

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine & de Pharmacie

**Ecriture, Infographie et Mouvement:
L'Art-thérapie au service de l'autonomie
chez l'adulte désocialisé.**

Restauration de l'estime de soi et diminution de l'anxiété.

Soin et Altérité.

Mémoire de fin d'étude du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie

Présenté par Julie BARTHEL

Année 2018

Référent Universitaire:

Professeur GIRAUD Jean-Jacques

Sous la direction de:

Mme BONNAUD Véronique

Neuropsychologue et Docteur en Psychologie

Psychologue Ph.d. (*Philosophiæ doctor* en psychologie)

Lieu de stage:

ACT Cordia Poitiers

13 Rue Scheurer Kestner,

86000 Poitiers

PLAN

PLAN.....	1
PREAMBULE	3
PARTIE I - INTRODUCTION.....	3
1.1 LA PATHOLOGIE CHRONIQUE	6
1.2 LA REINSERTION SOCIALE	8
1.3 DESOCIALISATION ET PATHOLOGIE CHRONIQUE.....	9
1.4 TECHNIQUES ARTISTIQUES PROPOSEES.....	10
<i>Ecriture</i>	11
<i>Infographie</i>	11
<i>Mouvement</i>	12
1.5 ART-THERAPIE: LE SOIN PAR LE PROCESSUS CREATIF	13
PARTIE II - MATERIELS ET METHODES.....	15
2.1 MATERIELS	15
<i>La structure: Appartements de Coordination Thérapeutiques</i>	15
L'association Cordia en France	15
Valeurs et Mission.....	16
<i>Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique</i>	17
<i>Protocole</i>	18
Proposition du soin par l'Art.....	18
Entretiens individuels	19
Fiches d'observations et Bilans	19
Items observables	20
Organisation des séances.....	22
<i>Choix des résidents</i>	22
<i>Retombées attendues</i>	23
2.2 METHODES	23
<i>Etude de cas: Denis</i>	23
Anamnèse	23
Objectifs thérapeutiques.....	24
Séances d'art-thérapie.....	24
<i>Etude de cas: Tom</i>	29
Anamnèse	29
Objectifs thérapeutiques	30
Séances d'art-thérapie	30
<i>Etude de cas: Simon</i>	35
Anamnèse	35
Objectifs thérapeutiques	35
Séances d'art-thérapie.....	35

PARTIE III - RESULTATS	40
BILAN: DENIS	40
Evolution au regard des objectifs	40
Bilan rédigé	41
Bilans graphiques	42
BILAN: TOM.....	43
Evolution au regard des objectifs	43
Bilan rédigé	43
Bilans graphiques	45
BILAN: SIMON	46
Evolution au regard des objectifs	46
Bilan rédigé	46
Bilans graphiques	48
PARTIE IV - DISCUSSION.....	49
<i>Concept d'identité</i>	<i>49</i>
<i>L'être humain, un être temporel.....</i>	<i>50</i>
<i>L'être au monde.....</i>	<i>50</i>
<i>Le monde humain.....</i>	<i>51</i>
<i>Cadre conceptuel: l'art-thérapie, un accès à la vérité individuelle et sociale</i>	<i>52</i>
<i>La distance thérapeutique.....</i>	<i>53</i>
<i>La relation soignant-soigné</i>	<i>54</i>
<i>Apports & bénéfices de l'étude.....</i>	<i>56</i>
<i>Limites de l'étude</i>	<i>57</i>
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE	61
WEBOGRAPHIE.....	62
GLOSSAIRE.....	63
ANNEXES.....	65

PREAMBULE

Suis-je capable de me définir?

Et si je souhaite le faire, comment me définir, à partir de quoi?

Ce que nous appelons couramment "identité" (dans le sens d'identité personnelle) est défini comme étant *le caractère de ce qui, dans un être, reste identique, permanent et fonde son individualité*. Concrètement, dans nos vies, l'identité personnelle naît des constats que nous faisons de nous-mêmes face à l'altérité, ce qui est autre.

Concepteur 3D, graphiste 2D, praticienne certifiée de relaxation coréenne et danseuse depuis quelques années dans l'univers circassien, j'ai ressenti le besoin de lier le soin de l'autre à toutes ces pratiques, où parfois le corps et l'esprit sont mis de côté au profit du rendement ou de la performance; offrir à toutes et tous le plaisir et la saveur d'une pratique artistique pouvant améliorer le quotidien et donner du sens dans la relation au monde.

Notre année de formation d'art-thérapie à la faculté de médecine de Poitiers, s'est terminée par la phrase suivante:

“ L'autre est radicalement irremplaçable. ”
Benoit Pain

Cette phrase fait appel à ce qu'est le fait même d'être au monde. Quelque chose de radical est *relatif à la racine, à l'essence de quelque chose, cela concerne le principe premier, fondamental qui est l'origine d'une chose, d'un phénomène*. D'autre part, le concept d'irremplaçable ajoute la notion de quelque chose qui *ne peut être ni échangé ni substitué à une autre chose*. L'autre ne peut donc qu'être, en ce sens où par son essence, rien d'autre au monde ne peut être à sa place.

Face à mon expérience de l'autre et du monde, j'ai été profondément touchée par cette phrase car il m'a été possible de constater de manière concrète son sens dans mon vécu.

Nous nous construisons dans le temps. Notre identité, ce qui fait de nous ce que nous sommes, se construit dès notre arrivée sur Terre. Par l'environnement dans lequel nous évoluons et les interactions avec nos semblables. Tout au long de notre vie, cette quête du "*Qui suis-je?*" nous met en mouvement, en action et nous amène à évoluer. Cependant, selon ce que le monde et l'Autre/l'autre nous apportent, nous pouvons générer des comportements et faire des choix qui impactent l'essence même de *qui* nous sommes.

Afin d'être concrète, je me permets d'ajouter ici une part de mon passé qui a alimenté cette question: ***dans quelle mesure est-il possible de prendre soin de l'autre?***

En tant que fille et nièce, j'ai fait face au suicide. Deux personnes ont fait le choix à un moment donné de leurs vies respectives de mettre fin à l'expérience de l'existence sur Terre. Ces deux individus avaient des vies "normales": conjoint, enfants, travail, activités sportives

et créatives variées. Cependant, de leur vivant comme dans leurs écrits trouvés post-mortem, ils nous ont donné la capacité d'entendre pourquoi ils ont fait ce choix.

Frère et sœur, au-delà les liens sociaux, des réussites personnelles et de l'amour qu'ils vivaient à titre individuel et interpersonnel, ces individus restaient en recherche de *qui* ils étaient. Ils faisaient face à des parents distants, capables de briser les liens de la communication par simple rejet de l'idée qu'ils avaient les capacités de leur apporter une part de réponse. Par le fait même que leurs parents soient *radicalement irremplaçables*, ils ne voyaient d'autre altérité plus apte à leur apporter la compréhension de leur origine en ce monde et indirectement une issue à la complétude de leur identité. Mais que faire quand l'autre, qui nous a mis au monde, n'entre pas en empathie et de fait ne prête pas attention à notre attente? Que faire et comment *être* quand aucune capacité de réponse ne nous est accordée, alors que l'autre qui est à l'origine de notre présence au monde, refuse d'être responsable et de mobiliser des capacités dans le but de prendre soin de *qui* nous sommes?

Ces deux individus se sont enfermés dans des schémas d'auto-jugement, persuadés de n'être pas désirés par autrui, ils se sont mis le poids de la responsabilité totale d'être inaptes à comprendre qui ils étaient, pourquoi ils étaient là et surtout incapables de générer du positif dans la relation sociale; sinon pourquoi leurs propres parents les rejetteraient-ils et ne leur donneraient-ils pas accès à une part de compréhension de *qui* ils sont?

M'interrogeant déjà sur le concept d'altérité avant que ces événements surviennent dans ma vie, cela n'a fait que renforcer ma croyance que l'empathie, le soin et la relation d'un être à un être, d'un groupe social à un être, ne peut répondre dans son entièreté à la construction de notre d'identité. Chaque individu, à une façon propre d'*être au monde* et l'identité se créant dans le temps a, à sa racine, un besoin de retour de cet autre créateur, afin d'amener une part de compréhension à *qui il est*, donner un sens à ce qu'il *est* au-delà de ce qu'il crée et a.

J'ai vu des dizaines de personnes venir célébrer le décès de mon père, des personnes venant des quatre coins de la France, des personnes qui ont partagées diverses périodes de son passé jusqu'à ce que l'on pourrait appeler le présent point final de sa vie que fut ce jour.

Cette journée m'a donnée à voir une quantité de personnes présentes pour un seul être, avec qui chacun a construit une part de son identité, avec qui mon père avait avancé dans la création de la sienne.

Profondément touchée par ce mouvement massif humain, cette énergie collective orientée dans le fait de rendre hommage à cet autre, unique et radicalement différent, je n'ai pu que toucher du doigt le fait que mon père, comme sa sœur, avaient et auraient eu, malgré le soin qu'ils ont pu mettre à se connaître et participer à ce que l'autre puisse faire de même, une "face" manquante à leur identité.

Merci à toutes les personnes qui ont partagées ma vie et celles qui en font partie aujourd'hui.

A mon père, Pascal Barthel.

PARTIE I - INTRODUCTION

Nous commencerons ce travail par une citation qui nous paraît importante et pertinente:

“ Définir est dangereux car cela revient à créer une limite et à séparer les choses. ”

Alexandre Jollien¹

Lors de cette étude, nous allons proposer diverses définitions qui nous paraissent à propos dans le contexte car cela nous permettra une efficacité de compréhension commune dans un cadre et une thématique précise. Cependant, nous attendons de la part du lecteur de garder en mémoire cette citation car au sein et au-delà de cette étude, il nous semble essentiel de toujours poser un regard nouveau sur ce qui nous occupe et préoccupe. Quelles que soient nos questions, nos hypothèses, nos réflexions, nous sommes limités: dans le temps et l'espace.

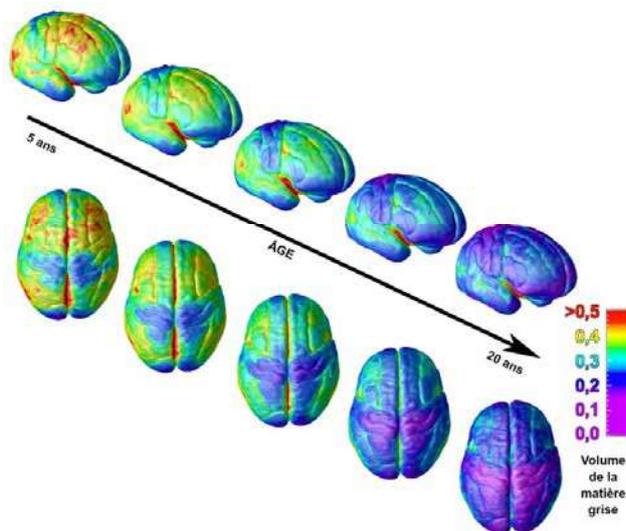
La compréhension de soi, de l'Autre, de l'autre et du monde est soumise, dans la condition humaine, à la dimension temporelle.

Nous vous remercions donc par avance d'entendre, que malgré les définitions choisies dans un souci d'efficacité, seul votre regard sur vous et le monde, suite à cette lecture, pourra amener à la réelle compréhension de l'hypothèse avancée.

Tous des Hommes.

L'adolescence, nous y passons tous!

Nous cherchons tout au long de nos vies notre identité et aujourd'hui, les chercheurs en neurosciences font certains constats grâce aux IRMf* (Wu, 2015). En ce qui concerne notre étude, la donnée indiquant que le cerveau atteint sa maturité à l'âge de 20 ans, nous paraît essentielle, car celle-ci pose le cadre temporel et biologique de la construction identitaire.



Grace aux images cérébrales du *National Institute of Mental Health*, faites par Paul Thompson², il nous est également possible de constater que l'une des dernières zones à atteindre cette maturité est la frontale, particulièrement le cortex préfrontal. C'est au moment de l'adolescence que cette zone particulière commence à se développer. Dans le sens où ses fonctions deviennent accessibles et peuvent travailler en relation avec l'ensemble de nos autres capacités cérébrales. (Paul M. Thompson, 2004)

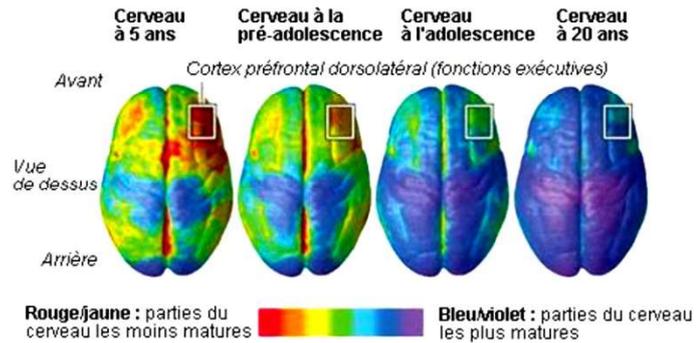
Quelles sont les fonctions du cortex

préfrontal?

¹ Alexandre Jollien, philosophe et écrivain suisse.

² Paul Thompson, PhD*, professeur en neurologie.

- la planification
- l'activité orientée vers un but
- la motivation
- la compréhension de la santé
- l'attention
- la résolution des problèmes
- la gestion des émotions
- la récompense différée
- la mémoire
- la capacité à gérer les distractions



Pour notre étude, cette liste de données est essentielle car elles sont les moteurs de l'apprentissage de l'autonomie et de la construction identitaire (Marc Philippe Lafontaine, 2011). De fait, cela nous a amené à aller chercher des items officiellement reconnus, ayant un rapport direct à ces fonctions, ce qui nous a permis d'établir des échelles de cotations ainsi que des bilans intelligibles dans le contexte médical et paramédical actuel. En effet, il nous paraît essentiel d'avoir des référents communs à d'autres pratiques afin de rendre possible le travail d'équipe dans le but d'une prise en soin au maximum holistique.

Hypothèse de travail:

« Les impacts de l'art-thérapie sur l'autonomie, l'estime de soi et l'anxiété chez l'adulte désocialisé: l'Art comme outil de médiation entre le patient et l'environnement. »

1.1 La Pathologie chronique

Les études de cas suivantes, ont été faites dans une institution où les conditions d'admission sont: avoir un besoin de réinsertion/insertion social et avoir une pathologie chronique.

D'autre part, cette institution permet à la personne de prendre le temps de se reconstruire en améliorant le rapport à soi afin de s'ouvrir à *qui suis-je?*, à l'autre et au monde.

Nous allons donc définir les notions principales de ces conditions d'admission pour nous donner les capacités d'appréhender le public et répondre à ses attentes.

Etymologies et définitions

Selon la 9^{ème} édition du dictionnaire de l'Académie française (1992 - jusqu'à aujourd'hui):

Pathologie

XVI^e siècle. Composé de *patho-*, tiré du grec *pathos*, « ce qu'on éprouve, souffrance », et de *-logie*, tiré du grec *logos*, « discours, traité », avec influence de *pathologikos*, « qui concerne les maladies, les passions ». Partie de la médecine traitant de la nature, des causes et symptômes des maladies.

Chronique

XIV^e siècle. Emprunté du bas latin *chronicus*, dérivé du grec *khronos*, « temps ».

[en parlant d'une maladie] Dont les symptômes apparaissent lentement, qui dure longtemps et s'installe parfois définitivement.

PATHOL. Qui dure longtemps et évolue lentement. *Une affection, une maladie chronique.*

Maintenant, la définition actuelle de l'OMS* de ce qu'est la pathologie chronique:

Pathologie chronique

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Définition du Ministère en charge de la Santé (Ministère en charge de la Santé, 2011) « Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.

Les maladies chroniques comprennent :

- 1 – des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ;
- 2 – des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ;
- 3 – des maladies transmissibles persistantes, comme le Sida ou l'hépatite C ;
- 4 – enfin, des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, ...)

Ce sont des pathologies qui vont évoluer plus ou moins rapidement pendant plusieurs mois au minimum, au rythme de complications plus ou moins graves ; elles se traduisent dans nombre de cas par un risque d'invalidité, ou de handicap temporaire ou définitif.

Plus précisément, dans le cadre du Plan national maladies chroniques sont définies par: la présence d'une cause organique ou psychologique; une ancienneté de plusieurs mois; le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne : limitation fonctionnelle, des activités, de la participation à la vie sociale; dépendance vis-à-vis d'une thérapeutique, d'une technologie médicale, de l'intervention de professionnels: besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation. »

Nous en déduisons que la maladie chronique a un impact concret sur le quotidien et l'autonomie de la personne atteinte: physiquement et psychologiquement, et ce, dès l'instant où le diagnostic est annoncé. Arrive alors le besoin d'accompagnement afin de comprendre la maladie, savoir vivre avec et retrouver un maximum d'autonomie.

Pour cela, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » encadre l'éducation thérapeutique du patient (ETP*) et l'inscrit dans le parcours de soin depuis 2009. De plus la Haute Autorité de Santé fait un communiqué de presse de 19 juin 2014 informant de la publication d'un « guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes mettant en œuvre un programme d'éducation thérapeutique du patient pour les aider dans leur évaluation quadriennale. Prévues par la loi, elle est une étape-clé pour leur demande de renouvellement auprès de l'agence régionale de santé (ARS). »

Prendre en compte ce nouveau rapport à soi et connaissance de soi avec cette nouvelle caractéristique identitaire qu'est la maladie chronique (quelle qu'elle soit), dans le cadre

législatif, est une façon d'amener des outils à la population afin qu'elle puisse continuer de vivre dans les meilleures conditions possibles.

Cependant, il est également signalé que la maladie chronique, du fait de sa qualité irréversible, entraîne fréquemment un syndrome anxieux amenant dépression, image négative de soi, perte d'envie/d'élan, et autres troubles psycho-physiologiques*, cela pouvant aller jusqu'à une désocialisation partielle voire totale de l'individu. La maladie chronique mal accompagnée est donc susceptible d'engendrer un nombre de conséquences individuellement bénignes mais qui cumulées, rendent l'existence très difficile.

1.2 La réinsertion sociale

L'IIDRIS* définit l'insertion sociale comme une « action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement ; c'est également le résultat de cette action, qui s'évalue par la nature et la densité des échanges entre un individu et son environnement ».

En France, « les politiques d'insertion qui s'institutionnalisent dans les années 80 comprennent deux volets principaux : la lutte contre la pauvreté et l'accès à l'emploi. La lutte contre la pauvreté cherche à garantir la dignité des personnes et l'effectivité de leurs droits. La mise en place du revenu de solidarité active (RSA*) en 2009 se veut une réponse pour tenter de concilier les deux volets des politiques d'insertion³.»

Le concept de réinsertion sociale induit cependant deux choses: le fait que l'individu a déjà été inséré, également l'idée que l'individu aura les capacités de rester dans le contexte social dans lequel il sera inséré à nouveau. ***Ces deux idées induisent qu'il est donc nécessaire de comprendre ce qu'est un individu ainsi qu'une société.***

Individu (du latin médiéval *individuum*, neutre substantivé du latin classique *individuus*, «indivisible, inséparable») fut défini au XIV^e siècle de la manière suivante: Tout être concret formant une unité distincte et identifiable, et qui ne peut être divisé sans être détruit.

Comment identifie-t-on quelque chose ou quelqu'un?

La deuxième définition du verbe **identifier** d'après la 9^{ème} édition du dictionnaire de l'académie française: Constater ou établir l'identité d'une personne.

Identité (Début XIV^e s. « *ce qui fait qu'une chose, une personne est la même qu'une autre, qu'il n'existe aucune différence entre elles* » Jehan Bras-de-Fer, *Pamphile et Galatée*, 1154)
A. Caractère de deux ou plusieurs êtres identiques. B. Caractère de ce qui, sous des dénominations ou des aspects divers, ne fait qu'un ou ne représente qu'une seule et même réalité. Psychol.: Conscience de la persistance du moi.

³ Premier ministre, Direction de l'information légale et administrative, Vie publique, Les politiques d'insertion (1980-2009) / De l'assistance à la lutte contre l'exclusion.

Nous garderons en tête ces définitions afin de pouvoir discuter de ce qu'est le concept d'identité en partie IV (p.51): comment celle-ci se construit dans le contexte social humain.

En ce qui concerne la société (dans le sens de société humaine):

Société (du latin *societas* (« union, association »)): I. Etat de vie collective; mode d'existence caractérisé par la vie en groupe; milieu dans lequel se développent la culture et la civilisation. II. Communauté organisée d'individus conçue comme une réalité distincte de l'ensemble des individus qui la composent. (TLFi*).

Maintenant que nous avons éclairé ce que sont un individu et une société, nous pouvons mieux comprendre qu'à un niveau individuel, vivre en société induit le fait de vivre en conformité avec les normes et les valeurs sociales, développer un sentiment d'appartenance à sa communauté, subvenir adéquatement à ses besoins et vivre un certain bien-être dans ce contexte. Cela nous permet également de comprendre qu'une personne désocialisée ne répond pas à cette description de la vie en société.

1.3 Désocialisation et pathologie chronique

Les études de cas qui vont suivre ont été faites dans un cadre institutionnel où les personnes prises en soin, répondent à ces deux critères. La question que nous nous sommes posée est: ***comment nous est-il possible, en tant que soignant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, d'aider la personne à recréer sa nouvelle identité afin de lui redonner accès à l'autonomie?***

Une fois la maladie annoncée, l'individu concerné est souvent qualifié par celle-ci comme si cette nouvelle donnée annihilait l'identité créée jusqu'au diagnostic. Cette forme de stigmatisation participe activement à la difficulté d'acceptation de soi, d'estime et de confiance en soi car elle réduit la personne à un état. Celle-ci n'est plus (au sens *qui suis-je?*) mais *est* via le prisme d'un (ou plusieurs) *avoir*: elle a le sida, elle est sidaïque; elle a une dépendance aux substances toxiques, elle est toxicomane; elle a des troubles psychiatriques, elle est psychotique, etc.

Nous comprenons donc bien ici l'objectif de l'équipe accompagnante: ***aider la personne à se défaire de cette stigmatisation, cette réduction de leur être induite par le regard de la société et de l'autre, afin de pouvoir entamer le processus de reconstruction de soi, grâce à des accompagnements variés et complémentaires, prenant en compte les besoins uniques et individuels ainsi que l'identité altérée de celle-ci.***

En tant qu'équipe soignante et accompagnante, il est donc de notre devoir d'être attentifs aux besoins de la personne en attente d'aide car, dès l'instant où celle-ci est admise dans la structure, nous sommes responsables et devons mobiliser nos compétences individuelles dans le but de lui donner du soin et la capacité de réponse à ce soin (cf. partie I, p.14).

Le fait d'avoir travaillé en équipe a apporté une grande part de réflexion autour de la reconstruction identitaire et sur la façon de prendre en soin les résidents; cela amène idées, outils et nouvelles ressources, ce qui idéalement, permettra de trouver le levier adapté au

résident pour qu'il prenne conscience de *qui il est* et puisse aller vers sa reconstruction identitaire puis jusqu'à l'autonomie attendue.

Les échanges constants l'équipe professionnelle et les résidents permettent de redéfinir au fil du temps la manière de prendre en soin et d'être pris en soin, car il s'agit bien d'une relation⁴ *soignant/soigné* où chacun à sa place⁵, son importance⁶ et sa responsabilité⁷.

1.4 Techniques artistiques proposées

L'enseignement que nous avons suivi nous a permis de constater, via des études de cas et des résultats concrets, que l'alliance de divers mediums correspondants aux besoins des personnes soignées amène à de meilleurs résultats. Mme Esneault, Mme Landrault, Mme Charbonneau, Mr Trilles, Mme Gony-Pain, à travers leurs interventions nous ont fait vivre cette expérience.

Au même titre que chaque individu est unique et qu'il évolue dans le temps, les techniques artistiques proposées se doivent d'évoluer en réponse aux besoins.

Les objectifs répondants à des besoins d'évolution (quels qu'ils soient) du patient, il apparaît évident que rester enfermé dans un medium face à plusieurs besoins, fera rapidement face à des limites et que l'ouverture à diverses pratiques aura plus de chances de correspondre aux nouveaux besoins exprimés, au fur et à mesure que les objectifs seront atteints.

Evidemment, nous avons conscience qu'une connaissance minimum des techniques proposées est nécessaire afin de pouvoir mobiliser de manière pertinente nos compétences.

C'est pourquoi, au regard de nos expériences, les techniques suivantes ont été proposées: les arts plastiques, l'infographie, le mouvement et l'écriture.

Dans les études de cas suivantes, les arts plastiques sont peu intervenus, de fait nous nous concentrerons sur les techniques utilisées pour l'obtention des résultats qui vont suivre.

A titre informatif, nous sommes diplômés dans les domaines de l'infographie et de la relaxation, et avons fait des cursus de danse (compréhension du corps et du mouvement, mise en scène et représentation devant public). L'écriture est de l'ordre de la pratique personnelle, cependant avec l'enseignement et les ateliers de Mme Gony-Pain et au regard des écrits Mme Chidiac⁸, il nous a été possible de proposer cet outil qui était pertinent et demandé par les résidents pris en soin.

⁴ *PHILOS., PSYCHOL., SOCIOL., usuel.* Rapport, lien impliquant une interdépendance, une interaction avec un milieu. *MÉD., PSYCHOL., PSYCH.* Lien qui unit le malade au monde qui l'entoure. *ca* 1265 « lien, rapport » (Brunet Latin, *Tresor*, II, 44, éd. F. J. Carmody, p. 212)

⁵ *ca* 1100 «partie déterminée d'un espace, d'un lieu, où quelque chose peut être fait ou mis, où quelqu'un peut se mettre» (Roland, éd. J. Bédier, 1507). Situation, position ou disposition de quelque chose ou de quelqu'un par rapport à un ensemble. (TLFi)

⁶ *id.* « autorité, influence d'une personne » (Id., *op. cit.*, t. 7, p. 32). Le fait que quelque chose compte, joue un rôle plus ou moins décisif, ait de l'intérêt aux yeux de quelqu'un. (TLFi)

⁷ 1^{er} moit. XV^e s. *responsabiliteit* « obligation de répondre de ses actes » (J. de Stavelot, *Chron.*, p. 566 ds Gdf. *Compl.*). Obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences. (TLFi)

⁸ PhD* en psychologie clinique, psychologue clinicienne à la CMME*, fondatrice des ateliers d'écriture thérapeutique au Centre hospitalier Sainte-Anne, spécialiste du traumatisme psychologique chez les adultes. Auteur de "Les Ateliers d'écriture thérapeutique" éd. Masson, 2^{ème} édition, 2013.

Ecriture

L'écriture est un moyen de communication qui représente le langage à travers l'inscription de signes sur des supports variés.

“Écrivez! Noircir le papier est idéal pour s'éclaircir l'esprit.”

Aldous Huxley

L'atelier d'écriture thérapeutique répond à des objectifs précis et définis en accord avec la structure, l'équipe soignante et la personne prise en soin. Le cadre imposant une durée, un lieu et des consignes, est structurant et permet au patient d'entrer dans un processus permettant d'exprimer l'indicible. Notre objectif étant de favoriser la reconstruction identitaire afin de restaurer l'estime de soi et d'atteindre l'autonomie, proposer un outil donnant accès à la découverte de soi et au partage au monde est essentiel. Ce medium offre une nouvelle forme de communication et sollicite l'imaginaire. De plus, cette activité requérant une mobilisation physique et psychique, oblige le patient à entrer en concentration et à faire appel à ses capacités d'abstraction (Stanislas Dehaene, 2006). Enfin, dans notre contexte impliquant la réinsertion sociale et donc la relation à l'autre, nous avons intégré aux consignes une nécessité d'intelligibilité de la part du lecteur, qui ne peut exister qu'à partir du moment où l'écriture répond à une élaboration (Paschek, 2013). Enfin, dans le cas de Denis, nous verrons que cela a également un intérêt dans le but d'améliorer sa praxie (Roberge, 2015).

Infographie

L'infographie est l'application de l'informatique à la représentation graphique et au traitement de l'image. (Larousse, 2018). Arts plastiques: Qui est apte à donner ou qui donne des formes et des volumes une représentation esthétique. 1805 «qui ne relève que de l'apparence physique, qui n'est que forme» (Destutt de Tr., *Idéol.* 3, p.262)

L'atelier d'infographie thérapeutique répond également à des objectifs précis et définis dans un cadre donné. Il est un moyen de proposer des outils permettant la mise en image via une forme esthétique dans le domaine du numérique.

Il est courant de penser que ce medium ne sollicite pas les sens comme peut le faire la peinture, le modelage, le dessin, etc., cependant nous avons pu constater que non seulement l'outil numérique fait appel au toucher selon si l'on utilise une souris, un clavier, une tablette graphique, un écran tactile, mais aussi à la vue grâce au traitement additif de la couleur (règle de la synthèse additive des couleurs en lumière), qui est différent de la synthèse soustractive des couleurs comme on le connaît en peinture par exemple (cf. annexe 1 p.66-67). Les deux peuvent donc être complémentaires afin d'avoir une compréhension plus globale de ce que sont les couleurs et les matériaux de notre environnement. De plus, si le patient passe par le dessin manuel avant d'appréhender l'outil informatique, cela aide à encre des sensations et aide à faire des choix. Une fois ces étapes intégrées, il peut aller sur l'ordinateur et se concentrer sur une réalisation détaillée où l'enjeu n'est plus d'être dans une performance technique contrainte par l'apprentissage et la maîtrise (parfois longue à acquérir) d'outils dits des "beaux-arts", mais plutôt d'orienter son esprit vers le processus créatif, car en infographie, une fois les quelques outils de base appris, une porte s'ouvre sur un univers libre dans lequel l'esprit peut créer à l'infini.

Nous avons aussi pu constater que selon les patients, certains ont des réticences et un inconfort à la salissure et baissent encore plus les bras face aux techniques dites des "beaux-arts". Un de nos objectifs principaux étant la revalorisation de l'estime de soi, imposer un cadre angoissant entraînant la verbalisation de la dépréciation de soi demandera un travail plus conséquent pour obtenir des résultats positifs.

Cependant, nous garderons en mémoire, que ces techniques puissent être une suite dans le cas d'une prolongation de prise en soin art-thérapeutique car même si, comme nous venons de le souligner, dans un premier temps cela risque d'entraîner des effets négatifs, une fois l'estime de soi améliorée, basculer vers des outils et techniques rejetées au départ, deviendra envisageable et sera appréhendé avec détente.

Enfin, à notre époque et pour les personnes ayant une facilité et/ou une affinité avec l'outil informatique et souhaitant travailler avec, il paraît pertinent de proposer des séances d'infographie thérapeutique afin d'entraîner leur créativité et leur autonomie (Mourer, 2013).

Mouvement

“Tout mouvement de quelque nature qu'il soit est créateur.”

Edgar Allan Poe

“Danser, c'est comme parler en silence. C'est dire plein de choses sans dire un mot.”

Yuri Buenaventura

Le mouvement est l'essence même de la vie, aucun corps est absolument inerte, à l'échelle de l'infiniment petit comme de l'infiniment grand, d'après les connaissances actuelles de la science. D'autre part, la danse fait partie des rituels de guérison depuis environ 40.000 av. J.C., toujours en se référant aux découvertes actuelles. Via les états de transe, les shamans procédaient à des célébrations et des rites traditionnels et culturels. Dans notre société, la thérapie par la danse est apparue au cours des années 1940. Elle répondait, entre autres, au besoin de trouver une approche non verbale pour traiter les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Lorsque nous mettons notre corps en mouvement, celui-ci devient notre moyen d'expression, notre terrain de création. Sur le plan biologique, cela améliore la circulation, la coordination et le tonus musculaire, etc. (Chiara Giacosa, 2016) . Sur le plan mental et émotif, il renforce l'affirmation de soi, ravive les capacités intellectuelles et la créativité, et permet de rencontrer des émotions parfois difficiles à exprimer verbalement : colère, frustration, sentiment d'isolement, etc.

Nous comprenons alors que le mouvement créatif agit sur le corps biologique mais également sur les émotions: aide à la réduction du syndrome anxieux, des symptômes de la dépression, revalorisation de l'estime de soi au constat des performances, des améliorations de l'équilibre, de la mémorisation de chorégraphies, entre autres. En 2017, un article nous explique que la danse augmente le volume de l'hippocampe cérébral (Sender, 2017). Ainsi, ce medium artistique nous paraît cohérent à proposer aux personnes présentant des troubles de la mémoire, de l'équilibre, ayant des besoins d'expression ne pouvant passer par la verbalisation et enfin, pour les personnes exprimant un besoin de lâcher prise, de laisser de côté les idées parasites leur empêchant l'accès à la concentration et à la créativité.

1.5 Art-thérapie: le soin par le processus créatif

L'art-thérapie dans l'enseignement de la faculté de médecine de Poitiers est défini comme suit:

“ L'art-thérapie consiste, par le processus de la création artistique, à lutter contre les troubles occasionnés par la maladie et les blessures de la vie.”

Jean-Jacques Giraud

Nous comprenons donc que c'est le processus de création qui est important. L'idée en tant que soignant est donc de parvenir à mettre le soigné dans les conditions physiques et psychiques lui permettant d'avoir accès à ses propres ressources créatives.

Nous allons maintenant prendre un instant afin de décomposer le terme "art-thérapeute" afin d'en saisir l'essence et d'introduire les concepts qui nous apparaissent essentiels à la bonne compréhension et contextualisation de l'étude qui va suivre.

L'art-thérapeute se différencie d'un professeur ou d'un animateur d'atelier d'art, par la prise en compte des besoins de l'individu auquel il fait face, dans le sens où la relation entre les deux personnes se crée dans le cadre du soin: c'est donc une relation soignant/soigné qui s'établit. Historiquement, le terme *thérapeute* a été défini en 1877 de la façon suivante: «*médecin, personne qui soigne*⁹». Si donc nous sommes soignants, il apparaît essentiel de s'interroger sur ce qu'est un bon soin.

La théorie, la pensée ou encore l'éthique du *Care** fut définie au cours du XX^{ème} siècle. Le domaine des activités correspondant au *care* n'est pas nouveau, cependant ce n'est que récemment qu'une conceptualisation ait née par le croisement des psychologues, sociologues, philosophes, politologues, etc.

La première à avoir pensé le *care* est Carol Gilligan, psychologue et philosophe féministe, dans "Une voix différente. Pour une éthique du care." (Gilligan, 1986), qui nous présente le *care* comme étant avant tout une éthique féministe présupposant une différence de nature entre hommes et femmes.

Lorsque que Joan Tronto¹⁰ redéfinit le concept du *care*, elle refuse de considérer cela comme une attitude morale sexuée: elle considère le *care* **comme une activité humaine, comme l'action de prendre soin du monde qui nous entoure.** (Tronto, 2009)

De ce constat Tronto a identifié quatre grandes phases du processus actif qu'est le *care*:

- "**Se soucier de**" (notion d'attention: *caring about*): le *care* implique en premier lieu la reconnaissance de sa nécessité, il implique donc de constater l'existence d'un besoin et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse.
- "**Prendre en charge**" (notion de responsabilité: *taking care of*): reconnaître sa responsabilité par rapport au besoin identifié et reconnaître qu'une action est possible, celle-ci peut examiner les conditions pratiques nécessaires pour prodiguer le soin.

⁹ Littré-Robin, *Dict. de méd.*, p. 1590b ds Quem. *DDL* t. 25

¹⁰ Joan Tronto, politologue, professeure de sciences politiques. Auteur d'Un monde vulnérable. Pour une politique du care.

- "**Prendre soin**" (notion de mobilisation de compétence: care giving): moment concret où le soignant rencontre la personne en attente de soin, dont les besoins ont été identifiés.
- "**Reconnaitre l'impact du soin**" (notion de capacité de réponse du bénéficiaire": care receiving): attention portée à la satisfaction du/de la soigné(e) chez qui avait été identifié un besoin, vérification que la réponse apportée à celui-ci est correcte.

Donc, en tant que thérapeute, nous comprenons bien que le soin que nous allons apporter aux personnes en besoin, devra être pensé via le prisme de l'empathie, sans jamais oublier l'individu et ses besoins, jusqu'au bout de la prise en soin (PES*).

Cependant, nous ne sommes pas "thérapeute" mais "art-thérapeute", ce qui implique également de comprendre ce que sont les outils artistiques que nous allons utiliser afin de pouvoir prendre soin.

L'Art comme support de la vérité humaine

De manière courante l'Art est défini comme étant «*l'ensemble des procédés, des connaissances et des règles intéressant l'exercice d'une activité ou d'une action quelconque*¹¹.»

“ Tous les arts sont comme des miroirs où l'homme connaît et reconnaît quelque chose de lui-même.”

Émile-Auguste Chartier dit Alain

Depuis Platon, l'Art a été défini et redéfini de multiples fois et dans des domaines divers et variés. Ce que nous pouvons en retirer aujourd'hui, est le fait que l'œuvre d'art au sens de création artistique volontaire et consciente est du domaine humain et qu'il révèle, de manière consciente ou inconsciente, une part qui est l'auteur au sens le plus large (qui, où, comment, quand).

Au regard de notre hypothèse de travail, nous allons donc nous concentrer sur l'idée selon laquelle le processus de création artistique est ce qui permet à l'individu de se révéler au monde ainsi qu'à lui-même, afin de prendre conscience de soi et de son rapport au monde.

En effet, ce processus amène à une action unique qui naît de l'individu dans un instant donné avec les moyens et les ressources auxquels il a accès dans cet instant. Aucun autre que lui n'a la capacité d'exprimer ce qui se passe en son for intérieur, malgré cela il est parfois difficile d'entrer dans ce processus du fait qu'il nécessite que le corps et l'esprit de l'individu créateur soient en adéquation.

Dans le contexte de la réinsertion sociale défini ci-dessus, nous avons pu constater que l'individu dans sa perte d'autonomie a besoin d'être accompagné pour rétablir le lien avec le monde et à lui-même.

C'est pourquoi en tant qu'art-thérapeute, une fois les besoins du patient identifiés, nous allons pouvoir proposer des outils et des méthodes individuelles, adaptées aux attentes de la

¹¹ Larousse, 2018.

personne prise en soin afin de l'amener à créer et se révéler à soi et au monde de la manière la plus appropriée pour elle.

Nous nous engageons, dans cette démarche, en tant que soignant par l'Art, à prendre soin d'autrui et lui donner les clés qui lui permettront de s'ouvrir au monde et créer un lien avec. Cette relation pourra amener la resocialisation et faire évoluer l'identité de la personne car l'individu en relation au monde fait l'expérience de l'altérité dont nous discuterons suite aux études de cas dans le cadre de la relation soignant-soigné. (cf. partie IV, p.54)

PARTIE II - MATERIELS ET METHODES

2.1 Matériels

La structure: Appartements de Coordination Thérapeutiques

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT*) sont dédiés avant tout aux personnes ou familles qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financières et qui ont besoin de soins et de suivi médical.

Un service d'ACT propose une prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes hébergées. Il offre un logement individuel de relais et à titre temporaire. Une équipe pluridisciplinaire d'éducateurs, de psychologues, de CESF*, et de médecins accompagne le résident. Elle l'oriente vers des partenaires sociaux ou associatifs en vue d'une ouverture des droits sociaux (AAH*, RSA*...) et d'aide à l'insertion sociale, professionnelle, médicale, et psychologique.

L'association Cordia en France

Présentation de la structure : historique et établissements

CORDIA est une association loi 1901 dont le conseil d'administration est composé de quinze membres bénévoles et est présidé par Madame Marion Lesage. Le Conseil d'Administration contrôle la bonne application des textes législatifs, des orientations et du fonctionnement des divers établissements d'accueil, dirigé par le directeur, Monsieur Jean-Luc Cousineau.

L'Association Cordia a été créée en 1991 par Pierre Bolet, dominicain, alors qu'il était Aumônier National des Artistes et du Spectacle, pour accueillir des artistes atteints du Sida à une époque où cette maladie était mal connue et où ceux et celles qui en étaient atteints étaient souvent victimes d'une sorte de « vindicte » publique et d'une douloureuse discrimination. Une ancienne clinique, rue Compans dans le XIXème arrondissement de Paris, financée par le CAPRICAS, est rénovée et meublée, permettant d'ouvrir en 1997, douze places en Appartement de Coordination Thérapeutique. C'est à partir de 2007 que Cordia s'implante en Province : d'abord à Tours puis à Poitiers et à La Rochelle.

En 2010 a été créée dans la Résidence Compans une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS*) pour 14 malades atteints du SIDA* et autres pathologies neurodégénératives. En application du décret du 3 octobre 2002, les 86 places d'Appartements de Coordination Thérapeutique

(Tours, Poitiers, La Rochelle, Paris) ont intégré le cadre réglementaire des établissements médico-sociaux. L'autorisation de fonctionnement a été accordée à l'association Cordia par l'arrêté préfectoral N°2003-1320 du 10 juillet 2003.

Elle offre aujourd'hui 101 places agréées en MAS, LHSS* et ACT et s'agrandit encore, une nouvelle structure ACT va voir le jour courant été 2018 à Niort.

Les ACT Cordia

A Paris, Tours, Poitiers, ou La Rochelle, ces logements permettent d'accueillir des adultes avec ou sans enfant. En logement collectif, appartements semi-collectifs ou « diffus », c'est-à-dire « individuels », les ACT Cordia peuvent accueillir jusqu'à 98 résidents en même temps. C'est une équipe-pluridisciplinaire de médecins, d'infirmières, de psychologues, d'assistantes sociales, d'éducateurs spécialisés, d'auxiliaires de vie, de CESF ainsi que de Coordinatrices d'appartements. Paris : 44 places, Tours : 15 places, Poitiers : 14 places, La Rochelle : 13 places.

Valeurs et Mission

“ Il est essentiel de soigner les corps et panser aussi les blessures du cœur. ”

Pierre Bolet, Président de l'association Cordia

Les Valeurs

Respect

Le respect du résident, de sa dignité, de ses droits, de ses projets, et de ses choix.

Echange

Etre à l'écoute des besoins, être attentif aux demandes spécifiques des résidents, c'est apporter soutien et bienveillance au quotidien.

Sérénité

La quiétude du lieu de repos, et la bienveillance du personnel garantissent au résident un bien-être physique et moral.

Cordia a établi une Charte de Bientraitance dont l'objectif est de promouvoir le mieux-être des résidents, tout en donnant aux professionnels un cadre de travail serein et motivant.

La Mission

L'association Cordia a pour principale vocation de répondre aux besoins fondamentaux des personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes. Se loger, se nourrir, se soigner, etc.

Retrouver l'*envie de vivre, son autonomie et réintégrer la société*, ce sont les engagements que prennent les personnes accueillies en travaillant avec l'équipe Cordia sur leur projet individuel. Pour atteindre ces objectifs, le personnel encadrant met en place un certain nombre d'actions au quotidien, définies à partir des 3 missions principales de l'association :

Accueillir des malades atteints de maladies invalidantes au sein d'hébergements adaptés à leur situation personnelle et à leur handicap.

Au sein des Appartements de Coordination Thérapeutique et de la Maison d'Accueil Spécialisée, ils vont pouvoir *retrouver le goût de vivre* en intégrant une "communauté de vie". Dans un cadre serein, ils prennent le temps de *se reconstruire* aux côtés d'une équipe professionnelle à leur écoute.

Soigner les personnes qui souffrent de pathologies souvent invalidantes.

Soulager leur douleur physique, les soutenir moralement, les aider à la compréhension et à l'acceptation de leur maladie, c'est autant d'actions au quotidien qui améliorent l'observance de leur traitement et les conduisent sur le chemin du mieux-vivre.

Accompagner quotidiennement les résidents vers l'autonomie et la réinsertion sociale.

Une équipe pluridisciplinaire encadre et accompagne les résidents dans l'avancement de leur projet personnalisé. Ensemble, ils préparent leur sortie et la stabilisation de leur état de santé.

Equipe pluridisciplinaire de Cordia Poitiers

L'équipe-pluridisciplinaire œuvrant actuellement aux ACT Cordia de Poitiers est constituée de sept membres permanents, à savoir :

Jérôme Foisnet : chef de service

Kamel Kebab : médecin

Marie Aranda : infirmière

Delphine Turquois : psychologue

Catherine Morand : référent social

Claire Fredricq : référent social

Melissa Lamiaud: auxiliaire de vie, autonomie au quotidien

Emmanuelle Toussaint: auxiliaire de vie, autonomie au quotidien

Locaux de Cordia Poitiers

C'est donc dans le contexte des Appartements de Coordination Thérapeutiques Cordia de Poitiers que ce stage s'est déroulé, sur une durée de trois mois à temps partiel.

Grâce à l'équipe pluridisciplinaire dans laquelle nous avons été intégrés, il a été possible d'appliquer des protocoles art-thérapeutiques avec 6 résidents. En incluant cette nouvelle prise en soin dans leur quotidien, nous avons pu participer à l'accompagnement dans leur projet personnalisé, la projection dans leur vie future et la stabilisation de leur état de santé dans le but de les guider vers l'autonomie et la réinsertion sociale.

Situé au 13, rue Scheurer Kestner à Poitiers, nous avons pu avoir accès à une salle dédiée aux séances individuelles, ainsi qu'à une salle dans la résidence collective pour les séances de groupe.

Nous avons également participé à toutes les réunions d'équipes hebdomadaires et tenu à partager à minima un repas par semaine avec les résidents afin de pouvoir compléter notre compréhension des résidents et de leurs capacités relationnelles hors séances. Ces deux moments furent riches en apprentissages, en partages et ont permis d'améliorer et faire évoluer les prises en soin art-thérapeutiques.

Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique

Durant notre premier entretien avec Mr Foisnet, il a été clairement énoncé le fait que l'art-thérapie devrait œuvrer dans le même sens que la structure Cordia afin de créer une cohérence pour le résident mais aussi, pouvoir amener des passerelles entre les divers accompagnements et la vie quotidienne.

Cela ayant pour but, d'inclure dans la vie des résidents, des façons d'être et de faire, pour se créer des repères et pouvoir se reprendre en main de manière autonome à terme.

Cordia est une structure transitoire, une dernière étape avant l'autonomie. Ici, les personnes viennent car elles ont un projet de vie, qu'elles connaissent leur pathologie, sont observantes et qu'elles ont été diagnostiquées psychologiquement aptes à entreprendre les dernières démarches pour devenir indépendantes.

Il est donc évident que l'objectif principal de toute prise en soin est l'autonomie.

A nous maintenant de savoir: *quelles sont les conditions requises, pour chacun des résidents pris en soin, afin d'aller vers cet objectif?*

Nous avons donc en objectif général commun à la structure et à toutes les personnes soignées: **l'autonomie**.

Le second objectif général, également en commun avec Cordia et correspondant à tous: **la socialisation**.

En suivant, nous nous sommes demandé comment atteindre ces objectifs, quels seraient les objectifs intermédiaires permettant d'atteindre ces grands objectifs?

Pour entrer en processus créatif et être au maximum disponible à la découverte de soi, il est nécessaire d'être dans un état intérieur paisible, sachant que les résidents sont tous sujets aux angoisses dues à leur maladie et/ou à l'environnement social, un premier objectif intermédiaire s'impose: la **diminution du syndrome anxieux**.

Autre objectif intermédiaire évident pour la reconstruction identitaire: la **restauration de l'estime de soi**. Sans cela, comment prendre soin et conscience de soi, de nos capacités, de qui nous sommes et surtout, comment être bien dans la relation à l'autre?

Nous verrons dans les études de cas, qu'en plus des objectifs que nous venons de citer, d'autres apparaîtront en fonction des besoins propres à chacun.

Protocole

Proposition du soin par l'Art

En amont des prises en soin, nous avons pris un temps d'observation au sein de la structure. Cela nous a permis de voir le fonctionnement de l'équipe, connaître les locaux et rencontrer quelques résidents. Nous avons créé des affiches et envoyé des courriers individuels à chaque résident afin de les informer que l'art-thérapie ferait partie des accompagnements soignants proposés durant les trois mois à venir.

Il nous a semblé qu'une réunion d'information serait pertinente pour les personnes ayant besoin de questionner, comprendre ou simplement être rassurées par un contact humain.

Nous avons donc mis en place cette réunion durant laquelle une référente sociale ainsi que l'infirmière coordinatrice étaient présentes.

Le choix fut fait de rendre cette présentation dynamique: commencer par donner la parole aux personnes présentes afin qu'elles donnent leur "définition", leur vision de ce **qu'est l'art-**

thérapie. Commencer par cette question fut source de partage entre les résidents, révélateur de ce qu'ils connaissaient et de ce que chacun aimerait pratiquer dans un contexte idéal art-thérapeutique.

Nous avons ensuite tenu à parler du **cadre** dans lequel les prises en soin allaient avoir lieu: un stage à durée limitée, les différents médiums artistiques proposés, une mise à disposition du matériel nécessaire à la bonne pratique artistique, un espace propice aux séances individuelles. (pour un aperçu de séances d'arts plastiques voir annexe 2 p.68)

En suivant, nous avons expliqué le **déroulement d'un protocole art-thérapeutique**: si le résident est intéressé par cette prise en soin, il est de son ressort de se mobiliser pour prendre un premier rendez-vous, celui-ci n'engageant à rien, permettant de discuter des besoins de la personne, fixer ensemble des objectifs art-thérapeutiques pertinents avec la prise en soin globale. Au libre choix du résident, il était possible que les séances aient lieu dans les locaux administratifs ou chez eux, qu'ils soient en résidences collectives ou en appartements individuels (diffus).

En parallèle des prises en soin individuelles, un **atelier d'art-thérapie collectif** a été mis en place à un rythme hebdomadaire. Il avait lieu dans la plus grande résidence collective, chaque mercredi après le déjeuner commun.

Ce moment informatif et de partage, nous a permis de créer un premier contact, un premier lien humain qui a permis de casser une image à la fois abstraite et supérieure de ce qu'est un art-thérapeute.

Entretiens individuels

Cette première rencontre individuelle nous permet de remplir ensemble la fiche d'ouverture et de créer le dossier (cf. annexe 3 p.69-70).

Nous estimons qu'il est important que dès cet instant, le résident se sente impliqué, connaisse ses droits en tant que patient, choisisse la couleur de son dossier et voie ce que nous écrivons sur les fiches. Ce moment sert à exprimer les besoins individuels, les envies artistiques, les éventuelles contre-indications et se connaître mutuellement.

Suite à quoi, nous avons eu accès à l'anamnèse des résidents pris en soin dans le but de respecter au mieux leur bien-être tout au long du protocole.

Fiches d'observations et Bilans

Des fiches d'observations (cf. annexe 4 p.71-72) ainsi que des grilles de cotation ont été créées en fonction des objectifs précités.

En fin de séance, nous demandions au résident de remplir une fiche d'auto-évaluation (cf. annexe 5 p.73). Il était libre de le faire ou non, intégralement ou partiellement.

Ces deux fiches nous permettaient à la fois de prendre du recul, de mettre en évidence les faits significatifs de chaque séance ainsi que ce qui pourrait être amélioré, changé dans nos propositions et consignes.

Le fait que le résident exprime à la fois son état intérieur, ses émotions, son plaisir dans la pratique et puisse suggérer ce qui pourrait être changé ou ce qu'il souhaiterait à l'avenir, nous importe pour plusieurs raisons dont voici les principales:

- entretenir une relation thérapeutique authentique
- être à l'écoute de l'évolution des besoins
- s'adapter et mobiliser les compétences adaptées
- être dans la distance thérapeutique la plus juste possible

En fin de PES*, nous avons fait des bilans (cf. annexe 6 p.74) communiqués à l'équipe et ajoutés à leur dossier médical individuel.

Items observables

Comme dit en introduction, il nous semble essentiel d'avoir un langage commun avec le corps médical et paramédical afin de pouvoir s'entendre, se comprendre et observer chez la personne prise en soin, des items admis et intelligibles par tous, dans le but de constater ce qui va dans le sens du bien-être de celle-ci, au regard des objectifs thérapeutiques fixés ensemble.

Nous avons donc fait le choix de nous référer à des échelles reconnues scientifiquement et d'y puiser des items cohérents aux objectifs, auxquelles nous avons ajouté des items spécifiques à l'art-thérapie.

Principaux items retenus et leurs cotations:

Anxiété (capacités psychoaffectives)

Item 1: Humeur anxieuse (échelle d'Hamilton, cf. annexe 7 p.75-76-77-78-79)

(condition émotionnelle d'incertitude devant le futur: inquiétude, irritabilité, appréhension)

- capacité de projection

1: inexistant (angoisse ++++) - 2: peu exprimée (angoisse ++) - 3: exprimée avec aide (angoisse +) - 4: présente (émotion gérée) - 5: instinctive avec joie (détente émotionnelle)

Item 5: Troubles de la concentration (échelle d'Hamilton)

(difficultés de concentration, de prise de décisions dans les domaines quotidiens et problèmes de mémoire)

- concentration

1: passivité, désintérêt rapide - 2: précipitation et négligence - 3: rapidité et application moyenne - 4: application correcte - 5: patience et application soignée

Items art-thérapeutiques

- Attitude / élan corporel (dans le non-verbal)

1: fermée/inexistant - 2: contractée/avec difficultés - 3: tensions ponctuelles - 4: gênes ponctuelles (tics, mimiques parasites) - 5: détente physique, serein et ouvert

- Plaisir éprouvé (expression des émotions et des sensations)

1: déplaisir exprimé - 2: neutre - 3: plaisir léger, peu exprimé - 4: plaisir présent et verbalisé - 5: verbalisation du plaisir et de l'envie de continuer avec le sourire

Estime de soi

Item 10: Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien (échelle de Rosenberg, cf. annexe 8 p.80) - **Verbalisation manque d'estime de soi**

1: très fréquent (+6 fois) - 2: régulièrement (3 à 5 fois) - 3: de temps en temps (2-3 fois) - 4: rarement (1-2 fois) - 5: jamais

Item 6: J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même (échelle de Rosenberg)

- **Droit et gestion de l'erreur** (adaptation et autocorrection)

1: impossible d'accepter l'erreur - 2: difficile d'accepter l'erreur même avec aide - 3: possibilité de gérer de l'erreur avec aide - 4: acceptation du droit à l'erreur et adaptation - 5: adaptation et autocorrection naturelle

Items art-thérapeutiques

- **Pensée critique / créative** (expression et affirmation du goût)

1: totalement mimétique - 2: mimétique avec suggestions du résident - 3: équilibre mimétique/heuristique - 4: heuristique avec suggestions de l'art-thérapeute - 5: totalement heuristique

- **Capacité à faire un choix** (savoir prendre des décisions)

1: impossible - 2: difficile avec aide - 3: possible avec aide - 4: possible seul - 5: naturel

Socialisation (capacités relationnelles)

Séances individuelles

- **Distance thérapeutique** (attitude face à l'art-thérapeute)

1: ignorance, n'interagit pas - 2: détachement, interagit peu - 3: fusion, projection, transfert - 4: rapprochement, recherche de sympathie - 5: bonne et adaptée

- **Devenir d'une production** (partage de la création)

1: désintéret - 2: destruction - 3: conservée en zone neutre (structure) - 4: conservée pour soi - 5: montrée, partagée et/ou offerte

Socialisation (capacités relationnelles)

Ateliers collectifs

- **Empathie** (conscience de soi, demander/proposer de l'aide à un individu du groupe)

1: ignore l'autre - 2: souhaite interagir mais n'ose pas - 3: interagit ponctuellement (quand c'est nécessaire) - 4: interagit souvent - 5: est heureux d'interagir

- **Interactions interpersonnelles** (occupation de l'espace: physique et verbale)

1: sort du cadre et ne prend pas en compte le groupe - 2: en excès constant (envahit l'espace physique et verbal) - 3: se met en avant et perturbe le groupe ponctuellement - 4: ose donner son avis mais avec gêne - 5: bonnes (dans le respect de soi et de l'autre)

- **Capacité de concentration** (au sein d'un groupe)

1: passivité, désintéret rapide - 2: précipitation et négligence - 3: rapidité et application moyenne - 4: application correcte - 5: patience et application soignée

- **Communication** (attention portée lors d'un échange collectif)

1: inattention et désintéret - 2: perturbe mais demande de répéter - 3: correcte (répétitions occasionnelles) - 4: correcte sans répétition - 5: bonne et fluide

Organisation des séances

	Ateliers collectifs	Séances individuelles
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser le processus relationnel Accepter l'autre et sa différence Accepter le regard de l'autre sur soi Favoriser la mobilisation pour une activité de groupe Favoriser les échanges avec: équipe professionnelle, résidents, entourage personnel 	<ul style="list-style-type: none"> S'engager dans un protocole art-thérapeutique Favoriser l'autonomie Diminution du syndrome anxieux Amélioration de l'estime et de la confiance en soi Encourager la mobilisation et l'implication
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> 1 atelier collectif hebdomadaire ouvert à tous les résidents, sans obligation de régularité 1 objectif commun 1 art-thérapeute assistée par l'infirmière 1 salle dédiée à l'activité Divers outils d'expression plastique et d'écriture 	<ul style="list-style-type: none"> Fréquence hebdomadaire (hors imprévus) 1 salle dédiée aux séances Divers outils adaptés à l'activité choisie selon les besoins du résident Possibilité de choisir une musique d'ambiance favorisant la concentration
Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> Supervision psychologique de l'art-thérapeute 1 semaine d'observation 1 repas hebdomadaire avec les résidents à la résidence collective Participation à la réunion d'équipe hebdomadaire Création de fiches: ouverture de dossier, observations, bilans 1 questionnaire d'auto-évaluation, destiné aux résidents 1 questionnaire sur l'intérêt et l'impact de l'art-thérapie dans une équipe pluridisciplinaire, destiné aux membres de l'équipe Repas de fin de stage avec l'équipe et les résidents Réunion équipe: transmission bilans art-thérapeutiques et bilan de stage 	
	<ul style="list-style-type: none"> Participation libre - autonomie Décision collective de la / des technique(s) artistique(s) Présentation collective de la / des création(s) à l'équipe et aux autres résidents 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement sur un protocole établi avec l'art-thérapeute Protocole personnalisé Prise de rendez-vous autonome Bilan individuel

Choix des résidents

Au sein de la structure, le vouvoiement est de mise, cependant nous appelons les résidents par leurs prénoms. Pour des raisons éthiques visant à respecter l'intimité des personnes prises en soin, nous les avons anonymisées mais avons souhaité leur assigner des prénoms cohérents à leur personnalité et leurs origines.

Denis, Tom et Simon ont trois parcours de vie différents et ont intégré la structure à plusieurs mois d'intervalle. Ils répondent aux critères d'inclusion de Cordia: pathologie chronique et désocialisation.

Chacun, afin d'être admis à Cordia, a dû exprimer ses besoins, avoir pour but l'autonomie et un projet (/projet de vie) allant en ce sens. A partir de ces données, et suite aux entretiens

individuels avec leurs référents sociaux et le corps médical, l'équipe entière prend en compte les besoins exprimés, ceux constatés et fait en sorte d'accompagner de la manière la plus empathique le résident: prenant en compte son état de santé, ses envies, les éventuels changements pouvant impacter celui-ci sur un plan physique et/ou psychique.

Du point de vue art-thérapeutique ces résidents nous semblent pertinents à présenter pour les raisons suivantes:

- Participation aux séances groupales (+/-): socialisation en atelier collectif observable
- Ecriture: technique commune
- Difficultés à gérer les émotions: besoin commun
- Besoin de recréer du lien avec l'entourage: besoin commun
- Même tranche d'âge (de 25 à 32 ans)
- Engagement spontané dans un protocole individuel
- Régularité dans la présence
- Résultats variés

Retombées attendues

Concernant les prises en soin, nous attendons évidemment une amélioration des résultats au regard des bilans et des cotations.

Dans le cadre du travail en équipe pluridisciplinaire, nous souhaitons impliquer l'art-thérapeute au maximum dans la dynamique collective. Cela, dans le but de voir quelles sont les passerelles possibles d'un accompagnement à un autre, de pouvoir constater des impacts inattendus, de connaître les limites de l'art-thérapie dans le contexte de la réinsertion sociale, et enfin, avoir des retours réguliers de la part des autres professionnels ainsi que des résidents.

En tant que futurs diplômés, nous souhaitons avoir une expérience dans le secteur social car c'est un milieu intéressant et attirant mais que nous avons peu exploré par le passé.

Rencontrer d'autres professionnels du domaine médical et paramédical de la région afin d'avoir des pistes pour un futur emploi. Et enfin, voir s'il serait possible d'intégrer l'art-thérapie au sein de Cordia comme accompagnement régulier et pertinent dans le cadre des prises en soin ayant les objectifs: autonomie et socialisation.

Nous mettons en annexe 9 (p.81-82) quelques retours sur l'impact de l'art-thérapie dans le contexte de notre étude par les membres de l'équipe pluridisciplinaire au sein de laquelle à travaillé l'art-thérapeute.

2.2 Méthodes

Etude de cas: Denis

Anamnèse

Biographie

Denis, 26 ans, 1m57, 65kg est célibataire sans enfant, un frère sur Poitiers et ses parents dans le Val de Vienne. Après avoir été en ESAT* est venu en ACT* dans un logement double.

Pathologies

Affection génétique non identifiée, épilepsie, apraxie +, agoraphobie +, angoisses ++

Traitement

Lamictal 50 : 1.0.1: *épilepsie* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Oméprazole 20 : 0.0.1: *problèmes gastriques*: éradication de *Helicobacter pylori*, lésions gastroduodénales induites par les AINS*, œsophagites dues à un reflux gastro-œsophagiens, reflux gastro-œsophagiens, syndrome de Zollinger-Ellison, ulcères duodénaux et gastriques /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Zopiclone 7,5 : 1/jour: *insomnies* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Centres d'intérêts

Lecture principalement fantastique et science-fiction, regarde des séries animées, est friand de l'univers mangas et des super-héros.

Difficultés et besoins exprimés

Angoisses et gestion des émotions difficiles dans la relation à l'autre, besoin de travailler sa praxie, besoin d'organisation.

Objectifs thérapeutiques

Objectifs art-thérapeutiques intermédiaires :

- Restaurer l'affirmation de soi
- Favoriser l'acquisition d'un cadre structurant
- Diminution du syndrome anxieux

Objectifs art-thérapeutiques généraux :

- Autonomie
- Socialisation, intégration

Séances d'art-thérapie

Technique artistique et cadre:

- Ecriture
- Dans une salle calme avec bureau au sein des locaux administratifs

Séance 1

Date 14.02.2018

Objectifs

Autonomie, cohérence, travail de la praxie

Consigne

Fixer un objectif atteignable et organiser les idées:

définir : lieux, héros, alliés, ennemis, époque et grandes étapes de l'histoire.

Déroulement de la séance

Discussion et prise de conscience des étapes nécessaires à l'élaboration et la rédaction d'une nouvelle. Denis est un peu tendu et ne souhaite pas écrire de suite. Cependant il répond à l'intégralité de la consigne et finit par prendre le stylo: difficile de relire. Demande à garder ce que l'on a fait pour relire et avancer chez lui, verbalise timidement sa motivation.

Faits remarquables: Très bonne conscience de l'ordre dans lequel se déroule une histoire.

Plaintes: /

Observations: doutes sur sa capacité à se relire si c'est lui qui écrit - suggestion d'écrire en capitales: adhésion - 20 min. d'écriture autonome - a su se simplifier la tâche en utilisant des bases de personnages déjà existants - a une grande imagination.

Séance 2

Date 26.02.2018

Objectifs

Autonomie, cohérence, travail de la praxie

Consigne

Détailler les événements dans chaque lieu et écriture d'un paragraphe détaillé.

Déroulement de la séance

Denis partage ce qu'il a fait : tableau pour classer et compléter les caractéristiques des personnages. Denis est arrivé avec son matériel et un beau travail. Il est un peu malade ce qui nuit à sa concentration mais écrit seul toute la séance. Il s'applique, cependant la lecture reste difficile.

Faits remarquables: A travaillé chez lui: écriture manuscrite, tableau organisationnel des personnages

Plaintes: /

Observations: Grande motivation - plus distrait qu'en séance 1 - a amené son matériel (classeur, feuilles, stylo) - écriture autonome par tranches de 3 à 10 min.

Séance 1 (groupe)

Date 28.02.2018

Objectifs

Communication, relation, estime de soi

Consigne

Ecrire 2 thèmes, les mettre dans un chapeau-écrire entre 4 mots et 4 lignes en rapport avec le thème pioché-imaginer une journée sur une planète correspondant à l'un des thèmes.

Déroulement de la séance

Avec un peu d'aide, le groupe a réussi à bien communiquer : partage d'un peu de soi + écoute de l'autre. Les résidents ont commencé à valider les premiers thèmes du quiz*.

Faits remarquables: Denis a osé prendre la parole devant tous avec de l'aide.

Plaintes: /

Observations: Besoin de stimuler l'élan corporel pour l'écriture dans le contexte de groupe. Peur du jugement et compare ses capacités à celles des autres.

Séance 3

Date 19.03.2018

Objectifs

Autonomie, communication, affirmation de soi

Consigne

Finir le plan global de l'histoire puis écriture longue.

Déroulement de la séance

Organisation des feuilles : numérotation et agrafage. Denis se montre plus bavard et pose des questions pour être sûr de ce qui est mis en place. Il affirme pour la première fois un choix en répondant « non » à une de mes suggestions et amène son idée.

Faits remarquables: temps de concentration plus longs (minimum 5 min.) - s'affirme en utilisant le "non"

Plaintes: /

Observations: bavard: pose plus de questions que d'habitude - verbalise son contentement.

Séance 4

Date 23.03.2018

Objectifs

Autonomie, communication, cohérence

Consigne

Elaboration complète de la troisième partie du récit.

Déroulement de la séance

Discussion sur l'introduction et où nous en sommes dans le récit. Denis montre de plus en plus son enthousiasme à avancer dans son histoire. A chaque paragraphe écrit, suite à la relecture il commence à s'auto-corriger et faire des propositions.

Faits remarquables: plaisir exprimé au moment de l'ajout de détails.

Plaintes: /

Observations: toujours très enthousiaste à l'idée d'avancer - autocorrection de plus en plus spontanée, dit qu'il manque des mots ou que ce n'est pas clair et demande de l'aide.

Séance 5

Date 26.03.2018

Objectifs

Autonomie, communication, cohérence

Consigne

Ecriture complète du premier combat avec les différents points de vue et rétablissement des héros après l'échec. Amorce du deuxième combat avec scènes humoristiques.

Déroulement de la séance

Echanges d'idées autour du premier combat du récit.

Denis assume de plus en plus ses idées et est heureux de me les transmettre en début de séance. Il inclut des émotions dans le récit : joie, peur, tristesse, etc. Grande implication.

Faits remarquables: s'est auto-félicité à 3 reprises sur l'originalité de ses idées.

Plaintes: /

Observations: s'est intéressé à la catégorie littéraire dans laquelle se situe son histoire - est de plus en plus à l'aise dans la communication verbale, assume ses idées avec plaisir (sourires).

Séance 6

Date 30.03.2018

Objectifs

Autonomie, communication, cohérence

Consigne

Ecriture complète du deuxième combat : comment le rendre différent, plus intéressant et plus « épique » que le premier. Inclusion de tous les personnages méchants.

Déroulement de la séance

Denis avait égaré ses clés. Il a besoin d'exprimer son angoisse même si le problème est résolu. Denis a mis du temps à se concentrer du fait de l'événement des clés mais long temps d'écriture en suivant. Verbalise de la satisfaction face à ses idées.

Faits remarquables: ajoute de l'émotion chez les personnages du récit.

Plaintes: /

Observations: Stress à cause des clés mais s'est totalement plongé dans son histoire une fois apaisé. Grande concentration: 30 min. d'écriture consécutive.

Séance 4 (groupe)	Date 04.04.2018
Objectifs Communication, relation, implication	
Consigne Répartition d'un commun accord des thèmes + suggestion de nouveaux thèmes / Ecriture de 10 questions sur 2 thèmes / Partages et validation commune.	
Déroulement de la séance De nouveaux thèmes sont proposés. Les résidents ayant finis en premier ont proposé spontanément d'aider les autres. Prise en compte de l'avis collectif pour reformuler.	
Faits remarquables: Denis est bien plus bavard que lors de la 1 ^{ère} séance groupale.	
Plaintes: /	
Observations: verbalise ses doutes et accepte volontiers l'aide du groupe.	

Séance 7	Date 04.04.2018
Objectifs Estime de soi, communication, cohérence	
Consigne Amélioration du récit : ajout de précisions pour une meilleure compréhension du lecteur.	
Déroulement de la séance Denis a achevé l'écriture du récit chez lui : lecture de ce qui a été écrit entre les deux séances. Il me parle de sa mère pour la première fois : il lui a partagé son travail, elle y a vu de l'intérêt et l'a aidé. Impliqué et appliqué, Denis est fier de ce qu'il fait et l'exprime.	
Faits remarquables: partage intime sur sa famille.	
Plaintes: /	
Observations: enthousiasme grandissant, est heureux de pouvoir partager sa création avec sa mère: verbalise qu'elle a eût de l'intérêt et l'a aidé.	

Séance 8	Date 20.04.2018
Objectifs Autonomie, estime de soi, communication	
Consigne Transmettre à l'art-thérapeute les informations nécessaires à la compréhension de l'histoire.	
Déroulement de la séance Denis me présente le plan impeccable pour un nouveau récit faisant suite au premier. Denis est très satisfait de constater qu'il a été apte à mettre en place seul tous les éléments nécessaires et qu'il est maintenant capable d'élaborer un récit complet, complexe de manière chronologique et cohérente.	
Faits remarquables: Denis s'interroge sur l'intérêt d'écrire: en ressort du plaisir et du partage.	
Plaintes: /	
Observations: Denis constate qu'il est capable de produire seul une histoire construite et cohérente de bout en bout: satisfaction. Souhaite que l'on dactylographie sa 1 ^{ère} nouvelle.	

Séance 9	Date 20.04.2018
Objectifs Autonomie, estime de soi, communication	
Consigne Dicter le texte et faire des suggestions de reformulations quand cela est nécessaire.	
Déroulement de la séance Discussion sur le fait de dactylographier le premier récit dans le but d'imprimer et relier avant la fin de la PES. Denis exprime qu'il est content et rassuré de voir que tout sera achevé avant mon départ. Il repère de suite les répétitions et fait des choix rapides entre plusieurs propositions.	
Faits remarquables: reformule au fil de la lecture: enlève les répétitions, adapte les pronoms.	
Plaintes: /	
Observations: comprend l'intérêt de la reformulation et apprécie d'en être capable. Demande de l'aide s'il ne sait pas comment changer ou être pertinent dans certaines formulations.	

Séance 5 (groupe)	Date 25.04.2018
Objectifs Estime de soi, communication, relation	
Consigne Etablir le nombre définitif de questions par thème : choix de celles à garder / création de questions sur un thème commun nouveau / choix d'une couleur par thème pour la mise en page finale.	
Déroulement de la séance Relecture de toutes les questions validées jusqu'à présent. 5 questions sont retenues par thème. Chacun donne son avis sur les questions à conserver. Lancement difficile du thème commun mais chacun a su apporter une question et un avis devant les autres. Satisfaction générale de voir le jeu définitif prendre forme.	
Faits remarquables: Denis a accepté volontiers et avec plaisir de partager ses thèmes.	
Plaintes:	
Observations: objectifs avant finalisation atteints - dynamique ouverte et à l'écoute - bonne interaction avec tous les résidents présents: écoute et partage.	

Séance 10	Date 27.04.2018
Objectifs Autonomie, estime de soi, communication	
Consigne Dicter le texte et faire des suggestions de reformulations quand cela est nécessaire.	
Déroulement de la séance Discussion détendue courte. Denis fait spontanément des propositions de reformulations et demande de l'aide quand il n'a pas d'idées. Il me remercie pour ce que l'art-thérapie lui permet de créer.	
Faits remarquables: exprime que c'est dommage mais ok d'arriver à la fin de la PES.	
Plaintes: /	
Observations: propositions de reformulation de plus en plus spontanées. Verbalise qu'il est content de tout ce qu'il a fait, légère inquiétude (vite apaisée) sur le fait de terminer avant la fin de la PES.	

Séance 11

Date 27.04.2018

Objectifs

Autonomie, estime de soi, communication

Consigne

Dictier le texte et faire des suggestions de reformulations quand cela est nécessaire.

Déroulement de la séance

Discussion détendue courte. Denis n'a fait appel à mon aide que 2 fois durant cette séance. Il est fier de ses progrès, son imagination et me l'exprime.

Faits remarquables: utilisation pertinente de vocabulaire varié.

Plaintes: /

Observations: heureux de constater que tout est bel et bien terminé avant la fin de la PES. Exprime sa satisfaction quant au fait d'aller faire relier sa nouvelle.

Séance 6 (groupe)

Date 30.04.2018

Objectifs

Estime de soi, communication

Consigne

Choix collectif de la mise en page.

Déroulement de la séance

Proposition de différents cadres pour les cartes + choix de la mise en page. Chacun a su donner son avis sur les divers éléments de composition graphique que j'ai mis en place avec eux sur l'ordinateur. Les résidents ont fait les recherches nécessaires pour les orthographes de noms propres et des informations nécessaires à la rédaction finale des cartes.

Faits remarquables: Denis est bien organisé pour choisir et énoncer ses questions.

Plaintes: /

Observations: content de voir le jeu prendre sa forme définitive et esthétique.

Afin d'aller au bout de la démarche créative quant à la prise en soin individuelle, un dernier rendez-vous a eu lieu le 02.05.2018

Discussions sur la prise en soin art-thérapeutique et la création de Denis.

Déroulement: Accompagnement de Denis pour l'impression et la reliure. Il a fait le guide durant le trajet à pieds et sait donc comment y retourner. Il est très satisfait de voir son œuvre achevée. Verbalise qu'il ressent du plaisir à imaginer, écrire et souhaite continuer d'entretenir cela.

Etude de cas: Tom

Anamnèse

Biographie:

Tom, 32 ans, 1m87, 100kg, est célibataire sans enfant, originaire de Lyon où ses parents vivent. A été jusqu'au bac puis à travaillé au mac Donald. Sa schizophrénie fut découverte durant le lycée période où il a commencé à consommer de l'héroïne, du cannabis et autres drogues. A fait une cure puis une postcure: proposition d'aller en ACT en suivant, qu'il a accepté.

Pathologies

Schizophrénie, toxicomanie substituée, angoisses +++, TDS* (18 mois HP*), somnolences +, chirurgie rotule G 1998 ;

Traitement

Subutex : 16mg/jour: *substitutif aux opiacés* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Zolpidem : 0.0.1: *insomnie adulte à court terme* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Valium 10 : 0.0.2: *anxiété, sevrage alcoolique* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Tropatépine 10 : 0.0.1: *syndromes parkinsoniens* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Quétiapine 400 : 0.0.2: *schizophrénie* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Centres d'intérêts

Cinéphile, collectionneur de DVD, aime les séries TV ainsi que la musique, en particulier les Pink Floyd et le rock des années 70-80, intérêt pour l'Art, bonne culture sur le sujet.

Difficultés et besoins exprimés

Envie de perdre du poids, a besoin de bouger et de s'amuser, de se sentir vivant, la solitude et l'inactivité font surgir des angoisses.

Objectifs thérapeutiques

Objectifs art-thérapeutiques intermédiaires:

- Restauration de l'estime des soi
- Réduction du syndrome anxieux
- Amélioration des fonctions psychocorporelles

Objectifs art-thérapeutiques généraux:

- Autonomie
- Socialisation, réorganisation du processus relationnel

Séances d'art-thérapie

Technique artistique et cadre:

- Danse et écriture
- Dans une salle au sein des locaux administratifs

Séance 1

Date 14.02.2018

Objectifs

Autonomie, communication, implication, cohérence

Consigne

Apprendre le pas de base du Charleston + proposition d'un ou deux nouveaux pas.

Déroulement de la séance

Ecoute de plusieurs musiques Lindy hop. Tom a besoin de fumer avant d'entrer dans la pratique, il fait vite et se met rapidement dans la danse. Il est satisfait et content d'apprendre, de faire bouger son corps. Nous allons doucement car il semble avoir des troubles de la

latéralité et de l'équilibre.

Faits remarquables: /

Plaintes: se plaint des autres résidents - exprime qu'il s'ennuie dans son quotidien.

Observations: s'égare facilement, se répète régulièrement.

Séance 2

Date 16.02.2018

Objectifs

Autonomie, communication, implication, cohérence

Consigne

Apprendre deux nouveaux pas, ajout du haut du corps dans le mouvement.

Déroulement de la séance

Tom a amené son ordinateur et un extrait du film « The Mask » pour proposer un nouveaux pas. Tom a fumé avant de commencer la séance mais pas à la fin. Il montre motivation et enthousiasme dans la danse et dans le fait de proposer de nouveaux pas via les films.

Faits remarquables: a dit ne pas savoir qui était Marie (l'infirmière coordinatrice).

Plaintes: parle encore de son ennui quotidien - a du mal à bouger le haut du corps.

Observations: a amené son matériel: implication. Grand besoin de partage ce qui interrompt ponctuellement la pratique mais s'y remet volontiers.

Séance 1 (groupe)

Date 28.02.2018

Objectifs

Autonomie, communication, relation, estime de soi

Consigne

Ecrire 2 thèmes, les mettre dans un chapeau-écrire entre 4 mots et 4 lignes en rapport avec le thème pioché-imaginer une journée sur une planète correspondant à l'un des thèmes.

Déroulement de la séance

Avec un peu d'aide, le groupe a réussi à bien communiquer : partage d'un peu de soi + écoute de l'autre. Les résidents ont commencé à valider les premiers thèmes du quiz.

Faits remarquables: Tom a proposé de nombreux thèmes et a souri.

Plaintes: /

Observations: Tom était tellement stimulé par l'exercice écrit qu'il en a oublié son rendez-vous suivant: à prendre en compte pour les prochaines séances.

Séance 3

Date 28.02.2018

Objectifs

Autonomie, estime de soi, communication, implication

Consigne

Faire la danse complète + proposition de deux nouveaux pas.

Déroulement de la séance

Rappel de l'enchaînement de pas appris durant les séances précédentes. Tom est fatigué dès son arrivée. Il garde la tête baissée toute la séance. Il a des difficultés de concentration cependant, reste impliqué. A besoin de verbaliser son mal-être.

Faits remarquables: fatigue: grosse difficultés de concentration.

Plaintes: allergie à la jambe droite: gêne désagréable.

Observations: besoin de partage - a des difficultés à regarder devant lui sauf si élément à regarder: peinture, image, écran.

Séance 4 - 02.03.2018

Tom arrive avec 35 minutes de retard, il n'a pas entendu le réveil, s'excuse et souhaite fixer un nouveau rendez-vous dès maintenant.

Séance 2 (groupe)

Date 07.03.2018

Objectifs

Communication, relation

Consigne

Validation des thèmes / chacun choisit son thème : écrire 10 lignes autour du thème choisi afin d'établir ce sur quoi les questions vont porter / partages au groupe + ajout d'idées.

Déroulement de la séance

Rappel des thèmes + propositions de nouveaux thèmes. Bon avancement, Tom exprime qu'il n'a pas vu le temps passer et qu'il serait là à chaque séance. Prolongement de la séance d'1/4 d'heure, demandé pour faire un petit jeu ensemble.

Faits remarquables: Tom est passé du dos vouté à un dos droit avec furtifs contacts visuels.

Plaintes: a parlé de ses pertes de mémoire qui le font répéter et lui donnent l'impression d'incommoder les autres.

Observations: a du mal à répondre à la consigne mais garde un fil cohérent dans son écriture. Intègre des sensations physiques dans l'écriture, entre deux phrases.

Séance 5

Date 09.03.2018

Objectifs

Autonomie, confiance en soi, communication, implication

Consigne

Imaginer des séries de 5 à 10 questions de culture générale, les proposer.

Déroulement de la séance

L'art-thérapeute s'est fait une entorse donc propose à Tom soit de travailler le haut du corps soit qu'il danse à son rythme avec guide. Il propose une séance d'écriture, dit qu'il apprécie ce médium utilisé en atelier collectif et verbalise qu'il aimerait alterner danse et écriture en séances individuelles. Tom est enthousiaste à l'idée d'écrire et arrive à rester concentrer 10 minutes d'affilée en moyenne. Tom prend confiance et propose une activité avec une consigne associée. L'écriture est un médium de communication très efficace pour lui.

Faits remarquables: a fait un choix et verbalisé ce qu'il préférerait faire.

Plaintes: /

Observations: bonne autonomie: Tom amène spontanément des compléments de consigne et arrive à rythmer la séance en fonction de sa concentration, le verbalise. Concentration: de 10 à 14 min. sans interruption.

Séance 3 (groupe)

Date 21.03.2018

Objectifs

Communication, implication, cohérence

Consigne

Ecrire 10 questions/réponses sur le thème choisi / partage et recherche collective d'idées.

Déroulement de la séance

Rappel de tous les thèmes validés. L'écriture amène une bonne concentration stimulante : ils écrivent souvent plus de 10 questions : partages intéressants, chacun se met à la portée de l'autre. Jeu d'1/4 d'heure.

Faits remarquables: Tom est très agité du fait d'un souci pour uriner. Oublis significatifs de choix faits sur les séances précédentes.

Plaintes: maux à la vessie, difficultés pour rester assis.

Observations: souhaite faire la séance en entier mais fait plusieurs allers-retours aux toilettes pour son bien-être: se respecte.

Séance 6

Date 23.03.2018

Objectifs

Estime de soi, implication, cohérence

Consigne

Portrait chinois*: répondre à une vingtaine de « questions » / affirmations sur ce qu'on est.

Déroulement de la séance

Tom propose le portrait chinois naturellement. Il est fatigué du fait du changement de son traitement. Il va malgré tout jusqu'au bout de l'activité et semble content de partager mais demande à terminer la séance 10 minutes plus tôt pour aller se reposer.

Faits remarquables: déconcentré (l'art-thérapeute doit lui rappeler que le téléphone cellulaire doit être coupé sauf urgence) - fatigué: beaucoup moins motivé qu'à son habitude.

Plaintes: fatigue

Observations: Tom a demandé à finir la séance plus tôt - il a tenu à faire une activité l'amenant à partager un peu plus de lui.

Séance 7 - 28.03.2018

Tom est à nouveau absent, cette fois il ne prévient pas. Les autres professionnels me confirment que c'est une période difficile pour lui. J'en discute avec lui au repas, il dit qu'il a confondu les jours.

Séance 8

Date 18.04.2018

Objectifs

Communication, implication, cohérence

Consigne

Faire des séries de 10 questions/réponses sur des thèmes définis.

Déroulement de la séance

Proposition de reprendre la danse, il exprime que pour l'instant il souhaite rester dans l'écriture. Tom est motivé, trouve rapidement beaucoup de questions, il partage sa culture artistique. Temps de concentration : de 8 à 17 minutes. Exprime qu'il aimerait continuer l'art-thérapie.

Faits remarquables: reproduit les exercices des séances groupales mais avec ses idées.

Plaintes: /

Observations: a verbalisé qu'il aimerait pouvoir aller au bout du protocole même après mon stage car cela lui est bénéfique même s'il va parfois mal.

Séance 9	Date 25.04.2018
Objectifs Estime de soi, confiance en soi, communication, implication	
Consigne Se souvenir de toute la petite chorégraphie créée ensemble et trouver le pas final.	
Déroulement de la séance Tom propose spontanément de reprendre la danse, il a envie. Ecoute de musiques de Lindy hop. Tom est très motivé et impliqué. Le week-end passé chez ses parents et l'adaptation à son traitement/environnement participent à cet entrain. Il se remémore très vite les pas et prend plaisir à trouver le final qui va boucler la séquence de danse.	
Faits remarquables: Tom a retrouvé beaucoup de motivation et a de l'élan physique.	
Plaintes: /	
Observations: se remet en mouvement, dit qu'il va mieux et qu'il souhaite plus s'investir à nouveau. Verbalise beaucoup moins son ressenti quant aux événements passés et aux autres résidents - est content d'être responsable de faire le repas aujourd'hui.	

Séance 5 (groupe)	Date 25.04.2018
Objectifs Estime de soi, communication, relation	
Consigne Etablir le nombre définitif de questions par thème : choix de celles à garder / création de questions sur un thème commun nouveau / choix d'une couleur par thème pour la mise en page finale.	
Déroulement de la séance Relecture de toutes les questions validées jusqu'à présent. 5 questions sont retenues par thème. Chacun donne son avis sur les questions à conserver. Lancement difficile du thème commun mais chacun a su apporter une question et un avis devant les autres. Satisfaction générale de voir le jeu définitif prendre forme.	
Faits remarquables: Tom va mieux et arrive à répondre à la consigne sans difficulté.	
Plaintes: /	
Observations: arrive à communiquer, à se mettre à la portée des autres.	

Séance 6 (groupe)	Date 30.04.2018
Objectifs Estime de soi, communication	
Consigne Choix collectif de la mise en page.	
Déroulement de la séance Proposition de différents cadres pour les cartes + choix de la mise en page. Chacun a su donner son avis sur les divers éléments de composition graphique que j'ai mis en place avec eux sur l'ordinateur. Les résidents ont fait les recherches nécessaires pour les orthographes de noms propres et des informations nécessaires à la rédaction finale des cartes.	
Faits remarquables: Tom attache de l'importance au titre et catégories	
Plaintes: /	
Observations: satisfait de voir la version finale du jeu. Se mobilise et va chercher son ordinateur afin d'être dans une dynamique collective et accomplir des tâches parallèles.	

Etude de cas: Simon

Anamnèse

Biographie

Simon, 27 ans, 1m78, 65kg est célibataire sans enfant et a ses parents dans la Vienne. Avant : scolarité jusqu'au collège puis à domicile, 2015-03.2017 au CHU* puis CHHL*.

Pathologies

Mutisme avec les adultes jusqu'à 13 ans, souffle systolique ancien, obésité grade 1, déficit moteur du à une grabatisation au domicile parental, hypothyroïdie substituée : lobectomie G le 02.03.2017, angoisses +++ ;

Traitement

Lévothyrox 25 : 1.0.0: *hypothyroïdies* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Dipipéron 40 : 0.0.1: *états d'agitation/d'agressivité au cours d'états psychotiques aigus et chroniques* (courte durée) /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Ramipril 5 : 1/jour: *HTA* légère à modérée, insuffisance cardiaque légers à modérés* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

si besoin Tramadol 50 : 1.0.1: *douleurs modérées à intenses* /effets indésirables cf. annexe 10 (p.83-84)

Centres d'intérêts

Séries TV, Cinéma, Informatique

Difficultés et besoins exprimés

Souhaite apprendre à gérer ses émotions, améliorer ses capacités de communication et relationnelles ainsi que sa capacité d'adaptation/sa créativité.

Objectifs thérapeutiques

Objectifs art-thérapeutiques intermédiaires:

- Restauration de l'estime de soi
- Diminution du syndrome anxieux
- Apaisement des tensions psychiques et physiques

Objectifs art-thérapeutiques généraux:

- Autonomie
- Réorganisation du processus relationnel

Séances d'art-thérapie

Technique artistique et cadre:

- Infographie (+ séances ponctuelles de relaxation)
- Dans une salle calme avec bureau au sein des locaux administratifs

Séance 1	Date 16.02.2018
Objectifs Autonomie, estime de soi, implication	
Consigne Proposer plusieurs compositions d'image à la main sur papier. Faire des choix intermédiaires et refaire des propositions en suivant.	
Déroulement de la séance Simon me dit qu'il a discuté avec Denis et souhaite faire la couverture du récit. Il se sous-estime très fréquemment, il se sent nul et incapable de faire un choix ou une proposition. Cependant, en fin de séance, il réalise qu'il a fait 12 propositions en validant et procédant étape par étape. Cela le satisfait mais se rabaisse une fois de plus.	
Faits remarquables: /	
Plaintes: se dit incapable d'imaginer ni de créer.	
Observations: a besoin de faire quelque chose "d'utile": ici, il se dit qu'il rend service à Denis. Se dénigre très fréquemment. A un grand besoin d'être accompagné et soutenu à chaque étape de ce qu'il fait du fait qu'il doute de lui. Responsabilisation avec prêt d'une petite tablette pour dessiner et découvrir la sensation du dessin avec un stylet.	

Séance 1 (groupe)	Date 28.02.2018
Objectifs Autonomie, communication, relation, estime de soi	
Consigne Ecrire 2 thèmes, les mettre dans un chapeau-écrire entre 4 mots et 4 lignes en rapport avec le thème pioché-imaginer une journée sur une planète correspondant à l'un des thèmes.	
Déroulement de la séance Avec un peu d'aide, le groupe a réussi à bien communiquer : partage d'un peu de soi + écoute de l'autre. Les résidents ont commencé à valider les premiers thèmes du quiz.	
Faits remarquables: Simon a beaucoup de mal à communiquer avec ceux avec qui il vit.	
Plaintes: quand il est seul avec l'art-thérapeute, il lui dit les personnes qui le dérangent et exprime qu'il ne reviendra sans doute pas.	
Observations: mal à l'aise - parle peu - semble avoir honte de ce qu'il pourrait dire ou aimer	

Séance 2	Date 02.03.2018
Objectifs Autonomie, confiance en soi, estime de soi	
Consigne Manipuler la tablette graphique : ressentir les mouvements, la sensibilité du stylet, apprendre les outils basiques de Draw (logiciel d'infographie gratuit).	
Déroulement de la séance Simon me montre qu'il a commencé la mise en page sur Draw. Je lui présente et explique l'intérêt d'une tablette graphique pour faire de l'infographie. Simon est fier de montrer qu'il a travaillé chez lui. L'utilisation de la tablette le met mal à l'aise : alternance souris/tablette. De nouvelles propositions arrivent. Il se sous-estime beaucoup et verbalise les conflits qu'il vit à la résidence. Des séances courtes de relaxation sont proposées avant les séances d'infographie afin d'être plus détendu pour une meilleure concentration.	
Faits remarquables: a travaillé chez lui: implication, autonomie.	
Plaintes: "je sais pas faire", "j'suis nul en dessin", "j'y arriverai pas"	

Observations: n'ose pas utiliser le papier coloré par peur de gaspiller - difficultés à faire un choix - utilise la verbalisation pour détourner l'attention de ses difficultés - tensions musculaires - est motivé malgré tout et le dit. A ramené la tablette graphique prêtée, la conserve et prend un autre stylet adapté aux tablettes professionnelles.

Séance 3 (relaxation)

Date 09.03.2018

Objectifs

Estime de soi, confiance en soi, vision de soi

Consigne

Travail sur la respiration profonde et la détente avec accompagnement oral.

Déroulement de la séance

Explications du déroulement d'une séance relaxation. Simon se sent détendu. Verbalisation positif / négatif égale. Il souhaite procéder de la même façon au prochain rendez-vous.

Faits remarquables: a verbalisé des choses positives sur son quotidien.

Plaintes: tension dans l'épaule.

Observations: verbalise qu'il a apprécié, que ça lui fait du bien et qu'il souhaite poursuivre l'exercice de projection guidée.

Séance 4

Date 09.03.2018

Objectifs

Estime de soi, autonomie, implication

Consigne

Découverte de GIMP 2 (logiciel d'infographie professionnel gratuit), choix des images définitives et travail de la forme de l'éclair.

Déroulement de la séance

Proposition d'utiliser GIMP 2 qui a des outils plus adaptés au besoin d'illustration. Simon est arrivé avec 25 min. de retard, mais séance d'1h car dernier rendez-vous. Verbalise toujours son incapacité à faire bien mais repart satisfait de l'avancement.

Faits remarquables: gros retard car il voulait répondre aux attentes des autres résidents.

Plaintes: dévalorisation de ses capacités artistiques.

Observations: discussion sur le fait de gérer son emploi du temps et se responsabiliser quand on a un rendez-vous avec un professionnel accompagnant. Exprime qu'il souhaite poursuivre.

Séance 5 (relaxation)

Date 21.03.2018

Objectifs

Estime de soi, confiance en soi, vision de soi

Consigne

Travail sur la respiration profonde et la détente avec accompagnement oral.

Déroulement de la séance

Rappel de ce qui a été fait à la première séance et expression de ce qui le travaille en ce moment. Simon est entré en détente rapidement et a exprimé en fin de séance que lors d'une situation conflictuelle récente, cela lui avait servi à garder son calme, il voit des bénéfices.

Faits remarquables: a su gérer ses émotions dans son quotidien.

Plaintes: /

Observations: bonne capacité de concentration et d'intériorisation. Détente physique visible.

Séance 6	Date 21.03.2018
Objectifs Autonomie, estime de soi, implication	
Consigne Mise en place de toutes les images détournées sur la composition finale.	
Déroulement de la séance Simon me montre qu'il a complètement détourné un des personnages sur GIMP 2. Il était détendu et a eu une bonne concentration. Il est parti satisfait et content de l'avancement. Il s'est peu sous-estimé.	
Faits remarquables: est arrivé avec un beau travail accompli hors séance.	
Plaintes: /	
Observations: avec aide, arrive à prendre du recul et voir ce qu'il est capable de réussir même seul, verbalise qu'il est content de voir que sa création prend forme.	
Séance 7 (relaxation)	Date 30.03.2018
Objectifs Estime de soi, confiance en soi, vision de soi	
Consigne Travail sur la respiration profonde et la détente avec accompagnement oral.	
Déroulement de la séance Rappel de ce qui a été fait à la séance précédente et expression de ce qui le travaille en ce moment. Simon arrive à se détendre et rester calme même quand il évoque des choses compliquées. Il n'ose pas s'affirmer mais y réfléchit et y travaille, il sent que cela l'aiderait.	
Faits remarquables: dit qu'il prend conscience de ce qu'il veut.	
Plaintes: /	
Observations: arrive à entrer en détente même sans accompagnement. Nous allons continuer les séances d'infographies et arrêter ici la détente tout en gardant à l'esprit qu'il est possible de reprendre si le besoin s'en fait sentir.	
Séance 8	Date 30.03.2018
Objectifs Autonomie, estime de soi, implication	
Consigne Apprentissage des calques et incrustation d'éléments avec transparence.	
Déroulement de la séance Discussion et choix de ce qu'il préfère travailler en priorité sur l'image. Simon est très enthousiaste de voir tout ce que l'on peut faire avec les images sur un ordinateur mais exprime que parfois cela le rend impatient ou qu'il a peur de perdre les fichiers.	
Faits remarquables: montée de stress quand il a failli perdre son fichier: apaisé rapidement.	
Plaintes: /	
Observations: a montré de l'impatience face à l'ordinateur et au fait qu'il voulait avoir un résultat final mais heureux de voir qu'il arrive à faire une production en entier.	

Séance 9	Date 04.04.2018
Objectifs Autonomie, estime de soi, implication	
Consigne Insertion du titre définitif du livre et travail de dégradés de fond : 2 propositions.	
Déroulement de la séance Echange sur comment atteindre l'objectif « terminer la création aujourd'hui ». Simon arrive à prendre du recul et dire ce qu'il trouve beau. Il fait finalement 2 propositions que l'on imprime. Il verbalise le fait qu'il est « heureux de voir le résultat de toutes ces séances, que ça en valait la peine » qu'il est content de lui et souhaite demander l'avis des autres.	
Faits remarquables: ne s'est pas dévalorisé, était détendu du début à la fin de la séance.	
Plaintes: /	
Observations: est heureux d'avoir ses illustrations imprimées, qu'il est content de lui.	

Séance 10	Date 20.04.2018
Objectifs Autonomie, estime de soi	
Consigne Faire une nouvelle création et repasser par les étapes apprises de manière autonome.	
Déroulement de la séance Choix d'un nouveau thème qu'il aime et sur lequel il souhaite travailler. Simon s'est décidé rapidement, souhaite faire des affiches pour les événements de la structure pour que sa création profite à tout le monde. Très bonne mémorisation et reproduction des étapes de manière chronologique.	
Faits remarquables: choix rapide - pas de dévalorisation.	
Plaintes: /	
Observations: arrive à exprimer ce qui lui plaît et que c'est dans un but de rendre service à la collectivité: assume d'avoir le retour d'autrui.	

Séance 11	Date 27.04.2018
Objectifs Autonomie, communication, relation	
Consigne Mise en place de tous les éléments choisis et préparés pour la composition finale.	
Déroulement de la séance Discussion sur ce qu'il reste à faire pour finaliser l'affiche avant l'impression. Simon a utilisé tous les raccourcis nécessaires de manière quasi-automatique et a terminé la mise en page d'une affiche type pour les événements « pique-nique ».	
Faits remarquables: /	
Plaintes: /	
Observations: satisfait de voir que maintenant qu'il sait faire, tout va plus vite et lui paraît plus accessible: possibilité sous-jacente d'aller vers d'autres médiums en parallèle si prolongation de l'art-thérapie.	

Objectifs

Estime de soi, communication

Consigne

Choix collectif de la mise en page.

Déroulement de la séance

Proposition de différents cadres pour les cartes + choix de la mise en page. Chacun a su donner son avis sur les divers éléments de composition graphique que j'ai mis en place avec eux sur l'ordinateur. Les résidents ont fait les recherches nécessaires pour les orthographes de noms propres et des informations nécessaires à la rédaction finale des cartes.

Faits remarquables: Simon est resté et a communiqué avec le groupe malgré la présence de personnes "gênantes" psychologiquement pour lui.

Plaintes: /

Observations: a participé à la répartition des tâches, s'est impliqué dans les choix à faire quant à la mise en page.

PARTIE III - RESULTATS**Bilan: Denis**

Période	Nbre de séances	Absences	Durée moyenne des séances	Individuel ou Groupe
du 05/02/18 au 30/04/18	11	0	1h20	Individuel

Evolution au regard des objectifs

Affirmation de soi: dans les premières séances, Denis verbalisait uniquement les grandes idées et n'allait dans le détail que dans l'écriture. Au bout de quelques séances, Denis a commencé à assumer et parler de ses idées avant de les mettre par écrit. Il s'est interrogé sur les genres littéraires et la catégorie dans laquelle entrerait son histoire: ce qui implique une prise en compte de la société ainsi que l'envie de trouver son identité et assumer ses créations dans le contexte social. Peu à peu, Denis s'est même opposé à certaines de mes suggestions, m'expliquant ce qu'il avait imaginé et ce dont il avait envie. Sur les dernières séances, il a su être complètement autonome dans ses choix, corrections et finalisation de la rédaction. Enfin, Denis a su se mettre à la place des personnages afin d'avoir une narration sous plusieurs points de vue mais aussi à la place du lecteur afin d'ajouter ou reformuler pour que tout soit compréhensible à la lecture.

Diminution du syndrome anxieux: en début de PES, l'organisation fut le principal objectif car Denis exprimait qu'il était peu sûr de lui sur sa capacité à organiser ses idées et à achever l'écriture complète d'une histoire avant la fin de la PES art-thérapeutique. Nous avons donc mis en place un cadre: classification des personnages et leurs caractéristiques, chronologie: étapes événementielles, ce qui l'a rassuré et lui a permis de s'exprimer librement sans crainte d'être confus et incompris. Avoir un document (écrit par lui: mieux encre dans son cerveau)

fiable et global du projet, auquel se référer, a amené un investissement croissant dans l'écriture: si il y a un doute, on sait où aller vérifier.

Il a très vite assimilé et appliqué les étapes nécessaires à l'élaboration d'un récit cohérent dans le temps. Il a aussi montré une grande capacité d'autocorrection afin d'éviter les répétitions et être plus fluide dans la transmission de ses idées.

Atelier collectif: création d'un jeu (cf. annexe 11 p.85)

Nous pouvons constater que l'affirmation de soi est visible également dans le contexte du groupe: capacité d'assumer ses goûts, de donner son avis, de poser des questions. Sa capacité de concentration et d'organisation restent également bons malgré les stimulations sensorielles et cognitives d'un lieu collectif.

Bilan rédigé

Durant toute la durée de la PES art-thérapeutique, Denis s'est montré intéressé, a fait preuve d'une grande motivation et implication. Denis est quelqu'un qui a beaucoup d'imagination et déposer partiellement ce qui lui passe par la tête est apaisant et satisfaisant: il constate par lui-même qu'il sait être cohérent sous plusieurs aspects, qu'il est capable de créer comme ceux qu'il admire et dont il dévore livres et films.

Ses temps de concentration étaient de plus en plus longs et son application ainsi que la qualité de son écriture ont vu une amélioration significative. D'autre part, Denis est parvenu à trouver une façon de s'organiser afin d'avancer de manière cohérente durant et hors les séances d'art-thérapie. Il a également su développer un moyen de communication et de partage à travers le médium de l'écriture, ce qui a amené des liens sociaux (famille, amis, groupes sociaux).

Futurs objectifs / remarques:

Suite à la PES art-thérapeutique, Denis a entamé l'écriture d'une autre histoire. Il exprime une incertitude quant au fait de parvenir à l'achever seul mais dit que c'est un projet qui lui tient à cœur et qu'il souhaite le faire.

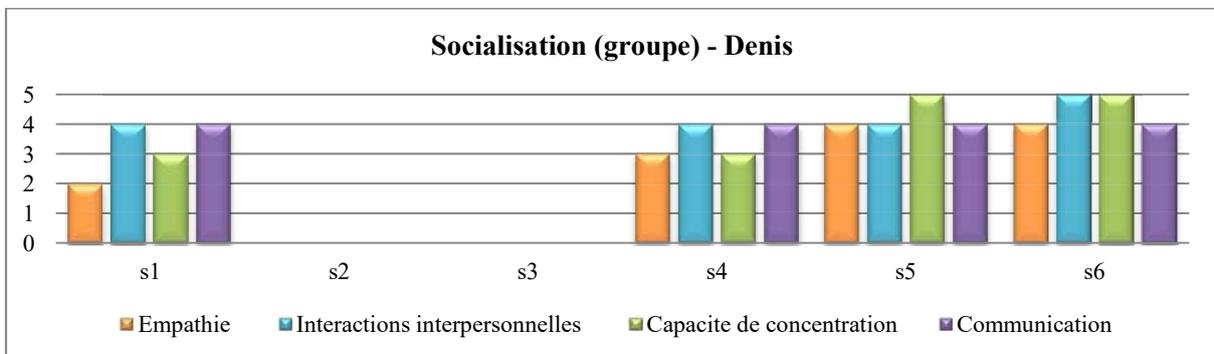
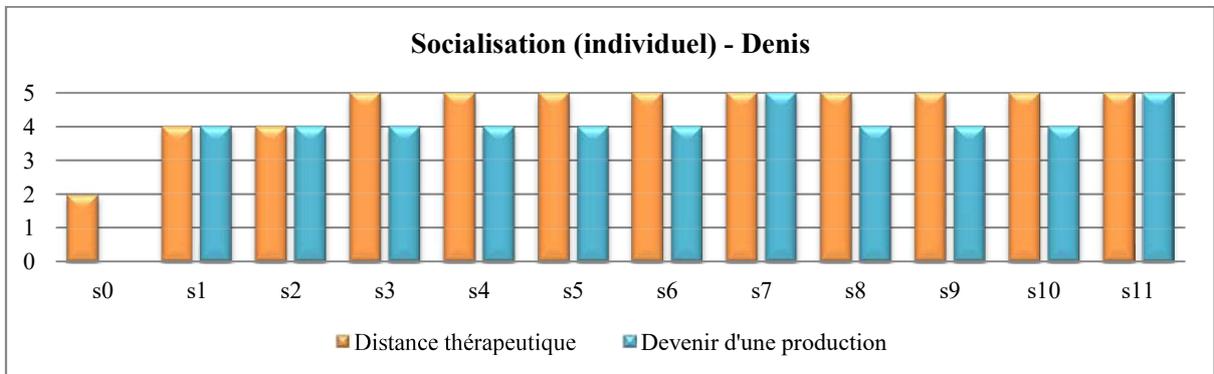
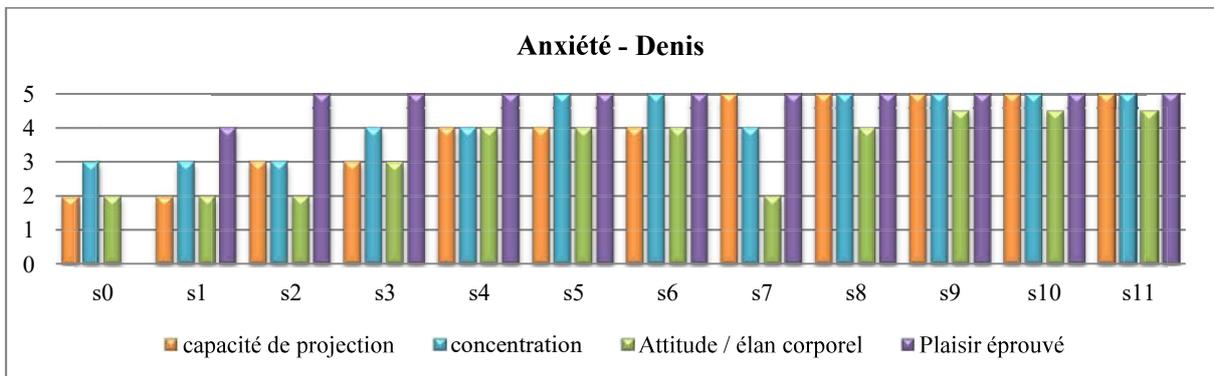
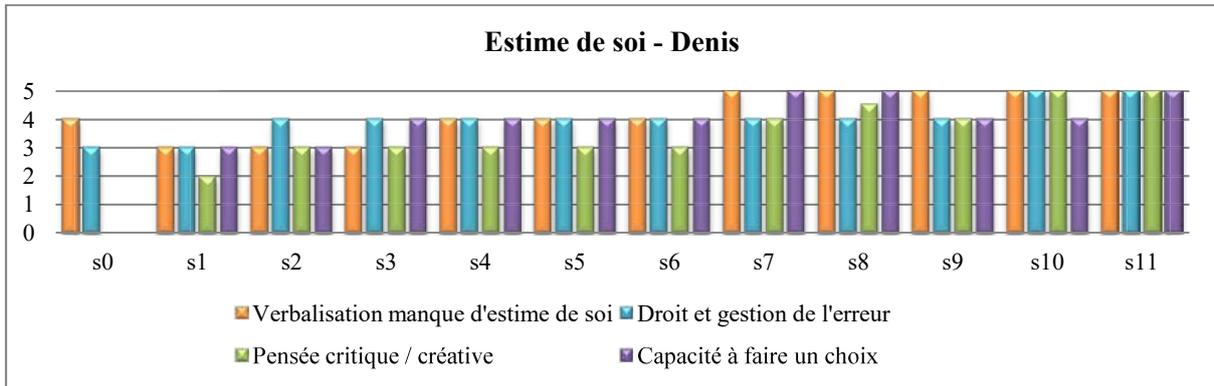
- une inscription à un club ou un travail dans le contexte littéraire: stimulation sociale, autonomie, affirmation de soi
- continuer de travailler l'écriture: amélioration de la praxie et organisation des idées

Suite aux réunions, Denis a communiqué à sa référente sociale le fait qu'il était allé spontanément se présenter à la bibliothèque de Poitiers afin de leur proposer ses services, en tant que stagiaire et à terme pour y travailler. L'équipe entière fut agréablement surprise par cette prise d'initiative qui a suivi la PES art-thérapeutique, la création complète et concrète d'un livre, une de ses passions, lui a permis la prise de conscience de ce qu'il est capable de faire au point qu'il ose démarcher "l'inconnu" sans demander d'accompagnement.

Les accompagnants de Denis depuis plusieurs années ont vu une nette amélioration de son estime de soi et de son autonomie.

Le travail pluridisciplinaire met ici en avant le fait qu'en agissant à divers niveaux dans des objectifs communs et en tenant compte des besoins essentiels du résident, il est possible de lui donner accès à ses ressources personnelles entraînant une nouvelle perception de ce qu'il est et surtout de qui il est (*aperçu de la réalisation en annexe 12 p.86*).

Bilans graphiques



Bilan: Tom

Période	Nbre de séances	Absences	Durée moyenne des séances	Individuel ou Groupe
du 05/02/18 au 30/04/18	7	1	55 min.	Individuel

Evolution au regard des objectifs

Affirmation de soi: Dès le début de la PES, Tom a montré de la motivation et a fait des propositions quant aux divers pas de danse qu'il souhaitait apprendre. Il a réussi à mémoriser une petite chorégraphie et la reproduire sans erreur en fin de PES. Petit à petit, avec aide, il a développé sa capacité créative en inventant des moyens d'enchaîner les pas. Lors des séances d'écriture, Tom a montré une bonne capacité d'expression, il était de plus en plus dans l'échange et la curiosité de ce que faisait l'autre. Tom a su trouver des moyens de s'auto-stimuler via des petites consignes complémentaires pertinentes et variées: cela démontre une certaine connaissance de soi lui permettant de s'affirmer tout en respectant ses besoins.

Diminution du syndrome anxieux: Le jour de l'entretien Tom a partagé des nuits difficiles avec insomnies fréquentes. Nous avons donc travaillé les stimulations physiques et l'envie de participer à des activités en dehors de l'art-thérapie. A travers la danse et le mouvement, le fait "d'être dans son corps", lui faisait momentanément oublier le reste, ce qu'il a parfois appelé "pensées parasites". Il a verbalisé sur la fin de la PES qu'il était "content et avait passé un bon moment" aussi bien en séances individuelles qu'en atelier collectif. Ses temps de concentration furent croissants: de 5min à 20 min. plusieurs fois par séance. Malgré sa forte dépendance au tabagisme, Tom n'a jamais interrompu une séance pour sortir fumer: cela montre l'apaisement que lui procurent ces espaces de concentration et de création.

Atelier collectif: création d'un jeu (cf. annexe 11 p.85)

Tom a été très assidu et motivé par l'activité de groupe. Nous avons pu remarquer une nette évolution dans sa posture: au début, courbé, peu d'échanges de regards, parfois difficilement audible. A la fin, dos droit, échanges de regards réguliers, content de partager ses connaissances et ses goûts. Tom propose de l'aide spontanément aux autres résidents et affirme ses goûts esthétiques au moment de la finalisation du jeu.

Bilan rédigé

Tom est quelqu'un de motivé, qui a besoin de partages, d'activités sociales mais il a du mal à trouver des repères dans le nouveau contexte qu'est Cordia. Malgré une baisse d'implication et une absence en milieu de PES, il a su rebondir et reprendre facilement la danse dès que cela a été de nouveau possible pour lui. Il semble qu'il ait besoin de stimulation corporelle et d'activités variées. Tom a peu verbalisé le manque d'estime de lui, cependant il dit qu'il aimerait "faire quelque chose de sa vie". En se comparant aux autres. Il a une bonne conscience de ce qui l'entoure et a besoin qu'on lui montre les ressources qui sont en lui pour l'aider à retrouver un rythme satisfaisant dans sa vie, tout en prenant en compte ses besoins physiques et psychiques qu'il a parfois du mal à verbaliser: les séances d'écriture en alternance

avec la danse lui ont permis de partager ses besoins et ce qu'il est, sans passer par l'oral qui semble être parfois compliqué pour lui.

Futurs objectifs / remarques:

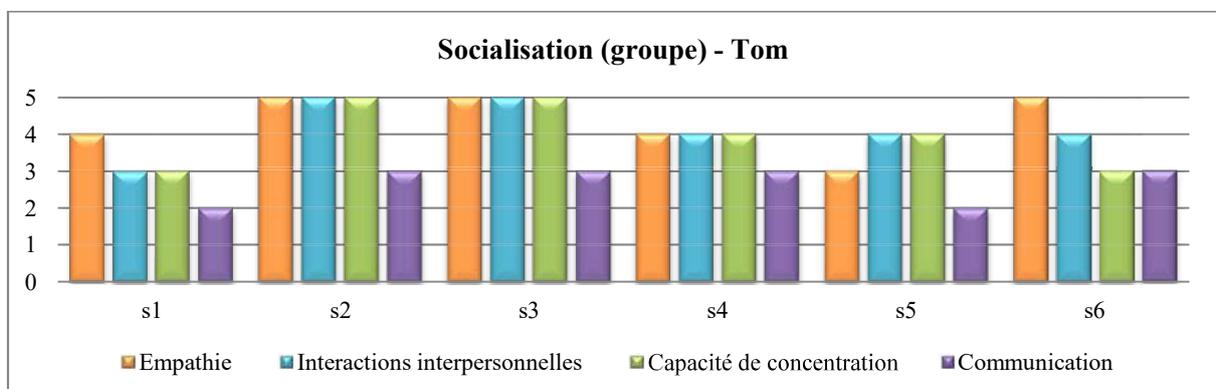
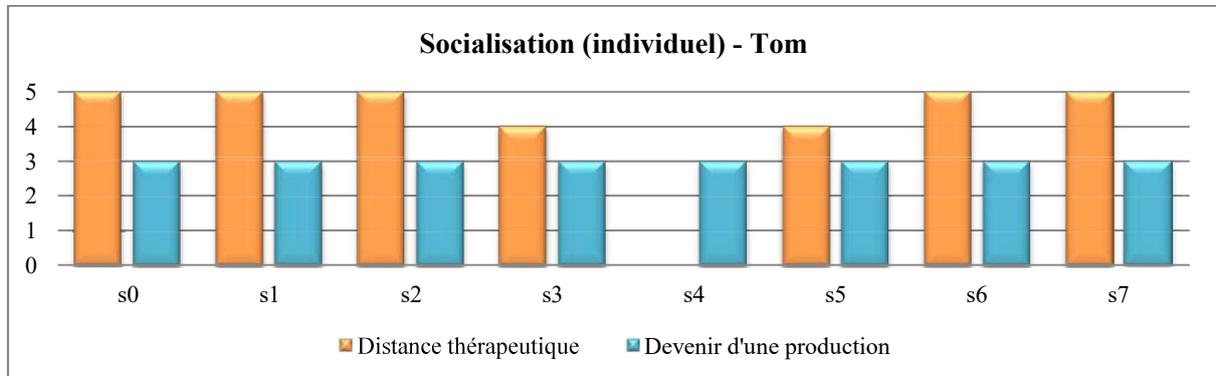
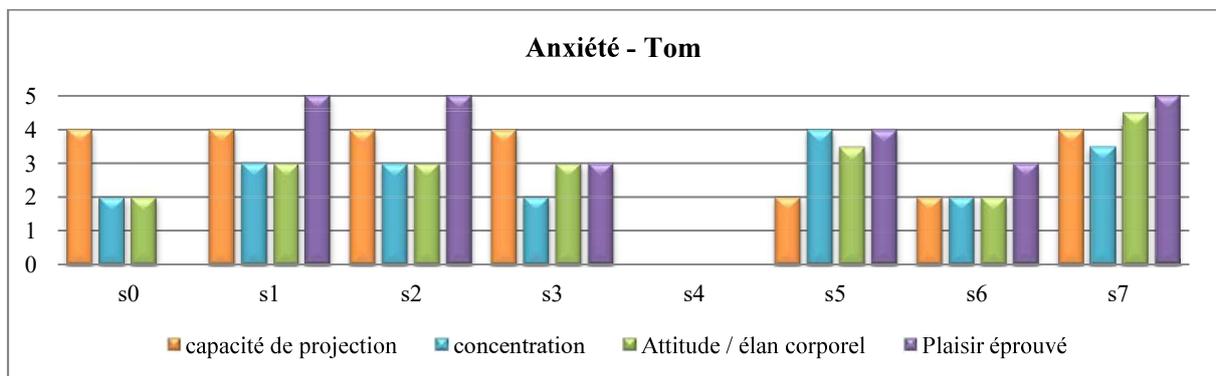
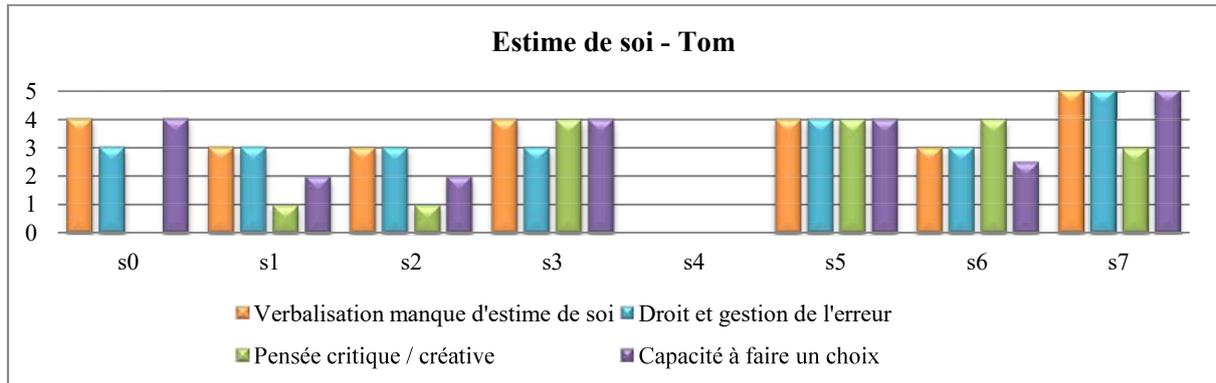
- inscription/participation à des activités de groupe en dehors de la résidence: créer un lien social sur Poitiers afin d'avoir des objectifs le soir et/ou le week-end.
- pratique d'ateliers détente/relaxation pour devenir autonome dans la gestion des insomnies.
- avoir une PES art-thérapeutique plus longue afin de créer de la cohérence plus globale avec les autres accompagnements de son quotidien.

Grâce aux réunions d'équipe tout au long de la PES, nous avons pu constater que la période durant laquelle Tom a été absent et où il a demandé à passer par l'écriture, a été globalement une période difficile à tous niveaux.

Ce qui est intéressant de noter est que suite à un week-end passé chez ses parents à l'occasion de son anniversaire, il est revenu en demandant spontanément à reprendre la danse. Ce qui signifie qu'il était à nouveau disponible psychologiquement et physiquement, qu'il a conscience de ces moments, souhaite en profiter et les saisir dès que possible.

De plus, l'utilisation de l'écrit et les résultats obtenus, ont amené les autres membres de l'équipe à utiliser ce médium afin d'améliorer les échanges avec Tom, avoir une meilleure compréhension de son état intérieur et lui permettre d'être présent tout au long des entretiens individuels grâce au plaisir que cela lui procure, ce qui lui donne accès à plus de ressources personnelles et l'apaise dans la communication.

Bilans graphiques



Bilan: Simon

Période	Nbre de séances	Absences	Durée moyenne des séances	Individuel ou Groupe
du 05/02/18 au 30/04/18	11	0	1h10	Individuel

Evolution au regard des objectifs

Affirmation de soi: Simon verbalise très fréquemment "qu'il est nul", "ne peut pas y arriver", "ne sait pas faire", etc. Nous avons donc travaillé sur ses capacités d'apprentissage en utilisant l'infographie: cela lui a demandé d'apprendre à utiliser un nouveau logiciel: comprendre et assimiler les outils et la logique propre à la création d'images complexes. Au fil des séances, il a su faire des choix afin de répondre à des qualités esthétiques. En fin de PES, Simon arrivait à verbaliser sa satisfaction au regard de ses productions et amener de nouvelles idées pour de futurs projets. Il a aussi exprimé l'envie de montrer ses productions et créer des affiches utiles à la communauté.

Diminution du syndrome anxieux: Simon a un grand besoin d'exprimer ce qu'il ressent, il est facilement touché par ce qui se passe dans sa vie et particulièrement dans le contexte relationnel où le regard de l'autre est parfois difficile à gérer. Au fur et à mesure, il a su exprimer de plus en plus d'événements positifs de son quotidien, ce qui lui a permis d'augmenter sa capacité de concentration et de mémorisation: temps sans parole augmentés, utilisation instinctive de raccourcis dans les logiciels, décontraction musculaire visible. Simon a aussi montré une bonne gestion du stress face aux aléas de l'informatique.

Atelier collectif: création d'un jeu (cf. annexe 11 p.85)

Malgré son peu de présence en atelier de groupe, nous pouvons constater une évolution significative entre la première et la dernière séance: affirmation de soi, capacité d'assumer ses goûts, de donner son avis au sein d'un groupe. Simon a su proposer son aide et accepter les suggestions des autres. Sa capacité de concentration s'est améliorée.

Bilan rédigé

Tout au long de la PES art-thérapeutique, Simon a montré et verbalisé sa motivation et son envie de continuer, d'apprendre et sa satisfaction de voir avancer les choses. Il a aussi développé sa patience et équilibré ses pensées positives/négatives à son égard. En fin de PES, Simon a entamé la création d'affiches pour de futurs événements liés à la structure Cordia, souhaite en faire d'autres afin de participer à la bonne circulation des informations pour les activités collectives et les rendre "esthétiques". (*aperçu de la réalisation en annexe 13 p.87*).

Futurs objectifs / remarques:

- développer ses capacités et son apprentissage dans le domaine de l'infographie / informatique: formation, travail avec cet outil avec lequel il a une affinité.
- se servir du multimédia comme outil d'organisation dans son quotidien et/ou moyen de communication dans les autres accompagnements

- poursuivre le travail d'apaisement des craintes liées aux relations interpersonnelles dans lesquelles il voit des incohérences et a besoin de trouver des repères.

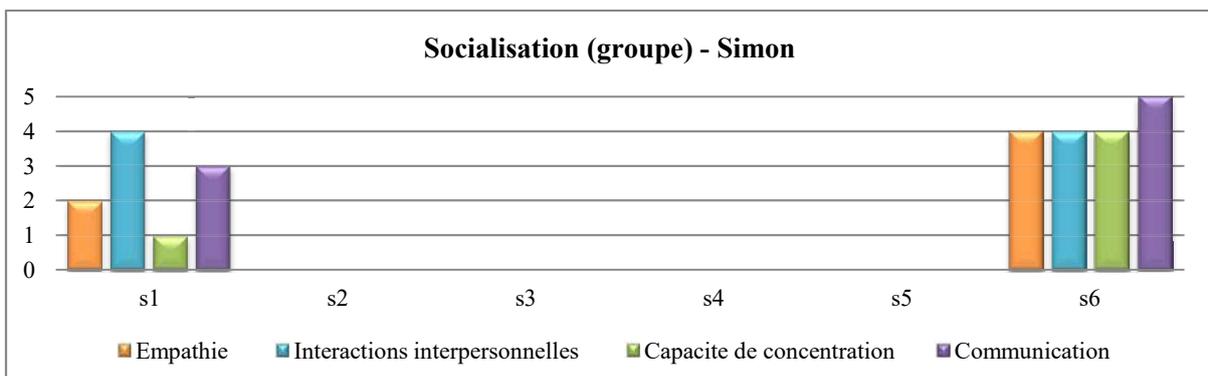
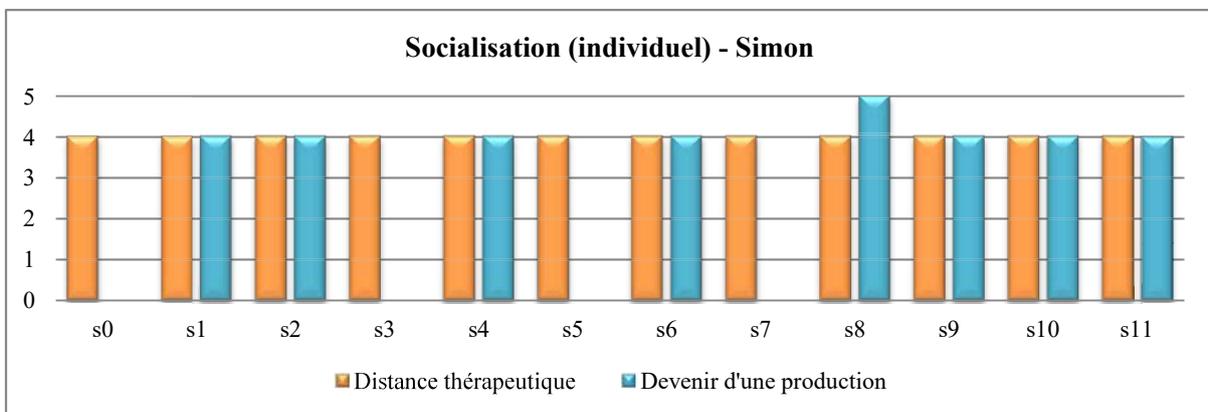
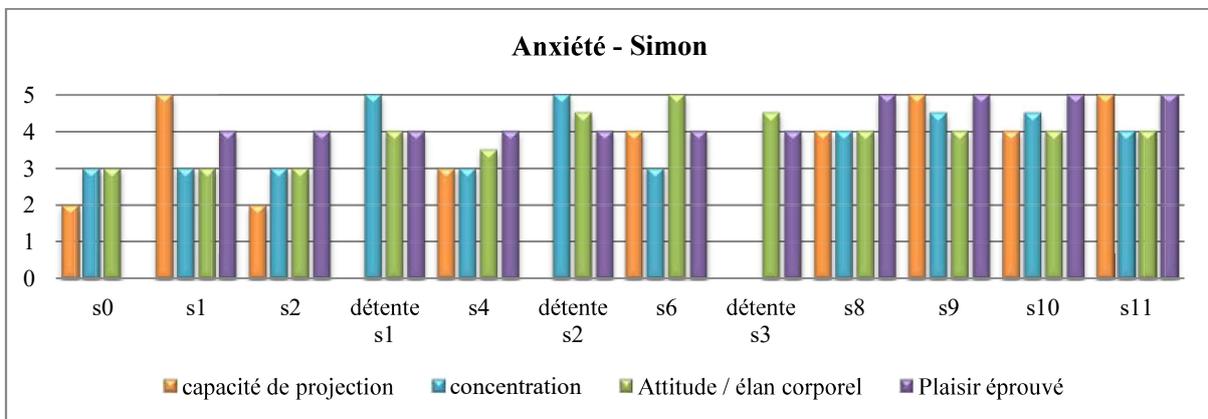
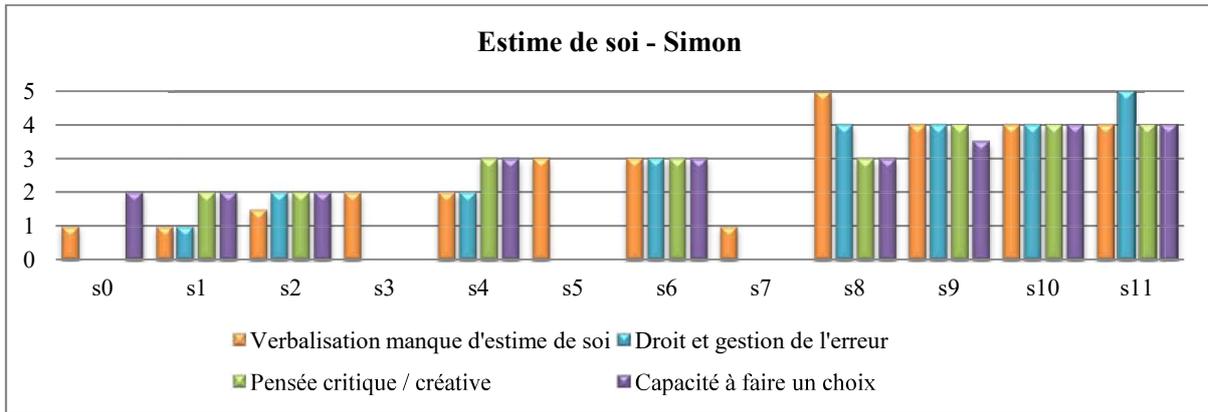
Simon est une personne ayant beaucoup plus de ressources que ce qu'il imagine et son attrait pour le numérique est un atout dans la société contemporaine. Sa difficulté est de rester motivé seul sur du long terme.

Cependant, Simon prenant peu à peu confiance en lui et constatant par le biais de l'art-thérapie ainsi qu'une formation sur Excel en parallèle. Il est capable de comprendre, assimiler et créer, ce qu'il pensait encore impossible quelques mois en arrière.

Il se révèle à lui-même par le biais de ses outils favoris et exprime une satisfaction à cela. Le fait même qu'en fin de PES art-thérapeutique, il a demandé de lui-même à créer quelque chose pour la collectivité fut un évènement important aux yeux de l'équipe.

L'objectif étant l'autonomie et Simon ayant acquis un certain nombre de compétences depuis son entrée à Cordia, commence à se mobiliser spontanément et à faire des propositions. L'équipe voit donc dans ces nouveaux outils informatiques et infographiques, un moyen de poursuivre l'accompagnement en l'incitant à les utiliser à titre personnel mais également dans un but professionnel, car sa capacité de projection augmente en même temps qu'il découvre ses ressources et regagne en estime de soi.

Bilans graphiques



PARTIE IV - DISCUSSION

La conscience de soi amène une autonomisation du sujet (pour des raisons d'efficacité, l'annexe 14 p.88-89 éclaire ce que nous entendons par conscience). De plus, les professeurs Gil, Fargeau et Jaafari apportent une étude dans Conscience de Soi, maintien du Soi et identité humaine au cours de la maladie d'Alzheimer (Gil R., 2011) permettant des parallèles avec notre étude.

D'autre part, la construction de la conscience de soi s'obtient par le biais de l'altérité.

L'altérité est définie comme étant (Lalande, 2006):

A. Caractère de ce qui est autre. S'oppose à identité.

B. Spécialement, chez Renouvier, caractère de ce qui est autre que moi.

(dans l'annexe 15 p.90, le lecteur pourra trouver une note d'André Lalande à ce sujet ainsi qu'une définition simple de ce concept).

Toutefois, dans la relation soignant-soigné, l'altérité peut amener à franchir la frontière tenue séparant empathie et sympathie. De plus, d'après la théorie du care (Tronto, 2009), le soignant doit être en empathie afin d'être au même "niveau" que celui du patient. Cela lui permettra de comprendre, identifier et reconnaître son/ses besoin(s).

Comment est-il alors possible de prendre soin d'une personne en répondant à ses attentes, et donc en se mettant à sa place pour saisir au mieux ce qu'il attend de nous, soignant, sans pour autant s'identifier à lui?

Si la conscience de soi amène l'autonomie à l'individu, voyons comment, par le biais de l'altérité, l'Homme peut construire son identité en prenant conscience de qui il est. Et dans un second temps, comment l'art peut être un outil de médiation dans la relation interpersonnelle.

Pour entamer cette discussion, il nous semble essentiel de définir, toujours à des fins d'efficacité et de compréhension commune, ce qu'est l'identité.

Concept d'identité

Quelle est la composition de ce que nous appelons l'identité?

Nous souhaitons aller plus avant dans la compréhension du concept d'identité, c'est pourquoi nous apportons les précisions suivantes aux définitions faites en partie I (p.9).

Le mot *identité* est constitué de id (de idem: identique) et entité (du latin entitas: ce qui constitue l'essence et l'unité d'un genre."). Une identité est donc, littéralement, une entité identique.

Cependant, il est intéressant de voir qu'en latin, il existe deux termes dérivés du verbe être: *idem* et *ipse*. L'**idem** se traduirait par: le ou la même, alors que l'**ipse** par: soi-même, en personne. Construire son identité serait le résultat de la dialectique entre ces deux compréhensions du verbe être.

Heidegger, et en suivant Ricœur, ont très nettement différencié deux dimensions à l'identité humaine: l'identité (*idem*) qui est l'identité que nous définirons juste après: celle de l'être dans le temps, et l'identité (*ipse*) qui est celle malgré le temps.

Maintenant que ce concept est éclairé, voyons ce que sont les concepts d'*être*, en tant qu'humain, et d'*être au monde*, mais aussi d'*Art*, afin d'avoir des éléments de réflexion en vue de répondre à l'hypothèse de l'étude présente:

« Les impacts de l'art-thérapie sur l'autonomie, l'estime de soi et l'anxiété chez l'adulte désocialisé: l'Art comme outil de médiation entre le patient et l'environnement. »

L'être humain, un être temporel

Heidegger en définissant le "dasein", terme allemand signifiant existence (littéralement «être-là»), désigne le mode particulier d'existence de l'homme: il est le lieu unique où l'être s'apparaît comme tel à lui-même (nous nous permettrons d'utiliser le mot "Homme" pour parler du "dasein" pour des raisons de simplicité de lecture).

La nature de l'Homme est d'être une conscience en rapport avec le monde ainsi qu'avec soi-même. Une caractéristique fondamentale de l'Homme est d'être *temporel*, dans le sens où il se crée tout entier, intérieurement, par le temps vécu. Le temps, quant à lui, n'est pas l'objet de la conscience, il est indépendant de qui nous sommes.

Prendre conscience de soi, acquérir une identité, naît dans le fait d'être présent à soi, en prenant du recul sur soi, ce qui serait impossible sans le temps. L'Homme est donc fait des trois dimensions temporelles: passé, présent, futur. Le soi est le retour à soi après être sorti dans l'extériorité grâce à ces dimensions temporelles.

Cependant, il serait également intéressant de voir ce que sont concrètement les modes d'existence de l'Homme au monde. Car certes, l'Homme est temporel mais ce qui nous intéresse dans notre étude pour ce qui est de la construction du soi, de l'identité mais son rapport au monde est aussi important dans l'objectif de socialisation. Notre hypothèse concernant l'autonomie et la désocialisation, nous demande de comprendre l'intérêt que peut avoir le fait d'entrer en processus créatif et quels impacts cela aura sur un individu et son environnement.

L'être au monde

L'Homme a une idée de totalité du monde et s'y réfère consciemment grâce à sa capacité à prendre du recul, faire des allers-retours entre son intériorité et le monde. L'animal est dans la sensation et ne prend pas de distance à cela et c'est ici que réside une de ses différences avec l'Homme: l'animal vit dans son milieu, l'Homme existe au monde, il est en rapport à celui-ci via sa conscience. Il existe de multiples façons de se rapporter au monde mais quelle que soit la façon dont nous le faisons, il est impossible de ne pas s'y rapporter, et c'est pourquoi même fuir le monde reste une façon d'*être au monde*.

C'est alors que les précédentes définitions (cf. partie I, p.8) concernant la réinsertion sociale prennent tout leur sens. L'Homme fait partie de ce monde, existe au sein d'un groupe et c'est pourquoi il peut parfois être en attente d'aide pour améliorer ses capacités relationnelles.

Maintenant que nous comprenons que l'identité se crée dans le temps et qu'elle dépend de la dialectique entre notre intériorité et le monde extérieur, essayons de voir ce qu'est ce monde humain afin de trouver un moyen d'entrer en lien avec lui, car c'est bien toujours là qu'est notre sujet: le processus créatif amène-t-il à une forme de vérité de soi, de connaissance de soi, et si tel est le cas, une fois que nous y parvenons, comment le monde le perçoit?

Le monde humain

Tout ce qui constitue le monde de l'Homme est perçu comme outils, objets à l'usage de l'Homme, qui ont un sens humain (routes, villes, opinions, etc.) et ces outils forment un ensemble, un système qui prend son sens par rapport à la façon que l'Homme a de l'utiliser.

D'autre part, *le monde* a un sens social pour l'Homme: c'est un outil de l'existence qui nous renvoie à l'autre. Cette relation avec autrui permet à l'Homme d'exister: il peut devenir ce qu'il est uniquement parce qu'il se confronte à l'autre. Pourtant, l'Autre est moi-même (*idem*) et m'amène à prendre conscience de *qui je suis* par l'expérience des échanges dans le temps.

Voyons alors quels sont les éléments essentiels de la présence au monde.

L'Homme est un être sensible: il vient au monde sans l'avoir choisi et est abandonné à lui-même. Cette dimension est à l'origine même des questions existentielles et première génératrice d'angoisse: alors que nous cherchons à comprendre *qui nous sommes*, nous interrogeons indirectement l'idée de pourquoi l'Homme est venu au monde, en son sens originel. Cependant, l'Homme a également la capacité de projection de soi dans le futur en anticipant l'avenir. A partir de ce qu'il a vécu dans le passé l'Homme peut se projeter vers ce qui n'est pas encore et cela confirme l'idée précédente selon laquelle l'Homme est un être temporel.

Dans le contexte de l'autonomie, cette faculté de projection de soi dans le futur est essentielle et demande à être travaillée car, comme nous venons de le voir, nos projections dépendent de notre vécu et lorsque le vécu est douloureux, comment l'avenir peut-il être heureux?

Cette nouvelle compréhension du rapport de l'Homme au monde nous instruit sur les raisons pour lesquelles nous avons un besoin d'identité: comprendre *pourquoi nous sommes* ici, dans cet espace tangible. Elle nous apporte également l'élément essentiel qui va nous amener à voir l'essence même de la construction identitaire: la relation avec autrui qui nous permet d'exister. Comment alors, certains individus arrivent-ils à se couper partiellement voire totalement de ce rapport au monde sans pour autant cesser d'*exister* (dans le sens de vivre)? Peut-être que la clé de l'existence n'est pas de vivre dans le monde mais d'*être au monde* et que c'est par la relation à l'identité semblable (*idem*) que nous pouvons y parvenir.

Ajoutons les deux grandes façons d'être au monde et dans le temps, qui nous semblent essentielles et pertinentes dans le contexte des besoins d'autonomie et de socialisation:

Nous pouvons être conscients de notre situation: nous sommes là sans trop savoir pourquoi, nous sommes seuls et responsables de nous-mêmes, ce qui nous pousse à nous projeter dans le futur. D'autre part, nous pouvons également nous laisser porter par le temps, en posture d'attente de ce qui va arriver: ce n'est donc plus notre avenir mais celui que le monde décidera

pour nous. Dans cette seconde façon d'*être au monde*, l'individu s'enferme dans le présent afin de ne pas penser à lui-même.

Ici se révèle à nous, un des mécanismes expliquant ce qui différencie un être autonome d'un être dépendant. Pourtant, il est possible pour chacun, quel que soit le moment de son existence d'accéder à son autonomie, à partir de l'instant où il décide d'être conscient de qui il est malgré les angoisses.

A présent, au regard de notre hypothèse, il s'agit de comprendre ce qu'est l'Art, en quoi il peut être un outil congruent à la reconstruction identitaire et à la réinsertion sociale.

Cadre conceptuel: l'art-thérapie, un accès à la vérité individuelle et sociale

L'esthétique est la science du beau, nous dit Hegel. Et dans la société actuelle, l'Homme a tendance à tout soumettre à réflexion: nous ne nous laissons plus aller. Il ajoute que l'art est une des vérités les plus hautes, il n'est pas illusion puisqu'il exprime ce qu'il y a de plus vrai, cependant sa forme reste imparfaite.

En tant qu'artiste notre but n'est donc pas d'imiter la nature mais d'incarner et mettre en matière un besoin de l'esprit: la vérité. L'œuvre d'art peut être vue comme un esprit matérialisé, elle exprime un idéal¹². Si nous observons les sculptures antiques, nous pouvons percevoir une sensation de sérénité émaner des divinités représentées, ceci est un exemple de cette forme de vérité absolue et nous montre que les beautés dans le domaine de l'art sont plus belles que celles de la nature car elles sont le fruit de l'idéal d'un esprit observant la nature elle-même.

Un artiste représente ce qu'il ressent, non pas par une sorte de transcendance des plus hautes vérités de son âme, mais bien en donnant naissance à quelque chose dans le monde sensible: ***son état intérieur devient communicable au monde par un medium artistique.***

C'est ici, que nous pouvons commencer à faire le lien avec ce que l'art-thérapeute doit s'employer à faire naître chez le patient: la possibilité d'exprimer au monde ce que l'on est, *qui nous sommes. Être au monde* de la manière la plus vraie grâce au processus créatif qui nous amène et nous permet d'entrer en communication avec le monde.

Heidegger nous parle aussi de *vérité* car il y voit un rapport étroit avec le fait d'*être*: il nomme cette vérité "alètheia" (vérité en grec, traduit littéralement par "dévoilement") car, pour lui, la vérité n'est rien d'autre que *le dévoilement des choses*, l'apparition de l'*être*.

De plus, il nous explique que l'esthétique, l'émotion ou le grandiose ne sont pas essentiels mais que l'essentiel réside dans la manifestation de cette vérité. ***Peu importe au fond ce qui est représenté, l'important est que la création soit donnée à voir, libre de toutes conditions.***

¹² 1551 *formalité Idéale* « qui participe à la nature des idées, et n'existe ou ne peut exister que dans l'intelligence ou dans l'imagination » (Du Parc Champenois, Trad. : L. Hébreu, *Philosophie d'amour*, 431-2 ds Quem. DDL t. 7) Qui n'a qu'une existence intellectuelle, sans être ou sans pouvoir être perçu par les sens; *en partic.* qui a les caractères de l'idée. (TLFi)

Maintenant que nous comprenons en quoi l'art peut être un outil de médiation entre le patient et l'environnement, voyons en tant que soignant au sein de la relation soignant-soigné, comment proposer cet outil sans franchir les limites de ce qui est appelé "la juste distance thérapeutique", sachant que le médium artistique fait appel à la sensibilité et à l'émotion.

La distance thérapeutique

A la question: "la juste distance existe-t-elle?" Heidegger répond par la négative, expliquant que le soignant est en perpétuel mouvement afin de permettre au patient de se révéler à lui-même. Autrement dit, le soignant doit être sans cesse à la recherche de la distance nécessaire au juste retour qui permettra au soigné de prendre conscience de *ce qu'il est*, de *qui il est*.

Prenons un instant pour comprendre ce qu'est la *distance* dans notre contexte social actuel.

Edward T. Hall, anthropologue Américain, a nommé les différentes façons que l'Homme a de structurer l'espace (Hall, 2014):

- **L'espace à organisation fixe**: cadres fondamentaux de l'activité humaine. Bâtiments, maisons, organisation des pièces, espaces publics, etc. Ce sont des espaces encrés dans le paysage, immuables et qui, quand on les modifie, perturbent les habitudes. De plus, nous pouvons constater que l'individu, selon si il est chez lui, dans la rue ou au travail se comporte différemment. Ces espaces influent donc directement le comportement.
- **L'espace à organisation semi-fixe**: ce qui peut être bougé mais qui garde un potentiel perturbateur. Les meubles par exemple peuvent être bougés, changés et cela peut amener de la confusion autant que de la nouveauté chez la personne habituée.
- **L'espace informel**: les distances dans la relation à autrui. C'est ce point précis qui nous concerne particulièrement car il évoque tout ce qui se joue de verbal et de non-verbal entre deux humains. Bien sur, nous gardons en mémoire que les espaces précédemment cités désignant des "lieux", du "décor" ont un impact sur cet espace informel, cependant ce n'est pas le vif de notre propos.

A présent, voyons comment Hall classe les distances interpersonnelles¹³:

- **Intime**: la présence de l'autre s'impose, nos capteurs sensoriels sont envahis, nous ne pouvons l'ignorer. On constate même une déformation visuelle du fait de la proximité.
- **Personnelle**: distance entre les individus d'une même espèce, d'un même groupe.
- **Sociale**: la limite du pouvoir sur autrui. Les détails du visage ne sont plus détectables.
- **Publique**: besoin d'élever la voix pour communiquer, utilisation de la vision périphérique, nous sommes face à un individu dans son contexte.

L'annexe 16 p.91 apporte plus de précisions quant aux mesures, attitudes et détails perceptibles.

L'Homme se rattache donc à la notion d'espace et se positionne dans celui-ci grâce à la synthèse des données captées par les récepteurs sensoriels ajoutées aux habitudes établies dans le contexte social et l'environnement dans lequel il vit.

¹³ Observations et entretiens réalisés dans un environnement neutre, sur des personnes dites "normales" occidentales. Cette classification résulte d'observations pratiquées sur l'Homme et l'animal.

Pour des personnes désocialisées, ces notions de distances et d'espace sont perturbées. Elles ne savent plus comment se positionner et interagir avec autrui et souvent tombent dans des attitudes extrêmes de défense: la fuite, l'enfermement ou à l'inverse, la colère, l'emprise.

Il est donc nécessaire d'aider ces personnes à trouver/retrouver des repères qui leur conviennent et qui sont en adéquation avec leur environnement social. Via les divers accompagnements que nous pouvons leur offrir en tant que soignant, et dans notre rapport direct à elles, nous pouvons expliquer, montrer, induire, de manière verbale ou non-verbale les diverses attitudes à adopter en fonction du contexte, de la personne, du groupe social.

En tant que soignant, nous avons également notre part de responsabilité au sein même de cette relation thérapeutique. En effet, savoir être à la juste distance est un élément clé pour le bon déroulement des séances et de la prise en soin mais il reste important aussi de comprendre les enjeux qui se situent au sein même de la relation soignant-soigné (Prayez, 2018).

La relation soignant-soigné

En partie I p.14, nous avons vu les grandes phases qui composent le fait de prendre soin d'après la *théorie du care* de J. Tronto.

D'autre part, la définition de la relation interpersonnelle d'après C. Portelance¹⁴ explique avec simplicité et pertinence, le concept de relation: "***paradoxalement exister comme personne, reconnaître sa propre importance, sa propre valeur et reconnaître l'importance de l'autre dans un lien d'interdépendance, d'interaction et d'influence mutuelle.***" (Portelance, 2011)

Le soignant et le soigné, afin que cette relation existe, doivent donc avoir reconnu leurs rôles et accepté leur responsabilité dans celle-ci comme nous l'avons souligné partie I p.10.

Le fait est, qu'au-delà de nos rôles dans ce contexte très précis, nous sommes des individus uniques ce qui induit que chaque relation l'est également. Notre vécu, nos expériences, notre caractère, nos valeurs, la pathologie, les besoins, etc., ont une influence directe sur cette relation et demande une capacité d'adaptation de la part du soignant à chaque nouvelle rencontre (Alexandre Manoukian, 2014).

Cela ne déresponsabilisant en rien le soigné qui, quant à lui, a aussi besoin de connaître et de s'adapter à la personne qui le prend en soin. Il fait montre d'humilité en acceptant l'aide d'autrui et accepte sa vulnérabilité. Dans cette situation, il est donc compréhensible, que celui-ci ait besoin de se sentir en **confiance** et accepté. ***Le respect mutuel est donc un des garants de la qualité de la relation.***

Un autre facteur essentiel dans la relation soignant-soigné est l'empathie.

Nous tenons à définir brièvement ce qui différencie l'empathie de la sympathie, mais aussi de la compassion et de la pitié.

Empathie: capacité de ressentir une émotion appropriée en réponse à celle exprimée par autrui. Donc un soignant empathique est capable de faire la distinction entre lui et le soigné, d'être conscient de la source de l'émotion du patient et réguler ses réponses à celle-ci.

¹⁴ Colette Portelance, maître en sciences de l'éducation de l'université de Montréal, thérapeute, formatrice, auteure dans le domaine de la psychologie, spécialiste de la communication et des relations humaines.

Sympathie: attrait naturel, spontané et chaleureux d'une personne à une autre, les relations ainsi créées amènent à la fusion. Inutile d'aller plus loin pour comprendre que cela ne sera bénéfique ni pour le soignant ni pour le soigné durant le temps de la prise en soin et pourrait même avoir des conséquences ultérieures à celle-ci.

Compassion: du latin, "cum-patire", "souffrir, éprouver avec". Sentiment qui amène à partager les maux et les souffrances d'autrui. Idem que pour la sympathie, être dans le sentiment ne convient guère à la relation soignant-soigné.

Pitié: sentiment d'affliction que l'on éprouve pour les maux et les souffrances d'autrui et qui porte à les (voir) soulager. Encore une fois, nous tombons dans le registre sentimental qui n'a pas sa place dans une relation de soin.

L'empathie peut s'apprendre, c'est une capacité qui peut s'acquérir et se transmettre, ce qui n'est pas le cas pour la sympathie, la compassion ou la pitié qui sont de l'ordre du sentiment et de l'émotion propre.

Cependant, l'empathie est intimement liée aux émotions dans sa définition même (Nasielski, 2012). Dès lors, nous apparaît toute la complexité de la position de soignant ainsi que le fondement même de la relation soignant-soigné et de la juste distance. A la question: "qu'est-ce que le rôle propre du soignant si ce n'est le rapport à l'autre?" l'ouvrage Les Soignants et la communication amène outils et cas concrets (Pascal Papillon, 1998).

Comment ne jamais franchir cette limite? Quel regard devons-nous poser sur notre attitude, notre travail, nos interactions? Que pouvons-nous entretenir dans nos vies personnelles, au niveau intime, pour rester toujours attentif à nos propres émotions?

Le soignant doit apprendre à se connaître, et une des choses simples à instaurer dans sa vie, est une supervision. Nous avons d'ailleurs tenu à cela tout au long de la formation et du stage et tenons à ce que l'art-thérapeute poursuive ce travail, car il nous apparaît essentiel que si nous souhaitons aider l'autre à prendre conscience de *qui il est*, l'aider à *se révéler au monde* et trouver son *identité propre*, ce travail avec une supervision est nécessaire.

Connaitre ses limites, connaitre ses faiblesses, connaitre ses forces et ses atouts sont autant de qualités avec lesquelles un soignant doit *être* car il est humain avant d'être thérapeute, et en cela il ne peut qu'être humble à son tour si son objectif réel est d'apporter du soin à l'autre.

Toute la subtilité de la relation soignant-soigné réside dans cette frontière infranchissable et fine entre l'empathie et la sympathie.

De plus, les concepts éthiques aident à conserver et ajuster sa posture de soignant, au sein d'une équipe pluridisciplinaire ainsi que dans la relation au patient. Particulièrement dans le contexte social, P. Merlier¹⁵ nous éclaire sur ce point. (Merlier, 2013).

Enfin, la *théorie du care* selon Tronto nous semble toute indiquée à la bonne compréhension de cette place de soignant, car elle est un regard contemporain pertinent sur la relation

¹⁵ Philippe Merlier, docteur en philosophie et formateur DECESF au lycée Suzanne Valadon, à Limoges.

soignant-soigné et la notion de soin, au regard des pensées et des constats faits au cours des siècles précédents.

Apports & bénéfices de l'étude

Dans notre étude, un des objectifs importants que nous avons évalué était l'**estime de soi**: revaloriser celle-ci dans le but de favoriser l'autonomie de la personne ainsi que le processus relationnel.

L'estime de soi renvoie à la valeur que la personne s'auto-attribue: bonne ou mauvaise. Elle est une composante affective du concept de soi. Nous avons utilisé des items de l'échelle de Rosenberg, afin de mesurer l'estime de soi qu'ont les résidents d'eux-mêmes.

L'estime de soi née de trois composantes (C. Andre, 2002): amour de soi, confiance en soi, vision de soi. L'amour de soi est le fait qu'un individu s'aime pour ce qu'il est, avec ses qualités, ses défauts, tout ce qui fait qu'il est ce qu'il est au-delà des performances. La confiance en soi, quant à elle, se rapporte aux actes de l'individu, sa capacité à agir en adéquation avec son environnement. Enfin, la vision de soi est le regard que l'individu pose sur lui, la qualité avec laquelle il regarde ses qualités et ses défauts, ses ressources, ses potentiels.

En quoi, l'art peut aider la personne à améliorer sa perception de soi?

Richard Forestier, amène une part de réponse dans son discours sur le thème "L'Art et la Médecine" (Forestier, 2006). *"L'estime de soi est associée à l'engagement dans, par et avec l'activité artistique. Son rapport saveur/savoir produit un ressenti personnel qui va induire la valeur que la personne va avoir d'elle-même. La confiance en soi permet à l'œuvre d'exister car pour entrer en processus créatif la personne a besoin de croire en elle. L'affirmation de soi va l'amener à assumer son goût, à trouver ce qu'elle aime et le transmettre au monde."*

Nous en déduisons, dans cette approche, qu'une dialectique entre ces trois pôles (estime de soi, confiance en soi et affirmation de soi) est nécessaire pour avoir une revalorisation visible et durable de l'estime de soi. Si chaque composante de cette dialectique est prise en compte et en soin, alors une évolution pourra avoir lieu.

Au regard des études de cas et des bilans, nous pouvons constater qu'en effet, plus la personne se met en action, plus elle découvre ses capacités grâce au temps et meilleurs sont les résultats: au niveau de l'estime de soi mais également dans son rapport au monde. Nous avons pu constater dans les bilans de Denis et Simon qu'en fin de prise en soin art-thérapeutique, une mobilisation autonome et des démarches sociales (emploi, partages de groupes, formations, etc.) ont eu lieu, et cela suite aux apprentissages et œuvres créées dans le contexte de l'art-thérapie.

Cela nous permet de mettre en valeur deux choses: à la fois que le processus créatif artistique a un impact sur l'estime de soi mais aussi que l'estime de soi, suite à ce processus, amène l'autonomie.

L'autre aspect important que nous avons évalué est le **syndrome anxieux**. Là encore, nous avons pu constater que plus l'estime de soi de la personne remontait, moindre étaient les appréhensions. L'individu se dénigrant moins s'ouvre à la détente, au plaisir et entre dans le

processus créatif de manière de plus en plus naturelle. Finalement, les angoisses ponctuelles liées à des événements, tels que la perte des clés ou les aléas de l'informatique, ont vite disparues au profit de la production artistique.

C'est pourquoi une régularité et une durée minimale est nécessaire dans la prise en soin car elle favorise les sensations agréables dans le temps: lorsque la personne constate ce qu'elle est capable de créer. Elle prend conscience de ses capacités, de ses goûts, de ses envies, de *qui elle est* et parce que le cerveau humain est ainsi fait (cf. annexe 17 p.92) aura envie de reproduire le plaisir que l'activité créative lui procure. Cela entraînant de plus une récompense différée due au retour d'autrui quant à la production.

Toutes ces conséquences aideront ainsi la personne prise en soin à la création de son identité.

Nous constatons alors que l'apaisement du syndrome anxieux bénéficie également à l'amélioration de l'estime de soi et que même si un art-thérapeute ne guérit pas, il soigne. ***Il donne accès à des outils permettant de générer des sensations et d'encre de nouveaux processus chez le patient.***

C'est là, qu'en vue des objectifs d'autonomie et de socialisation, le médium artistique apparaît comme pertinent car il permet concrètement au corps et à l'esprit de l'individu de se découvrir (par les sens et la vision de soi), de s'affirmer et se mobiliser.

Le patient a accès à une nouvelle conscience de lui et avec un accompagnement adapté pourra se servir de ses capacités découvertes pour aller vers des activités (professionnelles, personnelles, sociales, etc.) qui le satisferont et l'entraîneront à faire des choix congruents avec son bien-être, en fonction de *qui il est*.

La personne ne vit plus sous le joug de la peur de sa maladie et de ses incapacités mais peut dissocier ce qu'il est de ce qu'il a et créer son identité propre en réponse à ses besoins.

Limites de l'étude

Cette étude est évidemment limitée dans le temps par la durée du stage et dans l'espace du fait de la structure et du nombre de patients limités. Il est évident qu'avec des protocoles complets ou dans certains cas des prises en soin plus longues, les résultats pourraient voir une meilleure croissance ainsi qu'une stabilité à terme. Idem pour le nombre de cas étudiés, plus nous en aurons, plus nous pourrons en extraire des généralités communes, pertinentes et utiles à un plus grand nombre d'individus.

Cependant, outre ces constats, nous pensons que d'autres limites sont plus importantes à développer au regard de notre hypothèse de travail.

Si l'on prend l'enjeu de ce qu'est le fait de *prendre soin* (cf. partie I p.14) ainsi que les études de cas, nous voyons que certaines interrogations persistent et qu'il reste bien des aspects à approfondir.

Le choix de ces trois études de cas réside en partie sur le fait d'un constat: Tom, qui est quelqu'un qui sait se mobiliser et qui a exprimé rapidement son envie de faire de l'art-thérapie, montre des résultats fluctuants dans son bilan, pourquoi?

Grâce aux réunions d'équipe, nous avons appris que Tom allait vivre un changement dans son traitement médical. Durant les semaines qui ont suivies, chaque accompagnant a pu faire le constat d'attitudes symptomatiques: retards et absences fréquent(e)s, manque de motivation, d'implication, insomnies, angoisses, et autres. Chacun à notre tour avons fait face à ses humeurs et son absence (physique ou mentale).

En discuter nous a permis de nous rendre compte que ce n'était pas lié à l'un ou l'autre mais que quelque chose qui nous échappait se produisait à son niveau. Plusieurs pistes ont été explorées et ont montrées le même résultat: sur l'instant Tom avait de l'envie et de l'enthousiasme mais dès qu'il n'était plus en notre présence et que du temps s'écoulait, cela n'avait plus aucune importance, au point de ne pas informer qu'il ne viendrait ou ne ferait pas.

Un fait important pour notre réflexion s'est produit au cours de cette prise en soin: un week-end, Tom est allé fêter son anniversaire chez ses parents. Durant la semaine précédente, nous en avons régulièrement entendu parler, ce fut même l'objet de remarques désagréables destinées aux autres résidents, comme quoi il "*en avait marre*" et "*ne pouvait plus les voir*". Dès son retour, Tom s'est à nouveau impliqué dans tous ses accompagnements. L'envie et le plaisir, les démarches spontanées que nous avons constatées au début de la prise en soin art-thérapeutique étaient à nouveau présentes. De lui-même, il est revenu avec ses propositions initiales et s'est mobilisé pour que cela puisse avoir lieu avant la fin du stage et malgré ses contraintes calendaires.

Force est de constater qu'il n'avait pas simplement oublié ou qu'il s'en moquait, il n'était juste pas disponible. Apparaît ici clairement le fait qu'au-delà des accompagnements et du soin que nous pouvons donner, certaines conditions environnementales et affectives impactent les états émotionnels de la personne. Ces émotions, aussi passagères soient elles, sont envahissantes et submergent l'individu lorsque cela relève de la pathologie (Rusinek, 2014). Il n'a plus accès à ses ressources habituelles et voit le monde à travers le prisme émotionnel. La prise de recul n'est plus possible et par conséquent la vision de soi en est affectée. Comment alors faire entrer la personne en processus créatif si celle-ci ne nous donne pas la capacité de répondre à ses besoins et de l'aider?

L'environnement du patient a donc un impact non négligeable sur *qui il est* et la prise en soin. Il est donc en permanence nécessaire d'entendre ce que vit la personne et dans quel contexte elle le vit. Au final, nous ne pouvons pas "soigner" cette partie environnementale qui participe pourtant activement à l'estime de soi, clé essentielle de l'autonomie et de la socialisation. Cependant, en tant que soignant, nous pouvons proposer des séances incluant l'entourage, même lointain, si la personne est en accord avec cette idée et en ressent le besoin. Si cet entourage y voit un intérêt, cela aura des répercussions sur le patient ainsi que sur ses relations interpersonnelles, malgré tout cette mobilisation extérieure ne dépend pas de nous. La seule chose que nous puissions faire à ce niveau est d'être disponible à cela et l'exprimer.

Le fait d'être dans une équipe pluridisciplinaire a également tout son sens à ce niveau, car l'intervention au niveau psychologique ou social peut amener la personne à prendre conscience de ces états émotionnels et de l'impact que l'environnement a sur ceux-ci.

Enfin, une autre limite importante que nous souhaitons soulever ici est la frontière tenue entre l'empathie et la sympathie. L'art-thérapeute est soumis au code de déontologie et se doit de répondre à des principes éthiques. Weiner et Graham (Rusinek, 2014) nous apportent l'information qui dit que lorsque nous tombons dans la pitié, nous entrons dans la sympathie.

Une de nos responsabilités réside donc dans le fait d'être attentif à notre façon d'être, en ce sens ou nous devons être conscients si nous faisons cela pour le soin du patient, son bien-être global ou par pitié en réponse à son état émotionnel.

En tant que thérapeute et dans le fait même que nous prenons l'autre en soin, nous avons besoin d'entrer en empathie avec le patient. Cependant, nous sommes humains et c'est un exercice de chaque instant que d'être à l'écoute des besoins de l'autre tout en conservant le recul nécessaire afin de ne pas entrer dans la dimension émotionnelle. Il est évident qu'en travaillant face à l'autre en souffrance, nous faisons face au déferlement émotionnel et il est de notre devoir d'arriver à prendre cela avec le plus de discernement possible.

Selon la classification de quelques expériences affectives (cf. annexe 18 p.93), nous voyons que si nous entrons en pitié, cela devient incontrôlable, par soi, par les autres, car c'est nous, thérapeute, dans cette attitude là, qui percevons la réalité à travers le prisme émotionnel.

De plus, en tant qu'art-thérapeute, nous utilisons l'outil "art" qui fait partie du domaine universel¹⁶ et par conséquent réduit encore la distance entre le soignant du soigné par le simple fait que ce médium appartient au domaine du sensible: nous faisons appel aux sens de la personne et à son ressenti. Cet outil artistique, nous demande de comprendre les besoins émotionnels et affectifs de la personne afin qu'elle puisse y répondre par un acte de création congruent avec ceux-ci.

Comment est-il alors possible d'être dans le domaine universel et sensible sans pour autant que cela impacte la relation soignant-soigné et l'identité de chacun?

Finalement, comme nous l'avons dit lors du paragraphe sur la distance thérapeutique (p.53) le soignant doit être sans cesse à la recherche de la distance nécessaire au juste retour qui permettra au soigné de prendre conscience de *ce qu'il est*, de *qui il est*, mais que le patient a également sa part de responsabilité dans sa capacité de réponse au soin.

***“ L'apprentissage de l'altérité exige une éthique
qui repose sur l'expérience d'autrui, et la responsabilité.”***

Emmanuel Levinas

¹⁶ 1. Qui s'étend à l'univers entier, qui embrasse la totalité des êtres et des choses. 2. Qui s'étend à tout ou à tous; qui se rapporte, s'applique à l'ensemble des hommes, à la totalité des choses. (TLFi)
[Chez Hegel] Unité des éléments logiques antérieurs dont le concept est la synthèse, à la fois universelle, puisqu'il est susceptible d'un nombre indéfini d'application, et concrète, en tant qu'il est une totalité unique et indivisible (Lal. 1968).

CONCLUSION

D'une part, l'art et le soin sont deux concepts qui, une fois incarnés font appel au domaine émotionnel universel humain. D'autre part, la confiance et l'empathie sont deux clés essentielles dans la relation soignant-soigné. Cela demande du temps, de la disponibilité, de l'authenticité et une intention sincère de répondre aux attentes du patient. Ce dernier étant aussi impliqué dans cette relation soignant-soigné, et du fait de son droit de réponse, peut avoir un impact sur celle-ci.

Il est donc nécessaire en tant que soignant, non seulement d'être attentif à notre posture mais aussi de guider le patient dans cette relation. Particulièrement dans le contexte de la réinsertion sociale, il est de notre devoir d'aider et d'amener le patient à construire son identité propre afin qu'il puisse trouver ses repères, son bien-être et ses limites dans la relation à l'autre.

L'art est un outil qui peut s'avérer efficace dans sa capacité à enclencher le processus créatif, comme nous l'avons constaté dans notre étude. Mais comme toute prise en soin, l'art-thérapie a ses limites. L'ouverture à la compréhension de qui est l'autre est donc indispensable afin d'obtenir le recul nécessaire quant aux outils proposés et à notre posture en tant que soignant.

Ces constats sont autant de clés et de facteurs essentiels et indispensables, à la fois dans la qualité de la relation soignant-soigné mais aussi pour la qualité du soin apporté en réponse aux attentes et aux besoins du patient.

Nous en concluons que le soin et la juste distance thérapeutique ne dépendent donc pas uniquement de l'attitude du soignant mais qu'il s'agit bien d'un dialogue et d'une adaptation permanente entre les individus impliqués dans la relation soignant-soigné. Et afin que notre implication reste juste et à la bonne distance en tant qu'art-thérapeute, notre *conscience de qui nous sommes* se doit être en éveil à chaque instant et travaillée tout au long de notre carrière. L'article 8 du code de déontologie de la formation d'art-thérapeute de Poitiers nous le confirme à son tour: *L'art-thérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue. Il ne peut se soustraire à l'évaluation de ses pratiques professionnelles.* La supervision, le travail sur soi, la pratique d'activités artistiques sont alors des aspects fondamentaux du métier d'art-thérapeute.

Finalement, nous pouvons dire que l'art est bien un outil de médiation entre le patient et l'environnement, car l'acte de création amène à la conscience de soi et à la (re)construction identitaire, cela permettant la revalorisation de l'estime de soi et favorisant l'autonomie. Cependant, cette pratique est accessible à certains moments de la vie, en réponse à des besoins définis. Il est donc nécessaire de savoir évaluer la pertinence de la proposition d'une art-thérapie en fonction du patient et de l'adapter aux besoins de celui-ci.

BIBLIOGRAPHIE

- Alain. (1931). *Vingt leçons sur les beaux-arts*. Gallimard.
- Alexandre Manoukian, A. M. (2014). *La relation soignant-soigné* (éd. 4). (Lamarre, Éd.)
- C. Andre, F. L. (2002). *Estime de soi, s'aimer pour mieux avec les autres*. Odile Jacob.
- Chiara Giacosa, F. J. (2016). Dance and music training have different effects on white matter diffusivity in sensorimotor pathways. *NeuroImage* (135).
- Forestier, R. (2006). *Regard sur l'art: approche épistémologique de l'activité artistique*. SeeYouSoon.
- Gil R., F. M.-N. (2011). Conscience de Soi, maintien du Soi et identité humaine au cours de la maladie d'Alzheimer. (E. Masson, Éd.) *Annales Médico-Psychologiques* , 169.
- Gilligan, C. (1986). *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Flammarion.
- Hall, E. T. (2014). *La Dimension cachée*. Points.
- Heidegger, M. (2014). *De l'origine de l'oeuvre d'art*. (C. Layet, Trad.) Rivages.
- Lalande, A. (2006). *Vocabulaire technique de critique de la philosophie*. Quadrige.
- Marc Philippe Lafontaine, S. L. (2011). Le cortex préfrontal et le processus d'apprentissage: caractérisation d'un rôle critique. (J. L. Eurotext, Éd.) *Neuropsychologie* , 3.
- Merlier, P. (2013). *Philosophie et éthique en travail social*. (E. d. publique, Éd.)
- Ministère en charge de la Santé. (2011). *Qu'est-ce qu'une maladie chronique?* Récupéré sur aphp: <http://www.maladiesrares-necker.aphp.fr/quest-quune-maladie-chronique/>
- Mourer, J. (2013). *La prise en charge du graphisme auprès d'un enfant atteint d'une agénésie du corps calleux isolée et totale: existe-t-il des particularités pour la prise en charge?* Université Paul Sabatier.
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique: entre alliance et distance. (I. f. transactionnelle, Éd.) *Actualités en analyse transactionnelle* (144).
- Pascal Papillon, J.-F. T. (1998). *Les Soignants et la communication*. (Lamarre, Éd.)
- Paschek, C. (2013). Ecrire à la main: un avantage cérébral. *Cerveau & Psycho* (53).
- Paul M. Thompson, A. W. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *PNAS* , 101 (21).
- Portelance, C. (2011). *La communication authentique*. Cram.
- Prayez, P. (2018). *Distance professionnelle et qualité du soin* (éd. 3). (Lamarre, Éd.)
- Roberge, A. (2015). Pourquoi s'acharner à enseigner l'écriture cursive? *Thot Cursus* .

- Rusinek, S. (2014). *Les émotions: du normal au pathologique*. Dunod.
- Sender, E. (2017). La danse augmente le volume de l'hippocampe cérébral. *Sciences et Avenir*.
- Stanislas Dehaene, V. I. (2006). Core knowledge of geometry in an amazonian indigene group. (A. A. Science, Éd.) *Science*, 311 (5759).
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. La découverte.
- Weiner B., G. S. (1999). *Attribution in personality psychology* (Vol. Handbook of personality: theory and research). (L. P. John, Éd.)
- Wu, S. (2015). USC scientists Arthur Toga, Paul Thompson are on the cutting edge of brain mapping. *University of Southern California*.

WEBOGRAPHIE

www.cairn.info
www.cnrtl.fr
www.sudoc.abes.fr
www.who.int/fr/
www.serpsy.org
www.sante.cc
www.vidal.fr
www.universalis.fr
www.michelsonmedical.org
www.jneurosci.org

GLOSSAIRE

AAH: Allocation aux Adultes Handicapés

ACT: Appartement de Coordination Thérapeutique

AINS: Anti-inflammatoire Non Stéroïdien

CARE: Le mot Care, très courant en anglais, est à la fois un verbe qui signifie « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de » et un substantif qui pourrait selon les contextes être rendu en français par soins, attention. Les difficultés à traduire le "care" contribuent au maintien de l'expression anglaise dans plusieurs œuvres francophones.

CESF: Conseiller/Conseillère en Economie Sociale et Familiale

CHHL: Centre Hospitalier Henri Laborit

Cholestérol HDL: Le cholestérol circule dans le sang en se fixant sur des protéines transporteuses appelées HDL (high density lipoprotein) et LDL (low density lipoprotein). Les HDL récupèrent le cholestérol des organes pour le rapporter au foie où il sera détruit. On parle de "bon cholestérol"

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CMME: Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, née en 1877 est la première chaire de la psychiatrie à la faculté de médecine. Service hospitalo-universitaire rattaché à Paris Descartes (Paris V)

ESAT: Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ETP: Education Thérapeutique du Patient

HP: Hôpital psychiatrique

HTA: Hypertension Artérielle

IIDRIS: Index international et dictionnaire de la réadaptation et de l'intégration sociale

IRMf: Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle, permettant de cartographier les activités fonctionnelles du cerveau en mesurant l'oxygénation augmentant localement dans les aires activées suite à un apport accru en sang frais

LHSS: Lit Halte Soins Santé

MAS: Maison d'Accueil Spécialisée

OMS: Organisme Mondial de la Santé - institution spécialisée des Nations Unies pour la santé fondée le 7 avril 1948

PES: Prise En Soins

PhD: *Philosophiæ doctor* (ou *doctor philosophiæ* ; abrégé PhD ou Ph. D. ; littéralement « docteur en philosophie ») est, dans le système universitaire anglo-saxon ou canadien francophone, l'intitulé le plus courant d'un diplôme de doctorat. Le terme *philosophie* est utilisé dans son sens antérieur au XX^e siècle, tel qu'il a été répandu par les universités allemandes, et désigne ici l'étude générale des connaissances.

Portrait chinois: jeu littéraire, de type questionnaire de Proust, où il s'agit de découvrir certains aspects de la personnalité d'un individu ou d'identifier des goûts ou des préférences personnelles, au travers d'un questionnaire basé sur l'identification à des personnes, des objets ou des éléments divers.

Psycho-physiologique: Science qui étudie les rapports entre l'activité psychique et l'activité physiologique. Synon. vieilli *psychophysique*. Étymol. et Hist. 1877 *psycho-physiologie* (Littré et Robin, *Dict. de méd.*, p. 1302a [Baillièrre] ds Quem. *DDL* t. 21); 1902 *les méthodes de la psychophysologie* (Barrès, *Cahiers*, t. 2, p. 155).

Quiz: Jeu de questions-réponses

RSA: Revenu de Solidarité Active

SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TDS: Tentative de suicide

TLFi: Trésor de la Langue Française informatisé

ANNEXES

- **Annexe 1:** La synthèse des couleurs (p.66-67)
- **Annexe 2:** Séances d'arts plastiques (p.68)
- **Annexe 3:** Fiche d'ouverture de dossier (p.69-70)
- **Annexe 4:** Fiches d'observations (séances individuelles et groupales) (p.71-72)
- **Annexe 5:** Fiche d'auto-évaluation (p.73)
- **Annexe 6:** Fiche de bilan (p.74)
- **Annexe 7:** Echelle d'Hamilton (p.75-76-77-78-79)
- **Annexe 8:** Echelle de Rosenberg (p.80)
- **Annexe 9:** Retours de l'équipe pluridisciplinaire (p.81-82)
- **Annexe 10:** Pharmacopée relative aux études de cas (p.83-84)
- **Annexe 11:** Atelier collectif - Création d'un jeu (p.85)
- **Annexe 12:** Création Denis (p.86)
- **Annexe 13:** Création Simon (p.87)
- **Annexe 14:** Conscience de soi et conscience (p.88-89)
- **Annexe 15:** Note sur l'altérité (p.90)
- **Annexe 16:** Distances chez l'Homme (p.91)
- **Annexe 17:** Cerveau humain - Circuit de la récompense (p.92)
- **Annexe 18:** Tableau Weiner et Graham (p.93)

Annexe 1: *La synthèse des couleurs*

Il existe deux procédés permettant d'obtenir différentes couleurs:

- **la synthèse additive:** utilisée dans les écrans vidéo ou en projection
- **la synthèse soustractive:** que l'on rencontre en peinture ou en impression

Les caractéristiques d'une couleur

L'œil identifie une couleur quelconque grâce aux trois facteurs suivants:

- **la teinte:** caractéristique qui se traduit dans le langage courant par des adjectifs tels que: rouge, vert, jaune ou par des combinaisons telles que : bleu vert, vert jaune, etc. Elle est déterminée en colorimétrie par une longueur d'onde dominante de la couleur considérée. *Par exemple, la couleur jaune vert a une longueur d'onde de 0,555 μm .*
- **la saturation:** indique la proximité de la couleur considérée par rapport à la couleur pure correspondante. La pureté se traduit par les adjectifs: saturé (pur) ou délavé.
- **l'intensité** (luminosité, brillance): peut être mesurée avec une cellule photo-électrique (luminance).

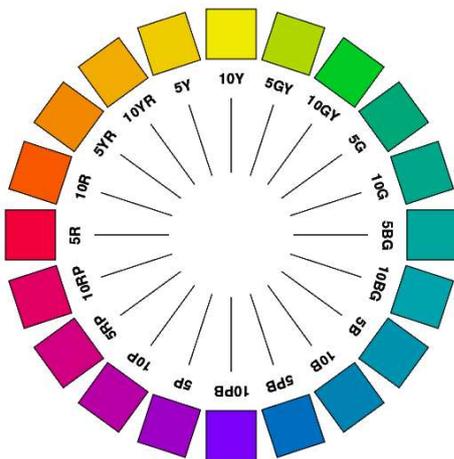
Couleur d'un objet

La couleur d'un objet est toujours définie lorsqu'il est éclairé en lumière blanche.

Un objet apparaît coloré parce qu'il absorbe certaines radiations et diffuse les autres.

Donc la couleur des objets provient de la synthèse soustractive.

Couleurs primaires



Une couleur primaire est une couleur dont le mélange avec ses homologues permet de reproduire l'ensemble des couleurs visibles.

En synthèse additive, les couleurs primaires sont: **rouge, le vert et le bleu (RVB).**

En synthèse soustractive: cyan, du magenta et du **jaune (CMJ).**

fig. 1: cercle chromatique de Munsell¹⁷

¹⁷ Albert Henry Munsell, peintre et professeur d'art américain, inventeur du nuancier de Munsell. Le cercle chromatique du nuancier de Munsell place les couleurs de façon à égaliser les écarts perceptuels entre les secteurs. Si le rouge est pris comme origine, le jaune est à 72°, le vert à 145°, le bleu à 215°, dans le sens horaire (anti-trigonométrique).

Synthèse additive

La somme de deux couleurs primaires donne une couleur primaire en synthèse soustractive.

Par exemple : Rouge + Vert = Jaune. Le jaune est situé entre le rouge et le vert sur le grand cercle chromatique.

La somme des 3 couleurs primaires donne du blanc.

La couleur opposée est nommée couleur complémentaire : le magenta est la couleur complémentaire du vert. Il en résulte que la somme d'une couleur primaire et de sa complémentaire donne du blanc.

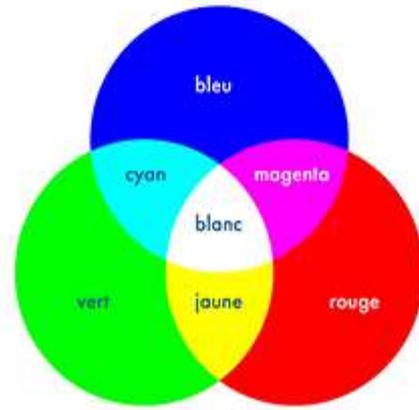


fig. 2: synthèse additive

Synthèse soustractive

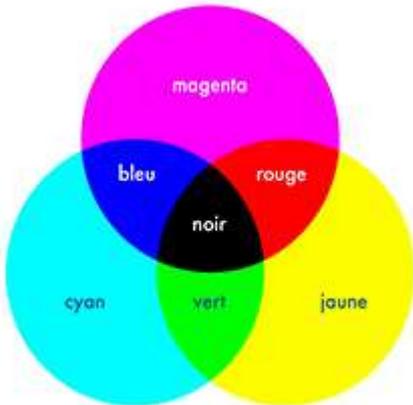


fig. 3: synthèse additive

La synthèse soustractive procède par absorption de lumière.

Les couleurs primaires correspondent aux couleurs complémentaires de la synthèse additive.

La soustraction des 3 couleurs primaires donne du noir.

Prévision des couleurs

La synthèse additive est notée "+".

On peut donc écrire que le jaune est la somme du rouge et du vert : $J = R + V$

De même, **la synthèse soustractive est notée "-".**

Ainsi, le bleu résulte de la soustraction du magenta et du cyan : $B = M - C$

Cette notation permet de prédire la couleur perçue d'un objet suivant sa couleur, en lumière blanche, et celle de l'éclairage.

Par exemple: Quelle sera la couleur perçue d'un objet jaune éclairé en magenta?

Si l'objet est jaune en lumière blanche, cela peut s'écrire $(R+V+B) \rightarrow (R+V)$ cet objet absorbe le bleu.

La lumière est magenta soit $(R+B)$ donc l'absorption du bleu donne du rouge : $(R+B) - B = R$

Annexe 2: *Séances d'arts-plastiques*



Annexe 3: Fiche d'ouverture de dossier (compactée)

Julie BARTHEL - Art-thérapeute stagiaire de l'UFR de médecine de Poitiers - CONFIDENTIEL



1er entretien: / /

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Age:

Date d'entrée chez Cordia:

Individuel / Groupe

Personne de confiance:

Situation familiale:

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la vie quotidienne?

Pourquoi le choix Cordia?

Traitement pharma: oui/ non

Quels médicaments?

Suivi psychologique (interne/externe):

Allergies / Intolérances:

Actes chirurgicaux / problèmes de santé:

Besoins:

D'où venez-vous?

Activités / Loisirs (quotidien):

Qu'aimez-vous / n'aimez pas?

Style de musique préféré? (envie pendant séances?)

Avez-vous déjà pratiqué ou pratiquez-vous une activité artistique / artisanale?

Activités artistiques / gout pour:

Contrat / Partenariat

Objectifs art-thérapeutiques décidés ensemble:

- 1-
- 2-
- 3-

Intention sanitaire:

Intention artistique:

Présentation art-thérapeutique

Technique(s) artistique(s) choisie(s):

Objectifs:

Items principaux ciblés:

Objectifs intermédiaires:

Complément avec l'équipe:

Anamnèse

Pathologie:

Traitement pharma: oui/ non

Quels médicaments?

Suivi psychologique (*interne/externe*):

Allergies / Intolérances:

Actes chirurgicaux:

Troubles / Comportements:

Autres précisions:

Annexe 4: *Fiches d'observations (compactées)*

Fiche d'observation en séances individuelles

Julie BARTHEL - Art-thérapeute stagiaire de l'UFR de médecine de Poitiers - CONFIDENTIEL



Prénom:

Date:

Nom:

Horaires début et fin de séance:

Séance:

deh àh

Rappel de l'Objectif de la séance (principal et/ou intermédiaire):

Aspect abordé:

autonomie estime de soi communication relation implication
 cohérence

Méthode:

intro ludique jeu technique exercice détente

directif dirigé semi-dirigé ouvert libre

Technique artistique employée:

Consigne:

Fait(s) remarquable(s):

Plainte(s):

Nouvel item?

Commentaires:

Objectif prochaine séance:

Fiche d'observation en séances de groupe

Julie BARTHEL - Art-thérapeute stagiaire de l'UFR de médecine et de pharmacie de Poitiers
- CONFIDENTIEL



ACCOMPAGNEMENT EN ART-THERAPIE Prise en Soins groupale

Prénoms, Noms prévus:

Absent(s):

Nouveau(x):

Date:

Séance:

Horaires début et fin de séance:
deh àh

Aspect abordé:

autonomie estime de soi communication relation implication
cohérence

Méthode:

intro ludique jeu technique exercice détente

directif dirigé semi-dirigé ouvert libre

Technique artistique employée:

Consigne:

Objectif de la séance:

Remarques / idées sur l'avancement du projet:

Fait(s) remarquable(s):

Plainte(s):

Commentaires:

Objectif prochaine séance:

Annexe 5: Fiche d'auto-évaluation

Julie BARTHEL - Art-thérapeute stagiaire de l'UFR de médecine de Poitiers - CONFIDENTIEL

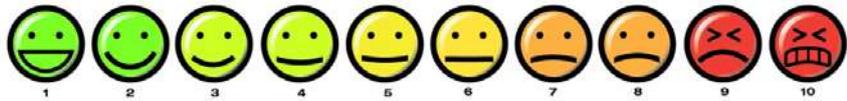


Auto-évaluation fin de séance

Nom:
Séance:

Prénom:
Date:

Etat général (*bien-être*)



Envie de continuer

1 2 3 4 5
Pas envie _____ Très envie

Humeur

Triste Fatigué En colère Stressé Angoissé Détendu Joyeux

Remarques / commentaires sur la séance d'aujourd'hui:

Envie(s) pour la prochaine séance:

Annexe 6: *Fiche de bilan*

Julie BARTHEL - Art-thérapeute stagiaire de l'UFR de médecine de Poitiers - CONFIDENTIEL

 <p>Cordia Association Cordia</p>	<p align="center"><u>BILAN d'ACCOMPAGNEMENT en ART- THERAPIE</u></p> <p align="center"><u>Document interne - A l'attention de l'équipe</u></p>
---	---

Prénom:

Date de naissance:

Nom:

Date:

Période	Nbre de séances	Absences	Durée moyenne des séances	Individuel ou Groupe	Jour(s) d'atelier

Objectifs thérapeutiques:

Moyens:

Evolution au regard des objectifs:

BILAN:

Futurs objectifs / remarques:

Annexe 7: Echelle d'Hamilton

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. Humeur anxieuse Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.
0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.
1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.
2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).
3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
2. Tension nerveuse Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.
0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude
1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux(nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.
2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.
3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).
4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).
3. Craintes Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.
0 – Absentes
1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.
2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.
3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.
4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non- verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.
3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).
4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.
0 – Absent
1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.
2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.
3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.
0 – Absents
1 – Leur présence n'est pas claire
2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.
3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

10. Symptômes respiratoires Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sœurpante
0 – Absents
1 – Présence peu claire
2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.
3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

Annexe 8: *Echelle de Rosenberg*

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Annexe 9: Retours de l'équipe pluridisciplinaire

Julie BARTHEL - Art-thérapeute stagiaire de l'UFR de médecine et de pharmacie de Poitiers - CONFIDENTIEL

 **Questionnaire à l'intention de l'équipe Cordia Poitiers, dans le cadre du stage d'art-thérapie de Julie Barthel (2/2)**

- Selon vous, en quoi l'art-thérapie peut être bénéfique dans le cadre de la maladie chronique et/ou de la réinsertion sociale ?
Il s'agit d'un média supplémentaire pour que les résidents arrivent à exprimer leur mal-être ou leurs émotions, important pour l'acceptation de la maladie ou de la situation de vie.
- Selon vous, quelles seraient les limites de l'art-thérapie dans ce contexte ?
Il ne faut pas que ce soit une activité occupationnelle.
→ déterminer l'intérêt pour le résident
→ définir des objectifs avec lui.

- Selon vous, en quoi l'art-thérapie peut être bénéfique dans le cadre de la maladie chronique et/ou de la réinsertion sociale ?
 - Travail sur l'estime de soi.
 - Travail sur gestion des émotions
 - Travail sur l'image corporelle.
 - Travail sur la coconstruction sur le groupe.
- Selon vous, quelles seraient les limites de l'art-thérapie dans ce contexte ?
Limitation : aucune, le principe même étant de travailler sur la créativité de chaque individu à la hauteur de ses capacités physiques et psychologiques, et ainsi de le faire avancer, évoluer, à son rythme.

- Selon vous, en quoi l'art-thérapie peut être bénéfique dans le cadre de la maladie chronique et/ou de la réinsertion sociale ?

Cela permet : - Le duprimit ou de retrouver confiance en soi.
 - meilleure estime de soi ; - amélioration de la concentration ;
 - se ré-intégrer un groupe social ; - approfondir "l'autre" ; la "société"
 - Distresser ; - se détendre (ce qui, à mon sens, peut améliorer considérablement la prise en charge médicale ensuite)

- Selon vous, quelles seraient les limites de l'art-thérapie dans ce contexte ?

Peut-être que la limite viendrait des résidents eux-mêmes. Ils pourraient penser que ce domaine est plus important que les autres... Mais l'art-thérapeute et l'équipe pluridisciplinaire doit savoir gérer ça.

- Selon vous, en quoi l'art-thérapie peut être bénéfique dans le cadre de la maladie chronique et/ou de la réinsertion sociale ?

Renforcement de la confiance en soi et l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes.

Liberté de création et d'expression à travers l'act.

Plus de confiance en soi = envie d'aller + loin.

- Selon vous, quelles seraient les limites de l'art-thérapie dans ce contexte ?

Intervention trop court : permet une mise en confiance, la création d'un lien.

- Selon vous, en quoi l'art-thérapie peut être bénéfique dans le cadre de la maladie chronique et/ou de la réinsertion sociale ?

Comme ça évite aux résidents d'affronter de face, de mettre des mots sur ce qui est douloureux, ils peuvent certainement explorer plus que par un unique travail de parole en face à face.

- Selon vous, quelles seraient les limites de l'art-thérapie dans ce contexte ?

Le budget.

Annexe 10: Pharmacopée relative aux études de cas

Dipipéron 40: 0.0.1: neuroleptique, substance active: pipampérone, pipampérone dichlorhydrate. *Etats d'agitation/d'agressivité au cours d'états psychotiques aigus et chroniques* (courte durée) / effets indésirables: affections du système nerveux: somnolence, phénomène de la roue dentée, dépression, hypertonie, akathisie, crises oculogyres, opisthotonos, dyskinésie, torticolis spasmodique, trismus, tachycardie, hypotension orthostatique, vomissements, urticaire, aménorrhée, asthénie.

Lamictal 50: 1.0.1: antiépileptique, substance active: lamotrigine. *Epilepsie* / effets indésirables: réactions allergiques ; les plus fréquentes: éruptions de boutons, le plus souvent bénignes, céphalées, troubles de la vision, tremblements, somnolence, agitation, fatigue, vertiges, troubles digestifs, augmentation paradoxale de la fréquence des crises d'épilepsie.

Lévothyrox 25: 1.0.0: hormone thyroïdienne, substance active: lévothyroxine sodique. *Hypothyroïdies* / effets indésirables: aggravation de toute cardiopathie, signes d'hyperthyroïdie: tachycardie, tremblements, troubles du rythme cardiaque, insomnie, excitabilité, élévation de la température, sueurs, amaigrissement rapide, diarrhée, urticaire, prurit, angio-œdème, dyspnée, érythème.

Oméprazole 20 (générique de Mopral et Zoltum): 0.0.1: antisécrétoire gastrique, substance active: oméprazole. *Problèmes gastriques:* éradication de *Helicobacter pylori*, lésions gastroduodénales induites par les AINS*, œsophagites dues à un reflux gastro-œsophagiens, reflux gastro-œsophagiens, syndrome de Zollinger-Ellison, ulcères duodénaux et gastriques / effets indésirables: céphalées, douleurs abdominales, constipation, diarrhée, flatulences, nausées/vomissements.

Quétiapine 400 (générique de Xéroquel): 0.0.2: neuroleptique atypique, substance active: quétiapine, quétiapine fumarate. *Schizophrénie, troubles bipolaires* / effets indésirables: somnolence, sensations vertigineuses, céphalées, bouche sèche, symptômes de sevrage (à l'arrêt du traitement), augmentation des concentrations sériques de triglycérides, augmentation du cholestérol total, diminution du cholestérol HDL*, prise de poids, diminution du taux d'hémoglobine et symptômes extrapyramidaux.

Ramipril 5 (générique de Triatec): 1/jour: inhibiteur de l'enzyme de conversion, substance active: ramipril.: *HTA* légère à modérée, insuffisance cardiaque légers à modérés* / effets indésirables: céphalées, étourdissements, toux irritative non-productive, bronchite, sinusite, dyspnée, inflammation gastro-intestinale, troubles digestifs, gêne abdominale, dyspepsie, diarrhée, nausées, vomissements, rash, spasmes musculaires, myalgie, élévation kaliémie, hypotension, chute pression artérielle orthostatique, syncope, douleur thoracique, fatigue.

Subutex : 16mg/jour: substitution aux opiacés, substance active: buprénorphine, buprénorphine chlorhydrate. *Substitutif aux opiacés* / effets indésirables: asthénie,

somnolence, sueur, constipation, nausée, vomissement, hypotension orthostatique, insomnie, céphalée, évanouissement, vertige, hallucination, dépression respiratoire.

Tramadol 50 (générique de Contramal LP et Topalgic LP): 1.0.1: antalgique opiacé, substance active: tramadol chlorhydrate. *Douleurs modérées à intenses* / effets indésirables: nausées, vomissements, somnolence, céphalées, vertiges, hypersudation, sensation de malaise, sécheresse buccale, constipation, confusion, hallucination et/ou délire.

Tropatépine 10 (générique de Lepticur): 0.0.1: antiparkinsonien, substance active: tropatépine chlorhydrate. *Syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques* / effets indésirables: sécheresse de la bouche, troubles de l'accommodation, hypertonie oculaire, troubles mictionnels, constipation.

Valium 10 : 0.0.2: anxiolytique, substance active: diazépam. *Anxiété, sevrage alcoolique* / effets indésirables: amnésie antérograde, troubles du comportement, modifications de la conscience, irritabilité, agressivité, agitation, dépendance, sensations ébrieuses, céphalées, ataxie, confusion, baisse de vigilance, somnolence, insomnie, cauchemars, tension, modifications de la libido, éruptions cutanées, prurigineuses ou non, hypotonie musculaire, asthénie, diplopie.

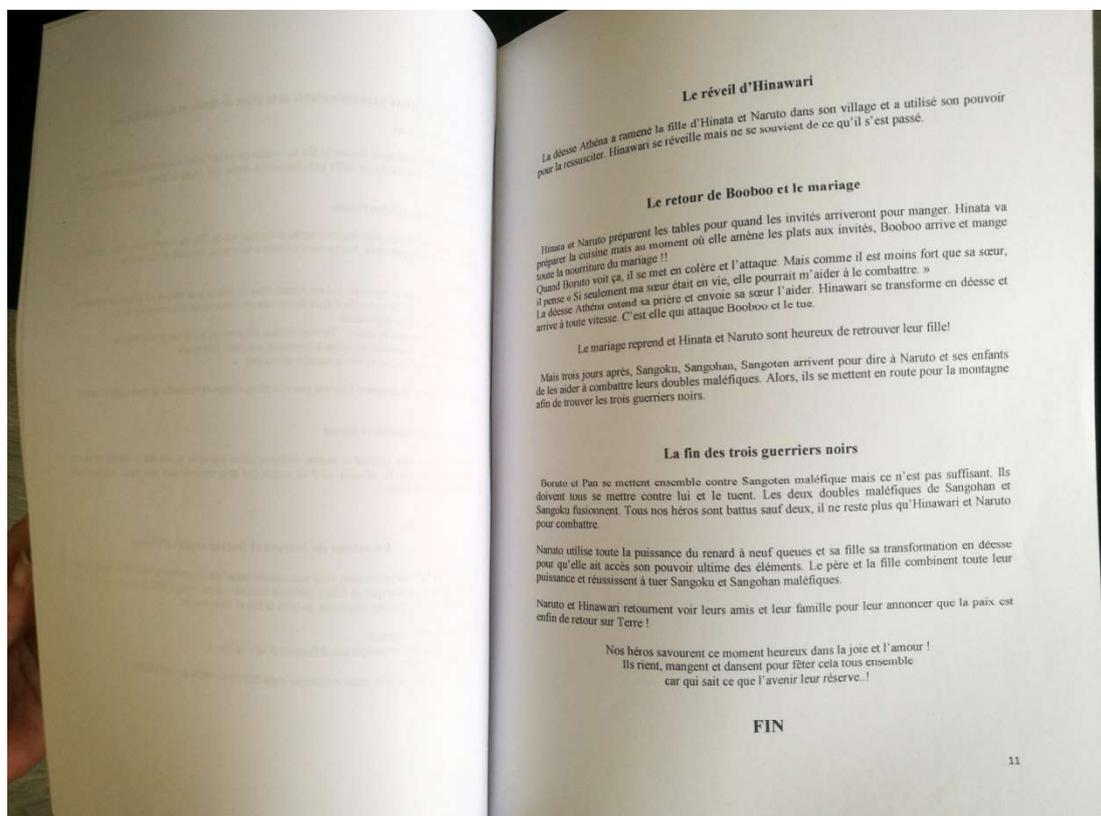
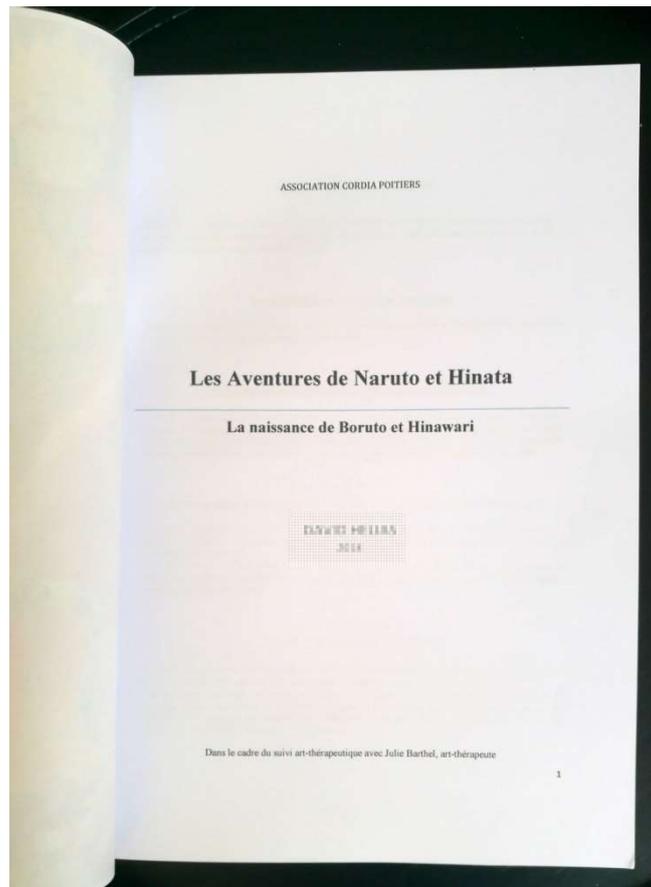
Zolpidem (générique de Stilnox): 0.0.1: hypnotique, substance active: zolpidem tartrate. *Insomnie adulte à court terme* / effets indésirables: amnésie antérograde, troubles du comportement, modifications de la conscience, irritabilité, agressivité, agitation, dépendance, sensations ébrieuses, céphalées, ataxie, confusion, baisse de vigilance, somnolence, insomnie, cauchemars, tension, modifications de la libido, éruptions cutanées, prurit, urticaires superficielles ou profondes, hypotonie musculaire, asthénie, diplopie, troubles gastro-intestinaux.

Zopiclone 7,5 (générique de Imovane): 1/jour: hypnotique, substance active: zopiclone. *Insomnies* / effets indésirables: troubles psychiatriques, troubles du système nerveux, céphalées, troubles oculaires, réactions cutanées, faiblesse musculaire, fatigue, amnésie, dépression, nervosité, agitation, irritabilité, agressivité, idées délirantes, accès de colère, cauchemars, hallucinations, symptômes psychotiques, dépendance.

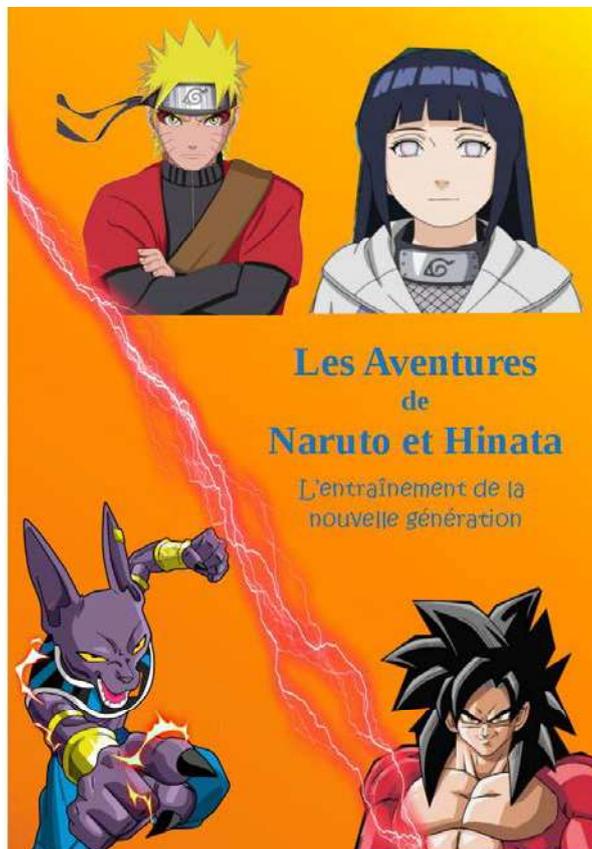
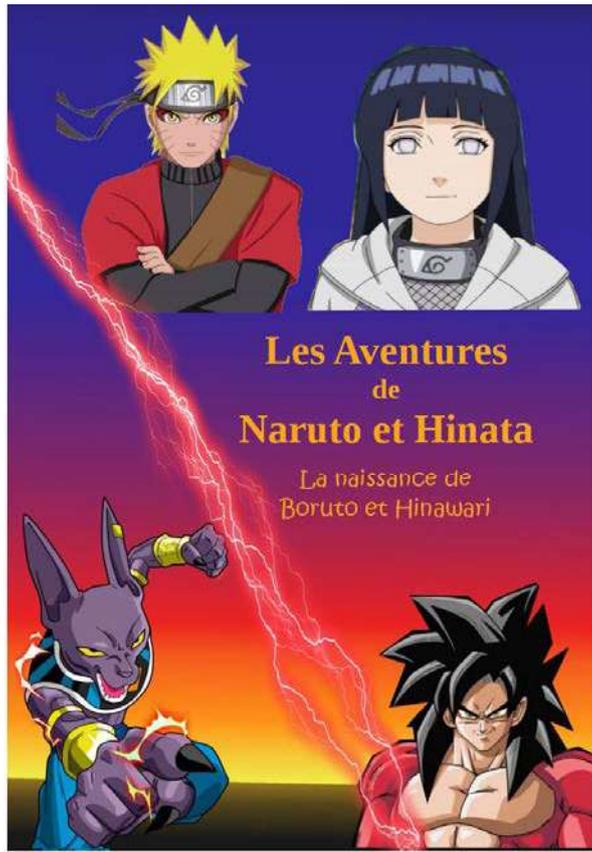
Annexe 11: Atelier collectif - Création d'un jeu



Annexe 12: *Création Denis*



Annexe 13: *Création Simon*



Annexe 14: *Conscience de soi et Conscience*

“L'homme est un être doué de conscience et qui pense, c'est-à-dire que, de ce qu'il est, quelle que soit sa façon d'être, il fait un être pour soi. Les choses de la nature n'existent qu'immédiatement et d'une seule façon, tandis que l'homme parce qu'il est esprit, a une double existence ; il existe, d'une part, au même titre que les choses de la nature, mais d'autre part, il existe aussi pour soi, il se contemple, se représente à lui-même, se pense et n'est esprit que par cette activité qui constitue un être pour soi.

Cette conscience de soi l'homme l'acquiert de deux manières : Primo théoriquement, parce qu'il doit se pencher sur lui-même pour prendre conscience de tous les mouvements, replis, penchants du cœur humain et d'une manière générale se contempler, se représenter ce que la pensée peut lui assigner comme essence, enfin se reconnaître exclusivement, aussi bien dans ce qu'il tire de son propre fond que dans les données qu'il reçoit de l'extérieur.

Deuxièmement, l'homme se constitue pour soi par son activité pratique, parce qu'il est poussé à se trouver lui-même, à se reconnaître lui-même dans ce qui lui est donné immédiatement, dans ce qui s'offre à lui extérieurement. Il y parvient en changeant les choses extérieures, qu'il marque du sceau de son intériorité et dans lesquelles il retrouve ses propres déterminations. L'homme agit ainsi, de par sa liberté de sujet, pour ôter au monde extérieur son caractère farouchement étranger et pour ne jouir des choses que parce qu'il y retrouve une forme extérieure de sa propre réalité.

Ce besoin de modifier les choses extérieures est déjà inscrit dans les premiers penchants de l'enfant ; le petit garçon qui jette des pierres dans le torrent et admire les ronds qui se forment dans l'eau, admire en fait une œuvre où il bénéficie du spectacle de sa propre activité.”

Hegel, Esthétique

Dans le *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, voici la définition principale de la conscience:

Conscience, psychologique

A. Intuition (plus ou moins complète, plus ou moins claire) qu'a l'esprit de ses états et de ses actes. - Cette définition ne peut être qu'approximative, le fait de la conscience étant, comme le fait justement remarquer Hamilton, une des données fondamentales de la pensée, qu'on ne peut résoudre en éléments plus simples. [...] Si cette connaissance de l'esprit s'entend au sens A, et si le fait conscient n'est pas considéré comme différent du fait qu'il est conscient, la conscience est dite *conscience spontanée*.

B. Si cette connaissance s'entend au sens B (c'est-à-dire suppose une opposition nette de ce qui connaît et de ce qui est connu, et une analyse de l'objet de cette connaissance) la conscience est dite *conscience réfléchie*.

C. Ce que saisit la conscience, au sens A: l'ensemble des faits psychologiques appartenant à un individu ou à un ensemble d'individus, en tant qu'ils ont un caractère commun.

D. Un être conscient.

E. Connaissance immédiate (non seulement de soi-même, mais aussi d'autres choses). "Conscience de ..." est employé par Kant, Hamilton, Schopenhauer, etc.

La note d'André Lalande à ce sujet, nous apporte quelques précisions intéressantes sur les diverses définitions de la conscience:

“En réalité le mot *conscience* désigne la pensée même, antérieure à la distinction du connaissant et du connu; comme telle, elle est la donnée première que la réflexion analyse en sujet et en objet. Est-il certain que le mot *conscience* emporte avec lui l'idée de certitude? Si cette association existe, elle n'est qu'un préjugé, à combattre plutôt qu'à respecter; et ce préjugé d'ailleurs n'est pas universel. (P. Lapie) - Ce qu'implique *conscience*, c'est plutôt l'idée de positivité, de données de fait, que celle de certitude. (M. Bernès)

Malgré les divergences de ces remarques, il y a lieu de remarquer qu'elles s'appliquent en réalité à deux usages différents du mot *conscience*, que ne caractérisent pas suffisamment les termes classiques *conscience spontanée* et *conscience réfléchie*. 1. La conscience en que *donnée*, primitive, indifférenciée, servant de matière à toute vie psychique, et par conséquent placée, à certains égards, au delà de toute discussion; 2. La conscience en tant que *construite* par l'opposition de l'objet et du sujet, et se réduisant alors à ce dernier par opposition à l'objet. Mais ici même le mot prend encore deux significations très différentes: a) on considère ce qui reste encore *dans* le sujet après cette différenciation, on s'attache à son activité propre, aux virtualités d'œuvres nouvelles qu'il pourra produire encore, aux lois suivant lesquelles il se développe, aux réserves de puissance pensante qui pourront amener des progrès ou même des révolutions dans la connaissance; b) on considère au contraire la connaissance actuelle de l'objet, dans ce qu'elle a gagné par cette différenciation en netteté et en distinction, dans la possession plus complète que nous en avons prise par notre travail d'opposition et d'analyse (par exemple dans la clarté de nos perceptions, dans la précision des principes de nos raisonnements) et c'est en ce dernier sens surtout, dans le langage ordinaire, qu'on juge un esprit plus ou moins conscient ou inconscient. Il y aurait donc lieu de distinguer conscience primitive et conscience réfléchie, conscience subjective et conscience objective. (A.L.)

Annexe 15: *Note sur l'altérité*

Note sur l'**Altérité**, par André Lalande dans son *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*:

Le sens où Renouvier prend ce mot nous a été signalé par Louis Prat, qui renvoie au texte suivant: "De la relation comme catégorie, le sujet: ma pensée propre. L'objet: un coup du dehors. L'objet, c'est l'autre: une sensation, une traction, une poussée, un frottement, une douleur. Pas de localisation; l'idée d'espace n'intervient pas encore: il n'y a qu'une opposition entre le moi et le non-moi." - "Ipséité, altérité, synthèse: perception. Ce qui, au point de vue du moi propre, correspond aux termes de **la relation en général**: Distinction, Identité, Détermination." Renouvier.

Il serait nécessaire, semble-t-il, pour la correspondance des termes, de rétablir l'ordre suivant: Identité, Distinction, Détermination. (A.L.)

Soi et Autrui, identité et différence.

D'une part, **être conscient de soi, se saisir comme un Je, un sujet**, privilège exclusivement humain. D'autre part, autrui, le différent, ce qui m'est étranger, un moi qui n'est pas moi et qui se prétend toutefois mon semblable, mon alter ego, un autre soi en même temps qu'un autre que soi : « Comment peut-on être persan ? » demandait Montesquieu. Quelle que soit la façon dont on le pense, comme un ennemi ou comme l'incarnation d'une humanité partagée, autrui apparaît inséparable de ma propre subjectivité.

« **Je est un autre.** »

Il appartenait à la modernité de méditer cette parole de Rimbaud pour y entendre l'aliénation, la trahison de soi, l'inversion d'une raison technicienne, scientifique et politique déchaînant sa toute-puissance en guerres, révolutions et exterminations, ruinant ainsi à tout jamais la prétention de l'« *animal rationale* » issu de l'ancien humanisme métaphysique à conserver sa place privilégiée au sein d'un cosmos qu'il maîtriserait.

Ce fut ensuite au tour des sciences humaines, de Freud à Lacan, Althusser, Foucault, en s'appuyant souvent sur les travaux de Heidegger puis Derrida, de contester la stabilité et la vérité de la coïncidence de soi qu'aurait mise au jour le *cogito* cartésien, de déconstruire le « for intérieur ».

Il appartenait également à la modernité, en dépassant la métaphysique du Même et de l'Autre, d'élaborer une critique de l'humanisme en substituant à l'idée d'une subjectivité monadique celle d'une défense de l'homme, de l'autre que moi, fût-il, pour Heidegger, l'Être dont l'homme serait le berger, l'alter ego chez Husserl, le pour autrui sartrien, l'un-pour-l'autre lévinassien, le Soi en tant qu'Autre de Paul Ricœur.

Annexe 16: *Distances chez l'Homme*

D'après Edward T. Hall

	Proche	Distant
Intime	Contact Acte sexuel, lutte, etc. Déformation visuelle.	de 15 à 40 cm Chaleur, odeur détectables, contractions musculaires. Contact par les mains.
Personnelle	de 45 à 75 cm Relief et textures très apparents, perception de tous les détails. Pas de déformation visuelle.	de 75 à 125 cm Limite de l'emprise physique sur autrui. Chaleur et odeur non détectables. Discussions: sujets personnels.
Sociale	de 120 à 210 cm L'autre est perçu "normalement". Les traits essentiels du visage sont clairement distinguables.	de 210 à 360 cm Yeux et bouche sont les mieux perçus. Distance lors d'un entretien professionnel, d'un rendez-vous administratif, etc. Voix un peu élevée.
Publique	de 360 à 750 cm Permet la fuite en cas de menace. Détails non discernables. Utilisation de la vision périphérique afin de percevoir l'environnement.	750 cm et plus 9m: obligatoire en politique. Besoin d'élever la voix, amplifier et exagérer mimiques et attitudes.

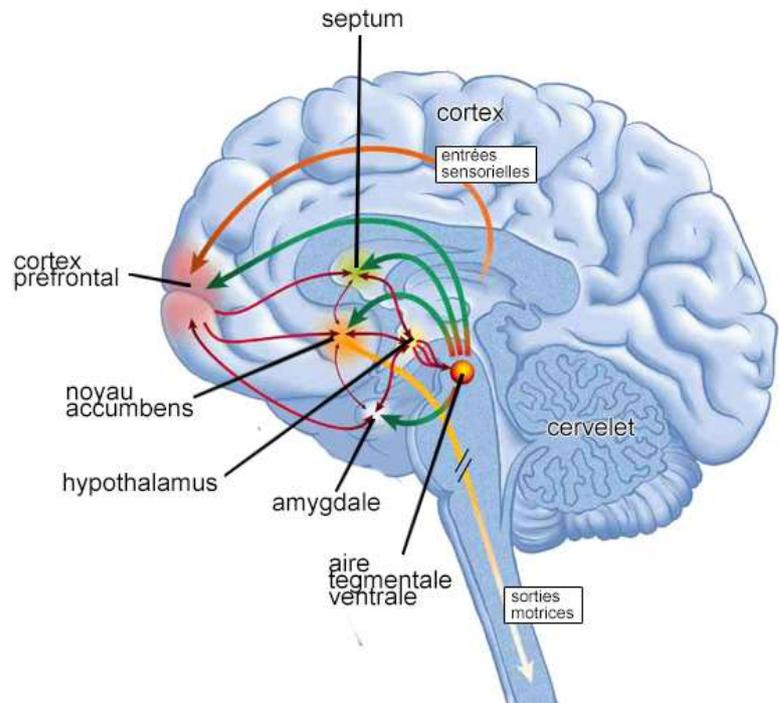
Annexe 17: Cerveau humain - Circuit de la récompense

A l'échelle de l'organe:

Dans le cerveau, existent des structures interconnectées constituant le système dit de la récompense que l'on vient de mettre en évidence. Il est impliqué dans le comportement sexuels mais aussi la satisfaction des besoins vitaux comme se nourrir, boire ...

A l'échelle des réseaux (tissus):

Des zones, l'aire tegmentale ventrale (ATV), le noyau accumbens et d'autres zones comme le cortex préfrontal en particulier.



A l'échelle cellulaire:

En plein cœur du cerveau, l'ATV centralise les informations sensorielles des différentes zones du cerveau : l'activation des neurones de l'ATV provoque celle d'autres neurones d'autres régions du circuit en particulier noyau accumbens et cortex préfrontal.

A l'échelle moléculaire:

Cette activation se fait par l'intermédiaire d'un neuromédiateur, la dopamine, sécrétée par les neurones de l'ATV au contact avec d'autres membranes plasmiques d'autres neurones d'autres régions cérébrales avec lesquelles des synapses sont établies.

A l'échelle de l'organisme:

Les réponses phénotypiques comportementales macroscopiques sont le désir et le besoin motivant un comportement de les satisfaire : le noyau accumbens est à l'origine des réponses motrices et le cortex préfrontal de la focalisation de l'attention, la motivation, les émotions et la sensation de plaisir.

Ce comportement active en retour le circuit de la récompense, déclenchant ainsi le plaisir quand le besoin est satisfait par une abondante sécrétion de dopamine: c'est le neuromédiateur de la satisfaction personnelle.

Annexe 18: *Antécédents et conséquences des quelques expériences affectives*
(d'après Weiner et Graham)

Résultat	Cause	Affect	Tendance d'action
Négatif pour soi	Contrôlable par les autres	Colère	Représailles contre les autres
Négatif pour les autres	Contrôlable par les autres	Colère <i>(irritation)</i>	Négligence <i>(retrait des autres)</i>
Positif pour soi	Contrôlable par les autres	Gratitude	Aller vers les autres
Négatif pour soi	Contrôlable par soi	Culpabilité	Réprimandes <i>(retour à la tâche)</i>
Négatif pour les autres	Contrôlable par soi	Culpabilité	Réprimandes <i>(aller vers les autres)</i>
Négatif pour les autres	Incontrôlable	Pitié <i>(sympathie)</i>	Aller vers les autres
Positif pour soi	Soi	Fierté	Récompense <i>(retourner à la tâche)</i>
Négatif pour soi	Soi	Baisse de la fierté	Retrait de la tâche
Négatif pour soi	Incontrôlable par soi	Humiliation	Recul <i>(loin de la tâche)</i>

Les émotions - Du normal au pathologique

Stéphane Rusinek

RESUME

Les impacts de l'art-thérapie sur l'autonomie.

Au sein de la relation soignant-soigné, l'empathie et l'altérité questionnent et apportent des éléments essentiels pour une prise en soin éthique, répondant aux besoins du patient. En particulier dans le contexte de la réinsertion sociale avec pathologie chronique, l'autonomie est l'objectif principal et induit le besoin de reconstruction identitaire.

En quoi la conscience de soi, la restauration de l'estime de soi et la diminution du syndrome anxieux permettent de répondre à ces besoins?

Qu'est-ce que l'art-thérapie amène dans une prise en soin globale au sein d'une équipe médico-sociale pluridisciplinaire?

L'art comme outil de médiation entre le patient et l'environnement.

mots clés: art, art-thérapie, soin, éthique, autonomie, social, identité, altérité, conscience de soi, estime de soi, anxiété, écriture, infographie, graphisme, mouvement, relaxation.

ABSTRACT

The impacts of art-therapy on autonomy.

Within the care-giver/care-receiver relationship, empathy and otherness question and provide essential elements for ethical care, answering needs of the patient. Particularly in the context of social reintegration with chronic pathology, autonomy is the main objective and induces the need for identity reconstruction.

In what way does self-awareness, restoration of self-esteem and the decrease of anxiety syndrome help to meet these needs?

What does art-therapy lead to overall care in a multidisciplinary medical and social team?

Art as a tool of mediation between the patient and the environment.

key words: art, art therapy, care, ethics, autonomy, social, identity, otherness, self-awareness, self-esteem, anxiety, writing, computer graphics, graphics, movement, relaxation.