p> | <p>Non verbale : 4- 8</p> <p>* Visuelle : 5-Très souvent +5 4-Souvent 5-3 3-De temps en temps-3 2-Rarement 2-1 1-Jamais * Tactile 5- 8 5-Très souvent +5 4-Souvent 5-3 3-De temps en temps -3 2-Rarement -2 1-Jamais Remarques :</p> | <p>Mode de relation : 7-8</p> <p>5- Affectueuse 4- Polie 3- Neutre 2-Réicente 1-Agressive Remarques :</p> |
|--|---|---|--|

Résumé Etat de base :

| | |
|---|---|
| <p>Cibles thérapeutiques :</p> <p>Sites d'actions :</p> | <p>Pénalité existentielle principale : Maladie/Handicap/Blessure de vie/Choix de vie - Cascade :</p> |
| <p>Objectif thérapeutique général : - Amour de soi (3-5) - Confiance en soi (5-6) - Affirmation de soi (7-1') - Autres (autonomie, saveur, qualité de vie...):</p> | <p>Objectifs thérapeutiques intermédiaires/ BR :</p> |
| <p>Moyens :</p> | <p>Méthodes : -Jeu/exercice/situation -Didactique/révélateur/occupationnel/thérapeutique -Directif/dirigé/semi-dirigé/ouvert/libre/dynamique</p> |
| <p>Phénomènes associés :</p> | |
| <p>Remarques :</p> | |

- ANNEXE VIII : Fiche d'observation Sainte-Anne.

Fiche d'observation Sainte-Anne :

| | |
|---|--|
| Items liés à l'anxiété et au plaisir exprimés pendant la séance : ■ Thymie avant la séance ■ Thymie pendant la séance ■ Thymie en fin de séance ■ Gratification sensorielles agréables exprimées : plaisir. | Items liés à la capacité à exprimer ses goûts et à agir en lien avec les capacités relationnelles : ■ Capacité à exprimer ses goûts : autonomie. ■ Capacité à faire : indépendance. ■ Capacités relationnelles. |
| - Date : - Nom : - Age : - Trouble : - Traitement sup (cf. fiche ouverture) : - Indication : ° Diminuer l'anxiété et/ou l'anxiété. ° Favoriser/revaloriser/maintenir la qualité/capacité relationnelle. ° Autre : - N° Séance : - Lieu : - Durée : 2 heures - Humeur A-T : ++ / + / - / -- - Information du service : - Visite depuis la dernière séance : Oui/Non Identité : - Tenue vestimentaire et hygiène : Maquillée/Habillé/Pyjama Propre/Sale | - Objectifs thérapeutique général : - Objectif thérapeutique intermédiaire : - Objectif artistique : - Dominante : ° Situation / Jeu / Exercice ° Didactique / Evaluation / thérapeutique / Occupationnel ° Directif / Dirigée / Semi-dirigée / Ouverte Remarques : |
| Bilan d'accueil : | |

Début de séance : Durée : min

| | | | |
|--|---|---|---|
| Avant début atelier : 5- Attend devant l'atelier 4-Arrive au début de l'atelier (à l'heure) 3-Arrive après début atelier (temps : pk :) 2-Suit l'AT partout avant l'atelier 1- Ne vient pas à l'atelier pk : | Expression verbale : 5- Me sert la main + bonjour à AT + groupe 4- Dit bonjour à tous le monde+ AT = ca va ? 3- Dit bonjour/AT 2- Ne dit rien mais me regarde 1- Ne dit rien et ne me regarde pas | Rencontre avec l'A-T : 5- Affectueuse 4-Polie 3- Neutre 2-Réticente 1-Agressive | Position du patient avant séance : 5-Discute avec les autres/AT ou bouge dans l'atelier (regarde/touche le matériel...) 4-Regarde les autres et attend 3-Tourné vers les autres : postures corporelles mais ne regarde pas vers eux 2- Attend/neutre : ni posture vers l'autre ni regard (regard vide/ regarde vers le sol...) 1- Repli sur soi |
|--|---|---|---|

1

| | | | |
|---|---|---|--|
| Thymie générale du patient : Exprimée : 5-Très bonne humeur 4- Bonne humeur 3-Neutre 2-Mauvaise humeur 1-Enervé/agressif... | Non verbal : 5-Souriant/joyeux regarde l'autre... 4-Disponible mais ne regarde pas l'autre 3-Visage (regard / sourire...) ouvert mais pas de disponibilité corporelle. 2- Pale/renfermé/corps lourd 1-Vide / corps lourd regard absent... Remarque : | Tension corporelle : 5-Détendue 4- Souple 3-Tendue 2-Très tendue 1-Amorphe Remarques : | Respiration : 5-Lente/calme 4- Normale 3-Dynamique 2-Forte/rapide 1-Très forte/nerveuse Remarques : |
|---|---|---|--|

Activité : Durée : min

| | |
|---|---|
| Impression : Capacités Motrices : ° Membres supérieures : mouvements, rigidité... Très bonne 5-4-3-2-1 faible Remarque : ° Tête : tendue, pâleur... Très bonne 5-4-3-2-1 faible Remarque : ° Tremblements : // Traitement : OUI/NON 5-Pas de tremblements 4- Rare (difficultés) 3- Peu (<5) 2- Souvent (<5) 1- Continu Capacités mnésique : 4 Très bonne 5-4-3-2-1 faible Remarques : | Capacités Intellectuelles : 4-7 ° Connaissances : Très bonne 5-4-3-2-1 faible Remarque : ° Compréhension : Très bonne 5-4-3-2-1 faible Remarque : ° Imagination et abstraction : Très bonne 5-4-3-2-1 faible Remarque : Temps de concentration : 5-Très bonne > 20min 4- Bonne 20min 3- Moyen <20 min 2- Base<10 mins 1-Faible <5 min |
|---|---|

Intention : BON : Amour et confiance en soi : 3/4/5

| | |
|--|---|
| Expression verbale d'une intention esthétique : 5-Exprime sa volonté de produire une œuvre précise 4-Exprime sa volonté d'acquiescer de la technique 3-Exprime sa volonté de faire 2-N'exprime pas son intention 1-N'a pas d'intention visible | Choix de la technique : 5- Expérimente une nouvelle technique seule 4- Choisit une technique connue mais expérimente 3-Copie la technique d'autre mais innove/expérimente. 2- Copie la production des autres mais innove. 1- Copie la production des autres sans innover/expérimente. |
| Implication corporelle : 5- Disponible et actif (regarde autour de lui, cherche, touche le matériel...) 4- Disponible, réfléchit 3- Attend qu'on le dirige 2- Mou/ailleurs 1- Pas d'implication corporelle : vide/amorphe | Exprime sa volonté de faire/d'expérimenter : 5- Régulièrement+ 10fois 4- Assez souvent 5-10fois 3- Souvent <5fois 2- Quelque fois 1-2fois 1- Jamais |
| Engagement : nombre initiatives : 5->5 propositions 4-> 3 propositions 3-1-3 propositions 2-1 proposition 1-0 | |

2

| | |
|---|--|
| Action : BIEN : Confiance et affirmation de soi : 5/6/7/8 | |
| Autonomie : 5- Ne demande pas d'aide, expérimente seul 4- Demande des conseils 3- Demande de l'aide de temps en temps 2- Attend de l'aide régulièrement 1- Inactif/passif | Capacité à se corriger : 5- Se corrige seul sans demander d'aide 4- Se corrige parfois seul/demandant de l'aide (autocritique/satisfaction...) 3- Se corrige sur recommandation 2- Se corrige sur sollicitations importantes 1- Ne se corrige jamais/ne veut pas se corriger |
| ART I / ART II : 5- Passe à l'Art II seul/ expérimente/cherche... 4- Souhait passer à l'Art II mais besoin d'aide 3- Passe à l'Art II sur sollicitations 2- Art I par plaisir 1- Art I toute la séance par facilité sans recherche de plaisir/déroulement | Capacité à acquérir de la technique : 5- Acquiert de la technique facilement même seul 4- Désir d'apprendre/ d'expérimenter/essaye d'apprendre 3- Acquisition difficile/lente 2- Interrompt l'action lors d'une difficulté 1- Ne souhaite pas acquérir de la technique :indifférence |
| Capacité à faire des choix : 5- Très facilement (<10) 4- Facilement (5-10) 3- Difficile (<5) 2- Peu (3) 1- Non (0) | Expression du style sur la production : 5- Adapte son style au besoin de la production 4- Est conscient de son style : continuité/perfectionnement 3- Style prononcé mais non contrôlé 2- Style reconnaissable mais non contrôlé 1- Productions neutres/pas de recherche de style |
| Gestion du cadre de l'œuvre : Très bonne 5-4-3-2-1 hors cadre | Gestion du cadre de l'atelier : Très bonne 5-4-3-2-1 hors cadre |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Production : Beau : Affirmation et estime de soi : 6/7/8/1' | | | |
| Nombre d'œuvres : 5- 1-3 application 4- 3-5 application 3- 5-6 application moyenne 2- 6-10 peu d'application 1- > 10 sans application | Regard sur la production : 5- Regarde+jugement critique/valeur 4- Regarde et commente brièvement 3- Regarde et ne sait pas quoi penser 2- Regarde mais ne dit rien 1- Produit mais ne regarde pas ses œuvres | Signature : OUI/NON 5- Signe sans sollicitation avec fierté 4- Signe sous sollicitation avec fierté 3- Signe car sollicitation 2- Signe à contre cœur 1- Ne veut pas signer | Recherche extérieure de valorisation : 5- Ne cherche plus à être félicité 4- 1 demande 3- 1-3 demandes 2- <3 à 3 demandes 1- n'agit que pour être félicité |
| Faculté critique sur sa production : 5- verbalise les points à améliorer 4- remarque les faiblesses mais les accepte 3- remarque les faiblesses et en est très affectée 2- sur-évalue sa production/dénigre sa production 1- ne considère pas sa production | Rapport Fond/Forme : Très bonne 5-4-3-2-1 faible Cohérence avec l'intention : Très bonne 5-4-3-2-1 faible | Devenir de la production : 5- L'offre ou l'accroche 4- La prend avec elle 3- La laisse dans l'atelier mais retourne la voir 2- La laisse dans l'atelier et n'y prêt plus d'intérêt 1- La met à la poubelle | Exprime ses goûts : 5- Très souvent +10 4- Souvent 5-10 3- De temps en temps <5 2- Rarement 1- Jamais |

3

| | | | |
|---|---|---|---|
| Capacités relationnelles pendant l'atelier : Amour, confiance et affirmation de soi : 4/5/6/7/8 | | | |
| - Expression : Amour, confiance et affirmation d 4/5/6/7 | - Communication : Affirmation et estime de soi : lien social, identité : 7/8 | | - Relation : Affirmation, estime et amour de soi : lien social, identité 7/8/1' |
| Du plaisir ressenti : 5- Très souvent +10 4- Souvent 5-10 3- De temps en temps <5 2- Rarement 1- Jamais | Verbale : 5- Dialogue détaillé 4- Dialogue simple 3- Réponse détaillé 2- Réponse simple 1- Pas de communication verbale | Visuelle : 5- Très souvent +10 4- Souvent 5-10 3- De temps en temps <5 2- Rarement 1- Jamais | Tactile : 5- Très souvent +10 4- Souvent 5-10 3- De temps en temps <5 2- Rarement 1- Jamais |
| | Tension corporelle : 5- Détendue 4- Souple 3- Tendue 2- Très tendue 1- Amorphe Remarques : | Respiration : 5- Lente/calme 4- Normale 3- Dynamique 2- Forte/rapide 1- Très forte/nerveuse Remarques : | Mode de relation pendant la séance : 5- Affectueuse 4- Polie 3- Neutre 2- Réticente 1- Agressive Remarques : |
| Relation non verbale : ° Visage : Pleurs : 5-4-3-2-1 Regard : 5-4-3-2-1 Sourire : 5-4-3-2-1 Sourcils : 5-4-3-2-1 ° Tête : Posture : 5-4-3-2-1 Inclinaison : 5-4-3-2-1 Port de tête : 5-4-3-2-1 ° Corps : Attitude : 5-4-3-2-1 Posture : 5-4-3-2-1 ° Gestuelle : 5-4-3-2-1 Stéréotypies : 5-4-3-2-1 pas de stéréotypies Remarques : | | Relation Verbale : Nature de la communication ° Intensité : 5-4-3-2-1 ° Clarté : 5-4-3-2-1 ° Vocabulaire adapté : 5-4-3-2-1 ° Interaction au sein du groupe : 5- interagit >3 avec tout le monde 4- interagit avec n'importe qui 1-3 fois 3- interagit avec n'importe qui 1 fois 2- Répond à l'AT seulement 1- n'interagit jamais avec personne Remarques : | |
| Contact physique inapproprié : 5- Jamais 4- Rarement <5 3- souvent 5-10 2- Très souvent 10-15 1- Excessivement <15 | Début atelier 30 premières minutes : 5- N'exprime pas d'hallucinations 4- Se plaint de ses hallucinations aux autres 3- Verbalise son hallucination aux autres 2- Rejette son hallucination haute voix 1- Parle/répond à ses hallucinations | Milieu atelier : 4- Se plaint de ses hallucinations aux autres 3- Verbalise son hallucination aux autres 2- Rejette son hallucination haute voix 1- Parle/répond à ses hallucinations Quantité : | Fin atelier 30 dernières minutes : 4- Se plaint de ses hallucinations aux autres 3- Verbalise son hallucination aux autres 2- Rejette son hallucination haute voix 1- Parle/répond à ses hallucinations Quantité : |

4

- ANNEXE IX : Ensemble des protocoles.

| |
|---|
| <p>M.M : Homme, 18 ans, étudiant en Ter.S à Henri IV. Hospitalisation Sainte-Anne</p> |
| <p>Motif : Episode délirant en Janvier 2018 : Il entend une voix et se jette à l'eau. Pathologie : Schizophrénie* avec hallucinations* auditives++.</p> |
| <p>Indication : Valoriser les capacités relationnelles + favoriser les capacités motrices et cognitives.</p> |
| <p>Etat de base :</p> <p>Familial : petite sœur + père chinois + mère cambodgienne. Contexte familial violent Pression scolaire</p> <p>Maladie : - Eléments délirants d'apparition brutale en Novembre 2017 Suivi en libéral puis en hospitalisation à Ste Anne. - Impression qu'une fille du Lycée l'évite, sentiment d'être espionné. - Décès Gd-père en décembre, M.M allait déjà mal la mère n'a pas voulu qu'il aille à l'enterrement, il entendait déjà des voix. « Il s'endort, c'est qu'il est un pédé... » - Eau= voix lui dit de se jeter dans l'eau à Vincennes (ce qu'il a fait) ou de se jeter par la fenêtre (pas fait): « si tu sautes ça va s'arrêter ».</p> <p>SA* : Absence de ressenti corporel (3) ; Peu d'imagination très peu de capacités d'abstraction (4) ; Trouble de mémoire à court terme (4) ; Mouvements rigides et faibles (5) ; Corps lourd souvent absent (5) ; Difficultés à faire (6) et à être satisfait de ce qu'il fait (7) ; Dialogue simple, peu d'échanges visuels et mode de relation neutre parfois méfiant (6-8). Thymie difficilement déchiffrable (4-6). L'anhédonie* (3-4).</p> <p>CT* : Bonne mémoire procédurale (4/6) ; Bonne compréhension (4) ; Traitement sophistiqué (4) 2-4-5-6-7 M est uniquement dans le traitement sophistiqué</p> |
| <p>OTG* : Encourager le lien social</p> |
| <p>OI* : Passer par la connaissance et le savoir-faire 4-6 pour alimenter le plaisir et l'Affirmation de soi* 7-8. 1. Terre : aller directement dans le tactile et les ressentis = plaisir 2. Peinture : moins de ressentis tactiles + de représenté = plaisir 3. Dessin : purement rationnel pour s'en détacher= plaisir + représenté 4. Travail rapport fond/forme*/ressenti/lâché prise.</p> <p>BR : amour de soi pour favoriser l'émergence du plaisir et stimuler l'Affirmation de soi* afin de rentrer en relation. M a besoin d'être dirigé afin de raviver sa saveur lui permettant de passer à l'action et de s'affirmer.</p> |

| |
|---|
| <p>M.D : homme, 22 ans, exilé politique. Hospitalisation Sainte-Anne.</p> |
| <p>Motif : Etrangle son ami car il pensait qu'il était payé par la Corée pour l'assassiner. Pathologie : Schizophrénie* avec hallucinations* auditives++.</p> |
| <p>Indication : Favoriser les capacités relationnelles + diminuer les angoisses, tristesse.</p> |
| <p>Etat de base :</p> <p>Familial :</p> <p>- En exil politique en France pour ne pas avoir fait le service militaire par peur car homosexuel= peine de prison de 1 an. - Père contre cette homosexualité qui l'aurait violenté, père très religieux.</p> <p>Maladie : VIH + avec trithérapie (il l'a appris à son arrivée en France). - Syndrome délirant interprétatif : « on parle derrière son dos » + idées suicidaires</p> <p>SA* : Ecart entre ce que M.D exprime (tristesse : 3) et son comportement (souriant-joyeux-polie..6) triste/déprimé/syndrome interprétatif (3-4), élan corporel hésitant (5), parle mal français/difficulté de compréhension (4/8), tient peu en place (5), se déplace énormément pour voir ce que les autres font (8), temps de concentration faible</p> <p>CT* : Bonne capacité d'abstraction (4), bonne capacité à faire des choix et à innover seul (6), recherche de relationnel (8), il est très curieux et intéressé par l'Art (4/7).</p> |
| <p>OTG* : Diminution de l'Anxiété* par les gratifications pour entrer relation</p> |
| <p>OI* : Passer par la technique 6-7-8 pour augmenter le plaisir 3-4-5-6 Par la technique pour augmenter l'amour et le plaisir et permettre la relation (8) tout en valorisant ses capacités d'innovation.</p> |

| |
|--|
| Mme.B : femme, 42 ans, ancienne professeur de français en Tunisie, ne travaille plus. Hospitalisation Sainte-Anne. |
| Motif : Passage à l'acte : a mordu son mari à l'oreille jusqu'au sang en pleine nuit, l'accusant de lui avoir injecté du poison. |
| Pathologie : Border-line/Schizophrénie*. |
| Indication : Favoriser les capacités relationnelles + diminuer l'Anxiété*. |
| Etat de base : |
| Familial : |
| - Rencontre son mari en Tunisie |
| - Vit en France depuis 8 ans |
| - Frère au Canada + sœur en Tunisie |
| - 1 fils né en 2014 qui ne va plus à l'école car « crises épileptiques » avec retard de développement. |
| - Fait le Ramadan |
| - Questionnement de « fiche S » |
| Maladie : -Antécédents familiaux psy : OUI |
| - Ne sort jamais seule de chez elle 0 sortie depuis 1mois. |
| - Période de calme puis délirante, très cyclique depuis 12 ans mais + depuis la naissance de son fils. |
| - Dit être « victime d'un complot » |
| - Menace de suicide + menace de tuer sa famille en voiture. |
| - Trouve l'hospitalisation « exagérée » aurait aimé que son mari lui parle avant. |
| SA* : Anxiété*++ (4), manque de confiance en elle (4-6) : se dévalorise (4/7- 8), veut toujours faire une production très ambitieuse elle est toujours dans le challenge (4-8). |
| CT* : Dialogue facile et détaillé (4-8), grande culture et très bonne culture artistique (4-7). |
| OTG* : Diminution de l'Anxiété*/ stabiliser la Confiance en soi*/ contrôle affectif. |
| OI* : Passer par le 6-7 technique/production pour nourrir le 3-4-5 (ressenti-connaissance-envie) et diminuer l'anxiété*. |
| Amener à des gratifications +++ / besoin de technique (souhait de la patiente) attention à la survalorisation. |

| |
|---|
| M.Ca : femme, 25 ans. Foyer |
| Motif : : Schizophrénie* + délire de persécutions + hallucination auditives |
| Pathologie : Schizophrénie*/ PHC*. |
| Indication : Diminuer l'angoisse*. |
| Etat de base : |
| Familial : |
| - Divorce parents très mal vécu à 16 ans, 1 frère + 1 sœur plus âgés |
| Maladie : |
| Trouble psy depuis la 3eme + hallucination auditive +++. |
| SA* : expression de l'angoisse*++++ tristesse +++ hallucinations* auditives +++ qui perturbent le court de sa pensée, douleurs somatiques, geste autocentré+++ besoin d'être rassurée sur sa maladie et sur les voix++++ |
| Parle à voix haute une langue imaginaire. Dialogue pauvre : toujours autour d'elle et de sa maladie. |
| CT* : bonne compréhension/ production +++ |
| OTG* : Diminution l'angoisse*++++ par des ressentis gratifiants et apaisants. |
| OI* : passer par la surprise 6-3 pour déclencher une émotion esthétique, sortir de sa tête puis par 6-7 technique-production nourrir 3-4-5 donner l'envie de continuer de produire, se détacher de ses voix. Notion de projet afin de revaloriser sa confiance. Favoriser l'apparition du plaisir Esthétique* pour l'amener dans un engagement sur plusieurs séances valorisant ainsi la capacité de projection. |

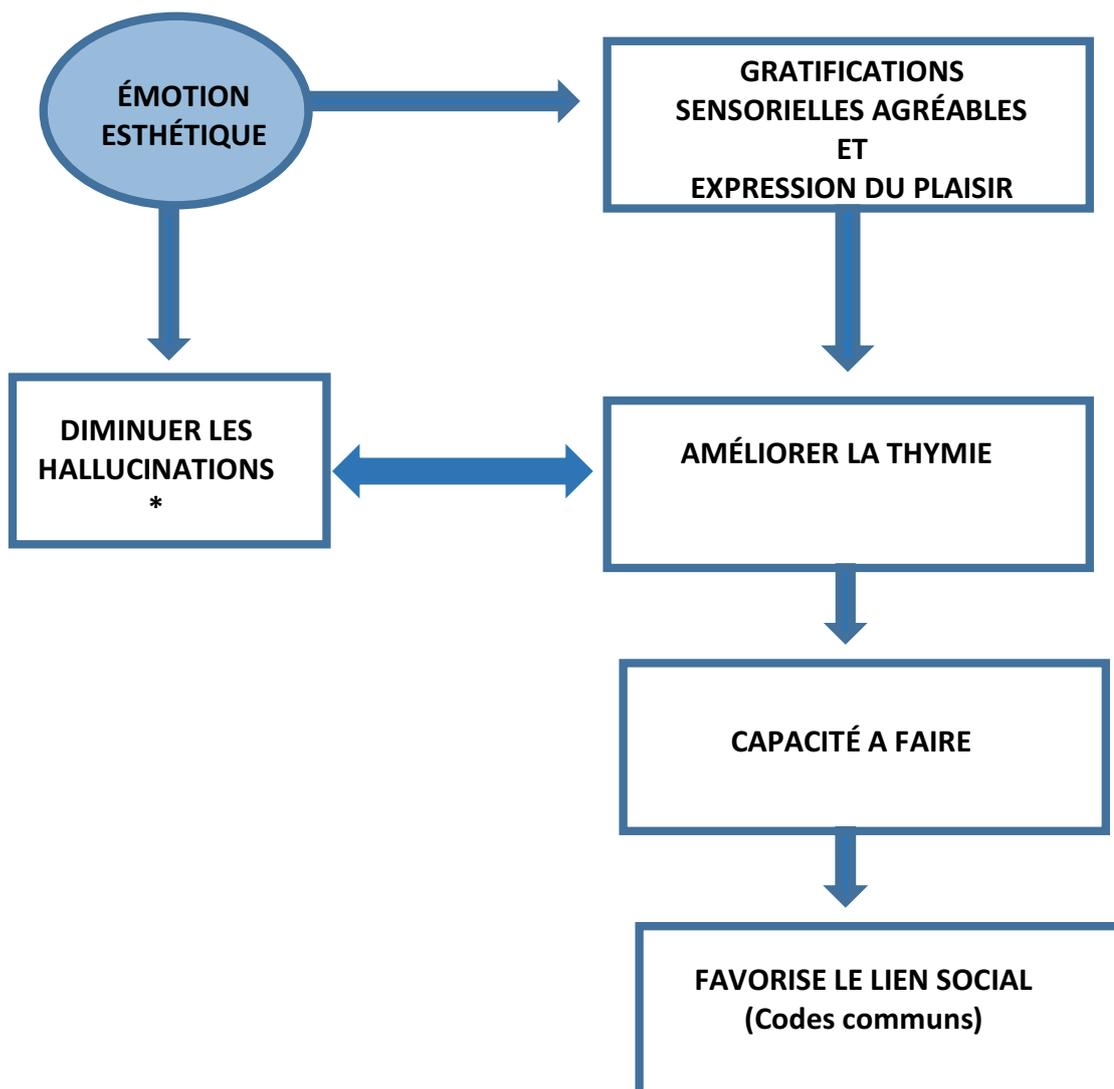
| |
|--|
| Mme.CI : femme, 62 ans, retraitée, gérante/propriétaire d'une boutique de vêtements. Foyer |
| Motif : Délires ++++ de grossesse et de mort. Pathologie : Schizophrénie* |
| Indication :Diminuer l'anxiété*. |
| Etat de base : Familial : Divorcée + une fille de 32 ans, dit avoir une sœur jalouse pour des histoires d'argent (héritage ?) |
| Maladie : IVG à 18 en UK = trauma - Symptômes schizophrénie* ++ en 2013. Délire de grossesse, peur de mourir, ménopausée SA* : Angoisse* de mort/anxiété*++++ elle est craintive des autres patients besoin d'être rassurée +++ douleurs somatiques 1-3-4-5-6-8 CT* : bonne communication, bon élan et bon savoir-faire + connaissances. Bonne alliance thérapeutique. 2-4-5-6-7-8 |
| OTG* : Diminution de l'Anxiété* |
| OI* : gratification sensorielle+++ Stimuler une émotion Esthétique* pouvant favoriser son engagement dans l'activité partagé afin de nourrir sa confiance* en elle et en l'autre. |

- ANNEXE X : Synthèse des séances d'Art-thérapie*.

| | |
|---------------|---|
| M.M | M.M est toujours en avance aux ateliers d'Art-thérapie*, il vient à toutes les séances qui ne sont pas obligatoires. Il semble cependant peu connecté à ses ressentis cherchant toujours à reproduire de manière réaliste des modèles. Il est rarement satisfait de ses productions qu'il ne termine jamais. Malgré cela il est de plus en plus impliqué dans l'atelier, il sert le thé et va voir les productions des autres qu'il trouve toujours jolies. M.M souhaite bien souvent faire la même chose que les autres, ses capacités d'abstraction et d'imagination sont faibles, tout comme son autonomie* bien qu'il soit relativement indépendant durant l'atelier. |
| M.D | M.D semble prendre beaucoup de plaisir pendant les premières séances d'Art-thérapie*, M.D porte un fort intérêt pour les Arts, il est engagé dans l'atelier et ses capacités relationnelles augmentent durant le suivi. Cependant une rupture du suivi est constatée suite à de mauvaises nouvelles qui démotivent M.D à rester en atelier (impossibilité pour lui de rentrer en Corée). |
| Mme.B | Mme.B porte un fort intérêt aux ateliers d'Art-thérapie* un déclic se produit suite à la visite au musée et Mme.B se projete d'avantage dans les séances. Son implication augmente, bien qu'elle vise souvent un idéal très élevé elle est satisfaite de ses productions mais cherche régulièrement l'approbation des autres. |
| Mme.Ca | Mme.Ca est envahie par ses hallucinations* auditives cependant il a été constaté que ces dernières diminuent pendant les séances et elle éprouve de plus en plus de plaisir dans ce qu'elle fait. Elle a néanmoins du mal à se projeter dans l'avenir et le PAS (Plan |

| | |
|---------------|---|
| | d'Accompagnement de Soins) n'a jamais fonctionné (elle « oublie »). |
| Mme.CI | Mme.CI ne souhaite jamais rester en séance bien qu'avec sollicitation elle y parvient de plus en plus malgré les dernières séances où elle fut trop angoissée pour rester en atelier. Cependant ses angoisses semblent diminuer lors des séances. |

- ANNEXE XI : Schéma de l'hypothèse de l'étude.



UNIVERSITÉ FRANCOIS RABELAIS

Faculté de Médecine de Tours

Article de fin d'études du Diplôme d'Art-thérapie de la faculté de médecine de Tours

Soutenu le : 10 décembre 2018

Par : Mathilde Lhomme

Titre : Des séances collectives d'Art-thérapie moderne à dominante Arts plastiques pourraient permettre d'améliorer les capacités relationnelles de personnes atteintes de schizophrénie.

Sous la direction de : Stéphanie Boulanger (Art-thérapeute) et Jean Lacarin (psychiatre).

Résumé :

Cet article présente une étude en Art-thérapie moderne découlant d'une expérience clinique établie au sein de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne à Paris dans un service d'hospitalisation ainsi que dans un foyer de poste cure auprès d'adultes atteints de schizophrénie. Ces services ont pour mission de prendre en charge la décompensation psychotique puis, dans un deuxième temps, d'aider au retour vers une vie sociale plus adaptée.

En effet, la schizophrénie est une maladie mentale handicapante qui conduit à un isolement sensoriel, psychique et social se traduisant souvent par de l'angoisse et de l'anxiété. Les cinq patients présentés dans cette étude (trois en hospitalisation et deux en foyer) souffrent des mêmes symptômes, liés à une schizophrénie avec hallucinations auditives et délire de persécution et ont des indications similaires : diminution de l'angoisse et/ou de l'anxiété.

L'objet de cette étude est de montrer que « *Les ateliers collectifs d'Art-thérapie moderne à dominante Arts-plastiques peuvent permettre une amélioration thymique et symptomatique favorisant alors les capacités relationnelles des personnes atteintes de Schizophrénie en institution* ».

Mots-clefs : Art-thérapie, Arts plastiques, psychiatrie, schizophrénie, hallucinations auditives, délire de persécution, paranoïaque, isolement, handicap, plaisir, autonomie, indépendance, capacités relationnelles, lien social, estime de soi, alliance thérapeutique, neuroscience.

Abstract :

This article presents a study in Modern Art Therapy resulting of a clinical experience established at Sainte-Anne, Parisian psychiatric hospital, in a hospitalization service and a post cure service nearby adults suffering of schizophrenia. These services are engaged to calm down psychotic decompensation and facilitate the return to social life. Indeed, schizophrenia is a handicapping mental illness that causes a sensory, psychic and social isolation often manifesting through anguish or/and anxiety. The five patients presented in this study (three in hospitalization and two in post cure) had the same symptoms, a schizophrenia with auditory hallucinations and delusions of persecution, they also had similar indications: decreased anguish and / or anxiety.

The purpose of this study is to show how « *collective sessions of Modern Art-therapy using plastic Arts could improve the mood and the symptoms of people with schizophrenia in institutions favoring them relational capacities* ».

Keywords: Art therapy, plastic Arts, psychiatry, schizophrenia, auditory hallucinations, delusions of persecution, paranoia, isolation, handicap, pleasure, autonomy, independence, relational abilities / capacities, social link, self-esteem, therapeutic alliance, neuroscience.