

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

Trouble de la personnalité Borderline et fonctionnement social
L'utilisation des médiations artistiques pour le développement des
habiletés sociales

Mémoire présenté et soutenu par
Alizée FOURNAUD

En juin 2023



Mémoire dirigé par
Lydia DARCY
Ergothérapeute
CRRF André Lalande, Noth
Centre Hospitalier La Valette, Saint-Vaury

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue au cours de la réalisation de ce mémoire, mais également tout au long de ces trois années de formation en Ergothérapie.

Je souhaite premièrement remercier ma directrice de mémoire, Lydia DARSY, pour l'expérience et les conseils qu'elle a apporté à mon mémoire, ainsi que pour sa bienveillance et ses encouragements tout au long de ce travail.

Je remercie également Stéphane MANDIGOUT, référent méthodologique, pour son encadrement et son soutien pour la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier l'équipe pédagogique, Thierry SOMBARDIER, Patrick TOFFIN, Lydia DARSY ainsi qu'Emilie BICHON pour leur accompagnement, leurs enseignements ainsi que les savoir-être et savoir-faire inculqués tout au long de cette formation.

Je souhaite également remercier mes différents tuteurs de stage pour m'avoir partagé leurs connaissances, expériences ainsi que leurs valeurs afin de me faire découvrir ce beau métier et ses multiples facettes.

Je remercie également mes camarades de promotion pour les bons moments vécus pendant et en dehors des cours, ainsi que pour le partage des expériences et des conseils au cours de ces trois années passées ensemble.

Finalement, je souhaite remercier toutes les autres personnes hors du cadre de l'ergothérapie, amis et famille, pour leur patience, leurs encouragements et leur immense soutien.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Alizée FOURNAUD

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformée.

Et certifie que le mémoire présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le 26 mai 2023

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2023
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Alizée FOURNAUD

Etudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : 26 mai 2023

Signature de l'étudiante



Glossaire

- **ANFE** : Association Nationale Francophone des Ergothérapeutes
- **DSM-V** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, traduit par Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux, 5^{ème} version
- **EAP** : European Association for Psychotherapy
- **ECR** : Essai Contrôlé Randomisé
- **EBP** : Evidence Based Practice
- **MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine
- **TBM** : Thérapie Basée sur la Mentalisation
- **TCD** : Thérapie Comportementale Dialectique
- **TPB** : Trouble de la Personnalité Borderline

Table des matières

Introduction	1
Cadre théorique.....	2
1. Le trouble de la personnalité Borderline.....	2
1.1. Définition de la pathologie	2
1.2. Les causes	2
1.3. Le fonctionnement.....	3
1.4. Les symptômes	3
2. Le fonctionnement social chez les personnes atteintes du TPB.....	4
2.1. Description	4
2.2. Les habiletés sociales	5
3. Les interventions sur la population.....	6
3.1. Traitements pharmacologiques	6
3.2. Les psychothérapies.....	7
3.2.1. Définition et fonctionnement.....	7
3.2.2. La Thérapie Comportementale Dialectique	8
3.2.3. La Thérapie basée sur la Mentalisation.....	8
3.3. Les médiations thérapeutiques.....	9
3.3.1. Définition.....	9
3.3.2. Les médiations artistiques.....	12
4. L'ergothérapie dans le domaine de la santé mentale	13
4.1. La pratique en ergothérapie.....	13
4.2. Les modèles conceptuels	14
4.2.1. Le Modèle Psychodynamique	15
4.2.2. Le Modèle de l'Occupation Humaine.....	15
5. Problématisation	17
Méthodologie.....	18
1. Choix de l'outil	18
1.1. Etape 1 : Identifier la question de recherche et les objectifs	18
1.2. Etape 2 : Identifier les sources d'information	18
1.3. Etape 3 : Sélection des études	19
1.4. Etape 4 : Analyse des données.....	19
1.5. Etape 5 : Rassembler et résumer les résultats	20
Résultats	21
1. La méthodologie de recherche.....	21
2. Les résultats	25
2.1. Les articles retenus	25
2.2. La population.....	25
2.3. Interventions.....	26
2.4. Les résultats selon les habiletés sociales	26
2.4.1. Les habiletés intrapersonnelles.....	26
2.4.2. Les habiletés interpersonnelles.....	27
2.4.3. Les habiletés d'adaptation collective	28
2.4.4. Les habiletés d'affirmation.....	28
2.4.5. Les habiletés de communication	29
Discussion.....	30

1. Résumé des principaux faits	30
2. Résultats secondaires.....	32
2.1. L'importance du groupe.....	32
2.2. Le lien avec la mentalisation.....	32
2.3. Acceptabilité de cette thérapie.....	33
3. Généralisation des résultats.....	34
4. La place de l'ergothérapeute.....	34
5. Limites de l'étude	36
6. Perspectives	36
Conclusion	38
Références bibliographiques	39
Annexes	48

Table des illustrations

Figure 1 : Relation triangulaire patient-ergothérapeute-objet (dans Hernandez, 2016)	11
Figure 2 : Schéma explicatif du MOH (dans Hernandez, 2016)	16
Figure 3 : Diagramme de flux en lien avec la recherche d'articles	21

Table des tableaux

Tableau 1 : Critères PICO appliqués au sujet de recherche	18
Tableau 2 : Récapitulatif des mots-clés pour l'équation de recherche.....	19
Tableau 3 : Tableau de présentation des articles sélectionnés.....	22
Tableau 4 : Tableau de présentation des résultats (partie 1)	23
Tableau 5 : Tableau de présentation des résultats (partie 2)	24
Tableau 6 : Tableau récapitulatif de la population étudiée	25

Introduction

Au XVIII^e siècle, l'utilisation de l'activité dans un but thérapeutique est initiée dans le domaine de la santé mentale par le médecin aliéniste Philippe Pinel sous la forme d'activités quotidiennes et domestiques. Par la suite, cette pratique se développe au travers d'activités manuelles, artistiques ou encore corporelles. L'introduction de ce nouveau type de thérapie correspond aux prémices de l'ergothérapie dans le domaine de la santé mentale. Pourtant, ce n'est qu'au début du XX^e siècle que le terme « Ergothérapie » (Occupational Therapist) apparaît aux Etats-Unis. En France, cette profession se développe plus tard au cours du XX^e siècle, toujours dans le domaine de la santé mentale. Elle s'appuie sur les théories développées par Pinel selon lesquelles la création, l'occupation ou encore l'exercice physique ont un réel pouvoir thérapeutique pour l'Être Humain considéré comme un Être occupationnel. L'utilisation de l'activité, de l'occupation, et donc de l'ergothérapie dans l'accompagnement d'une population suivie en psychiatrie n'est donc pas une pratique récente, et les bénéfices ne sont plus à prouver. Pourtant, les ergothérapeutes tendent encore actuellement à développer et asseoir leur pratique dans le domaine de la santé mentale. C'est donc pourquoi il est primordial de s'intéresser à ce pan spécifique de cette profession encore en développement.

Au cours de ma formation en Ergothérapie, j'ai eu l'occasion de réaliser un stage dans le domaine de la psychiatrie. J'ai donc pu découvrir un certain nombre de pathologies que je ne connaissais qu'à travers la théorie, notamment le trouble de la personnalité Borderline. C'est en accompagnant une patiente atteinte de ce trouble que j'ai été interpellée par les caractéristiques particulières de cette pathologie, notamment concernant la sphère des interactions sociales. En effet, pour la première fois au cours d'un de mes stages, je me suis retrouvée démunie face aux comportements et réactions atypiques de cette patiente, que ce soit envers les autres usagers ou les thérapeutes. C'est à la suite de cet accompagnement complexe que j'ai compris l'importance de découvrir et d'assimiler les caractéristiques de ce trouble posant de vraies problématiques de fonctionnement et donc de participation sociale, dans le but d'ajuster au mieux notre posture et notre suivi en ergothérapie.

En parallèle, lors de ce même stage, j'ai eu l'occasion d'expérimenter pour la première fois une méthode d'intervention particulière de l'ergothérapeute qu'est la médiation thérapeutique. Cette thérapie peut se révéler déroutante au premier abord car elle est trop souvent assimilée à une activité ludique ou occupationnelle. Cependant, une analyse de l'activité et des objectifs qui lui sont attribués permet de comprendre le sens et les bénéfices qu'une telle intervention peut apporter aux usagers. Ce fut d'ailleurs le moyen thérapeutique utilisé en ergothérapie auprès de la patiente présentant le TPB décrite précédemment.

C'est donc pourquoi, au sein de ce mémoire, j'ai choisi de m'intéresser à ces deux aspects qui ont été une découverte au cours de ce stage afin de comprendre en quoi ce mode d'intervention peut impacter les différents symptômes de ce trouble, et en particulier ceux responsables des difficultés au niveau du fonctionnement social. Au sien de ce mémoire de fin d'étude, nous définirons premièrement le trouble de la personnalité Borderline en dressant un portrait de cette pathologie, de son fonctionnement et des manifestations qu'elle engendre chez les individus. Puis, nous développerons le concept de médiation artistique tout en la distinguant des autres pratiques avec lesquelles elle peut être confondue. Finalement, nous en ressortirons une problématique de recherche pour laquelle nous réaliserons une Scoping Review dans le but d'apporter des réponses. Les différents résultats seront présentés et discutés à la fin de ce mémoire.

Cadre théorique

1. Le trouble de la personnalité Borderline

1.1. Définition de la pathologie

Le trouble de la personnalité Borderline (TPB), aussi appelé « état-limite » ou « trouble limite de la personnalité », porte ce nom afin de mettre en évidence les caractéristiques de cette pathologie se situant entre la névrose et la psychose. Dans le Traité de la médecine en 1981, Jean Hamburger (médecin, essayiste français) donne comme définition du TPB :

« Terme désignant un tableau clinique survenant souvent chez un jeune adulte, caractérisé par la fréquence des passages à l'acte, agressifs ou suicidaires, l'importance de la revendication affective et l'instabilité émotionnelle, les troubles de l'identité et la fragilité de la personnalité » (Hamburger, 1981).

1.2. Les causes

Les causes de l'apparition du TPB ne sont pas toujours claires. Cependant, certaines d'entre elles reviennent plus fréquemment. Nous pouvons d'abord retrouver des causes individuelles liées à la génétique, à l'hérédité, mais aussi à des dommages cérébraux intra-utérins subis au cours de la grossesse. Par conséquent, les personnes atteintes de ce trouble vont présenter, dès la naissance, une vulnérabilité émotionnelle qui les rend plus sensibles aux différents contextes émotionnels. En effet, cette vulnérabilité est la cause d'une plus grande sensibilité aux stimuli, d'expériences émotionnelles plus fréquentes et/ou sans réelle cause, ainsi que des émotions plus intenses et plus longues (Bohus et al., 2021).

En revanche, il a été prouvé que la survenue de cette pathologie résulte d'interactions entre des facteurs individuels (vus précédemment) et des facteurs environnementaux, notamment des facteurs de stress. Au sein d'un environnement favorable, le processus de maturation de l'enfant se déroule sans accroc. A l'inverse, l'enfant peut être amené à se développer dans un environnement désagréable. Il peut être confronté à un climat familial insécure et difficile marqué par une parentalité dure, une négligence émotionnelle, de la maltraitance, mais également à des actes de violences et d'abus physiques ou psychiques. Ces facteurs intervenant au cours du développement sont responsables de changements neurologiques chez l'enfant entrant en compte dans le développement de ce trouble (Thiriez, 2016). En effet, l'enfant aura tendance à intégrer une mauvaise représentation de soi et des autres. Par ailleurs, ces mauvaises conditions auront un impact sur ses émotions, sur son fonctionnement exécutif ainsi que sur ses capacités de mentalisation (capacité à se représenter mentalement les états mentaux des autres) (Cancrini, 2009; Viau, 2021).

Ces incidents intervenant au cours du développement de l'enfant peuvent donc être à l'origine de certaines pathologies psychiatriques, dont le trouble de la personnalité Borderline. Par conséquent, de nombreuses difficultés intervenant au cours de la vie quotidienne des individus peuvent être observées, notamment des complications dans la création et le maintien de relations sociales équilibrées.

1.3. Le fonctionnement

Jean Bergeret (médecin, psychanalyste, 1923-2016), décrit dix signes évocateurs du trouble de la personnalité Borderline, allant de la dépression anaclitique, aux bouffées délirantes ou encore à la dépersonnalisation (voir Annexe I) (cité dans Hernandez, 2016). Ces signes font référence au fonctionnement particulier du TPB basé sur l'utilisation de mécanismes de défense. Ces stratégies inconscientes sont mises en place afin de protéger le Moi et lutter contre une angoisse extrême et permanente de l'abandon et du rejet. On peut distinguer plusieurs mécanismes (Cancrini, 2009; Estellon, 2019a) :

- **Le déni** : non pas de la pathologie mais de son propre fonctionnement, refus de reconnaître la réalité d'une perception désagréable. Le sujet cherche à isoler les affects qui ne correspondent pas à ceux souhaités, puis il les exclut de sa conscience afin de ne pas fragiliser sa vie psychique.
- **Le clivage** : La personnalité du sujet est coupée en deux parties distinctes sans connexion l'une avec l'autre, le Moi mauvais et destructeur est séparé du Moi bon qu'il faut protéger de l'autre versant de la même personnalité. Ce clivage permet d'éviter les conflits internes, le Moi peut donc être idéalisé et puissant, puis devenir vide et insignifiant. Par conséquent, les nuances n'existent pas, le jugement est extrême. Le monde, les autres et soi-même ne peuvent être que tout noir ou blanc.
- **Le maniement omnipotent de l'objet** : le sujet va constamment chercher les limites des individus et de l'environnement qui l'entourent afin de voir jusqu'où l'autre peut sentir son existence à lui. Le sujet cherche inconsciemment à contrôler les autres. Les objets sont fortement idéalisés et considérés comme « parfaits », mais ils sont systématiquement rejetés et dénigrés en cas de déception (en lien avec le clivage).

Selon Otto Kernberg (psychiatre, psychanalyste), le fonctionnement des personnes atteintes du trouble de la personnalité Borderline est :

« Une réponse aux tâches très difficiles auxquelles la personne a été confrontée, responsable de comportements correspondants aux émotions fortes d'un esprit qui ne connaît qu'un jugement sans nuance. » (cité dans Cancrini, 2009)

1.4. Les symptômes

Ce fonctionnement particulier se traduit par de nombreux symptômes pouvant être classés selon plusieurs catégories (Bohus et al., 2021; Guelfi et al., 2011; Lateyron & Mathur, 2016) :

- **Les perturbations des émotions** : grande instabilité émotionnelle (dysphorie épisodique). Emotions fortes, incontrôlables et envahissantes, pouvant intervenir à cause d'une mauvaise gestion du stress, de la colère ou d'un sentiment d'abandon. Présence d'un sentiment de vide intérieur, peu de plaisir. Perte de l'estime de soi.
- **Les perturbations cognitivo-comportementales** : caractérisées par des mises en danger ou des passages à l'acte (consommations, comportements à risque...). Ces actes représentent une punition donnée à soi-même mais aussi une forme de langage. Ils sont aussi le résultat d'une réduction de la perception de la douleur.
- **Les perturbations cognitives** : instabilité de l'image de soi, symptômes dissociatifs, idéations suivies de dévalorisation de soi et des autres, catastrophisme.
- **Impulsivité** : observable dans plusieurs domaines (comportement compulsifs, agressivité, TCA, addictions à l'alcool, aux drogues, au sexe, aux jeux...)

L'ensemble des caractéristiques décrites précédemment ont un fort impact sur le fonctionnement global des personnes souffrants du TPB, que ce soit au niveau des activités de vie quotidienne mais aussi dans la sphère psychosociale (Guelfi et al., 2011).

2. Le fonctionnement social chez les personnes atteintes du TPB

2.1. Description

Nous pouvons définir les relations entre les personnes présentant un TPB et leur entourage comme « relation anaclitique », c'est-à-dire un lien de dépendance pathologique où le patient aura besoin de s'appuyer sur ses proches. Le clivage caractéristique de ce trouble définit les modalités relationnelles des patients ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent. En effet, ils alternent entre la manipulation de l'autre et l'attente passive, ou entre la fusion et la fuite. Ils ont également tendance à alterner entre des phases d'idéation de l'autre suivies par des phases de dévalorisation extrême (Guelfi et al., 2011). Nous pouvons donc dire qu'ils manquent de souplesse dans la distance relationnelle établie avec autrui. Par ailleurs, les relations amicales, amoureuses, professionnelles sont souvent chaotiques, instables et surtout exclusives. Une seule entité ne compte, les autres n'existent plus. De plus, l'investissement dans les relations interpersonnelles est récurrent mais éphémère (Estellon, 2019a).

En outre, ce trouble est caractérisé par une angoisse extrême, réelle ou imaginaire, de l'abandon. Cela est responsable de difficultés à faire confiance à leurs proches, et donc à les manipuler. Les individus développent également une grande intolérance à la solitude. Par conséquent, si leur partenaire ne répond pas ou pas suffisamment à leurs exigences affectives, le sentiment d'abandon et de rejet ressenti peut les conduire à faire preuve d'agressivité. De par cette angoisse permanente de la perte de l'objet aimé, les patients atteints du TPB peuvent être amenés à fournir de nombreux efforts pour éviter les séparations ou, au contraire, rejeter l'autre de peur d'être rejetés eux-mêmes. Il est donc logique que les conséquences sur l'entourage des individus atteints de ce trouble sont importantes et difficiles à supporter (Lateyron & Mathur, 2016).

Les soignants/thérapeutes peuvent également être impactés par le clivage et la manipulation liés à cette pathologie, même s'ils ne sont pour la plupart du temps pas intentionnels. En effet, les patients vont cliver entre les soignants, montrer différents visages d'eux-mêmes, idéaliser certains thérapeutes et dévaloriser les autres, ce qui peut créer des conflits. Ils peuvent se montrer fermés et distants, refuser l'échange ou avoir des discours contradictoires. Ils ont également tendance à utiliser l'ironie, la provocation ou encore la dévalorisation envers autrui. Par ailleurs, les thérapeutes ont souvent du mal à faire respecter le cadre thérapeutique (régularité des séances, ponctualité...). Par conséquent, ces derniers se sentent souvent déstabilisés, ils ne savent plus comment se positionner et agir ni comment entrer en relation avec ces patients. Ils peuvent donc se sentir impuissants, découragés, voire en colère, ce qui nécessite parfois un changement de thérapeute. La relation de confiance est donc complexe à instaurer et doit se créer sur le long terme. Par ailleurs, la fin de l'accompagnement est un aspect important qu'il est nécessaire d'anticiper afin d'éviter d'installer le sentiment d'abandon chez les patients (Estellon, 2019b).

La qualité de vie des personnes atteintes du TPB est fortement impactée par ce fonctionnement particulier. Ils ressentent un profond mal-être, une forte angoisse, un sentiment de vide qui rendent difficile la prise de plaisir dans le quotidien. Les scarifications et

les mises en danger fréquentes viennent également augmenter leur douleur. Par ailleurs, les difficultés éprouvées au sein de la sphère psychosociale représentent un véritable handicap dans leur participation, que ce soit dans des activités professionnelles, de loisirs, sociales, etc. Il est donc primordial de favoriser et faciliter cette participation, notamment en développant leur empowerment, notion décrite par l'OMS comme : « le niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services en santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie ». En d'autres termes, l'empowerment des usagers implique qu'ils deviennent acteurs de leurs soins mais également de la création et de la réalisation de leur projet de vie. C'est donc pour cela que l'amélioration du fonctionnement social à travers le travail des habiletés sociales est un aspect primordial dans l'accompagnement du patient, notamment en ergothérapie (Deutsch, 2015; Jouet, 2016).

2.2. Les habiletés sociales

Les habiletés sociales, compétences relationnelles ou aptitudes psychosociales, peuvent être définies comme :

« Une variété de compétences interpersonnelles permettant à un individu une intégration optimale dans l'ensemble de ses milieux de vie » (Fallourd & Madieu, 2021)

C'est donc l'ensemble des compétences à mettre en œuvre au cours d'interactions avec une ou plusieurs personnes. Elles caractérisent un savoir-faire (un comportement) mais aussi un savoir-être (une attitude) qui sont attendus et considérés comme acceptables au cours de situations sociales, et qui vont permettre à un individu de s'intégrer au sein d'un environnement social. En effet, le but est d'être accepté par ses pairs afin d'éviter un isolement ou une marginalisation (Fallourd & Madieu, 2021; Liratni & Blanchet, 2019).

Une taxonomie créée pour définir et classer les différentes habiletés sociales et celle de Elksnin & Elksnin (1998). Ils exposent cinq catégories d'habiletés qui sont toutes interdépendantes entre elles : les capacités intrapersonnelles, les capacités interpersonnelles, les capacités de communication, les capacités d'affirmation, les capacités d'adaptation collective (voir Annexe II). D'autres ouvrages (Liratni & Blanchet, 2019) ajoutent une sixième compétence, à savoir s'autonomiser au sein de sa vie domestique et sociale. Ils donnent comme exemples savoir téléphoner, faire des courses etc.

L'ensemble de ces habiletés sociales s'appuient sur des fonctions intellectuelles et cognitives comme la mémoire, l'attention, la compréhension, le raisonnement logique ou l'imitation (Liratni & Blanchet, 2019). Elles peuvent varier selon plusieurs critères :

- **L'aspect temporel** : les compétences sociales attendues vont différer entre les individus en fonction de leur âge, de leur génération, de leur niveau d'éducation... Par conséquent, nous ne pouvons demander un fonctionnement social identique à un enfant et à une personne adulte ayant reçu une éducation complète et ayant été impliquée dans de nombreuses interactions sociales diverses.
- **L'aspect spatial** : les cultures locales, régionales, les habitudes familiales et le milieu socio-culturel vont également avoir un impact important sur le fonctionnement social des individus. En effet, les normes sociales peuvent grandement différer entre deux populations ayant des croyances et des coutumes différentes.

Larry Michelson (psychologue, psychothérapeute) a décrit les caractéristiques permettant de définir et d'expliquer le fonctionnement des habiletés sociales (Michelson et al., 1983) :

- Elles sont développées par l'observation, l'imitation et le modelage. Elles résultent d'imitations après une démonstration des comportements attendus.
- Ce sont des attitudes et des comportements spécifiques, verbaux et non verbaux.
- Elles permettent des initiations et des réponses sociales adaptées et efficaces.
- Elles favorisent les renforcements sociaux de nature interactive.

Ces habiletés sociales sont intégrées par les individus inconsciemment, et se manifestent par le langage, la posture, le contact visuel ou encore les gestes. En revanche, pour certains individus s'étant développés au sein d'un climat compliqué, la bonne intégration de ces habiletés a pu être compromise, ce qui nécessite un apprentissage. Un déficit et/ou excès dans le fonctionnement social peut donc présenter des cibles d'intervention. L'accompagnement autour des habiletés sociales a pour objectif d'améliorer la compréhension des situations sociales et de rendre le patient plus à l'aise et compétent dans des situations de groupe, ce qui favorisera à long terme sa participation sociale (Cuny, 2012).

3. Les interventions sur la population

L'accompagnement des patients souffrant du trouble de la personnalité Borderline est souvent compliqué, surtout sur le long terme. En effet, le taux d'abandon du suivi dépasse les 50% (Prada et al., 2015), et les patients en errance médicale sont nombreux. L'HAS, dans ses recommandations de bonnes pratiques, insiste sur la nécessité d'associer des prises en charge thérapeutique et sociale (Haute Autorité de Santé, 2006). Les objectifs de l'accompagnement sont multiples, et vont passer du traitement du sentiment de vide à la renarcissisation de la personne afin qu'elle se considère comme une personne à part entière, et non pas dépendante d'une autre personne (Bourgeois, 2019).

3.1. Traitements pharmacologiques

Une médication est recommandée dans le cadre de ce trouble dont l'objectif n'est en aucun cas la guérison de la pathologie, mais le soulagement de certains symptômes comme l'impulsivité, le syndrome dissociatif ou encore la paranoïa. Elle a également un impact sur certaines comorbidités comme l'anxiété ou la dépression (Prada et al., 2015). Cependant, l'efficacité des différents traitements pharmacologiques reste à prouver (Gartlehner et al., 2021). Par ailleurs, en plus du faible niveau de preuve sur leur efficacité, les effets secondaires sont nombreux (nausées, akathisie, sédation, céphalées, insomnie, troubles cognitifs etc). Le risque d'abus médicamenteux est également important, ce qui nécessite d'évaluer les risques et d'adapter le traitement afin de prescrire des médicaments à plus faible toxicité. Plusieurs types de médicaments peuvent donc être prescrits (Bozzatello et al., 2020) :

- **Les antidépresseurs** : Inhibiteurs de monoamine oxydase, Fluoxetine. Prescrits pour le traitement des comorbidités, ils contribuent à diminuer la colère, l'agressivité ou encore l'impulsivité. Cependant, l'efficacité de ce traitement reste à prouver, et il est responsable de nombreux effets secondaires ainsi qu'un haut risque d'overdose létale.
- **Les stabilisateurs d'humeur** : Désipramine, Valproate. Contrôle à court terme de la sensibilité mais aussi de la colère, de l'impulsivité, de l'irritabilité et des comportements agressifs et hostiles. Cependant, ils nécessitent des contrôles sanguins réguliers.

- **Les antipsychotiques** : première génération (halopéridol) pour le traitement des comportements impulsifs et agressifs. Mais leur efficacité est non-prouvée, il n'y a pas d'amélioration du fonctionnement global et ils comportent un grand risque d'apparition d'effets secondaires et de dépression. Les seconde et troisième générations (Rispéridone, Olanzapine) sont souvent mieux tolérées. Leur efficacité dans l'amélioration des fonctions cognitives, ainsi que la réduction de l'impulsivité, l'agressivité, l'anxiété, des psychoses et de l'instabilité affective, est prouvée.

Selon certaines études (Bozzatello et al., 2020; Leichsenring et al., 2011), la combinaison du traitement pharmacologique avec des psychothérapies serait plus efficace que les deux thérapies seules. Mais cela n'est pas prouvé pour tous les types de médicaments. Par ailleurs, une psychoéducation est souvent recommandée afin de garantir le bon suivi des traitements. Cette psychoéducation a pour objectif d'informer les patients et leur entourage sur leur trouble pour ensuite leur apprendre à y faire face (Bonsack et al., 2015).

3.2. Les psychothérapies

3.2.1. Définition et fonctionnement

La psychothérapie est un traitement psychologique destiné aux troubles mentaux et aux perturbations comportementales entraînant une détresse et une souffrance psychologique (dépression, anxiété, troubles de la personnalité, troubles alimentaires, etc). Cette discipline peut être exercée par des médecins, des psychologues, des psychiatres, des psychanalystes, ou tout autre professionnel étant inscrit au Registre National des Psychothérapeutes.

Selon l'Ordre des Psychologues du Québec, la psychothérapie permet un changement de comportement ou de manière de penser chez une personne afin d'améliorer son bien-être, de mieux se comprendre et de pouvoir résoudre ses problèmes (Ordre des psychologues du Québec, 2022). Ces changements dans le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental d'une personne auront un impact sur la personnalité, les relations interpersonnelles ainsi que le bien-être de cette personne. A long terme, cette thérapie va permettre aux patients d'acquérir de nouveaux outils pour se gérer et s'épanouir en autonomie, ce qui leur permet ensuite de redéfinir des objectifs de vie. C.Garrone décrit trois éléments principaux que l'on retrouve en psychothérapie (cité dans Chambon & Marie-Cardine, 2019) :

- **Le cadre thérapeutique** : le lieu, la fréquence et la durée des séances, les règles à respecter ou encore les législations et la déontologie appliqués par le thérapeute.
- **Le processus relationnel** : la relation établie entre le patient et son psychothérapeute, essentielle au bon déroulé de la psychothérapie. Cela demande la mise en place d'une relation de confiance, d'empathie et d'acceptation. Le thérapeute doit se montrer honnête, intéressé et respectueux. Il doit permettre au patient de se sentir compris.
- **Le contrat** : plus ou moins formel, il relie les deux éléments précédents. Les modalités du cadre, du processus de psychothérapie, ainsi que les objectifs doivent être clairs, expliqués et compris par le patient afin qu'il donne son accord.

C'est l'Association Européenne de Psychothérapie (fondée en 1991) qui établit le cadre réglementaire de la psychothérapie. Elle a notamment pour rôle de faire reconnaître la psychothérapie comme une discipline spécifique nécessitant une formation scientifique, théorique et clinique de niveau élevé (Fed-Eur-3Psy, s. d.). Malgré cela, la France est un des seuls pays européens sans aucun cadre légal structurant la pratique de la psychothérapie. En

effet, il n'y a pas de formation obligatoire pour exercer cette discipline et beaucoup de ces pratiques ne sont pas validées scientifiquement. Cela signifie donc que l'une des interventions les plus recommandées dans le cadre du TPB est basée sur une absence de preuve, et réalisée par des professionnels trop peu formés. Ce manque de structuration signifie également qu'il n'y a aucun plan d'accompagnement « officiel » ni de ligne directrice reconnue de tous pour le trouble de la personnalité Borderline, ce qui peut expliquer que les prises en charge peuvent différer plus ou moins selon les centres et les professionnels. Cela pose donc un véritable problème éthique et déontologique autour de la pratique de la psychothérapie. En effet, « la souffrance humaine ne doit pas être prise en charge par des personnes incompetentes et avec des méthodes inefficaces » (Chambon & Marie-Cardine, 2019). Pour réguler cette problématique, l'EAP cherche à imposer la nécessité d'une validation scientifique des méthodes utilisées en psychothérapie, ainsi qu'un cursus de formation complet pour exercer légalement le métier de psychothérapeute.

3.2.2. La Thérapie Comportementale Dialectique

Cette thérapie développée par le Dr M.Linehan au début des années 1990 correspond à un traitement cognitivo-comportemental qui cible les comportements qui diminuent la qualité de vie. Initialement conçue dans le cadre du trouble de la personnalité Borderline, cette thérapie vise l'amélioration des symptômes en remplaçant les comportements inadaptés par des capacités d'adaptation plus saines. Cela permet entre autres de réduire et gérer les émotions interférentes, de développer les compétences psychosociales mais aussi de généraliser les apprentissages dans l'environnement naturel. Par ailleurs, il a été prouvé que cette thérapie permet une réduction des comportements suicidaires, des hospitalisations, mais aussi favorise l'adhésion au traitement (Jomphe, 2013; May et al., 2016). Plusieurs capacités sont travaillées lors de thérapies individuelles ou en groupe :

- La pleine conscience : observer et prendre conscience du moment présent afin de remplacer les comportements impulsifs motivés par les émotions.
- Efficacité interpersonnelle : développer des relations sociales tout en maintenant le respect de soi (demander un besoin, gérer un conflit, dire « non »...).
- Régulation des émotions : identification des émotions, éviter les situations vulnérables et augmenter les événements conduisant à des émotions positives etc.
- Tolérance à la détresse : accepter que la douleur et la détresse font partie de la vie, apprentissage de stratégies de survie (techniques pour se distraire, s'apaiser etc).

3.2.3. La Thérapie basée sur la Mentalisation

La mentalisation peut être décrite comme un processus psychologique impliquant l'imagination, et permettant de relier des comportements à des états mentaux (pensées, émotions, désirs...). En d'autres termes, mentaliser, c'est analyser son état interne afin de comprendre en quoi il impacte notre comportement ou celui des autres. Le TPB est caractérisé par des ruptures dans le processus de mentalisation, en particulier dans des situations d'attachement émotionnel (Prada et al., 2019).

La thérapie basée sur la mentalisation, développée par A. Bateman et P. Fonagy, cherche à améliorer la stabilisation de l'expression émotionnelle et le contrôle des affects afin de réduire l'impulsivité caractéristique de cette pathologie. Par conséquent, une meilleure maîtrise de cette impulsivité permet de mieux se concentrer sur les représentations internes

et donc de les prendre en compte afin de renforcer le sentiment de soi du patient. C'est la mentalisation (Bateman & Fonagy, 2013).

Il a été prouvé que cette thérapie est efficace sur la réduction des comportements suicidaires et d'automutilation, des crises émotionnelles et du nombre d'hospitalisations. Par ailleurs, une amélioration du fonctionnement social a également été observée (Prada et al., 2019). Cette thérapie se déroule en plusieurs étapes : la formulation de la problématique du patient, l'établissement d'un plan de crise, un suivi psychothérapeutique individuel, un suivi psychiatrique et une participation à des groupes thérapeutiques.

3.3. Les médiations thérapeutiques

3.3.1. Définition

Une des modalités de prises en charge les plus souvent utilisées en psychiatrie, notamment en ergothérapie, est la médiation thérapeutique. Le terme « médiation » vient du latin *mediare* qui signifie « être au milieu » (Rey, 2010). Cette étymologie met en évidence qu'une médiation sert d'intermédiaire entre plusieurs éléments. Dans le cadre de la santé mentale, la médiation thérapeutique consiste à utiliser une matière et/ou une technique particulière pour produire un objet, concret ou non, qui aura cette fonction de médiateur. Ce concept fait référence à la théorie de la transitionnalité abordée par Winnicott selon laquelle l'objet transitionnel sert d'intermédiaire entre la réalité extérieure caractérisée par la matière concrète de l'objet, et le monde psychique interne (Gauthier, 2002; Quélin-Souligoux, 2003). Grâce à cette projection de la subjectivité du sujet, la médiation thérapeutique est une aide pour se révéler à soi-même et aux autres, ainsi qu'à prendre conscience de son état profond (Chouvier, 2010). Par conséquent, pour donner une définition à la médiation thérapeutique, nous pouvons dire qu'elle consiste à utiliser un objet ou une activité qui va induire la mobilisation de la souffrance psychique du sujet et, par conséquent, servir de moyen d'expression. (Ergopsy, 2015).

Un des objectifs de la médiation thérapeutique est d'encourager les participants à formuler des demandes et des besoins. Même si ces derniers ne sont souvent pas verbalisés par les patients, cela ne signifie pas qu'ils n'en ont pas. Encourager la formulation des désirs permet ensuite de mobiliser les ressources professionnelles afin d'y répondre. En parallèle, ces médiations participent à la remise en activité des personnes. Cela redonne le sentiment de pouvoir agir sur leur vie et peut également faire renaître des désirs disparus (apprendre de nouvelles choses, intégrer de nouveaux groupes sociaux...) (Colignon, 2015; Ergopsy, 2015).

La notion de thérapie dans les médiations thérapeutiques met en avant la volonté curative de cette approche à travers la mise en place d'un processus de changement chez les patients (Luca & Estellon, 2015). Cependant, cela n'est possible que grâce à la relation entre le sujet et son thérapeute qui permet à la médiation d'être thérapeutique. Le soignant a donc pour rôle de guider et soutenir son patient dans ce processus, ce qui demande un investissement et un intérêt pour la médiation choisie. Il existe de diverses approches en médiation thérapeutique. Cependant, la nécessité d'un double registre, sensori-perceptivo-moteur et verbal, est essentiel. En d'autres termes, la médiation doit permettre aux participants de ressentir, de comprendre, de reproduire des pensées et des envies pour ensuite échanger dessus. Pour cela, de nombreux médiums peuvent être utilisés (Luca & Estellon, 2015) :

- Médium sensoriel : terre, pâte à modeler, peinture, eau ...
- Médium animal : équithérapie, canithérapie

- Médium corporel : sport, balnéothérapie, esthétique
- Médium avec objet culturel : conte, théâtre, musique, photographie

Dans le cas de patients présentant un TPB, l'approche par la médiation thérapeutique constitue une véritable alternative au risque de dépendance et de transfert face aux soignants, notamment en introduisant un tiers neutre dans la relation, à savoir l'objet. De plus, la nécessité de mettre en œuvre sa créativité, et donc de créer, s'oppose aux tendances destructrices souvent observées dans cette pathologie. Par ailleurs, de tel ateliers nécessitant une mise en action créative favorisent la réduction des pensées négatives et des sentiments de vide et d'ennui pouvant être ressentis par les patients (Luca & Estellon, 2015).

L'objet

Comme dit précédemment, la thérapie par médiation s'appuie sur l'utilisation d'un objet afin de créer une relation thérapeutique avec cet objet ainsi que les autres individus, ce qui favorise l'expression et les échanges. L'objet devient donc un objet de relation. Cependant, la notion de thérapeutique ne va pas dépendre de la présence de l'objet intermédiaire, mais de la capacité du patient à projeter ses pensées, émotions, souvenirs et ressentis sur celui-ci (Quélin-Souligoux, 2003). L'objet médiateur déclenche un travail de pensée chez le patient, il va donc prendre la forme de sa psyché. En effet « l'objet n'est médiateur que dans un processus de médiation » (Brun, s. d.).

Les objets médiateurs peuvent donc être variés en vont dépendre de la médiation choisie. Nous pouvons donc utiliser des objets concrets (jouets, production artistiques, jeux...), des jeux dramatiques, des musiques, ou encore des objets culturels. La distinction peut être faite premièrement entre les objets à créer qui sont donc à construire (peintures, collage...), et qui vont demander aux sujets de transformer la matière première en quelque chose en mobilisant leur créativité. Puis, il y a également les objets créés qui sont déjà présents (images, contes...), et qui seront proposés comme moyen d'échange avec autrui, ce qui va solliciter les capacités des sujets à réagir à un objet concret. En effet, au cours des médiations, la parole et l'échange sont placés au centre du dispositif thérapeutique (Chouvier, 2010).

D'un point de vue personnel, l'objet de médiation constitue l'intermédiaire entre l'interne et l'externe. En effet, il sert de support de symbolisation, c'est-à-dire au fait d'incarner la réalité psychique dans la réalité externe au travers de cet objet. Cette symbolisation permet donc de communiquer sur des expériences et des pensées qui n'ont jamais été extériorisées. Pour que l'objet permette cette symbolisation propre à chaque patient, il faut que celui-ci soit malléable, c'est-à-dire qu'il ait la capacité d'être neutre et de se transformer selon les désirs du patient (Luca & Estellon, 2015).

Du point de vue interpersonnel, l'objet médiateur met en place une dynamique relationnelle et donc favorise la création de liens entre le patient et le thérapeute, ainsi qu'avec les autres patients dans le cadre d'un atelier de groupe. Il met en évidence le regard de chacun sur un objet unique, et donc l'intersubjectivité dans un groupe, tout en créant un lien entre chaque personne réunie autour du même objet. En plus de favoriser les échanges, il offre également la possibilité de mettre en avant des affects, des problématiques ou des demandes, une transmission intergénérationnelle tout en servant de contenant à l'excitation (Chouvier, 2010; Luca & Estellon, 2015).

Pour résumer, l'objet sert de support pour favoriser l'expression à un double niveau : au niveau individuel au moment de la réalisation et/ou de la relation avec l'objet ; et au niveau collectif au moment des échanges autour de cet objet.

Le groupe

Les activités réalisées en groupe participent au processus de médiation. Le groupe est une identité psychique à part entière qui ne correspond pas seulement à la somme des individus qui le composent, mais aussi aux interactions qu'ils mettent en place entre eux (Luca & Estellon, 2015). Le cadre du groupe établi par les thérapeutes sert de contenant, d'enveloppe protectrice et d'espace de dédramatisation, tout en favorisant l'expression et la symbolisation des patients. Ce cadre doit donc permettre la création d'un étayage groupal bénéficiant à chaque individu. Le thérapeute encourage les échanges au sein du groupe, notamment en demandant à chacun en fin de séance de raconter l'histoire de leur objet. Mais il peut également organiser une création collective qui va demander à chaque individu de partager son regard et sa sensorialité propre afin de créer un nouvel objet en cocréation. Au cours d'une médiation, nous nous centrons donc sur les différents échanges à l'intérieur du groupe (Hernandez, 2016).

Les thérapeutes

Au cours d'un atelier de médiation thérapeutique, la relation ne doit pas seulement se créer entre le patient et l'objet médiateur, mais également avec le thérapeute. Une relation triangulaire va donc se mettre en place : le patient et le thérapeute vont se positionner face au même objet afin d'échanger depuis leurs positions différentes. Nous pouvons donc observer une co-construction d'un espace d'échanges entre les deux individus. Cette relation thérapeute-patient qui se met en place au travers de l'objet est vécue comme moins violente et intrusive qu'une relation en face à face. C'est ce lien thérapeutique appuyé par l'objet qui fait la médiation car aide à ouvrir la voie vers l'échange (Colignon, 2015).

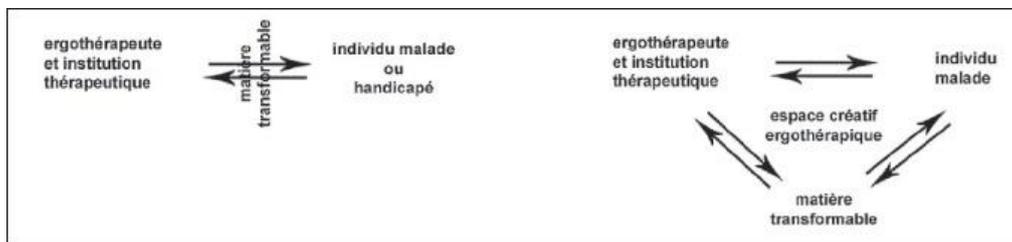


Figure 1 : Relation triangulaire patient-ergothérapeute-objet
(dans Hernandez, 2016)

Le thérapeute peut parfois être confronté à des difficultés. En effet, les participants ne voient pas forcément le sens ni la finalité d'un projet artistique dans leur prise en charge. En effet, ils n'ont pas toujours d'intérêt pour la création, ils peuvent être dérouterés de ne pas avoir de consignes, de thème, de ligne précise à suivre... Par ailleurs, beaucoup considèrent qu'ils ont des problèmes plus urgents à régler qui ne seront pas traités dans un projet comme celui-ci. Il est donc primordial pour le thérapeute de trouver comment favoriser la motivation des patients au cours de ces ateliers (Colignon, 2015).

Comme dit précédemment, les ateliers à médiation thérapeutique sont souvent mis en place et animés par des ergothérapeutes. Pour rappel, l'ergothérapeute base sa pratique à travers et pour l'activité. Lorsqu'il participe à une médiation thérapeutique, il s'appuie donc sur l'activité, la création pour initier le processus de changement recherché dans un atelier à médiation, afin de compenser ou dépasser les différentes répercussions des symptômes de la pathologie psychiatrique. Tout comme l'activité, l'environnement est un aspect essentiel pris en compte en ergothérapie. Là encore, il va avoir un rôle important car il sert de support, tout comme l'objet, à la symbolisation et aux échanges des individus. Par ailleurs, en plus de

l'organisation, l'ergothérapeute a également pour mission d'observer le patient, ses choix, ses gestes, ses éprouvés, son investissement ou encore sa capacité à utiliser son imaginaire, dans le but d'ajuster son accompagnement à chacun (Hernandez, 2016).

3.3.2. Les médiations artistiques

Au cours d'ateliers à médiations artistiques, la création artistique est utilisée au service d'un projet global (Boyer-Labrouche, 2021). Dans le cadre de la santé mentale, la définition de la créativité serait de donner l'existence à un objet sans chercher à ce que celui-ci soit beau ou utile. Le moche et le lâché prise sont autorisés car l'important n'est pas que l'objet soit une œuvre d'art, mais c'est qu'il soit présent et surtout abouti afin qu'il puisse correctement représenter la psyché du sujet (Hernandez, 2016).

La création d'un objet médiateur va servir de support à des relations et des échanges, par exemple grâce à des prises de paroles individuelles au sein d'un groupe. Par ailleurs, les gestes plastiques utilisés pour la création (dessin, collage...) doivent donner la liberté aux individus de représenter des émotions, des désirs, son vécu, de s'exprimer en se recentrant sur soi (Hernandez, 2016). Cette expérience de création permet donc de comprendre l'expérience du sujet, de faire des liens, et surtout de favoriser la communication. De plus, les ateliers de médiations artistiques ont également comme effets d'améliorer l'estime de soi, d'affirmer son identité personnelle, ou encore de favoriser l'engagement dans une activité, ce qui rentre dans le domaine de l'ergothérapie. En effet, les ergothérapeutes peuvent animer ce genre d'atelier, et y apporter des objectifs supplémentaires propres à leur champ de compétences, comme par exemple travailler différentes fonctions et habiletés à travers des activités physiques et manuelles (Boyer-Labrouche, 2021). En parallèle de ces différents objectifs travaillés au cours d'un atelier, une relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute se crée pendant le temps de création, ce qui permet ensuite d'atteindre les différents objectifs fixés.

Il y a plusieurs impératifs à la mise en place d'un atelier de médiation artistique, afin que celui-ci soit pleinement thérapeutique. Premièrement, il est important que le thérapeute présente et enseigne plusieurs techniques afin de rassurer les participants, mais tout en leur laissant suffisamment de place pour leur imaginaire. En effet, il ne faut pas les conduire à produire ce que l'on voudrait, mais au contraire les laisser représenter leurs idées et leurs pensées à travers la production. Par ailleurs, en plus de proposer et de mettre à disposition plusieurs matériels et techniques, le thérapeute peut parfois fournir des appuis ou des exemples. Le patient pourra donc se lancer dans une phase d'apprivoisement en explorant le matériel et en tentant de reproduire des modèles. Puis, une fois qu'il se sent en sécurité et plus à l'aise, il pourra ensuite abandonner ces modèles pour laisser place à son imaginaire (Colignon, 2015).

L'amalgame est souvent fait entre la médiation artistique et l'art-thérapie, qui sont cependant deux pratiques distinctes. L'art-thérapie est une technique psychothérapeutique qui utilise l'expression artistique comme outil et médium servant de support à la créativité, à l'expression et la relation. En effet, au sein de l'art-thérapie, c'est la rencontre et la relation entre le patient et le thérapeute qui est au centre du processus de soin. L'art-thérapie a plusieurs effets sur les patients, qui sont perceptibles et mesurables. Premièrement, elle permet d'exprimer les pensées intérieures des sujets. Ensuite, elle agit sur leurs corps par la mise en mouvements de différentes fonctions (Boyer-Labrouche, 2021).

Contrairement à la médiation artistique, l'art-thérapie ne se fonde pas sur la dynamique de groupe ni sur l'analyse des échanges entre les participants à travers la médiation. Le groupe apporte une enveloppe contenant aux participants mais chaque patient est accompagné séparément et les ateliers sont le plus souvent silencieux. Les projets produits au cours d'un atelier d'art-thérapie ne renvoient pas à une dimension collective mais sont propres à chaque patient. Ils ont seulement pour but de mettre en rapport le sujet avec sa créativité (Colignon, 2015). Par ailleurs, l'objectif de l'art-thérapie n'est pas d'interpréter, de chercher la signification des productions des patients, ni d'expliquer leurs symptômes. D'ailleurs, toujours en opposition avec la médiation thérapeutique, l'objectif de l'art-thérapie n'est pas de produire un objet fini, mais seulement d'utiliser les différents outils artistiques (Boyer-Labrousche, 2021).

En plus de l'art-thérapie, la médiation artistique se distingue également des ateliers à visée occupationnelle pouvant être organisés en institution. Ceux-ci ne rentrent d'ailleurs plus dans le cadre de l'ergothérapie du fait des objectifs divergeant de ces interventions.

4. L'ergothérapie dans le domaine de la santé mentale

4.1. La pratique en ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, l'ergothérapeute :

« Est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social [...], il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes », ou encore un « spécialiste du rapport entre l'activité et la santé » (ANFE, s. d.)

L'intervention d'un ergothérapeute est donc requise auprès de toute personne présentant des difficultés dans la réalisation d'activités quotidiennes, qu'elle qu'en soit la cause (maladie, handicap psychique, physique, cognitif, social...). Grâce à son référentiel de compétences, l'ergothérapeute peut mettre en œuvre des démarches de rééducation, de réadaptation, de réinsertion mais aussi de prévention, d'éducation, ou encore d'évaluation en lien avec les objectifs établis pour et avec les usagers. Son but est de permettre au patient de retrouver un fonctionnement optimal, une meilleure participation dans ses occupations ainsi qu'une qualité de vie satisfaisante. En ergothérapie, l'accompagnement du patient doit être pensé et effectué en collaboration avec ce dernier, en le mettant dans une position d'acteur au centre de ce processus (client-centré), et en se concentrant sur les aspects qui ont du sens pour lui (ANFE, s. d.).

Selon le Livre Blanc des Ergothérapeutes en Santé Mentale (ANFE, 2016), ceux-ci peuvent intervenir à différents stades du parcours de soin du patient, que ce soit en hospitalisation, en réadaptation, en réhabilitation ou encore pour assurer une continuité des soins à la fin du suivi. Les objectifs d'accompagnement seront donc divers en fonction des lieux et stades d'intervention, mais tous visent à améliorer la qualité de vie.

L'ergothérapeute débute son accompagnement par une évaluation des retentissements fonctionnels de la maladie sur la participation du patient dans ses différentes sphères d'activités. Il doit donc prendre en compte la situation clinique, environnementale ou motivationnelle du patient afin de faire ressortir les différents freins et ressources du patient,

ainsi que ses attentes, besoins, et ceux de son entourage (proches, autres professionnels de santé...). De ces évaluations vont découler plusieurs objectifs comme par exemple redonner au patient la capacité de choisir et d'agir, favoriser la prise de conscience de ses symptômes, favoriser l'expression de soi, développer des capacités, limiter les risques de rechute, ou encore favoriser la réintégration dans leur environnement ou l'élaboration d'un nouveau projet de vie (scolaire, professionnel, social..). En marge du suivi des patients, l'ergothérapeute a également une mission d'information et de conseil auprès de l'entourage, que ce soit les proches, les aidants ou les autres professionnels de santé (ANFE, 2016).

L'ergothérapeute dispose de divers moyens d'intervention en lien avec le lieu d'exercice et les objectifs établis. Il peut donc organiser des ateliers thérapeutiques en structure, souvent basés sur la présence d'un objet médiateur, permettant de créer un espace favorisant l'expression des émotions, de la créativité, mais aussi pour créer des relations. Ces ateliers représentent pour les patients une manière de réfléchir sur eux et de mettre en dynamique leurs pensées. Par ailleurs, l'ergothérapeute peut également réaliser des mises en situation en milieu écologique du patient (domicile, lieu de travail...) afin d'observer la réussite de l'action mais aussi le ressenti dans le but d'apporter des ajustements et des compensations. En parallèle, il a également pour rôle d'accompagner l'utilisateur dans la recherche d'activités significatives à intégrer dans le quotidien (ANFE, 2016; de Perrot, 2004; Hernandez, 2016).

La relation entre l'ergothérapeute et les personnes qu'il accompagne va être le socle de l'accompagnement. Le travail autour de l'objet médiateur va permettre la création de la relation entre l'ergothérapeute et le patient. Dans son ouvrage, de Perrot (2004) définit la relation ergothérapeutique en distinguant :

- La part « ergo » liée au travail : la relation est asymétrique car le patient est dépendant de l'ergothérapeute pour lui enseigner des connaissances sur des techniques et outils pour fabriquer un objet. Les deux se découvrent, la relation se met en place.
- La part « thérapeutique » : le patient travaille sur ou avec l'objet médiateur, il interagit avec les autres, l'atelier devient un moyen d'expression, la relation avec l'ergothérapeute est plus forte et personnalisée.

Grâce à cette relation et au cadre établi, le soignant va favoriser le travail thérapeutique et psychique en soutenant le potentiel créatif du sujet. Il va le guider et l'aider à surmonter différents obstacles que ce soit au niveau technique, motivationnel etc. Pour cela, il doit faire preuve d'empathie face à la souffrance physique de ses usagers (ANFE, 2016; Hernandez, 2016). Mais cette relation thérapeutique va être influencée par plusieurs facteurs comme par exemple la durée et la régularité de fréquentation de l'atelier par le participant, la distance thérapeutique supportée par celui-ci, une relation de dépendance ou ses capacités d'autonomie etc. L'ergothérapeute doit donc continuellement s'ajuster et peut prendre plusieurs rôles. Par exemple, il peut adopter une attitude directrice pour cadrer les patients, ou une attitude plus discrète n'intervenant qu'en fonction des demandes (de Perrot, 2004).

4.2. Les modèles conceptuels

Marie-Chantal Morel-Bracq définit les modèles conceptuels comme une :

« Représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (Morel-Bracq, 2017)

Parmi la diversité de modèles conceptuels existants, certains ont été élaborés par et/ou pour des ergothérapeutes, et permettent le lien personne-environnement-activités. En plus d'apporter une démarche de réflexion, un cadre ainsi que des outils d'intervention, ces modèles aident à argumenter nos actions en ergothérapie afin de faire comprendre aux patients et aux autres professionnels l'intérêt et les spécificités de cette profession pour développer notre identité professionnelle. Par ailleurs, ils apportent une validation scientifique fondée sur les Sciences de l'Occupation et de l'Activité Humaine, ce qui fait entrer l'ergothérapie dans le cadre de l'Evidence Based Practice (Morel-Bracq et al., 2012). En d'autres termes, la présence d'un modèle pour guider la réflexion et les actes garantit une meilleure qualité et efficacité thérapeutique.

4.2.1. Le Modèle Psychodynamique

Ce modèle propre à la psychiatrie est utilisé dans le cas de troubles du développement de la personnalité, de décompensation ou après un traumatisme psychologique. Les hypothèses et théories mises en avant au sein du modèle psychodynamique indiquent que le comportement des êtres humains est gouverné par un ensemble de processus inconscients. Une analyse de ces processus permettrait d'expliquer l'origine des différents symptômes observés pour tenter de les résoudre. En partant de ces hypothèses, nous pouvons dire que les objectifs de ce modèle conceptuel sont d'accompagner le patient dans la découverte de l'origine de ses troubles en favorisant la compréhension des processus inconscients en cause. Par la suite, il pourra corriger ses processus perturbateurs et les erreurs de développement afin d'améliorer sa qualité de vie (Morel-Bracq, 2017).

La mise en œuvre de ce modèle en ergothérapie passe par l'utilisation d'activités projectives créatrices et/ou artistiques, notamment au cours d'ateliers de médiations thérapeutiques, afin d'aider la personne à faire émerger son inconscient, ses souvenirs, désirs, conflits internes etc. Plusieurs types d'activités peuvent être organisés : des activités non structurées (modelage, dessins...) afin de favoriser la libre expression du patient, ou des activités plus structurées utilisant des techniques précises (poterie, peinture avec modèle...) dont la symbolique du choix de la technique pourra être étudiée. Une analyse de l'activité, de l'objet produit ou du comportement du patient favorisera la compréhension des causes de la pathologie (Koch, 2009; Morel-Bracq, 2017).

Cependant, ce modèle est parfois critiqué car jugé « réductionniste » et centré sur la pathologie mais peu sur les perspectives d'avenir et de réhabilitation, ce qui est contraire aux fondements de l'ergothérapie. Par ailleurs, l'utilisation de ce modèle est basée sur l'analyse et l'interprétation des différentes projections des patients à travers leurs créations, mais cette analyse est très subjective et nécessite des compétences spécifiques. En outre, la mise en place d'une bonne relation thérapeutique avec l'ergothérapeute est essentielle pour réaliser ce processus d'analyse avec le patient. Cependant, les risques de transfert ou de dépendance sur le thérapeute ne sont pas à négliger, surtout avec une population suivie en psychiatrie.

4.2.2. Le Modèle de l'Occupation Humaine

Le Modèle de l'Occupation Humaine a été décrit par Gary Kielhofner à la fin des années 1980. L'épistémologie de ce modèle met en avant que l'Être Humain est un Être occupationnel agissant en constante interaction avec son environnement. Comme son nom l'indique, ce modèle est donc centré sur **l'occupation humaine**, à savoir une « large gamme d'activités

réalisées dans un contexte physique, temporel et socio-culturel » (Morel-Bracq, 2017). Ce modèle permet donc de comprendre et d'expliquer la motivation de l'Être Humain à s'engager dans ses différentes activités et occupations. Selon Kielhofner et Forsyth, l'utilisation de ce cadre conceptuel par les ergothérapeutes a pour but de :

« Ramener les propriétés thérapeutiques de l'activité au centre de leurs interventions afin d'améliorer le processus d'adaptation des patients et de leur permettre une meilleure qualité de vie » (Hernandez, 2016)

Le MOH est composé de 3 grandes parties (Morel-Bracq, 2017) :

- **L'Être** : les composantes qui décrivent la personne au sein de son environnement. L'Être prend en compte la motivation de la personne pour s'engager activement dans une activité (volition), les routines et comportements récurrents (habituatation), ou encore l'aptitude à agir et exécuter des occupations (capacité de performance).
- **L'Agir** : correspond à l'aspect dynamique du modèle expliqué par les caractéristiques de l'Être, il y a trois niveaux d'action : la participation occupationnelle, la performance occupationnelle et les habiletés (motrices, cognitives, opératoires, sociales etc).
- Le **Devenir** : il s'agit de la conséquence de l'Être et de l'Agir accumulée au cours des différentes occupations réalisées. Le devenir est défini par l'identité occupationnelle de la personne et ses compétences occupationnelles.

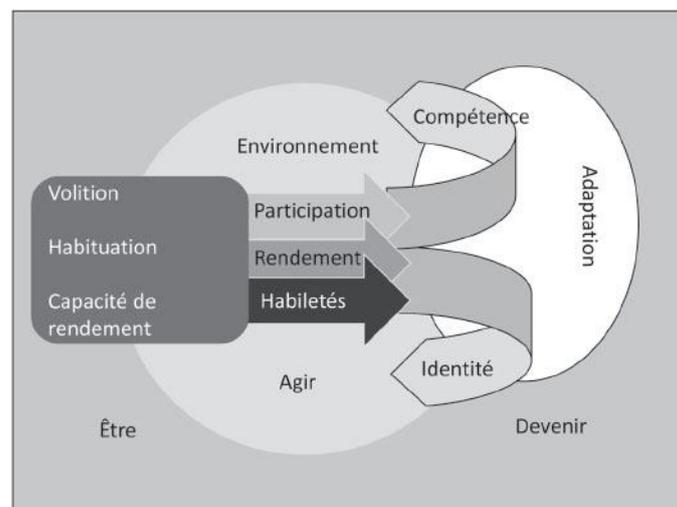


Figure 2 : Schéma explicatif du MOH (dans Hernandez, 2016)

L'ensemble de ces grandes sphères composant le MOH sont en interaction continue avec l'environnement de la personne, qu'il soit physique, social etc. Cet environnement impacte grandement la réalisation des différentes occupations car il peut offrir des ressources, mais également des freins qui vont influencer la participation et la réalisation de ces occupations.

A travers ce modèle, la finalité de l'intervention en ergothérapie est la participation occupationnelle de la personne dans plusieurs sphères, y compris sociale. De plus, l'ergothérapeute place les actions, pensées et sentiments du patient au centre de la prise en charge. Cela correspond donc à un modèle humaniste nécessaire en psychiatrie.

Par ailleurs, la prise en compte des composantes sociales des individus se retrouve également à travers les différents outils rattachés au MOH. Ce modèle conceptuel dispose

d'un grand nombre d'outils d'évaluation. Parmi eux, nous pouvons retrouver l'ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills), qui permet d'évaluer les habiletés relationnelles d'une personne au cours d'une activité sociale, ainsi que le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool) qui contient une partie dédiée aux habiletés de communication et d'interaction (Morel-Bracq, 2017).

Selon Morel-Bracq (2017) : « le modèle peut être utilisé dans tous les contextes thérapeutiques ». Le MOH a donc toute sa place en psychiatrie, notamment car il prend en compte des aspects comme la motivation, l'engagement personnel, la satisfaction, le plaisir.

5. Problématisation

L'intérêt des médiations thérapeutiques, et donc artistiques, dans le domaine de la santé mentale n'est plus à prouver. En effet, plusieurs études confirment leurs impacts au niveau des différents symptômes (anxiété, troubles émotionnels...), mais aussi de leurs répercussions de par une amélioration de la qualité de vie, du bien-être, de l'estime de soi, de l'autonomisation ou encore au niveau de la sphère sociale (Jensen & Bonde, 2018; Lipe et al., 2012; Wang et al., 2020).

Par ailleurs, parmi les troubles psychiatriques, le trouble de la personnalité Borderline ne pouvant pleinement entrer ni dans le groupe des névroses ni dans celui des psychoses se distingue. Comme dit précédemment, le TPB est caractérisé par des perturbations au niveau interpersonnel, et notamment dans les cinq catégories d'habiletés sociales. Celles-ci vont constituer un frein important à la participation des patients dans leurs occupations, ce qui explique que l'amélioration du fonctionnement social correspond à un axe majeur de l'accompagnement au sein duquel l'ergothérapeute a toute sa place.

L'objectif de ce mémoire va donc être de déterminer comment ces médiations agissent spécifiquement sur le fonctionnement social des patients atteints du TPB à travers la sollicitation des habiletés sociales. En d'autres termes, nous allons chercher à déterminer comment les médiations artistiques permettent une mise en œuvre et un travail des habiletés sociales, permettant une amélioration dans les interactions sociales dans le cadre du TPB.

Nous pouvons donc faire ressortir la problématique suivante : **Quels sont les impacts des médiations artistiques sur les habiletés sociales, et donc sur l'amélioration du fonctionnement social des patients atteints du trouble de la personnalité Borderline ?**

A partir de cette problématique, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses :

- Les ateliers à médiation artistique réalisés auprès de patients atteints du trouble de la personnalité Borderline permettent une sollicitation des habiletés sociales.
- Le travail et l'amélioration des habiletés sociales favorisent un meilleur fonctionnement social chez les patients atteints de ce trouble.

Bien que ce trouble de la personnalité Borderline soit mieux connu et davantage diagnostiqué aujourd'hui, encore trop peu de recherches se concentrent sur cette pathologie particulière ou encore sur les thérapies pouvant être mises en place, notamment les thérapies artistiques. C'est d'ailleurs ce qui a été constaté lors des premières recherches effectuées sur le sujet. Très peu d'articles traitant des thèmes du TPB, des médiations artistiques et du fonctionnement social en simultané ont été trouvés. C'est donc pour cela que le choix de la Scoping Review s'est imposé afin d'obtenir une vue d'ensemble sur la thématique, ainsi que pour réaliser un état des lieux de la littérature actuelle et des preuves existantes.

Méthodologie

1. Choix de l'outil

La Scoping Review, ou Etude de la portée, permet de mettre en avant les principales preuves et sources documentaires en lien avec une question de recherche. Elle a notamment pour rôle de réaliser un état des lieux global d'une situation de recherche à l'aide des écrits existants. La réalisation d'une Scoping Review se déroule en cinq étapes développées par la suite, ainsi qu'une sixième qui elle est facultative (Arksey & O'Malley, 2005; Rumrill et al., 2010; Tétreault & Blais-Michaud, 2014).

1.1. Etape 1 : Identifier la question de recherche et les objectifs

L'utilisation de la méthode PICO permet de déterminer et définir les différents critères de la question de recherche : la Population ciblée (P), l'Intervention étudiée (I), les éléments de Comparaison s'il y en a (C), et les Outcomes (O), à savoir les résultats attendus. Dans le cadre de ce mémoire, ces critères sont :

Population	<ul style="list-style-type: none">- Personnes adultes- Avec un diagnostic de trouble de la personnalité Borderline- Ou un diagnostic de trouble de la personnalité (troubles appartenant au cluster B comprenant le TPB)
Intervention	<ul style="list-style-type: none">- Les thérapies par l'art (médiations/ateliers artistiques, psychothérapies par l'art, art-thérapie ...)- Animées ou non par un ergothérapeute
Comparaison	<ul style="list-style-type: none">- Groupes témoins ne bénéficiant pas de ces ateliers
Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Sollicitation d'une ou de plusieurs habiletés sociales- Amélioration du fonctionnement social grâce aux ateliers de thérapie par l'art

Tableau 1 : Critères PICO appliqués au sujet de recherche

Le choix a été fait pour ce mémoire de se concentrer sur la thérapie par l'art de façon globale, sans distinction entre les différentes pratiques (art-thérapie, médiation artistique, psychothérapie etc). Cela permet de ne pas limiter considérablement le nombre de résultats et donc pour garantir des données suffisantes afin de répondre à la problématique.

1.2. Etape 2 : Identifier les sources d'information

Les différentes bases de données consultées pour répondre à la problématique sont : Pubmed - Scopus - Cochrane - CINAHL - Sciencedirect - Psycinfos

D'autres bases de données comportant de la « littérature grise » ont également été consultées : Cairn, Google Scholar, Ergopsy

Dans un premier temps, les mots clés en lien avec la question de recherche ont été déterminés en français. Puis, à l'aide de l'outil MeSH de l'INSERM, ces mots clés ont été traduits en anglais tout en gardant un sens identique. Les mots clés sont les suivants :

Critères PICO	Mots clés en français	Mots clés en anglais
Population	Borderline OU état-limite OU trouble de la personnalité limite	Borderline OR borderline personality disorder OR borderline personality OR bpd
Intervention	Art OU artist* OU créativ* OU art thérapie OU thérapie artistique OU activité artistique OU activité créative OU activité manuelle OU activité de loisirs OU médiation thérapeutique OU médiation OU ergothérapie	Art OR artist* OR creativ* OR art therapy OR artistic therapy OR artistic activity OR creative activity OR manual activity OR leisure activity OR mediatized OR therapeutic mediation OR mediation OR occupational therapy
Outcome	Social OU habiletés sociales OU capacités sociales OU compétences sociales OU interactions sociales OU comportement social OU interpersonnel OU communication OU relation sociale OU relation OU socialisation OU bien-être	Social OR Social abilities OR social skills OR social competence OR social competency OR social interaction OR social behavior OR interaction skills OR interaction abilities OR interpersonal OR communication OR social relation OR relationship OR sociality OR socialization OR wellbeing

Tableau 2 : Récapitulatif des mots-clés pour l'équation de recherche

1.3. Etape 3 : Sélection des études

Les mots-clés définis ont permis de créer l'équation de recherche suivante :

((Borderline[Title/Abstract]) OR (Borderline personality disorder[Title/Abstract]) OR (bpd[Title/Abstract])) AND ((art[Title/Abstract]) OR (artist*[Title/Abstract]) OR (creativ*[Title/Abstract]) OR (art therapy[Title/Abstract]) OR (artistic therapy[Title/Abstract]) OR (artistic activity[Title/Abstract]) OR (creative activity[Title/Abstract]) OR (manual activity[Title/Abstract]) OR (leisure activity[Title/Abstract]) OR (mediatized[Title/Abstract]) OR (therapeutic mediation[Title/Abstract]) OR (mediation[Title/Abstract]) OR (occupational therapy[Title/Abstract])) AND ((social[Title/Abstract]) OR (social skills[Title/Abstract]) OR (social abilities[Title/Abstract]) OR (social interaction[Title/Abstract]) OR (social behavior[Title/Abstract]) OR (social competency[Title/Abstract]) OR (interpersonal[Title/Abstract]) OR (interaction[Title/Abstract]) OR (communication[Title/Abstract]))

1.4. Etape 4 : Analyse des données

Les différents articles sélectionnés pour cette étude ont été présentés dans un tableau reprenant les informations suivantes :

Auteurs et date	Titre de l'article	Type d'article	Objectifs	Population	Intervention

Les différentes données et informations recueillies au sein des articles ont ensuite été organisées dans un autre tableau reprenant les informations suivantes :

Auteurs et date	Critères de jugement	Résultats	Limites de l'étude

1.5. Etape 5 : Rassembler et résumer les résultats

Cette étape consiste à réaliser le résumé descriptif des résultats obtenus dans les articles et organisés dans les différents tableaux présentés précédemment (Arksey & O'Malley, 2005; Tétreault & Blais-Michaud, 2014).

Cela permet d'obtenir une vision globale des différentes informations recueillies, que ce soit les concordances mais aussi les contradictions relevées dans les différents articles, afin de réaliser un état des lieux de la littérature actuelle sur le sujet étudié dans ce mémoire.

Pour cela, une analyse numérique peut premièrement être réalisée concernant la population étudiée, la nature des articles obtenus, le nombre de résultats etc. Puis, les principaux résultats peuvent être décrits en suivant les plusieurs thématiques abordées, à savoir ici les différentes habiletés sociales.

Résultats

1. La méthodologie de recherche

2536 résultats ont été trouvés grâce à l'équation sur les différentes bases de données, puis 2491 à la suite de la suppression des 45 doublons. Des critères d'inclusion ont ensuite été déterminés afin de cibler plus précisément les articles pertinents : date de publication incluse dans une période de 10 ans (2012-2022), articles rédigés en français ou en anglais, format/type d'article. Le nombre de résultats a donc été réduit à 1563. Par la suite, la sélection des articles s'est réalisée par lecture des titres (105 articles restants), des résumés et des mots-clés (33 articles restants). Une première lecture de ces 33 articles a permis d'en éliminer 17 car, de par leurs objectifs ou leur méthodologie, ils ne permettaient pas de répondre à la problématique. Puis, grâce à une lecture entière des 16 articles restants, 8 d'entre eux ont finalement été sélectionnés pour la Scoping Review. Un diagramme de flux a été réalisé en suivant la méthode de Peters et al (Peters et al., 2015) :

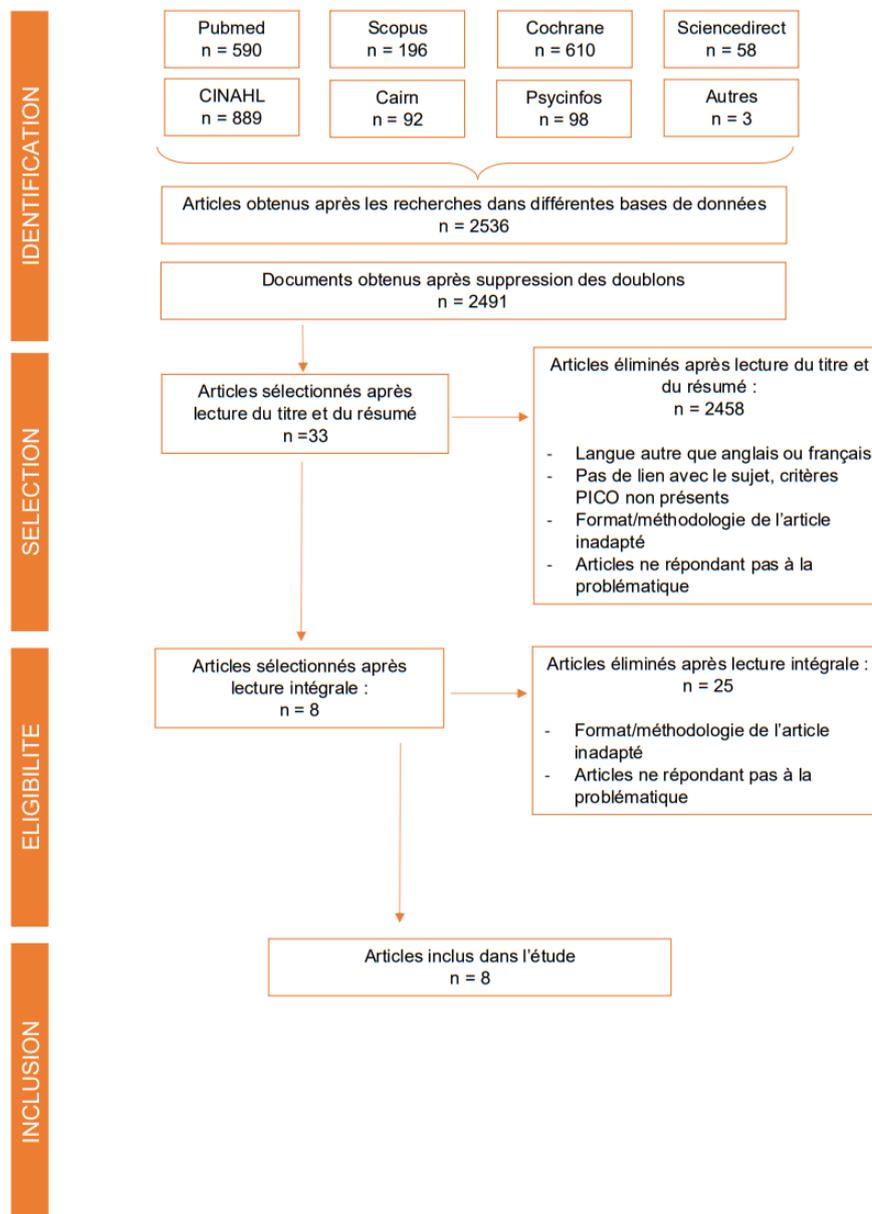


Figure 3 : Diagramme de flux en lien avec la recherche d'articles

Présentation des études

Auteurs et date	Titre de l'article	Type d'article	Objectifs	Population	Intervention
Chilvers et al. 2021	"Life is easier now" : lived experience research into mentalization-based art psychotherapy	Etude mixte	Etudier les résultats qualitatifs et quantitatifs d'un programme de psychothérapie artistique basée sur la mentalisation	Patients en ambulatoire avec diagnostic de TPB modéré à sévère, que des femmes entre 21 et 35 ans 11 participantes au début de l'étude, 8 à la fin, 3 ont répondu aux interviews semi-dirigées pour réaliser l'étude	Psychothérapie artistique basée sur la mentalisation, animée par 2 ♀ psychothérapeutes Séances de groupe + séances individuelles 18 mois de séances de groupe hebdomadaire + 2 séances par mois en individuel
Eren et al. 2014	Psychosocial, symptomatic and diagnostic changes with long-term psychodynamic art psychotherapy for personality disorder	Etude mixte	Etudier les changements chez les patients avec un trouble de la personnalité après un programme de psychothérapie artistique psychodynamique à long terme	17 patients (12 ♀ et 5 ♂), âge moyen : 28,6 ans Diagnostic de trouble de la personnalité (dont TPB)	Psychothérapie artistique psychodynamique (dessin et peinture), période de 4 à 10 ans Encadrée par une infirmière psychothérapeute experte en art Séances de 60min, semi-structuré
Haeyen et al. 2015	Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C : a qualitative study	Etude qualitative	Réaliser une investigation systématique sur les effets et l'expérience des patients après un programme d'art-thérapie	29 participants adultes, 27 ♀ et 2 ♂ avec un diagnostic de trouble de la personnalité (dont le TPB)	Art-thérapie, pendant au moins 15 sessions
Haeyen et al. 2018	Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders clusters B/C : a randomized controlled trial	Etude contrôlée randomisée	Etudier les effets de l'art-thérapie sur le fonctionnement psychologique des patients appartenant aux clusters B et C	Patients avec diagnostic de trouble de la personnalité (TPB : 38,6 %), âge moyen : 36.82 ans 113 patients, 74 au début de l'étude et 57 à la fin : groupe expérimental (n=38, 71.1% de ♀) et groupe témoin (n=36, 69.4% de ♀)	Séances d'art-thérapie d'1h30 pendant 10 semaines, en individuel, duo ou en groupe. Animation par un art-thérapeute et un étudiant en art-thérapie.
Haeyen et al. 2018	Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders : a quantitative study	Etude quantitative (réalisée à partir des données secondaires d'une RCT)	Etudier les effets de la thérapie par l'art dans les domaines de la maladie mentale et de la santé mentale positive	74 patients, groupe expérimental = 38 et groupe témoin = 36 Diagnostic d'un trouble de la personnalité (majorité de TPB : 32,3%), majorité de ♀ (70,3%), âge moyen : 37,48 ans	Art-thérapie, séances en groupe ouvert d'1h30, 9 participants max par groupe, pendant 10 sessions (10 semaines)
Haeyen et al. 2020	Benefits of art therapy in people diagnosed with personality disorders : a quantitative study	Etude quantitative par sondage	Etudier les bénéfices personnels perçus par les patients à la suite d'une thérapie par l'art	528 patients avec un diagnostic de trouble de la personnalité (essentiellement le TPB), 78,6% de ♀, entre 19 et 65 ans (35.67 ans de moyenne)	Art-thérapie, séances de groupe pendant 3 mois
Jewell et al. 2022	Evaluation of a skills-based peer-led art therapy online-group for people with emotion dysregulation	Etude mixte	Evaluer le programme d'art-thérapie en ligne pour les personnes avec un TPB : acceptabilité du programme, son rôle dans l'amélioration des symptômes, l'impact sur la régulation des émotions	38 patients dont 89,5% de ♀, entre 18 et 64 ans (33.6 ans de moyenne) et ayant un diagnostic de TPB	Programme d'art-thérapie à distance sur plateforme sécurisée en ligne Groupes fermés, 10 participants max, 1 session hebdomadaire de 2h pendant 18 mois
Morgan et al. 2012	Borderline personality disorder and the role of art therapy : a discussion of its utility from the perspective of those with a lived experience	Etude qualitative : écriture collaborative d'un rapport d'expériences vécues durant un programme d'art-thérapie	Rédiger un article pour commenter le programme et aborder plusieurs aspects dont les approches thérapeutiques et le rôle de l'art-thérapie dans ce processus	4 membres d'Emergence * avec un TPB et ayant bénéficié d'un programme d'art thérapie	Art-thérapie, séances en groupe

Tableau 3 : Tableau de présentation des articles sélectionnés

* Organisation dirigée par des utilisateurs de services venant en aide aux personnes avec un diagnostic de trouble de la personnalité

Présentation des résultats			
Auteurs et dates	Critères de jugement	Résultats	Limites
Chilvers et al. 2021	<ul style="list-style-type: none"> → Questionnaires semi-dirigés, interview → Questionnaires psychométriques en auto-évaluation : MCM-III (présence de traits de personnalité et symptômes du TPB), Zanarini (échelle pour le trouble de la personnalité Borderline) 	<ul style="list-style-type: none"> → Interviews : expérience groupale positive sur les relations, amélioration des habiletés à communiquer et comprendre les autres, ↑ intérêt pour les autres, support collectif, expérience de validation par le groupe, moyen d'expression des émotions, expression de soi, amélioration de la flexibilité relationnelle et des capacités de mentalisation des sentiments → ↓ des scores des échelles de Zanarini, MCM-III entre le début et la fin de la thérapie 	<ul style="list-style-type: none"> Petit échantillon, ne permet pas généralisation à l'ensemble de la population avec un TPB Les tests psychométriques n'ont pas été complétés par tous les patients, peut impacter les données de l'ensemble du groupe Biais possibles liés au genre des participants : tous les patients et les psychothérapeutes sont des ♀
Eren et al. 2014	<ul style="list-style-type: none"> → Interview → MMPI Scale : évaluation psychopathologique et de la personnalité → Etudes de cas 	<ul style="list-style-type: none"> → MMPI : ↓ des scores entre début (61,40) et fin d'étude (59,22) : ↓ des difficultés ↓ significative de l'impulsivité, l'introversion sociale, l'hostilité ↓ difficultés dans les relations interpersonnelles, la gestion de la colère, niveau de suspicion, le besoin d'acceptation et d'amour, réduction de l'inadaptation, des difficultés de coopération et des comportement inacceptables socialement → Relation thérapeutique positive, développement de meilleures relations avec le thérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> Faible nombre de patients, pas de groupe témoin/de contrôle Pas de supervision ni d'enseignement officiel de la psychothérapie artistique
Haeyen et al. 2015	Entretiens avec 12 participants en individuel, et 17 participants divisés en 3 groupes de parole	<ul style="list-style-type: none"> → ↑ gestion des émotions à travers l'art : ressenti, expression, acceptation et régulation de leur intensité, sentiment de confiance et de sécurité Changement de comportement envers soi et les autres, ↑ contrôle de soi → Les participants apprennent à trouver de la reconnaissance et du soutien chez les autres, mise en place de relations pour travailler et coopérer ensemble, ajustement du comportement à adopter au contact d'autres personnes, gestion des conflits, meilleure compréhension des autres, perception et interprétation du comportement des autres 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de prise en compte du processus de traitement vécu par les patients en plus de l'art-thérapie Les participants ont été sélectionnés en fonction de leur motivation et de leur volonté à participer à cette étude, il pourrait être pertinent d'inclure des patients plus difficiles
Haeyen et al. 2018	OQ45 : Outcome Questionnaire 45 Mesure du fonctionnement mental global 3 sous-échelles : détresse symptomatique, relations interpersonnelles, rôle social	<ul style="list-style-type: none"> ↓ des scores entre le pré et le post-test pour les sous-tests "interpersonal relation" (pré : 20.67, post : 15.85) et "social role" (pré : 17.61, post : 13.68) : ↓ symptômes ↑ des scores pour le groupe témoin (IR : 19.03 et 21.48, SR : 14.07 et 15.93) : détérioration des symptômes Le programme permet une ↑ de la conscience, de l'auto-validation, de la régulation des émotions, du fonctionnement interpersonnel, de l'insight ↓ des symptômes de la pathologie, de l'impulsivité, meilleure adaptation et auto-régulation, meilleure régulation et expérience des émotions 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe témoin : longue période avant de bénéficier du programme, aggravation des symptômes Sélection des patients selon leur motivation/volonté, influence sur les résultats et la généralisation à l'ensemble des patients Courte période de suivi après l'intervention (5 semaines)

Tableau 4 : Tableau de présentation des résultats (partie 1)

Auteurs et dates	Critères de jugement	Résultats	Limites
Haeyen et al. 2018	<ul style="list-style-type: none"> → MHC-SF : Mental Health Continuum - Short Form, mesure du bien-être émotionnel (EW), social (SW) et psychologique (PW) → OQ45 : mesure du fonctionnement mental subjectif global, 3 sub-tests : détresse symptomatique (SD), relations interpersonnelles (IR) et rôle social (exclu de cette étude) 	<ul style="list-style-type: none"> → MHC-SF : ↗ bien-être émotionnel (EW : 1,97 à T1 et 2,84 à T2) et bien-être social (SW : 1,52 à T1 et 1,99 à T2) → OQ45 : ↘ difficultés relations interpersonnelles (IR : 20.67 à T1, 16.13 à T2) → Tous les indicateurs évoluent dans le temps : ↘ symptômes de la pathologie, ↗ santé mentale, flexibilité psychologique, schémas adaptés, connexion sociale Régulation des émotions, de la colère, l'impulsivité, la rigidité Améliore le fonctionnement interpersonnel, notamment en se concentrant sur les capacités de mentalisation 	<p>Les données sont tirées d'une étude contrôlée randomisée</p> <p>Le nombre de participants à l'étude relativement faible : complique la généralisation</p> <p>Les outils de mesure choisis sont assez généraux et ne sont pas ciblés sur les concepts de santé et de maladie mentale</p>
Haeyen et al. 2020	<ul style="list-style-type: none"> → Bénéfices de l'art-thérapie : questions pour évaluer l'amélioration du fonctionnement quotidien/émotionnel/social → Atteinte des objectifs de traitement : 9 questions évaluées avec échelle dichotomique → Facteurs liés à l'attitude du thérapeute : 5 questions → Caractéristiques des patients : âge, sexe et diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> → Bénéfice après les 3 mois de thérapie, se focalise sur les aspects émotionnels et sociaux car elle se déroule majoritairement en groupe, alternative à la communication verbale pour s'exprimer → Les bénéfices les + cités : expression des émotions (T1 : 71,5% et T2: 76,1%), changements de comportements et de pensées (T1 : 62,7% et T2 : 71,2%) Bénéfices significatifs au niveau émotionnel et social → Les résultats varient en fonction de facteurs associés (attitude du thérapeute/capacité et opportunité d'exprimer ses sensations et sentiments pendant les séances), mais ne sont pas reliés aux caractéristiques des patients 	<p>Abandons pas pris en compte dans les analyses</p> <p>La période de 3 mois du programme était incluse dans un traitement déjà en cours, il n'y a pas eu de point de départ précis de l'étude : impact sur clarté des résultats</p> <p>La thérapie par l'art n'était pas isolée mais faisait partie d'un programme de traitement plus large : résultats peut-être donc pas seulement liés à l'art</p> <p>Pas de groupe de contrôle</p> <p>Le lien entre les bénéfices et le niveau de culture et le QI des participants n'a pas été étudié</p>
Jewell et al. 2022	<ul style="list-style-type: none"> → DERS : Difficulties in Emotion Regulation Scale : mesure de la réponse émotionnelle, les difficultés comportementales, l'impulsivité, la conscience émotionnelle et la régulation des émotions → Questionnaire en ligne d'évaluation de l'acceptabilité du programme → Enquête qualitative : questions en texte libre sur expérience et satisfaction du programme 	<ul style="list-style-type: none"> → DERS : ↘ scores entre le début (113.24) et la fin de l'étude (84.52) : ↗ capacités de régulation des émotions ↘ toutes les sous-échelles : ↘ difficultés d'utilisation de stratégies de régulation des émotions, des comportements impulsifs, des difficultés comportementales → Acceptabilité : 83.9% des participants affirment s'être sentis vus, entendus et validés pendant le programme; 61.3% des participants affirment que ce programme a amélioré leurs capacités dans leurs interactions sociales → Etude qualitative : le programme ↗ les capacités à tolérer et réguler les émotions, support groupal, connexion avec les autres 	<p>Echantillon de petite taille : ne permet pas de généraliser les résultats</p> <p>Le diagnostic du TPB a été annoncé par les participants mais n'a pas été directement évalué par les chercheurs</p> <p>Les différences de résultats avec un programme d'art-thérapie en présentiel n'ont pas été évaluées</p> <p>Pas de prise en compte des potentielles anciennes expériences des participants avec l'art (déjà bénéficié d'un programme de thérapie par l'art, ancienne pratique ...)</p>
Morgan et al. 2012	<p>Témoignages, expériences vécues par des anciens bénéficiaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Art = médiateur : connexion avec les autres, le thérapeute Connexion via un 3e objet : basée sur cet objet, non directement entre les individus : facilitation des interactions sociales → Art = distraction, détournement de l'attention, ↘ appréhension et difficultés relationnelles et émotionnelles, interactions + tolérées ↘ intensité et de la fluctuation des émotions, meilleure identification et expression des émotions → Solution alternative pour exprimer les émotions quand la verbalisation est trop difficile ou anxiogène, utilisation de l'art comme moyen d'expression 	<p>Petit échantillon de 4 participants = description plus complète des expériences, une enquête à plus grande échelle aurait peut-être été moins précise mais aurait permis une meilleure généralisation des résultats</p>

Tableau 5 : Tableau de présentation des résultats (partie 2)

2. Les résultats

2.1. Les articles retenus

Les formats des articles retenus sont assez hétérogènes. Trois des huit articles sont des études quantitatives parmi lesquelles se trouvent un essai contrôlé randomisé, une étude par sondage ainsi qu'une troisième utilisant les données secondaires de l'ECR sélectionné précédemment. Ensuite, deux études qualitatives ont été sélectionnées basées sur des entretiens et des rapports d'expérience vécue. Finalement, trois études mixtes ont été retenues associant des interviews et enquêtes à divers tests psychométriques.

Les dates de publication des différents articles se situent dans la période de 10 ans ayant été déterminée dans la méthodologie. L'article le plus ancien date de 2012 et le plus récent de 2022. La moyenne des années de publication se situe autour de 2017.

La qualité et la validité des études ont été mesurées à l'aide de l'échelle PEDro (voir Annexe III.). Dans l'ensemble, les huit articles sélectionnés présentent un score relativement moyen allant de 2 (Morgan et al., 2012) à 7 (Haeyen et al., 2018a). Le score moyen pour l'ensemble des articles est de 4,75.

2.2. La population

En faisant une synthèse des huit articles sélectionnés, 775 participants qui ont pris part aux différentes études, dont 710 qui ont participé aux évaluations (interview, échelles de mesures etc) qui ont permis la publication des résultats. La taille des échantillons varie de 4 participants (Morgan et al., 2012), à 528 participants (Haeyen et al., 2020). La majorité des d'entre eux sont des femmes avec un pourcentage moyen dans les articles se situant entre 70.6% et 100%. La moyenne d'âge des participants est comprise entre 28.6 et 37.48 ans pour les cinq articles comprenant cette information.

Parmi les huit articles sélectionnés, trois traitent spécifiquement du trouble de la personnalité Borderline. Les cinq autres quant à eux se concentrent plus largement sur le trouble de la personnalité dont le TPB fait partie. Dans chacune des études, il est d'ailleurs spécifié que le TPB représente la majorité des participants inclus dans l'échantillon. Pour les différents articles ciblés sur les troubles de la personnalité, tous font part de résultats globaux et valables pour l'ensemble de l'échantillon. Aucun d'entre eux ne témoigne d'effet discordant entre les participants atteints du TPB et ceux atteints d'autres troubles. Grâce à cela, nous pouvons supposer que les résultats de ces études sont valables dans le cadre du TPB. Une synthèse des caractéristiques de l'échantillon est représentée dans le tableau suivant :

Taille totale de l'échantillon	Nombre de participants aux évaluations	Pathologies	Age	Genre
775 participants	710 participants (91.6% des participants)	TPB seul : 37.5% des articles TP* (dont TPB) : 62.5% des articles	Entre 18 et 65 ans	84% de femmes dans l'échantillon total

Tableau 6 : Tableau récapitulatif de la population étudiée

* TP : Trouble de la personnalité

2.3. Interventions

Au sein des huit articles étudiés, six d'entre eux portent sur de l'art-thérapie. Un autre article traite de la psychothérapie artistique psychodynamique. Cette méthode se base sur la théorie selon laquelle les expériences internes comme la représentation du moi, les pulsions ou encore fantasmes primitifs sont projetés et transformés en représentation externe à travers un objet d'art. Cet état interne prend une forme plus saine peut donc être réinternalisé par le patient (Eren et al., 2014). Le dernier article quant à lui porte sur la psychothérapie artistique basée sur la mentalisation. Cette thérapie associe les concepts de thérapie basée sur la mentalisation et de psychothérapie par l'art. Elle se base sur la théorie que la création artistique peut aider à la représentation et la régulation des émotions. Elle met aussi en évidence la relation et l'attachement à un objet (Chilvers et al., 2021).

Dans six des articles, l'intervention, quelle qu'elle soit, se réalise en séances de groupe. Dans un autre article (Chilvers et al., 2021), le programme est divisé en séances de groupe accompagnées de séances en individuel. Enfin, dans le dernier article (Jewell et al., 2022), l'intervention s'est déroulée en distanciel sur une plateforme sécurisée en ligne. La nature précise des activités artistiques proposées au sein des différents programmes n'est pas toujours explicitée. L'intervention décrite au sein de l'étude d'Eren et al. (2014) se compose de dessin et de peinture. La durée des différents programmes est elle aussi variable selon les études, elle s'étend de 10 semaines à 10 ans.

2.4. Les résultats selon les habiletés sociales

Les différentes études sélectionnées ainsi que les principaux résultats qui en sont ressortis ont été résumés au sein des tableaux présentés ci-dessus. Ils ont ensuite été classés selon les différentes catégories d'habiletés sociales décrites par Elksnin et Elksnin. Cela permet d'obtenir une vision plus claire des habiletés qui sont sollicitées au cours d'un programme de médiation artistique, ainsi que de quelle manière elles le sont.

2.4.1. Les habiletés intrapersonnelles

Au niveau du fonctionnement émotionnel, de nombreux bénéfices significatifs ont été présentés au sein des différents articles. En effet, une amélioration systématique du bien-être émotionnel des participants a été mise en avant, et cela passe premièrement à travers une meilleure identification des émotions chez soi et les autres (Haeyen et al., 2018b). L'activité et l'objet d'art sont responsables de réponses émotionnelles chez les participants leur permettant d'entrer en contact, de ressentir et de mettre en place une plus grande connexion avec les pensées et les sentiments (Haeyen et al., 2015; Jewell et al., 2022; Morgan et al., 2012).

A la suite de cette connexion, l'analyse des articles fait ressortir que l'art favorise également une meilleure régulation de ces émotions et de leur intensité. A travers ces ateliers artistiques offrant un espace d'expérimentation, les participants apprennent à accepter ou à l'inverse éteindre les émotions qui surviennent par la création. En outre, la thérapie par l'art demande une structuration de son état interne afin de l'organiser pour le représenter à travers une œuvre. Cette structuration passe donc par une régulation des émotions afin de ne plus être submergé et, par conséquent, se sentir plus en confiance et en sécurité avec ces ressentis (Haeyen et al., 2015).

Par ailleurs, une augmentation des capacités à tolérer les émotions ressenties est également décrite au sein des différentes études. Cela se caractérise par une meilleure expérience et acceptation de ces émotions, même les plus désagréables. Les expériences

internes comme les pensées, émotions ou encore sensations physiques sont mieux acceptées par les patients (Haeyen et al., 2015, 2018a, 2018b; Jewell et al., 2022).

Finalement, une amélioration de l'expression des affects est également rapportée dans les articles, notamment à travers l'œuvre d'art créée. Les émotions sont représentées et donc exprimées et partagées au reste du groupe à travers elle (Haeyen et al., 2015, 2020; Morgan et al., 2012).

En parallèle, les différentes études qui ont été analysées rapportent une réduction des difficultés comportementales. Cela se caractérise par un meilleur contrôle de soi concernant l'impulsivité, l'hostilité, de rigidité ou encore la colère (Eren et al., 2014; Haeyen et al., 2015, 2018b, 2018a; Jewell et al., 2022). La régulation de la fluctuation et de l'intensité des émotions est également améliorée (Morgan et al., 2012). En outre, la perception ainsi que l'interprétation des comportements des autres sont également perfectionnées au cours d'un programme de médiation artistique, ce qui favorise par conséquent une meilleure compréhension d'autrui (Haeyen et al., 2015).

Pour résumer, nous pouvons dire que les émotions fortes ressenties par une personne atteinte du TPB sont transférées à travers l'activité et l'objet d'art. Ces derniers permettent de les réguler, de les représenter et donc de les exprimer aux observateurs (Chilvers et al., 2021).

2.4.2. Les habiletés interpersonnelles

La majorité des études indique qu'une amélioration du fonctionnement interpersonnel est constatée à la suite d'un programme de thérapie par l'art chez les individus souffrant du TPB. En effet, les auteurs s'accordent à dire que les difficultés au niveau des relations et interactions sociales régressent à un niveau normal. A l'inverse, les capacités à créer et maintenir ces relations augmentent. Par conséquent, celles-ci sont facilitées et mieux tolérées (Eren et al., 2014; Haeyen et al., 2018b, 2018a; Jewell et al., 2022; Morgan et al., 2012).

La diminution des difficultés interpersonnelles passe par la réduction de la colère et de l'impulsivité, mais aussi du niveau de suspicion, du besoin d'acceptation, d'amour et de plainte souvent manifesté par les personnes souffrant du TPB (Eren et al., 2014). Par ailleurs, une amélioration de la flexibilité relationnelle et de la tolérance est mise en avant. Cela passe notamment par une meilleure acceptation des différentes interprétations voire des critiques émises par autrui (Chilvers et al., 2021). Une progression dans la gestion des conflits est également citée. A l'inverse, les auteurs rapportent que les participants apprennent à trouver et accepter la reconnaissance et le soutien témoignés par leurs pairs (Haeyen et al., 2015).

Par ailleurs, les différentes études témoignent d'une modification chez les participants du comportement envers soi et les autres. En effet, la sphère comportementale est largement sollicitée au cours de séances de thérapie par l'art. De par les interactions au sein du groupe, les participants ont l'occasion d'explorer et de comprendre les modèles comportementaux qu'ils utilisent avec leurs pairs, mais également ceux utilisés par les autres. C'est en devant traiter avec les autres membres du groupe que les participants testent et développent de nouveaux comportements favorisant les interactions (Haeyen et al., 2015).

Dans leur article, Morgan et al. rapportent également l'amélioration des capacités interpersonnelles des participants. Cependant, ils mettent en avant que la connexion créée entre deux personnes ne les lie pas seulement entre elles, mais se base sur l'introduction d'un troisième objet (activité de création, objet créé) qui va servir de médiateur. En effet, comme vu précédemment, la création d'une relation peut rapidement devenir difficile et anxiogène dans

le cas du trouble de la personnalité Borderline. C'est pourquoi l'art introduit comme troisième objet va mettre en place une relation triangulaire, celle-ci va se baser sur cet élément externe et non directement sur le lien entre les deux personnes. Ce troisième objet va donc servir de distraction et de détournement de l'attention afin de réduire l'appréhension de la relation, mais aussi la charge émotionnelle entre les deux personnes. De cette manière, les mécanismes quotidiens d'interactions sociales sont facilités (Morgan et al., 2012).

Enfin, l'optimisation des capacités interpersonnelles s'explique également par le fait que cette thérapie se focalise implicitement sur l'amélioration des capacités de mentalisation. En effet, selon les auteurs, la thérapie artistique donne des moyens de mentaliser à travers des objets d'art (Haeyen et al., 2018b).

Pour résumer, les ateliers de thérapie par l'art favorisent une meilleure connexion sociale et la création de relations positives, que ce soit avec les pairs mais également les thérapeutes (Eren et al., 2014).

2.4.3. Les habiletés d'adaptation collective

Concernant ces habiletés, l'ensemble des études mettent en avant une amélioration du fonctionnement social au sein d'un groupe. Cela se traduit notamment par une réduction des comportements inacceptables socialement, de la mauvaise adaptation ou encore de l'introversion sociale (Eren et al., 2014; Haeyen et al., 2015, 2020). En parallèle, le développement de schémas comportementaux mieux adaptés chez les participants est rapporté, se traduisant notamment par l'apprentissage des comportements à adopter au sein d'un groupe (Haeyen et al., 2018b, 2018a).

En outre, des auteurs mettent en avant une diminution des difficultés de coopération, ainsi que la mise en place de relations et de collaborations pour travailler avec les autres. En effet, le travail en groupe demande aux participants la recherche d'un compromis permettant la réalisation des objectifs personnels de chacun, mais également la gestion des relations avec les autres membres du groupe afin que tous puissent cohabiter et trouver des solutions ensemble (Eren et al., 2014; Haeyen et al., 2015).

Cette connexion avec les autres, le support collectif ainsi que les expériences de valorisation par les pairs témoignés par les participants favorisent eux aussi un meilleur fonctionnement au sein d'un groupe, ainsi que le sentiment de (re)trouver un rôle social (Chilvers et al., 2021).

2.4.4. Les habiletés d'affirmation

Les bénéfices liés à ce type d'habiletés sont premièrement mis en avant dans des ateliers se déroulant en groupe. En effet, le cadre contenant instauré, ainsi que la relation de confiance établie avec les participants et/ou avec le(s) thérapeute(s) favorisent un sentiment de sérénité et de sécurité au cours de ces ateliers.

Chilvers et al. ainsi que Jewell et al. rapportent chez les participants un sentiment d'être vus, entendus mais aussi validés à travers leur production d'art. Cela favorise cette affirmation de soi. En effet, la création artistique avec ce qui est projeté en elle ainsi que l'interprétation de cette dernière participent à la compréhension et au développement d'une identité et d'une l'image de soi plus claire et stable. Celles-ci pourront donc ensuite être présentées aux autres à travers la présence de l'objet artistique créé (Chilvers et al., 2021; Jewell et al., 2022).

Haeyen et al. développent également le rôle des thérapeutes dans cette quête d'identité et d'affirmation. Selon eux, la recherche d'un compromis est nécessaire. En effet, il est essentiel de créer une ligne directrice à suivre par les patients qui se concentre sur leurs besoins, ce qui aide également à lutter contre la peur de perte de contrôle qu'une telle thérapie peut induire. Mais il faut également leur laisser une liberté d'action et de choix afin de répondre à leur besoin d'être vu, entendu, mais aussi à leur besoin d'autonomie. Pour résumer, le thérapeute doit trouver le juste milieu entre le besoin d'un cadre sécurisant et le besoin de liberté des participants, afin de répondre au mieux à leurs attentes (Haeyen et al., 2015).

En parallèle, Chilvers et al. affirment que cette thérapie favorise la mentalisation des autres, du groupe, avec toutes ses différences et ses diverses interprétations. Les participants apprennent donc à explorer et agir selon leurs propres intérêts, mais en prenant en compte ceux d'autrui. En lien avec ce constat, ils mettent en avant une augmentation de l'intérêt pour les autres au cours des différents ateliers artistiques. En effet, ils rapportent dans leur étude que, selon les participants, l'honnêteté et le courage nécessaires dans ce type d'atelier leur permettent de se dévoiler, et donc d'être vus et soutenus par les autres. Par conséquent, cela augmente l'intérêt porté aux autres et à ce qu'ils dévoilent (Chilvers et al., 2021).

Finalement, nous pouvons citer Chilvers et al. (2021) qui indiquent que l'art est un moyen honnête d'explorer soi et les autres.

2.4.5. Les habiletés de communication

Le constat que la thérapie par l'art améliore les habiletés à s'exprimer est général dans l'ensemble des articles étudiés. En passant par l'art, l'expression de soi et de son monde interne est facilitée. Par conséquent, la compréhension des autres l'est également (Jewell et al., 2022). Des participants témoignent également avoir réussi à poser des mots sur les expériences et sensations physiques, non-verbales vécues et ressenties au cours de la création (Haeyen et al., 2015).

Dans leur article, Chilvers et al. indiquent que la communication au sein d'un groupe de thérapie par l'art est facilitée, notamment pour les patients ayant du mal à s'exprimer. En effet, la création et l'œuvre donnent l'opportunité à chacun de réfléchir sur ce qui a été produit, puis d'en discuter avec les pairs. Par ailleurs, le cadre établi lors de ces ateliers incite et favorise une communication entre participants et thérapeutes ouverte, curieuse, honnête et validée par les autres (Chilvers et al., 2021).

Cependant, certains auteurs s'accordent à dire que la communication est facilitée pour les participants notamment car la thérapie par l'art constitue une alternative à la communication verbale souvent difficile et anxiogène dans le cadre de ce trouble. Par conséquent, au lieu de passer par les mots, cette communication passe par l'image et l'objet pour exprimer les éléments projetés à l'intérieur de celle-ci. Cela a donc pour effet de mitiger l'intensité de l'échange (Chilvers et al., 2021; Haeyen et al., 2015, 2020; Morgan et al., 2012).

Une amélioration dans la sphère de la communication est donc observée, mais il s'agirait essentiellement d'un autre type de communication utilisant l'art et l'objet d'art comme moyen d'expression.

Discussion

1. Résumé des principaux faits

Pour rappel, ce mémoire d'Ergothérapie a pour objectif de déterminer comment la thérapie par l'art, que ce soit l'art-thérapie ou les différentes psychothérapies artistiques étudiées dans les articles, agit sur les habiletés sociales des participants afin d'améliorer leur fonctionnement social dans leur quotidien.

Plusieurs hypothèses ont été émises afin de répondre à la problématique : Quels sont les impacts des médiations artistiques sur les habiletés sociales, et donc sur l'amélioration du fonctionnement social des patients atteints du trouble de la personnalité Borderline ?

La **première hypothèse** stipulait que les ateliers à médiation artistique réalisés auprès des patients atteints du trouble de la personnalité Borderline permet une sollicitation des différentes habiletés sociales décrites par Elksnin et Elksnin. L'analyse des différents articles retenus pour répondre à la problématique permet d'affirmer que les différentes habiletés sociales sont sollicitées au cours d'un programme de thérapie par l'art quel qu'il soit. Cela correspond même à un des objectifs de ces interventions.

Pour rappel, les habiletés intrapersonnelles correspondent à la connaissance et la maîtrise de soi au niveau émotionnel et comportemental. Celles-ci sont systématiquement mises en avant dans les articles car les médiations artistiques se focalisent sur les aspects émotionnels. Les expériences de projection et d'externalisation à travers une création sont responsables de réponses émotionnelles et corporelles chez les patients. Par conséquent, ils ont accès à des pensées, sentiments et processus inconscients mis en lumière lors de la création. Grâce à cela, ils terminent ce programme avec une image de soi plus claire et stable ainsi qu'une meilleure connaissance de leur fonctionnement. Il est donc plus évident d'avoir une action de régulation dessus. Par ailleurs, l'art et l'objet d'art étant des métaphores des états internes, ils sont un moyen pour les patients de se dévoiler et de s'exprimer aux autres d'une manière moins directe et plus symbolique. Il serait donc maintenant intéressant de se questionner sur la généralisation de cette expression en dehors d'un groupe de médiation artistique, au cours de la vie quotidienne lorsque l'objet artistique médiateur n'est plus présent.

En lien avec ces habiletés intrapersonnelles, les habiletés d'affirmation permettent d'agir selon ses propres intérêts, tout en respectant ceux des autres. L'identification et la compréhension de son état interne aidées par la thérapie par l'art favorise une meilleure connaissance de soi, de son identité et de son espace. Ceux-ci vont donc pouvoir être présentés et surtout revendiqués aux autres membres du groupe à l'aide d'un objet d'art. Par conséquent, c'est l'art qui remplit la fonction d'expression des sentiments, besoins et limites d'une personne. Cette expression et affirmation de soi sont également facilitées par le cadre plus souple et moins contrôlé d'un programme de médiation artistique. En effet, en fonction des ateliers, les participants ont la liberté de choisir leur matériel, technique, ce qu'ils veulent représenter et/ou comment le présenter. Ils n'ont pas ou peu d'obligation et ont surtout l'occasion de faire des choix qui leurs sont propres en lien avec leurs envies et limites. Finalement, ce cadre basé sur la valorisation, l'acceptation et surtout le non-jugement est essentiel pour faciliter cette affirmation de soi.

Concernant les habiletés interpersonnelles, elles correspondent aux capacités de créer et maintenir des liens sociaux. Les habiletés d'adaptation collective se traduisent quant à elles par la connaissance et le respect des règles de vie en société permettant de trouver sa place

au sein d'un groupe et de collaborer avec ses membres. Ces deux types d'habiletés sont grandement travaillées au cours des différentes interventions, notamment car celles-ci se réalisent pour la plupart en groupe. Cela demande donc aux participants de trouver leur place au milieu des autres, ainsi que de s'ajuster à autrui afin de prendre part à la vie du groupe. Même si tous les articles étudiés s'accordent sur l'amélioration de ces habiletés, Morgan et al. apportent tout de même des précisions sur la nature de ces interactions sociales et groupales facilitées par la présence d'un objet médiateur au milieu des relations (Morgan et al., 2012).

Toujours selon Elksnin et Elksnin, les habiletés de communication correspondent aux capacités d'expression, d'écoute et de posture qui aident à l'initiation, au maintien et à la clôture d'une conversation. Une amélioration de la communication est décrite dans la majorité des articles. Cependant, celle-ci serait à nuancer notamment car elle s'explique par le fait que la création artistique constitue une alternative à la communication verbale souvent problématique dans le cadre de ce trouble (Chilvers et al., 2021; Haeyen et al., 2015, 2020; Morgan et al., 2012). Par conséquent, nous pouvons penser que les habiletés de communication décrites par Elksnin et Elksnin ne sont que partiellement mises en avant au sein d'une intervention basée sur l'art. Il serait donc intéressant de se concentrer sur les moments d'échanges entre les participants sur les objets créés et ce qu'ils représentent. Les œuvres servent de base, d'élément sur lequel s'appuyer pour parler de soi et des autres et pour être entendu par autrui. Malheureusement, les différents articles étudiés ne décrivent pas ou peu les capacités d'échange verbal sollicitées lors de cet exercice d'expression ainsi que leur possible évolution (maintien de l'attention, respect du tour et du temps de parole, clarté du discours...). Cependant, faut spécifier que même sans échanges verbaux, une communication se met tout de même en place entre les patients par le simple fait d'être dans un groupe, d'échanger des regards, sourires, mimiques, en étant à l'écoute des autres etc.

Même si cette hypothèse ne peut être entièrement validée de par les interrogations liées aux capacités de communication, nous pouvons tout de même affirmer que la médiation artistique a un impact sur les différentes habiletés sociales d'un individu atteint du TPB.

La **seconde hypothèse** supposait quant à elle que cette sollicitation des habiletés sociales favorise un meilleur fonctionnement social chez les patients atteints du TPB. Dans l'ensemble des articles étudiés, une amélioration du fonctionnement social a été décrite, que ce soit grâce à diverses évaluations ou à travers le retour d'expérience des participants. Ces derniers mettent en avant une augmentation de leurs capacités à interagir avec autrui, à tolérer ces interactions, à s'insérer dans un groupe et à prendre part à la vie du groupe.

Cela s'explique premièrement par une meilleure capacité à réguler les émotions et comportements envers soi et les autres. Par ailleurs, de par une plus grande compréhension de son fonctionnement ainsi que de celui d'autrui, les relations sociales apparaissent moins anxiogènes. Les patients distinguent même les différents enrichissements que les idées et expériences et autres peuvent apporter. Par conséquent, ils témoignent d'une plus grande envie de s'intéresser aux autres et de créer une connexion.

Cette analyse d'articles permet donc de valider la seconde hypothèse émise. Finalement, les résultats obtenus au sein de cette Scoping Review permettent donc d'indiquer qu'une thérapie basée sur l'art peut être une intervention bénéfique dans l'accompagnement des patients atteints du trouble de la personnalité Borderline, notamment concernant l'amélioration des habiletés et du fonctionnement social.

2. Résultats secondaires

2.1. L'importance du groupe

Au sein des différents articles étudiés, certains ont choisi de créer un programme de médiation artistique essentiellement en groupe, et d'autres en incluant un suivi individuel. Dans les deux cas, des bienfaits au niveau des habiletés sociales ont pu être rapportés.

Les ateliers individuels permettent une meilleure personnalisation et adaptabilité de la séance en fonction des objectifs spécifiques des participants, ainsi qu'une plus grande disponibilité du thérapeute. Au cours de ces séances, les patients vont essentiellement se concentrer sur leurs expériences, leurs réactions, ce qu'il ont projeté à travers leur œuvre pour chercher des réponses et des solutions à des expériences personnelles antérieures ou actuelles qui leur sont propres.

Par ailleurs, il ressort de cette Scoping Review l'importance du groupe et des interactions au sein de celui-ci pour l'amélioration du fonctionnement social. Premièrement, les séances à plusieurs garantissent plus d'interactions avec les pairs. Il est même spécifié au sein d'un article que les participants à ces ateliers ne sont pas soumis à la pression de produire quelque chose, le plus important est de se trouver dans une salle et d'interagir avec les autres qui s'y trouvent, tout en prenant en compte les nombreuses normes et attentes sociales induites dans chaque interaction (Morgan et al., 2012).

La phase d'interprétation des œuvres décrite dans plusieurs articles est rapportée comme étant déterminante pour favoriser la compréhension des autres, de leurs sentiments bons ou mauvais, de leur manière de penser, et que ce n'est pas toujours de la même manière que soi. Ces échanges ont donc pour but, entre autres, d'aider les participants à prendre conscience que les autres peuvent avoir des expériences et pensées similaires, ce qui aide à la déculpabilisation. Mais ils comprennent aussi que chacun peut apporter des choses différentes dans un groupe, et qu'il est essentiel de prendre en compte l'opinion des autres. Cela est grandement favorisé par le cadre d'un atelier de groupe qui demande une honnêteté de la part des participants permise par le sentiment d'acceptation et de validation des pairs.

Dans l'idéal, cette phase peut renforcer le soutien social et l'étayage groupal. Les patients peuvent offrir une action d'aide envers l'artiste et son œuvre, notamment en trouvant des solutions, en apportant des éclairages ou des clarifications tout en reconnaissant les compétences de l'artiste. En effet, l'important est d'encourager l'artiste sans dire comment il aurait pu ou dû faire. Ces actions d'aide et de soutien entrent pleinement dans le cadre des habiletés d'adaptation collective (Potash et al., 2013).

2.2. Le lien avec la mentalisation

Pour rappel, le TPB est caractérisé, entre autres, par un déficit de mentalisation. Certains articles ont mis en avant que la thérapie par l'art constitue un moyen efficace pour travailler et améliorer les capacités de mentalisation de soi et des autres, favorisant ainsi un meilleur fonctionnement interpersonnel (Chilvers et al., 2021; Haeyen et al., 2018b).

Comme dit précédemment, la mentalisation correspond à la capacité de distinguer et comprendre ses états mentaux (pensées, émotions, intentions...) ainsi que ceux d'autrui. Les états mentaux et les comportements étant indissociables, cela permet également une meilleure compréhension des comportements propres à soi et aux autres (De Oliveira et al., 2017). Cette mentalisation est donc fondamentale pour le développement et le maintien de

relations sociales. Elle est d'ailleurs en lien avec la théorie de l'attachement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Le développement de cette mentalisation est un aspect essentiel dans le cadre du TPB car elle permet de limiter l'imprévisibilité des échanges sociaux, ce qui les rend moins anxiogènes et dangereux.

Au cours d'une séance de thérapie artistique, c'est l'œuvre/l'image qui devient centrale dans le processus de mentalisation. En effet, comme dit précédemment, elle représente l'identité et le monde interne d'une personne qui va ensuite être exposée au groupe. A travers la visualisation de l'objet/image, le groupe peut réaliser des expériences de mentalisation de leurs perceptions de cette image, ainsi que de celles des autres. En effet, les membres vont observer, interpréter, échanger sur cette image pour percevoir ce que l'artiste pense et ressent. La compréhension de l'image va donc permettre la compréhension de la personne, c'est la mentalisation. Finalement, cette mentalisation explicite au travers d'une image correspond à une méthode sûre d'exploration de l'esprit grâce à un objet de soi mentalisant. Celle-ci favorise, au fil des séances, la mentalisation implicite utilisée au quotidien (Franks & Whitaker, 2007; Springham et al., 2012).

Pour résumer, la thérapie artistique permet une auto-réflexion lors de la phase de création de l'œuvre, puis une réflexion interpersonnelle lors du partage de cette œuvre avec les autres. Cette thérapie est donc un moyen de développer la mentalisation. D'autres interventions, comme la TBM, sont préconisées dans le cadre du TPB. Nous pouvons donc nous questionner si une association de ces deux thérapies, artistique et TBM, pourrait se révéler d'autant plus efficace pour l'amélioration du fonctionnement du TPB, ou à l'inverse si elles peuvent se suppléer l'une à l'autre en fonction des besoins et des envies des patients.

2.3. Acceptabilité de cette thérapie

Dans leur article, Jewell et al. évaluent l'acceptabilité d'un programme de thérapie par l'art. Ils indiquent que la majorité des participants sont satisfaits de cette thérapie et en perçoivent les bénéfices (Jewell et al., 2022). La médiation artistique diffère d'autres interventions notamment cognitives et/ou verbales. Cela peut présenter des avantages et des inconvénients, qui peuvent impacter les bénéfices perçus par les participants.

Nous pouvons concevoir que ce format de thérapie moins traditionnel, sérieux et plus ludique puisse impacter positivement la motivation des participants. Par ailleurs, elle peut correspondre à une alternative thérapeutique quand les interventions verbales sont jugées trop directes, invasives ou anxiogènes. Dans ce cas, l'investissement des participants étant renforcé, les bénéfices ne seront qu'augmentés notamment dans la sphère sociale interrogée au sein de ce mémoire.

A l'inverse, ce format peut se révéler déroutant, voire effrayant justement car il sort du cadre plus traditionnel des thérapies. Par ailleurs, se basant sur une activité artistique, l'appréhension peut être augmentée chez des patients étant moins à l'aise avec ce type de pratique, notamment à cause de la peur de ne pas savoir faire ainsi que du jugement d'autrui. En outre, le manque de compétence et d'appétence artistique, même si elles ne sont pas obligatoires pour participer à cette thérapie, peuvent également constituer des freins à la motivation, à la participation et donc aux bénéfices de cette intervention. Cela est d'autant plus vrai qu'il est moins aisé de comprendre l'intérêt et les objectifs d'une thérapie basée sur l'art. L'appréhension peut également venir du cadre thérapeutique plus souple et offrant plus de liberté pouvant être responsable d'une peur du manque de contrôle et de contenance.

3. Généralisation des résultats

Cette Scoping Review peut permettre d'affirmer que la thérapie par l'art favorise une amélioration du fonctionnement social des patients atteints du trouble de la personnalité Borderline. Cependant, du fait du faible nombre d'articles sélectionnés pour cette étude, la généralisation des résultats à l'ensemble des moyens thérapeutiques utilisant l'art, ou encore à l'ensemble de la population atteinte du TPB ne peut être que limitée.

Par ailleurs, les bénéfices observés peuvent être influencés par plusieurs facteurs. En effet, certains éléments liés au participant lui-même (compétence et appétence artistique, motivation etc) mais aussi au thérapeute peuvent porter atteinte ou au contraire favoriser les bienfaits de cette thérapie. C'est notamment le cas de l'attitude du thérapeute qui doit être non-jugeante et favoriser une sensation de sécurité et de liberté au sein d'un atelier. Un sentiment de bien-être et de valorisation va aider les participants à s'exprimer et partager davantage à travers une œuvre (Haeyen et al., 2020).

Toujours est-il que cette pathologie n'est pas la seule à être responsable d'une atteinte relationnelle, il s'agit même d'une problématique globale rencontrée en psychiatrie. Tong et al. ont également évalué les effets d'un programme d'art-thérapie mais sur des patients atteints de schizophrénie. Les différentes évaluations qualitatives et quantitatives réalisées ont permis de mettre en évidence des résultats similaires que pour le TPB, à savoir une amélioration significative du fonctionnement social des participants à la suite de ce programme (Tong et al., 2021). Plus largement, d'autres études ont également cherché à montrer les impacts d'une thérapie artistique sur des échantillons présentant diverses problématiques de santé mentale. Margrove et al. décrivent une amélioration significative du bien-être et de l'inclusion sociale des participants à la fin de l'étude. Cependant, Hacking et al. évoquent des résultats prometteurs mais équivoques malgré une amélioration significative des scores mesurant l'inclusion sociale. Selon eux, l'effet de la participation artistique sur l'inclusion sociale mériterait d'être approfondie. Là encore, le caractère généralisable des résultats ne peut pas être entièrement assuré (Hackett et al., 2020; Margrove et al., 2013).

Il est intéressant de se demander pourquoi observe-t-on des divergences de résultats entre les études. Peut-être cela vient des outils ou méthodes utilisés qui, selon leur sensibilité ou les critères spécifiques qu'ils évaluent, donnent différents résultats. Par ailleurs, les différences de bénéfices de la médiation artistique pourraient également être expliquées par les pathologies et leurs symptômes spécifiques, ou encore par d'autres facteurs liés aux participants de l'échantillon comme la motivation par exemple, ou à l'attitude des thérapeutes.

4. La place de l'ergothérapeute

Au sein de cette Scoping Review, c'est essentiellement l'art-thérapie qui a été étudiée. L'ergothérapeute quant à lui n'a jamais été cité. Cependant, il a toute sa place au milieu des thérapeutes pouvant utiliser l'art comme moyen thérapeutique, notamment car il y associe des objectifs qui lui sont propres en lien avec les besoins des patients et les composantes ludiques, expressives, contenant etc des différentes médiations à sa disposition. Ce type d'atelier pensé et réalisé par des ergothérapeutes leur permet de faire travailler l'élaboration psychique ainsi que l'expression de leurs patients (ANFE, 2016; Hernandez, 2016). Par ailleurs, ils utilisent cette thérapie dans le but de faire vivre et travailler différents types d'expériences chez les patients : motrices, sensorielles, émotionnelles, relationnelles etc (Launois, 2015). L'objectif est de « créer » compris dans le sens de donner naissance à quelque chose. Ce n'est en aucun cas de réaliser une œuvre d'art, mais simplement de représenter ce qui passe

dans la tête et dans les mains. Le propre de l'ergothérapeute est qu'il utilise ce moyen thérapeutique en tant que soin psychique dans le but de favoriser des changements internes en profondeur. C'est ce qui le différencie notamment des art-thérapeutes.

Du point de vue d'un ergothérapeute, un programme de médiation artistique permet premièrement un travail autour de l'identité. Comme vu précédemment, les matériaux, l'œuvre créée vont représenter un moyen pour le patient de construire et représenter son image narcissique. Cela peut également s'accompagner d'une prise de conscience des symptômes, ce qui favorise davantage la construction de son identité. Par ailleurs, cette thérapie va constituer un moyen pour l'ergothérapeute d'apprendre au patient à contenir, maîtriser et élaborer ses émotions. Finalement, la médiation artistique redonne au patient une opportunité de choisir et d'agir, de créer quelque chose qui sera valorisé. Cela l'aide donc à retrouver une confiance en soi, en ses capacités, et donc à renforcer son estime de soi.

En parallèle de ce travail sur soi, l'ergothérapeute utilise cette thérapie pour favoriser une ouverture vers le monde extérieur. En effet, la médiation artistique aide à la restauration du réseau relationnel car, de par la nécessité d'échanger et de collaborer avec le reste du groupe, elle constitue un véritable outil pour favoriser la création de liens sociaux. D'ailleurs, l'activité n'est qu'un prétexte à la mise en place de relations avec les autres. L'important pour l'ergothérapeute est d'accompagner le patient à développer le sentiment d'appartenance à un groupe, mais aussi à prendre part activement à la vie du groupe, cela dans le but de lui (re)donner une place et un rôle dans la société (Hernandez, 2016).

A long terme, ce travail intra et interpersonnel a pour objectif de développer les habiletés nécessaires à l'empowerment du patient, c'est-à-dire l'accès à une vie autonome et satisfaisante dans le quotidien. En effet, selon le Livre Blanc des Ergothérapeutes en Santé Mentale, cela correspond à une des missions de l'ergothérapeute au cours d'un parcours de soins en psychiatrie (ANFE, 2016). Cet aspect est également présent dans le Référentiel d'Activités en Ergothérapie : « Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale ». Le développement de l'émancipation et du pouvoir d'agir du patient facilite la réalisation de projets personnels et professionnels afin de favoriser la participation sociale.

Pour faire le lien avec la pratique de l'ergothérapeute sur le terrain, ce mémoire met en évidence l'intérêt d'inclure la médiation thérapeutique dans le parcours de soin en psychiatrie. En effet, il ressort de cette étude que cette thérapie serait un moyen efficace pour développer les habiletés sociales des patients. Les résultats témoignent également de la nécessité de réaliser cette thérapie en groupe tout en encourageant les interactions entre les participants. Cependant, de nombreux facteurs présents sur le terrain peuvent impacter la réalisation des médiations artistiques. Ils font d'ailleurs l'œuvre de recommandations dans le Livre Blanc des Ergothérapeutes en Santé Mentale dans le but palier à ces difficultés et de favoriser l'efficacité de cette méthode. Il est notamment évoquée la nécessité de disposer d'un espace dédié, reconnu et surtout adapté pour réaliser ces interventions. Par ailleurs, les ergothérapeutes doivent bénéficier du budget et des stocks de matériel nécessaires. Finalement, la volonté de légitimer l'ergothérapeute ainsi que la cohérence de ses interventions dans le projet de soin ressort également de ces recommandations. Il est nécessaire de reconnaître la médiation artistique non comme une activité ludique, occupationnelle ou assimilée à de l'art-thérapie, mais comme faisant partie intégrante de l'accompagnement des patients (ANFE, 2016).

5. Limites de l'étude

Au cours de la réalisation de ce mémoire, certaines limites ont pu être identifiées, dont les premières sont liées à la méthode de recherche des articles. En effet, l'équation de recherche créée à partir des différents mots clés n'a pas permis de cibler assez efficacement les articles en lien avec le sujet sur les différentes bases de données. Sur certaines d'entre elles, le nombre de résultats était élevé voire très élevé, mais peu d'articles étaient véritablement en lien avec le thème de ce mémoire. Par conséquent, la méthode qui a été la plus efficace pour trouver des études a été l'exploration des bibliographies d'articles correspondant au thème. Il se peut donc qu'un ajustement de cette équation de recherche aurait permis de trouver plus de résultats pertinents. Par ailleurs, le choix d'une période de recherche de 10 ans a été fait afin d'obtenir des résultats récents et proches de la pratique actuelle. Cependant, ce choix a également pu écarter certains articles plus anciens mais potentiellement pertinents pour cette étude.

De ce fait, peu d'articles ont été sélectionnés et étudiés ce qui limite le nombre de résultats ainsi que la généralisation de ces derniers. Parmi eux, la moitié ont été dirigés par la même auteure (Suzanne Haeyen) car elle a réalisé plusieurs études portant sur l'utilisation de l'art dans le cadre des troubles de la personnalité, ce qui correspond au sujet de ce mémoire. Cependant, le manque de diversité des auteurs étudiés peut constituer un biais dans les résultats, notamment en limitant la diversité des méthodes et des constats. De plus, ces différents articles se sont intéressés au fonctionnement social chez les patients atteints d'un trouble de la personnalité, mais sans cibler particulièrement les habiletés sociales en tant que telles. Cela se traduit par un manque de précision dans certains des articles.

Finalement, la majorité des articles se concentrent sur la pratique de l'art-thérapie, mais très peu sur d'autres pratiques utilisant l'art, et surtout aucun n'aborde l'ergothérapie. Les objectifs et les pratiques spécifiques des ergothérapeutes n'ont donc pu être clairement déterminés au sein de cette étude. Cela témoigne d'une réalité qu'est la différence significative entre les écrits des art-thérapeutes comparés à ceux des ergothérapeutes. En effet, la grande quantité d'articles trouvés sur le thème de l'art-thérapie indique que ces professionnels réalisent de nombreuses publications afin de présenter et d'expliquer leur profession. Mais cette pratique est encore trop peu développée pour les ergothérapeutes, en particulier dans le domaine de la psychiatrie.

6. Perspectives

Au sein de plusieurs articles, les bénéfices d'un programme de médiation artistique ont été comparés à d'autres thérapies. Haeyen et al. expliquent d'ailleurs que la thérapie par l'art constitue une approche Bottom-up, alors que les thérapies verbales sont décrites quant à elles comme une approche Top-down (Haeyen et al., 2018a). De ce point de vue, une combinaison entre ces deux types d'intervention distinctes pourrait être bénéfique pour les usagers, ce qui est d'ailleurs indiqué par certains patients ayant participé aux études (Haeyen et al., 2015). Il serait donc intéressant de se questionner sur les bienfaits d'une association entre une thérapie considérée comme verbale et une thérapie utilisant l'art ou les activités manuelles en général. Un des objectifs de recherche pourrait être de déterminer si une association entre ces deux formats de thérapie pourrait apporter des bénéfices supplémentaires et/ou complémentaires, ou si ces bénéfices peuvent se suppléer les uns aux autres.

Par ailleurs, comme dit précédemment, l'ergothérapeute n'est jamais cité au sein des différents programmes de thérapie par l'art analysés dans cette étude. Une autre perspective

envisageable serait de mener une étude similaire à celle-ci mais ciblée sur l'ergothérapeute et les ateliers artistiques qu'il propose aux patients dans le cadre d'un accompagnement du trouble de la personnalité Borderline.

En restant ciblé sur l'ergothérapie, celle-ci semble en retard par rapport à l'art-thérapie en terme d'écrits scientifiques pour prouver et asseoir sa pratique. Plus généralement, les ergothérapeutes intervenants en santé mentale témoignent des difficultés de reconnaissance de leurs rôles et spécificités. Ce mémoire montre bien la nécessité pour les ergothérapeutes de développer et d'affirmer leur place ainsi que leur identité professionnelle au sein d'une équipe en santé mentale, mais surtout de faire valoir leurs spécificités et leur valeur thérapeutique par rapport à d'autres professionnels comme les art-thérapeutes. Une des pistes d'amélioration serait d'installer l'ergothérapie dans un champ plus scientifique afin de prouver l'efficacité des interventions et donc développer des pratiques fondées sur la preuve (Evidence Based Practice). Pour cela, la recherche, l'écriture et la publication (ouvrages, travaux de recherches, traductions) constituent des moyens efficaces pour définir, valoriser la profession ainsi que développer des outils et interventions basés sur des preuves scientifiques.

Conclusion

A travers ce mémoire de fin d'étude, nous pouvons conclure que les médiations artistiques ont un réel impact dans la sollicitation des habiletés sociales des patients atteints du trouble de la personnalité Borderline. De par cette thérapie, les participants apprennent à se découvrir eux ainsi que les autres, développant ainsi des capacités mais aussi un certain intérêt pour les relations sociales. Toujours est-il que les bénéfices d'une telle thérapie ne viennent pas seulement de l'art en lui-même. En effet, le cadre établi offrant une certaine liberté ainsi que l'apport et l'étayage qu'un atelier réalisé en groupe peut apporter favorisent également une ouverture sur soi et sur les autres et, par conséquent, le développement d'interactions et donc de capacités sociales. Pour résumer, un programme de médiation artistique offre de nombreux outils permettant le développement des habiletés sociales essentielles à l'amélioration du fonctionnement social chez les patients atteints du trouble de la personnalité Borderline.

L'ergothérapeute a un rôle essentiel à jouer dans l'amélioration de ces habiletés sociales, aspect primordial pour la participation et la réinsertion sociale des patients. Comme nous l'avons vu, il possède les compétences nécessaires à l'organisation et l'animation de ce type d'atelier. La médiation thérapeutique correspond donc à un exemple parmi d'autres d'utilisation de l'activité comme moyen thérapeutique. Dans ce cadre, l'activité artistique est donc utilisée par l'ergothérapeute comme soin psychique favorisant l'empowerment. Malgré cela, nous avons vu que d'autres recherches et approfondissements seraient à mener, notamment pour déterminer la place d'une thérapie artistique au milieu des autres interventions préconisées dans le cadre de la psychiatrie, ainsi que pour prouver et asseoir les compétences de l'ergothérapeute en termes de médiations artistiques et plus généralement auprès d'un patient accompagné en santé mentale.

La réalisation de ce mémoire ainsi que toutes les interrogations qu'il a suscité m'ont premièrement permis de me familiariser avec le trouble de la personnalité Borderline, ses caractéristiques et ses répercussions. J'ai donc compris la place importante qu'occupe un ergothérapeute aux côtés des autres professionnels afin d'agir sur les conséquences fonctionnelles et occupationnelles de ce trouble dans le but d'assurer une qualité de vie des plus satisfaisantes pour les patients. Ce projet m'a également permis de comprendre les intérêts et bénéfices des médiations thérapeutiques et artistiques, ainsi que les différents objectifs qu'un ergothérapeute peut y associer dans le cadre de la santé mentale. En tant que future ergothérapeute, les médiations artistiques pourraient donc être un des moyens à mettre en place dans un objectif de développement des habiletés sociales.

Références bibliographiques

- ANFE. (s. d.). Qu'est ce que l'ergothérapie. *ANFE*.
https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- ANFE. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies : Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398(10310), 1528-1540.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation : Définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Bourgeois, D. (2019). Chapitre 11. Stratégies thérapeutiques et tactiques d'approche des états-limites. In *Comprendre et soigner les états-limites: Vol. 3e éd.* (p. 219-281). Dunod.
- Boyer-Labrousche, A. (2021). Leçon 2. Qu'est-ce que l'art-thérapie ? In *Pratiquer l'art-thérapie* (p. 40-65). Dunod. <https://www.cairn.info/pratiquer-l-art-therapie--9782100810420-p-40.htm>
- Bozzatello, P., Rocca, P., De Rosa, M. L., & Bellino, S. (2020). Current and emerging medications for borderline personality disorder : Is pharmacotherapy alone enough?

Expert Opinion on Pharmacotherapy, 21(1), 47-61.

<https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1686482>

Brun, A. (s. d.). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. <https://www-cairn-info.ezproxy.unilim.fr/mediations-therapeutiques-et-psychose-infantile--9782100793150.htm>

Cancrini, L. (2009). Chapitre 1. Le trouble borderline : Structure ou fonctionnement. In *L'océan borderline* (p. 25-82). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/l-ocean-borderline--9782804107949-p-25.htm>

Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (2019). Chapitre 1. Les éléments de la psychothérapie. In *Les bases de la psychothérapie: Vol. 3e éd.* (p. 7-36). Dunod. <https://www.cairn.info/les-bases-de-la-psychotherapie--9782100793501-p-7.htm>

Chilvers, S., Chesterman, N., & Lim, A. (2021). 'Life is easier now' : Lived experience research into mentalization-based art psychotherapy. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 26(1-2), 17-28. Scopus. <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1889008>

Chouvier, B. (2010). La médiation dans le champ psychopathologique. *Le Carnet PSY*, 141(1), 32-35. <https://doi.org/10.3917/lcp.141.0032>

Colignon, M. (2015). Art-thérapie, médiations artistiques : Quelles différences pour quels enjeux ? *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 72(4), 295-315. <https://doi.org/10.3917/nras.072.0295>

Cuny, F. (2012). Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(7), 482-484. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.06.017>

De Oliveira, C., Rahioui, H., Smadja, M., Gorsane, M. A., & Louppe, F. (2017). Thérapie basée sur la mentalisation et le trouble de personnalité limite. *L'Encéphale*, 43(4), 340-345. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.020>

- de Perrot, É. (2004). 19. Réflexions sur quelques thérapies adjuvantes : Ergothérapie – sociothérapie – physiothérapie. In *Psychiatrie et psychothérapie* (p. 259-268). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychotherapie--9782804146726-p-259.htm>
- Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale. *Sciences & Actions Sociales*, 1(1), 15-30. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0015>
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Elksnin, L., & Elksnin, N. (1998). Teaching Social Skills to Students with Learning and Behavior Problems. *Intervention in School and Clinic - INTERVENTION SCHOOL CLINIC*, 33, 131-140. <https://doi.org/10.1177/105345129803300301>
- Eren, N., Öğünç, N. E., Keser, V., Bıkmaz, S., Şahin, D., & Saydam, B. (2014). Psychosocial, symptomatic and diagnostic changes with long-term psychodynamic art psychotherapy for personality disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41(4), 375-385. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.06.004>
- Ergopsy. (2015). *Activités ou médiations ?* Ergopsy. <http://ergopsy.com/activites-ou-mediations-a772.html>
- Estellon, V. (2019a). *Chapitre IV. Les mécanismes de défense: Vol. 5e éd.* (p. 54-62). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-etats-limites--9782715401235-p-54.htm>
- Estellon, V. (2019b). *Chapitre VIII. Difficultés cliniques et engendrement du dispositif thérapeutique : La technique de soin en question: Vol. 5e éd.* (p. 105-120). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-etats-limites--9782715401235-p-105.htm>
- Fallourd, N., & Madieu, E. (2021). Chapitre 1. Entraîner les habiletés sociales. En 12 questions-réponses. In *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales:*

Vol. 2e éd. (p. 16-41). Dunod. <https://www.cairn.info/animer-des-groupes-d-entrainement-aux-habiletés-so--9782100797493-p-16.htm>

Fed-Eur-3Psy. (s. d.). *Fed-Eur-3Psy—Fédération Européenne des Psychothérapeutes*. Fed-Eur-3Psy. Consulté 20 février 2023, à l'adresse <https://www.fed-eur-3psy.fr/>

Franks, M., & Whitaker, R. (2007). The image, mentalisation and group art psychotherapy. *International Journal of Art Therapy*, 12(1), 3-16.
<https://doi.org/10.1080/17454830701265188>

Gartlehner, G., Crotty, K., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Fortman, R., Wines, R., Persad, E., & Viswanathan, M. (2021). Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder : A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*, 35(10), 1053-1067. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00855-4>

Gauthier, M. (2002). Objet transformateur : Objet transitionnel et transformationnel. *Revue française de psychanalyse*, 66(5), 1683-1686. <https://doi.org/10.3917/rfp.665.1683>

Guelfi, J.-D., Robin, M., & Lamas, C. (2011). États limites et personnalité borderline. *EMC - Psychiatrie*, 8, 1-14. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(11\)53355-3](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(11)53355-3)

Hackett, S., Zubala, A., Aafjes-van Doorn, K., Chadwick, T., Harrison, T., Bourne, J., Freeston, M., Jahoda, A., Taylor, J., Ariti, C., McNamara, R., Pennington, L., McColl, E., & Kaner, E. (2020). A randomised controlled feasibility study of interpersonal art psychotherapy for the treatment of aggression in people with intellectual disabilities in secure care. 6(1). <https://doi-org.ezproxy.unilim.fr/10.1186/s40814-020-00703-0>

Haeyen, S., Chakhssi, F., & Van Hooren, S. (2020). Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders : A Quantitative Survey. *Frontiers in Psychology*, 11, 686. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00686>

Haeyen, S., van Hooren, S., & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C : A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.04.005>

- Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W., & Hutschemaekers, G. (2018a). Efficacy of Art Therapy in Individuals With Personality Disorders Cluster B/C : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Personality Disorders*, 32(4), 527-542.
https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_312
- Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W. M., & Hutschemaekers, G. (2018b). Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders : A quantitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 58, 11-16.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.009>
- Hamburger, J. (1981). *Traité de la Médecine* (Flammarion).
- Haute Autorité de Santé. (2006, mai 31). *Prise en charge de la psychopathie*. Haute Autorité de Santé. https://has-sante.fr/jcms/c_272478/en/prise-en-charge-de-la-psychopathie
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie* (2^e éd.). De Boeck Supérieur.
- Jensen, A., & Bonde, L. O. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspectives in Public Health*, 138, 175791391877260.
<https://doi.org/10.1177/1757913918772602>
- Jewell, M., Bailey, R. C., Curran, R. L., & Grenyer, B. F. S. (2022). Evaluation of a skills-based peer-led art therapy online-group for people with emotion dysregulation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 33.
<https://doi.org/10.1186/s40479-022-00203-y>
- Jomphe, J. (2013). La thérapie comportementale dialectique : Recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 83-109.
<https://doi.org/10.7202/1023991ar>
- Jouet, E. (2016). Promouvoir l'empowerment en santé mentale. *Santé mentale*, 212.

- Koch, N. (2009). L'approche psychodynamique est-elle utile pour le Suivi Intensif dans le Milieu ? *Psychothérapies*, 29(3), 157-166. <https://doi.org/10.3917/psys.093.0157>
- Lateyron, J., & Mathur, A. (2016). *Le trouble de la personnalité Borderline. Qu'est-ce que c'est ? Comment se soigner ?* CHU de Toulouse - Pôle psychiatrie. https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/doc_trouble_de_la_personnalite_borderline-pp.pdf
- Launois, M. (2015). *Activités ou médiations ?* Ergopsy. <http://www.ergopsy.com/activites-ou-mediations-a772.html>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Lipe, A. W., Ward, K. C., Watson, A. T., Manley, K., Keen, R., Kelly, J., & Clemmer, J. (2012). The effects of an arts intervention program in a community mental health setting : A collaborative approach. *The Arts in Psychotherapy*, 39(1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.11.002>
- Liratni, M., & Blanchet, C. (2019). Un peu de théorie. In *Enseigner les habiletés sociales aux enfants avec autisme* (p. 22-34). Dunod. <https://www.cairn.info/enseigner-les-habiletés-sociales-aux-enfants--9782100794966-p-22.htm>
- Luca, M. de, & Estellon, V. (2015). Chapitre 5. Approche thérapeutique. *Cursus*, 145-185.
- Margrove, K. L., SE-SURG (South Essex Service User Research Group), Heydinrych, K., & Secker, J. (2013). Waiting list-controlled evaluation of a participatory arts course for people experiencing mental health problems. *Perspectives in Public Health*, 133(1), 28-35. <https://doi.org/10.1177/1757913912461587>
- May, J. M., Richardi, T. M., & Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *The Mental Health Clinician*, 6(2), 62-67. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62>

- Michelson, L., Mannarino, A. P., Marchione, K. E., Stern, M., Figueroa, J., & Beck, S. (1983). A comparative outcome study of behavioral social-skills training, interpersonal-problem-solving and non-directive control treatments with child psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 21(5), 545-556.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90046-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90046-3)
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (De Boeck Supérieur). De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C., Destailats, J.-M., & Platz, F. (2012). Chapitre 4. Les fondements conceptuels en ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 109-125). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0109>
- Morgan, L., Knight, C., Bagwash, J., & Thompson, F. (2012). Borderline personality disorder and the role of art therapy : A discussion of its utility from the perspective of those with a lived experience. *International Journal of Art Therapy*, 17(3), 91-97.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2012.734836>
- Ordre des psychologues du Québec. (2022). *Qu'est-ce que la psychothérapie ?* Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/qu-est-ce-qu-un-psychotherapeute->
- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3). <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Potash, J. S., Ho, R. T. H., Chick, J. K. Y., & Au Yeung, F. S. W. (2013). Viewing and engaging in an art therapy exhibit by people living with mental illness : Implications for empathy and social change. *Public Health*, 127(8), 735-744.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.05.004>

- Prada, P., Badoud, D., Nicastro, R., Dieben, K., Rüfenacht, E., Dayer, A., Perroud, N., & Debbané, M. (2019). Mentalization based treatment (MBT) for borderline personality disorder among a population of French-speaking patients. *L'Encephale*, *45*(2), 133-138. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.04.003>
- Prada, P., Guenot, F., Charbon, P., Kolly, S., & Perroud, N. (2015, septembre 16). *Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline*. *Revue Medicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-486/therapies-actuelles-du-trouble-de-personnalite-borderline>
- Quélin-Souligoux, D. (2003). De l'objet à la médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, *41*(2), 29-39. <https://doi.org/10.3917/rppg.041.0029>
- Rey, A. (2010). *Le Dictionnaire Historique de la langue française* (Le Robert).
- Rumrill, P. D., Fitzgerald, S. M., & Merchant, W. R. (2010). Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work (Reading, Mass.)*, *35*(3), 399-404. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-0998>
- Springham, N., Findlay, D., Woods, A., & Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International Journal of Art Therapy: Inscape*, *17*, 115-129. <https://doi.org/10.1080/17454832.2012.734835>
- Tétreault, S., & Blais-Michaud, S. (2014). Étude de la portée (scoping review). In *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 151-160). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0151>
- Thiriez, I. (2016). *Borderline. Le guide*. <https://igorthiriez.files.wordpress.com/2016/12/borderline-le-guide-1-4.pdf>
- Tong, J., Yu, W., Fan, X., Sun, X., Zhang, J., Zhang, J., & Zhang, T. (2021). Impact of Group Art Therapy Using Traditional Chinese Materials on Self-Efficacy and Social Function for Individuals Diagnosed With Schizophrenia. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.571124>

- Viau, P. (2021). *Complexité de la symptomatologie borderline : Les liens entre les facteurs de risque intrapersonnels et interpersonnels* [Essai doctoral, Université du Québec en Outaouais]. https://di.uqo.ca/id/eprint/1312/1/Viau_Pascale_2021_essai_doctoral.pdf
- Wang, S., Mak, H. W., & Fancourt, D. (2020). Arts, mental distress, mental health functioning & life satisfaction : Fixed-effects analyses of a nationally-representative panel study. *BMC Public Health*, 20(1), 208. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8109-y>

Annexes

Annexe I. Les 10 signes évocateurs du trouble de la personnalité Borderline selon Jean Bergeret (1975).....	49
Annexe II. Tableau des habiletés sociales (selon Elksnin & Elksnin)	50
Annexe III. Echelle PEDro.....	51

Annexe I. Les 10 signes évocateurs du trouble de la personnalité Borderline selon Jean Bergeret (1975)

Sujet « porc-épic »	Rapprochement corporel invasif, le sujet souhaite ce rapprochement mais en a peur, il se sent en danger
Dépression « anaclitique »	Alternance entre besoin de dépendance et angoisse d'abandon envers un même objet externe, liée à la certitude d'être mauvais ou non complet à l'intérieur
Sentiment de solitude, d'abandon	Sentiment de vide, d'inutilité, d'insatisfaction. Appartenance à des groupes pour compenser une identité propre vide
Angoisse spécifique	Angoisse diffuse, pas de possibilité de la contrôler. La seule possibilité de s'échapper est le suicide.
Effet de transparence	Le sujet est dans l'agir, pas de censure, pas de gestion de la frustration. Il a « égaré le sens critique »
Régime oscillatoire	« Une sorte de flux et de reflux » ou de « double réalité » permettant de gérer les angoisses de perte et/ou d'intrusion, le sujet peut montrer deux visages
Asynclitisme	Pluralité de signes contradictoires impossibles à hiérarchiser
Bouffées délirantes, épisodes de dépersonnalisation	Souvent responsables des hospitalisations, décompensation dans un état psychotique quand les symptômes sont trop forts
Passage à l'acte	Moyen d'évacuer une angoisse trop forte, moyen de se protéger en nécessitant une hospitalisation ou un enfermement
Inanalysabilité	Nécessité d'adapter l'approche et la manière de travailler avec le sujet présentant un trouble de la personnalité Borderline

Annexe II. Tableau des habiletés sociales (selon Elksnin & Elksnin)

Type	Description	Exemples
Habiletés intrapersonnelles	Connaissance et maîtrise de soi. Habiletés permettant d'identifier et comprendre les émotions chez soi et chez les autres, de les exprimer et de les réguler. Elles aident à évaluer une situation sociale et à ajuster son comportement à différents contextes.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les sentiments et émotions • Identifier ses perceptions et les exprimer adéquatement • Gérer le stress, l'anxiété, la colère • Contrôler son impulsivité
Habiletés interpersonnelles	Capacités permettant de créer et entretenir des liens sociaux. Elles aident à se socialiser, se faire des amis, s'épanouir avec autrui afin de s'insérer dans un groupe, de nouer des relations amicales/amoureuses...	<ul style="list-style-type: none"> • Se présenter • Offrir de l'aide • Donner et recevoir des valorisations (politesse, compliments, cadeaux...) • S'excuser • Régler pacifiquement un conflit
Habiletés de communication	« Art de la conversation » expressive ou réceptive. Ces habiletés permettent d'initier, de maintenir et de terminer une conversation. Capacités d'écoute active, d'ajustement de la posture. Aident à la compréhension du discours verbal et non verbal d'un pair ou d'un groupe de pairs, et des intentions d'autrui.	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre à l'auditeur • Cohérence du discours • Respect du temps et du tour de parole • Maintenir l'attention dans une conversation • Donner un feedback à l'interlocuteur • Ecouter et poser des questions
Habiletés d'affirmation	Habiletés permettant d'agir selon ses propres envies et intérêts tout en respectant ceux des autres. Aident à formuler nos demandes, besoins et pensées de manière compréhensible, et à faire respecter nos droits sans porter atteinte à ceux des autres.	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer clairement ses besoins et sentiments • Donner ses limites • Raconter quelque chose à quelqu'un de manière compréhensible et synthétique • Refuser l'influence négative de certains pairs
Habiletés d'adaptation collective	Connaissance et respect des règles de vie en société. Gestion des interactions et du travail au sein d'un groupe. Elles déterminent la position des individus au cours des relations groupales, et permettent la mise en place d'une dynamique de groupe positive et efficace. Habiletés valorisées par les autres, associées à l'acceptation par les pairs.	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler en coopération avec les autres • Demander, recevoir et donner des informations • Connaissance et respect des codes de politesse et des conventions sociales • Reconnaître les besoins des autres • Plaisir et aisance à s'engager dans un travail de groupe

Annexe III. Echelle PEDro

Échelle PEDro – Français

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:

L'échelle PEDro est basée sur la liste Delphi développée par Verhagen et ses collègues au département d'épidémiologie de l'Université de Maastricht (*Verhagen AP et al (1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. Journal of Clinical Epidemiology, 51(12):1235-41*). Cette liste est basée sur un "consensus d'experts" et non, pour la majeure partie, sur des données empiriques. Deux items supplémentaires à la liste Delphi (critères 8 et 10 de l'échelle PEDro) ont été inclus dans l'échelle PEDro. Si plus de données empiriques apparaissent, il deviendra éventuellement possible de pondérer certains critères de manière à ce que le score de PEDro reflète l'importance de chacun des items.

L'objectif de l'échelle PEDro est d'aider l'utilisateur de la base de données PEDro à rapidement identifier quels sont les essais cliniques réellement ou potentiellement randomisés indexés dans PEDro (c'est-à-dire les essais contrôlés randomisés et les essais cliniques contrôlés, sans précision) qui sont susceptibles d'avoir une bonne validité interne (critères 2 à 9), et peuvent avoir suffisamment d'informations statistiques pour rendre leurs résultats interprétables (critères 10 à 11). Un critère supplémentaire (critère 1) qui est relatif à la validité "externe" (c'est "la généralisabilité" de l'essai ou son "applicabilité") a été retenu dans l'échelle PEDro pour prendre en compte toute la liste Delphi, mais ce critère n'est pas comptabilisé pour calculer le score PEDro cité sur le site Internet de PEDro.

L'échelle PEDro ne doit pas être utilisée pour mesurer la "validité" des conclusions d'une étude. En particulier, nous mettons en garde les utilisateurs de l'échelle PEDro sur le fait que les études qui montrent des effets significatifs du traitement et qui ont un score élevé sur l'échelle PEDro, ne signifie pas nécessairement que le traitement est cliniquement utile. Il faut considérer aussi si la taille de l'effet du traitement est suffisamment grande pour que cela vaille la peine cliniquement d'appliquer le traitement. De même, il faut évaluer si le rapport entre les effets positifs du traitement et ses effets négatifs est favorable. Enfin, la dimension coût/efficacité du traitement est à prendre compte pour effectuer un choix. L'échelle ne devrait pas être utilisée pour comparer la "qualité" des essais réalisés dans différents domaines de la physiothérapie, essentiellement parce qu'il n'est pas possible de satisfaire à tous les items de cette échelle dans certains domaines de la pratique kinésithérapique.

Dernière modification le 21 juin 1999. Traduction française le 1 juillet 2010

Précisions pour l'utilisation de l'échelle PEDro:

- Tous les critères **Les points sont attribués uniquement si le critère est clairement respecté.** Si, lors de la lecture de l'étude, on ne retrouve pas le critère explicitement rédigé, le point ne doit pas être attribué à ce critère.
- Critère 1 Ce critère est respecté si l'article décrit la source de recrutement des sujets et une liste de critères utilisée pour déterminer qui était éligible pour participer à l'étude.
- Critère 2 Une étude est considérée avoir utilisé une *répartition aléatoire* si l'article mentionne que la répartition entre les groupes a été faite au hasard. La méthode précise de répartition aléatoire n'a pas lieu d'être détaillée. Des procédures comme pile ou face ou le lancé de dés sont considérées comme des méthodes de répartition aléatoire. Les procédures quasi-aléatoires, telles que la répartition selon le numéro de dossier hospitalier ou la date de naissance, ou le fait de répartir alternativement les sujets dans les groupes, ne remplissent pas le critère.
- Critère 3 Une *assignation secrète* signifie que la personne qui a déterminé si un sujet répondait aux critères d'inclusion de l'étude ne devait pas, lorsque cette décision a été prise, savoir dans quel groupe le sujet serait admis. Un point est attribué pour ce critère, même s'il n'est pas précisé que l'assignation est secrète, lorsque l'article mentionne que la répartition a été réalisée par enveloppes opaques cachetées ou que la répartition a été réalisée par table de tirage au sort en contactant une personne à distance.
- Critère 4 Au minimum, lors d'études concernant des interventions thérapeutiques, l'article doit décrire au moins une mesure de la gravité de l'affection traitée et au moins une mesure (différente) sur l'un des critères de jugement essentiels en début d'étude. L'évaluateur de l'article doit s'assurer que les résultats des groupes n'ont pas de raison de différer de manière cliniquement significative du seul fait des différences observées au début de l'étude sur les variables pronostiques. Ce critère est respecté, même si les données au début de l'étude ne sont présentées que pour les sujets qui ont terminé l'étude.
- Critères 4, 7-11 Les *critères de jugement* essentiels sont ceux dont les résultats fournissent la principale mesure de l'efficacité (ou du manque d'efficacité) du traitement. Dans la plupart des études, plus d'une variable est utilisée pour mesurer les résultats.
- Critères 5-7 Être "*en aveugle*" signifie que la personne en question (sujet, thérapeute ou évaluateur) ne savait pas dans quel groupe le sujet avait été réparti. De plus, les sujets et les thérapeutes sont considérés être "en aveugle" uniquement s'il peut être attendu qu'ils ne sont pas à même de faire la distinction entre les traitements appliqués aux différents groupes. Dans les essais dans lesquels les critères de jugement essentiels sont autoévalués par le sujet (ex. échelle visuelle analogique, recueil journalier de la douleur), l'évaluateur est considéré être "en aveugle" si le sujet l'est aussi.
- Critère 8 Ce critère est respecté uniquement si l'article mentionne explicitement *à la fois* le nombre de sujets initialement répartis dans les groupes *et* le nombre de sujets auprès de qui les mesures ont été obtenues pour les critères de jugement essentiels. Pour les essais dans lesquels les résultats sont mesurés à plusieurs reprises dans le temps, un critère de jugement essentiel doit avoir été mesuré pour plus de 85% des sujets à l'une de ces reprises.
- Critère 9 Une *analyse en intention* de traiter signifie que, lorsque les sujets n'ont pas reçu le traitement (ou n'ont pas suivi l'intervention contrôle) qui leur avait été attribué, et lorsque leurs résultats sont disponibles, l'analyse est effectuée comme si les sujets avaient reçu le traitement (ou avaient suivi l'intervention contrôle) comme attribué. Ce critère est respecté, même sans mention d'une analyse en intention de traiter si l'article mentionne explicitement que tous les sujets ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle comme attribué.
- Critère 10 Une comparaison statistique *intergroupe* implique une comparaison statistique d'un groupe par rapport à un autre. Selon le plan expérimental de l'étude, cela peut impliquer la comparaison de deux traitements ou plus, ou la comparaison d'un traitement avec une intervention contrôle. L'analyse peut être une simple comparaison des résultats mesurés après administration des traitements, ou une comparaison du changement dans un groupe au changement dans un autre (quand une analyse factorielle de variance a été utilisée pour analyser les données, ceci est souvent indiqué sous la forme d'une interaction groupe x temps). La comparaison peut prendre la forme d'un test sous hypothèses (qui produit une valeur "p", décrivant la probabilité que les groupes diffèrent uniquement du fait du hasard) ou prendre la forme d'une estimation (par exemple: différence de moyennes ou de médianes, différence entre proportions, nombre nécessaire de sujets à traiter, risque relatif ou rapport de risque instantané dit "hazard ratio") et de son intervalle de confiance.
- Critère 11 Une *estimation de l'effet* est une mesure de la taille de l'effet du traitement. L'effet du traitement peut être décrit soit par une différence entre les groupes, soit par le résultat au sein (de chacun) de tous les groupes. Les *estimations de la variabilité* incluent les écarts-types, les erreurs standards, les intervalles de confiance, les intervalles interquartiles (ou autres quantiles) et les étendues. Les estimations de l'effet et/ou de la variabilité peuvent être fournies sous forme graphique (par exemple, les écarts-types peuvent être représentés sous forme de barres d'erreurs dans une figure) à la condition expresse que le graphique soit clairement légendé (par exemple, qu'il soit explicite que ces barres d'erreurs représentent des écarts-type ou des erreurs-standard). S'il s'agit de résultats classés par catégories, ce critère est considéré respecté si le nombre de sujets de chaque catégorie est précisé pour chacun des groupes.

Trouble de la personnalité Borderline et fonctionnement social : l'utilisation des médiations artistiques pour le développement des habiletés sociales

Contexte : De par son fonctionnement spécifique, ses importantes répercussions fonctionnelles ainsi que ses nombreuses comorbidités, le trouble de la personnalité Borderline nécessite un accompagnement complet et pluriprofessionnel dont un des axes d'intervention est l'amélioration du fonctionnement social des patients. Parmi les diverses thérapies pouvant être préconisées, la médiation artistique permet d'agir sur les compétences et interactions sociales des participants. Ce mémoire a donc pour objectif de déterminer comment les ateliers thérapeutiques artistiques peuvent améliorer ce fonctionnement social à travers la sollicitation des habiletés sociales. **Méthode** : Pour répondre à cette problématique, une Scoping Review a été réalisée. Les articles sélectionnés sur différentes bases de données ont permis de déterminer les habiletés sociales sollicitées par les patients atteints du trouble de la personnalité Borderline au cours d'un programme de thérapie par l'art. **Résultats** : Au total, les 8 articles sélectionnés ont mis en évidence les différentes habiletés sociales sollicitées au travers de l'art, de la création mais aussi l'étayage groupal des ateliers. Une meilleure compréhension, expression et affirmation de soi, ainsi qu'une prise en compte de l'identité et des intérêts des autres ont été observés, favorisant une amélioration du fonctionnement social des participants. **Conclusion** : De par la participation à un programme de thérapie artistique, les participants ont pu solliciter et développer leurs habiletés sociales. Finalement, une amélioration des capacités mais aussi de l'intérêt des participants à créer et maintenir les liens sociaux a été observée.

Mots-clés : Trouble de la personnalité Borderline, médiation artistique, thérapie par l'art, habiletés sociales

Borderline personality disorder and social functioning : the use of artistic therapies for the development of social skills

Context : Because of its specific functioning, the important functional repercussions and the lot of comorbidities, Borderline personality disorder requires a complete and pluriprofessional support. One of the axes of intervention is the improvement of social functioning of patients. Among the various therapies that can be recommended, artistic therapies allows to act on the participants' social skills and interactions. So, the aim of this study is to determine how therapeutic artwork can improve this social functioning through the sollicitation of social skills. **Methodology** : To answer this issue, a Scoping Review was conducted. Articles selected from different databases were used to determine social skills used by patients with Borderline personality disorder during an artistic therapy program. **Outcomes** : In total, the 8 selected articles highlighted the different social skills solicited through art and creation, but also the group support. A better understanding, expression and assertion of oneself, as well as an awareness of the identity and interests of others were observed. That's favouring an improvement in the social functioning of participants. **Conclusion** : Through participation in an therapeutic artwork program, participants were able to solicit and develop their social skills. Finally, an improvement in their abilities and interest in creating and maintaining social ties was observed.

Keywords : Borderline personality disorder, artistic therapies, therapeutic artwork, social skills

