

UNIVERSITÉ DE POITIERS
Faculté de Médecine & de Pharmacie
6, Rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9- FRANCE

**AFFAIBLIR L'INQUIÉTUDE POUR RENFORCER LA
QUIÉTUDE PAR LES ARTS PLASTIQUES : UNE ART-
THÉRAPIE DANS UN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL
POUR FEMMES**

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

Présenté par Céline GARCIA

Année : 2022 / 2023

Sous la direction de :
Christelle Charbonneau
Art-thérapeute

Référent Universitaire :
Jean-Jacques Giraud
Responsable pédagogique

Lieu de stage :
C.H.R.S. Jane Pannier
1 rue Frédérique Chevillon
13001 Marseille

PLAN

Plan.....	p.1
Remerciements.....	p.3
Préambule.....	p.4
<u>I / L'art-thérapie participe au bien-être des femmes malades bénéficiant d'un dispositif adapté en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Social.</u>	p. 6
1) Description des pathologies envisagées.....	p. 6
a) <u>Schizophrénie</u>	p. 6
b) <u>Bipolarité</u>	p. 7
c) <u>Les troubles anxieux</u>	p. 8
2) Nature et caractéristiques des techniques artistiques choisies.....	p. 9
a) <u>Arts plastiques</u>	p. 9
b) <u>Peinture</u>	p. 9
c) <u>Sculpture</u>	p. 10
3) Impact de l'art-thérapie appliquée à ce cadre.....	p. 10
a) <u>Auprès d'une population schizophrène</u>	p. 11
b) <u>Auprès de l'objectif diminution de l'anxiété</u>	p. 11
c) <u>Auprès de l'objectif restauration de l'estime de soi</u>	p. 12
<u>II / Matériel et méthodes</u>	p.13
1) Matériel.....	p. 13
a) <u>Lieu d'accueil et public</u>	p. 13
b) <u>Stratégies thérapeutiques</u>	p. 14
c) <u>Objectifs des prises en charges</u>	p. 15
2) Méthodes.....	p. 16
a) <u>Grilles d'observation</u>	p. 16
b) <u>Évaluations</u>	p. 16
c) <u>Retombées attendues</u>	p. 17
3) Études de cas.....	p. 17
a) <u>Patientes & anamnèses</u>	p. 17
b) <u>Échelles scientifiques</u>	p. 20

c) <u>Séances d'art-thérapie</u>	p. 21
<u>III / Résultats et analyses de l'expérience art-thérapeutique</u>	p. 23
1) Bilan cas Lily	p. 23
a) <u>Items significatifs</u>	p. 23
b) <u>Grille d'observation des séances</u>	p. 25
c) <u>Bilan – Auto-évaluation</u>	p. 26
2) Bilan cas Iris	p. 27
a) <u>Items significatifs</u>	p. 27
b) <u>Grille d'observation des séances</u>	p. 28
c) <u>Bilan – Auto-évaluation</u>	p. 29
3) Conclusions générales	p. 30
<u>IV / Discussion</u>	p. 32
1) Limites de l'étude	p. 32
a) <u>Liées au contexte</u>	p. 32
b) <u>Liées à la pathologie</u>	p. 32
c) <u>Liées au cadre conceptuel de l'art-thérapie</u>	p. 33
2) La posture de l'art-thérapeute	p. 34
a) <u>Auteur – observateur</u>	p. 34
b) <u>Accompagner / orienter</u>	p. 34
c) <u>Légitimité du soin</u>	p. 35
3) Réflexions émergentes	p. 36
a) <u>La notion de plaisir</u>	p. 36
b) <u>Le couple anxiété - estime de soi</u>	p. 36
c) <u>Le non verbal comme expression verbalisée</u>	p. 37
<u>Conclusion</u>	p. 38
Bibliographie	p. 39
Glossaire	p. 41
Annexes	p. 43
<u>Annexe 1 : L'échelle d'Hamilton d'évaluation d'anxiété</u>	p. 43
<u>Annexe 2 : L'échelle d'estime de soi de Rosenberg</u>	p. 47
<u>Annexe 3 : L'échelle de Young</u>	p. 48

REMERCIEMENTS

L'équipe Jane Pannier (Christophe, Cyrille, Arssami, Caroline, Giovanna, Emilie, Fatima...) pour leur accueil et gentillesse,

Aux patientes pour leur confiance, leurs intérêts envers l'art-thérapie, et les moments partagés

Christelle Charbonneau pour sa guidance et sa disponibilité

Enseignants et intervenants du DU Art-thérapie pour la qualité de leurs transmissions

Ruy Diego, Emilie, Hildegard, Sophie, un soutien infailible

Luigi et Neo, un amour moteur

...

! Un merci du fond du cœur !

PRÉAMBULE

A l'heure du choix des études universitaires mon cœur balance : l'art ou la psychologie ? Finalement mes aspirations artistiques l'emporteront, je choisis les arts plastiques et sciences de l'art. Lors du cursus, un module intitulé Art-thérapie est enseigné, impossible de ne pas être intriguée. Je découvre alors qu'il existe une profession qui réunit mes deux domaines d'intérêts favoris, l'humain et la création artistique, et en plus dans une visée thérapeutique : une petite graine vient d'être déposée dans mon esprit. Un master plus tard, je succombe à ma soif d'aventures et m'épanouis à travers de longs voyages à l'étranger. La création est une de mes fidèles compagnes de route et je réalise à quel point elle est un terrain d'échanges privilégié. Mon amour pour la vie est multiplié. Au fil de ce temps, la graine art-thérapie a germé, grandi, et aujourd'hui fleurit. La formation au métier d'art-thérapeute était une évidence, mon évidence.

Les champs d'action de l'art-thérapie sont larges et mon attention se porte sur sa présence dans le milieu social et particulièrement en réponse à l'exclusion. Dans la marge (et au sein même de notre société) nombre d'humains sont sujets à des difficultés financières, matérielles, psychologiques ou autres, et si celles-ci s'inscrivent dans la durée, les conséquences sur la santé mentale sont naturellement négatives. L'art est un formidable espace intermédiaire qui peut rétablir le lien entre monde extérieur et monde intérieur. Comment ne pas utiliser cet outil exécutoire pour exprimer, réconcilier, unir et ainsi induire des nouveaux comportements ?

Ce mémoire relate mon expérience d'art-thérapeute stagiaire auprès de femmes malades hébergées dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale qui bénéficie d'un dispositif appelé Lits Halte Soins Santé (LHSS*) à Marseille. Ces services offrent un hébergement, une coordination médicale (médecin, infirmier, psychologue), un accompagnement socio-éducatif ainsi qu'un accès à des prestations d'animation. Notre prise en charge concerne une patiente atteinte de schizophrénie et une de bipolarité. Malgré les

divergences des profils et parcours rencontrés, un point commun émerge : l'anxiété. Cette expérience d'une durée de 3 mois soulève des questionnements professionnels, personnels et conceptuels, et éclaire la capacité de l'art-thérapie à diminuer l'anxiété. L'expérience démontre que cette anxiété est en partie corrélée à une faible estime de soi. En mobilisant des ressources personnelles, un ancrage au présent, un lâcher prise, l'art-thérapie est un chemin vers le mieux-être. Seulement, cette amélioration devient concrète si une pratique régulière et un investissement personnel sont menés à bien. Mais jusqu'où le bien-être peut-il être une priorité dans la vie de ses femmes marquées d'incertitudes, de précarité et de troubles quotidiens liés à une pathologie ?

I / L'art-thérapie participe au bien-être des femmes malades bénéficiant d'un dispositif adapté en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Social

1) Description des pathologies envisagées

L'association Maison De La Jeune Fille – Jane Pannier, qui nous accueille en tant qu'art-thérapeute stagiaire, déploie un dispositif dénommé LHSS* (Lits Halte Soins Santé) qui s'adresse à toute femme âgée de plus de 18 ans ne disposant pas de domicile fixe et malade ; quelle que soit leur pathologie (psychiatrique, somatique ou pharmacodépendante). Les pathologies rencontrées sont ainsi plurielles et nous définirons celles concernées par nos études de cas.

a) Schizophrénie

La schizophrénie (du grec *skhizein* fendre et *phren* esprit) est une pathologie psychotique assimilée aux troubles de la personnalité. La signature psychologique de l'individu atteint de schizophrénie est fragmentée. Souvent déclarée entre les 15 - 35 ans, elle touche 0,7% de la population mondiale. Son origine est en partie génétique et dépend de l'interaction de ce patrimoine avec des facteurs extérieurs. Les formes cliniques sont très variées et sont classées ainsi :

Symptômes positifs	Hallucinations psychosensorielles, délires*
Symptômes négatifs	Diminution ou perte des fonctions et de l'humeur normale
Symptômes désorganisés	Trouble de la pensée, comportement déviant (bizarrerie)
Symptômes cognitifs	Déficits de la mémoire, traitement de l'information et résolution de problème

Les plus fréquents sont ceux dits positifs.

Le diagnostic est clinique. Le DSM* V (manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux) stipule que si 2 symptômes caractéristiques (délire*, hallucinations, parole désorganisée, comportements désorganisés, symptômes négatifs) se manifestent pendant une partie significative d'une période de 6 mois (les symptômes doivent comporter au moins un

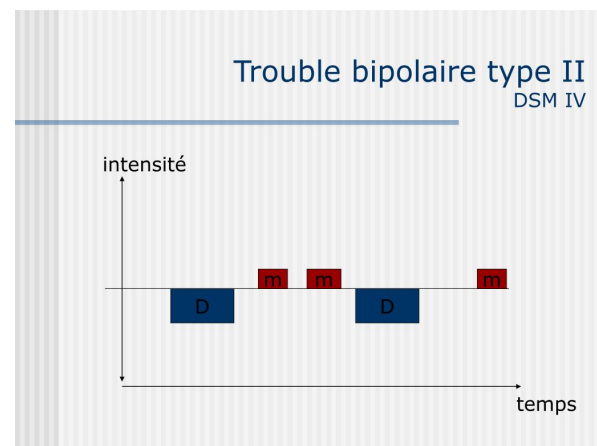
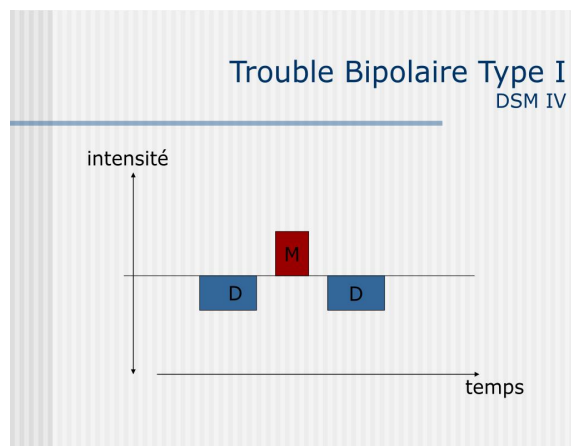
des 3 premiers), le diagnostic est positif. Les comorbidités associées sont des troubles de l'humeur (dépression) et des conduites en proie à l'addiction (tabac, cannabis, alcool). La prise en charge est bio – psycho – sociale. Des traitements pharmacologiques comme des antipsychotiques réduisent considérablement les symptômes de la maladie. Il s'agit d'une maladie curable.

b) Bipolarité

La bipolarité est un trouble de l'humeur caractérisé par une fluctuation atypique entre phase maniaque et phase dépressive. L'humeur est perpétuellement soumise à un état extrême. La bipolarité compte parmi les troubles psychiatriques les plus fréquents. Elle touche 1 à 2% de la population française. Les troubles sont catégorisés ainsi :

Type 1	Épisode maniaque avec ou sans épisode dépressif majeur
Type 2	Au moins un épisode hypomaniaque et des épisodes dépressifs majeurs
Type 3	Induit par un traitement

Deux graphiques illustrent ces variations :



La durée et l'intensité de ces cycles est variable selon l'individu, et les épisodes peuvent durer de quelques semaines à plusieurs mois.

L'épisode maniaque se caractérise par une énergie positive débordante, pouvant amener le sujet à ne plus dormir, s'investir de manière impulsive et excessive dans des activités extravagantes, synonyme d'une hyperactivité mentale. L'hypomanie est une phase

moins sévère que l'épisode maniaque. L'excitation et l'irritabilité ressentis n'altèrent pas profondément le fonctionnement du sujet. L'épisode dépressif réunit une estime de soi extrêmement faible, tristesse profonde, pessimisme, perte d'intérêt et de plaisir pour la vie, insomnie, avec un risque de suicide très élevé. La cause de la bipolarité est inconnue bien qu'on admette l'importance des facteurs psychosociaux et des transmissions génétiques. Le diagnostic repose sur l'anamnèse et l'identification des symptômes (notamment grâce à des échelles scientifiques ; par exemple l'échelle d'évaluation de Young (ymrs) pour la manie, voir annexe 3 page 48). La personne atteinte de bipolarité connaît des tristesses ou des enthousiasmes exacerbés qui alternent son fonctionnement. La prise en charge est médicamenteuse (stabilisateur de l'humeur, antipsychotique, antidépresseur) ou thérapeutique (psychothérapie).

c) Les troubles anxieux

Les troubles anxieux, dont le dénominateur commun est l'anxiété, sont des pathologies fréquentes. L'évolution est chronique et les prises en charge à long terme. L'anxiété désigne un sentiment d'insécurité, d'inquiétude, une peur sans objet et imprécise. L'angoisse, émotion de base, est alors vécue avec souffrance et retentit sur le fonctionnement du quotidien. Pourtant nécessaire à l'adaptation de l'individu, elle devient un handicap. La peur et le stress sont des sentiments associés. L'anxiété se déclenche à la suite d'un événement (comme une crise d'angoisse) ou non (comme un trouble anxieux généralisé), une situation précise (comme l'agoraphobie*) ou une situation stressante (comme un stress post-traumatique). Les troubles anxieux concernent davantage les femmes et les jeunes adultes (25 – 44 ans) avec une prévalence chez les chômeurs et les divorcés/séparés. Les symptômes se définissent par des pensées anxiogènes qui entraînent des comportements anxieux anormaux par leur fréquence, et s'imposent à la volonté du sujet. Les comportements anxieux induisent des troubles psychologiques (irritabilité, impulsivité, vision négative, problème de concentration) et physiques (sphère digestive (exemple de l'hyperphagie), fatigue, douleur musculaire). Parmi les troubles anxieux figurent les troubles phobiques, les troubles anxieux généralisés (TAG), les attaques paniques, le stress post-traumatique aigu ou chronique et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Les prises en charge pour limiter leurs effets

englobent des traitements médicamenteux, des psychotropes, psychothérapies, ou thérapies comportementales et cognitives (TTC). Les femmes accompagnées lors de notre stage connaissent des TAG et des troubles dépressifs associés à leurs vulnérabilités et pathologies.

2) Nature et caractéristiques des techniques artistiques choisies

Les outils plastiques exploitables en séance d'art-thérapie sont multiples : arts plastiques (dessin, peinture, modelage, collage...), danse, théâtre, écriture. Le choix d'une technique n'est pas neutre et oriente des mécanismes humains spécifiques. Selon les possibilités du patient, ses appétences artistiques, et ce que l'art-thérapeute souhaite observer en vertu des objectifs thérapeutiques, certains média seront plus pertinents.

a) Arts plastiques

Les arts-plastiques sont définis par « le regroupement de toutes pratiques ou activités donnant une représentation artistique, esthétique ou poétique, au travers de formes et de volumes » (source Wikipédia). Dès 1916, le psychiatre et penseur Carl Jung propose à des patients de réaliser des peintures en rapport avec leurs traitements. Dès lors dans les années 1930, plusieurs praticiens reconnaissent l'intérêt de l'art-thérapie et l'intérêt des arts plastiques. Comme le démontrent les données scientifiques, la créativité présente des avantages considérables pour nos affects et nos processus cognitifs, notamment par la stimulation des circuits du plaisir. A travers les arts-plastiques, la concentration, la mémoire, la motricité, et le relationnel sont aiguisés. Convoqués avec l'avis du patient-acteur de son soin, les arts plastiques permettent aussi d'exprimer non verbalement des émotions fortes et les traiter avec créativité. Notre pratique plastique personnelle et professionnelle appartient à ce domaine.

b) Peinture

La peinture est un outil fréquemment utilisé en art-thérapie. L'histoire de la peinture

remonte à 30 000 ans. Sa composition, son utilisation, et les techniques qui en découlent n'ont cessé d'évoluer au fil des siècles et des courants artistiques. Destinée à la décoration ou à la représentation, la peinture est accessible et polyvalente. La peinture stimule l'ouïe, la vue, le toucher et l'odorat. Les avantages liés à son utilisation sont nombreux : amélioration de la motricité fine (coordination, dextérité), travail de la mémoire, développement de la créativité... propices à un épanouissement. Elle peut être au service d'un public large et varié, malade ou non, visant une sérénité ou une confiance en soi affirmée. La littérature scientifique a d'ailleurs démontré l'impact des couleurs sur notre cerveau. Humeur et émotion peuvent ainsi être stratégiquement influencés positivement. Aloïse Corbaz (1886 - 1964), figure emblématique de l'art brut atteinte de schizophrénie, exploite la couleur à travers la peinture, au service de l'expression de sa singularité. Nos propositions plastiques, dans le cadre de notre expérience en tant qu'art-thérapeute stagiaire, ont intégré le dessin automatique (motivé par une écoute musicale) et la peinture abstraite (acrylique).

c) Sculpture

Les effets thérapeutiques et les compétences développés grâce à la peinture sont similaires à la sculpture. L'originalité de la sculpture est le trois dimensionnel qui la caractérise. Appliquée à l'art-thérapie, elle repose sur la manipulation de plusieurs matériaux : argile, pierre, bois, métal, cire, plâtre, papier... Forme, texture, volume sont tout autant pluriels. La particularité de son usage repose sur la stimulation du toucher. La découverte est illimitée et l'exploration particulièrement bénéfique pour la connexion aux ressentis corporels. L'implication du corps, directement au contact de la matière, peut éveiller la mémoire corporelle et ainsi accéder, délier des blocages. Ce médium artistique est stratégique pour les patients ayant besoin d'affiner leur schéma corporel et ainsi restaurer un moi* morcelé. Les souffrances de nombreux artistes, comme Louise Bourgeois (atteinte de dépression) ou Yayoi Kusama (atteinte de troubles psychiques), trouvent refuge dans ce médium artistique au pouvoir stabilisateur. Le modelage (avec de l'argile auto-durcissante) et le moulage (à partir d'alginate et plâtre) ont fait partie de nos propositions artistiques lors de notre stage.

3) Impact de l'art-thérapie appliquée à ce cadre

Compte tenu des problématiques soulevées par les femmes accueillies en LHSS* ainsi que leurs pathologies, nous mettrons en relation des expériences qui démontrent la mise en matière de l'art-thérapie et ses effets escomptés.

a) Auprès d'une population schizophrène

Les troubles occasionnés par la schizophrénie sont quotidiens : désorganisation de la pensée (ralenti, perte de cohésion ou absence d'idée) et du comportement (inadaptabilité), troubles de la communication, difficultés relationnelles, repli sur soi... qui altèrent la qualité de vie. Ces difficultés peuvent être amoindries : l'amélioration de la qualité de vie peut précisément être un objectif thérapeutique en art-thérapie. A travers des choix plastiques, les patients affirment leurs personnalités et leurs perceptions. Grâce à des propositions variées et adaptées, l'élan vital est ravivé. Par la relation qui s'établit entre l'art-thérapeute et la personne atteinte de schizophrénie, le repli social est mis à mal. L'ensemble de ces paramètres non exhaustifs concourt à une sérénité nécessaire pour aborder sa vie et être satisfait de sa qualité. Karine Baleste, art-thérapeute diplômée de la faculté de médecine de Poitiers, est intervenue dans le cadre d'un stage (2020) dans l'hôpital psychiatrique de Niort auprès d'une population atteinte de schizophrénie. Son expérience a démontré comment l'art-thérapie stimule une expression verbale et non verbale en faveur d'un mieux-être. Face à la difficulté de prises en charge des patients, elle développe une approche basée sur l'observation d'œuvre d'art suivie d'un dialogue. Cette proposition est un levier pour amorcer une communication, valoriser la perception subjective, stimuler l'imaginaire et mettre en confiance tout en préservant. Cette approche inspirera nos organisations d'ateliers.

b) Auprès de l'objectif diminution de l'anxiété

Le sentiment d'insécurité favorable à l'anxiété paraît incontrôlable et pour le détourner une stratégie gagnante est de déplacer la charge mentale sur une production manuelle. Le cerveau humain produit une pensée en permanence, notre force est de pouvoir contrôler la

direction de ce flux sur une activité libre d'angoisse. L'effet est un apaisement progressif ou immédiat, plus ou moins inscrit sur la durée. D'où l'intérêt de ritualiser des séances d'art-thérapie. La création artistique mobilise des capacités cognitives alors concentrées sur une source de plaisir, d'apaisement. Face aux incertitudes, l'art-thérapie déploie un cadre sécurisant et contenant propice à un moment d'expression libre et ressourcement. Le bilan de nos études de cas rendra compte du soin positif que représente la discipline contre l'anxiété.

c) Auprès de l'objectif restauration de l'estime de soi

L'estime de soi est un jugement évaluatif qui reflète la discordance entre le soi réel et un état de soi idéal. Notre expérience de stage soulignera la relation qu'elle entretient avec l'anxiété. Nous discuterons de ce lien partie IV, page 36. Il impacte notre comportement, nos choix, nos réactions au quotidien. L'importance d'une satisfaction de son être est primordiale. Après des épisodes de vie marquants voire traumatisants, notamment liés à une maladie, une situation précaire, l'image de soi est altérée. La confrontation au regard de l'autre peut en être le moteur. En effet les fondements d'une identité accomplie reposent entre autres sur une construction sociale et professionnelle, intimement liés. Lorsque ni l'une ni l'autre n'est satisfaisante pour un individu, il est plus difficile de surmonter une situation dite précaire ou rythmée par une maladie. Par l'action, l'implication, la répétition, les séances d'art-thérapie mobilisent des ressources personnelles et valorisent leurs singularités. Il est aussi l'occasion d'acquérir des nouvelles compétences, développer un nouveau regard sur soi. Autant d'éléments qui favorisent une meilleure estime de soi et donc un bien-être. Plusieurs art-thérapeutes travaillent dans cette perspective et l'expertise de Marie-Thérèse Esneault en est un bon exemple. Accompagnant des personnes en situation de précarité ou en milieu carcéral, son travail soulève comment il est rendu possible de restaurer l'estime de soi par l'adhésion à un plan d'action incluant la musique et l'odorat. La stimulation de l'odorat et l'ouïe ouvrent un autre axe de communication qui restructure la parole et par conséquent lui redonne une valeur positive.

II / Matériel et méthodes

1) Matériel

a) Lieu d'accueil et public

Notre stage se déroule au sein de l'association La Maison de la Jeune Fille – Jane Pannier à Marseille et plus particulièrement dans le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS*) et LHSS* Jane Pannier. Ces deux services se dédient à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement de femmes seules. Les chemins de vie de ses bénéficiaires sont rythmés par la maladie, des parcours de rue plus ou moins longs, des violences conjugales ou familiales, ou des difficultés financières et sociales. Au-delà d'une mise à l'abri, l'association offre un accompagnement social, éducatif, médical et/ou administratif. Nous intervenons en qualité de stagiaire auprès des bénéficiaires CHRS* et LHSS*. Notre mémoire se référant à l'expérience vécue auprès des femmes sur le dispositif LHSS*, nous présentons plus en détail cette dernière. L'unité LHSS* a vu le jour en 2006 et possède une capacité d'accueil de 5 places. Les LHSS* sont situés dans les mêmes locaux que le CHRS* Jane Pannier (qui lui possède une capacité de 52 places dont certaines sont réservées à des arrivées via le numéro d'urgence 115). L'orientation en LHSS* est due à un état de santé qui ne permet pas/plus une prise en charge en milieu hospitalier ni médico-sociale spécialisée. Les candidatures, provenant d'hôpitaux ou d'assistantes sociales, font l'objet d'une étude, d'un entretien pré-admission, et d'un projet personnalisé. L'équipe mobilisée est composée du chef de service, d'un médecin généraliste, d'un infirmier (auquel s'ajoute des infirmiers libéraux selon les besoins), une psychologue, deux éducatrices spécialisées (dont l'une d'entre elle est aussi art-thérapeute diplômée par Profac), une accompagnatrice éducative et sociale, et une animatrice sociale.

Aujourd'hui cinq femmes bénéficient ainsi d'une chambre individuelle, et d'un suivi socio-éducatif avec une coordination médicale. La durée de leur suivi s'étend en fonction de leurs besoins de santé. Leur hébergement comprend également des espaces collectifs (cuisine, sanitaires, salle de convivialité), des produits de premières nécessités et des provisions alimentaires. Régulièrement des sorties et des ateliers socio-culturels sont animés par des bénévoles ou des associations partenaires (couture, cuisine, danse-thérapie, écriture ...).

b) Stratégies thérapeutiques

Notre accueil en qualité d'art-thérapeute stagiaire a lieu le 6 décembre 2022. Le stage prendra fin le 3 mars 2023. Nous avons réalisé au total 21 séances d'art-thérapie individuelles, dont 10 auprès des LHSS*. Il est convenu d'intervenir 30 heures par semaine en tant qu'observatrice active dans un premier temps. Pendant trois semaines, il a été l'occasion de rencontrer les femmes hébergées, présenter l'intérêt de l'art-thérapie, être identifiée et amorcer une alliance thérapeutique. Par la suite nous sommes présente uniquement sur les temps des séances d'art-thérapie avec un passe droit à la réunion d'équipe hebdomadaire. Ces réunions sont une chance unique d'inscrire les fruits des séances d'art-thérapie dans le parcours de soin, confronter des observations au regard de l'équipe pluridisciplinaire, alimenter et actualiser des informations concernant une situation. La décision quant au format des séances d'art-thérapie (individuelles ou collectives) nous revient. Nous prenons en compte les attentes et les besoins de chacune des patientes volontaires. Il nous paraît plus pertinent de proposer des ateliers individuels. Nous voulons favoriser un sur-mesure adapté à l'univers de la patiente pour viser une revalorisation de chacune des singularités des personnalités. Il paraît aussi opportun de trancher avec l'aspect collectif des ateliers socio-culturels proposés. Le matériel nécessaire est en partie fourni par l'association et complété par nos soins.

La mise en place des ateliers est progressive : après l'observation et la récolte d'un maximum d'informations auprès des patientes (lors d'échanges informels) et de l'équipe, il est proposé aux patientes volontaires de nous rencontrer lors d'un entretien préliminaire individuel. Les ateliers sont ouverts à toutes les hébergées et elles seront 2 à répondre présentes (et parallèlement 6 femmes bénéficiaires du CHRS*). L'entretien a pour utilité d'expliquer les modalités d'action de l'art-thérapie, comprendre les attentes de la patiente et sceller l'alliance thérapeutique nécessaire pour engager un investissement personnel. Toute information récoltée est strictement confidentielle. Toute information concernant la vie, la personnalité et la pathologie est prise en compte, après quoi des objectifs thérapeutiques sont construits avec la patiente-collaboratrice. Ces objectifs influencent le choix des propositions plastiques et l'organisation des séances. Nous prenons soin de relater dans un plan de

traitement la manière dont l'accompagnement va se réaliser. Il rend compte du nombre de séances totale et leurs temporalités, leurs durées, les missions de chaque séance personnalisée avec l'arborescence des objectifs thérapeutiques, et les moyens plastiques mis en œuvre dans cette visée. Il est sujet à une réadaptation permanente.

Pour des raisons pragmatiques les séances se sont initialement déroulées dans une salle (dédiée aux réunions) avant d'être systématiquement dans un bureau. L'espace est aménagé pour l'occasion afin de créer un cadre sécurisant et propice à un moment de ressourcement. Ce cadre garantit une fonction contenant, un espace de non-jugement, bienveillance, et confidentialité. La durée moyenne d'une séance est d'une heure modulable selon la capacité physique et psychique de la patiente à s'investir. La séance aura lieu une fois par semaine. Les horaires et la durée des séances sont décidés avec les patientes en fonction de leurs disponibilités et envies. La temporalité des séances dans le temps et de la durée même des ateliers est systématiquement spécifiée à la patiente. Un bilan de mi-parcours est verbalisé ou exprimé plastiquement, afin d'identifier comment se situe la patiente par rapport à ses objectifs thérapeutiques. En fin de prise en charge un bilan final est posé verbalement, mesurant l'atteinte des objectifs ou non. Il permet aussi de dialoguer sur les ressentis de la personne.

c) Objectifs des prises en charges

Les membres de l'équipe Jane Pannier s'intéressent particulièrement aux bienfaits de la création artistique et sont tous favorables à l'entrée de l'art-thérapie orientée arts plastiques dans le parcours de soin. Nous avons eu la chance de pouvoir échanger à ce sujet avec une éducatrice spécialisée aussi art-thérapeute utilisant la danse, le mouvement corporel. Les objectifs de nos interventions respectent leurs volontés tout en intégrant les attentes des patientes. Les entretiens préliminaires aux séances d'art-thérapie ont dévoilés le fort intérêt de diminuer l'anxiété et retrouver un amour de soi. Toute notre activité défiera ces axes de travail. Au cours de cette expérience, nous développons une attention particulière aux sensations que procurent les propositions plastiques.

2) Méthodes

Nous appliquons les différents outils thérapeutiques à notre disposition dans les prises en charge des patientes, à l'instar de la grille d'observation, l'évaluation et l'auto-évaluation.

a) Grilles d'observation

Chaque séance fait l'objet d'une grille d'observation unique et nominative, adaptée à chaque patiente et sa pathologie. Elle se compose d'item personnalisé (phénomène observable) pouvant être répertorié par catégorie : les capacités relationnelles, les capacités artistiques, et les capacités émotionnelles. Les échelles scientifiques sont des guides pour l'élaboration de ces items. Après une reformulation adaptée à notre contexte, nous obtenons les items avec lesquels nous travaillons. Les items communs à nos études de cas sont :

Valeur accordée à son travail	Entrer en action	
Valeur accordée à soi-même	Maintenir l'action	
Sourire	Disponibilité corporelle	
Élan artistique	Concentration	
Initiative plastique	Élocution positive	Élocution liée au présent

Les échelles scientifiques utilisées sont explicitées partie II/ 3) b), page 20 et figurent en annexes à partir de la page 43.

b) Évaluations

Cet outil est motivé par une objectivité constante. Elle soumet chaque item à un système de cotation admettant :

0: Nul	1: Très faible	2: Faible	3: Moyen	4: Satisfaisant	5: Fort	6: Très fort
--------	----------------	-----------	----------	-----------------	---------	--------------

L'évaluation mesure la compétence du patient que l'on cherche à développer, et l'impact et la qualité des séances, en cohérence avec les objectifs thérapeutiques. Elles sont partagées avec

les membres de l'équipe.

L'auto-évaluation, qui signifie que le patient s'évalue lui-même, a lieu en fin de séance. Elle peut être verbale ou écrite et repose sur le choix de l'art-thérapeute et des capacités du patient. L'auto-évaluation est une appréciation sur les ressentis lors l'activité et les résultats obtenus. Elle ouvre un jugement sur soi et permet une distanciation, une prise de conscience sur certaines actions. Ce moment possède des effets thérapeutiques puissants, valorise l'implication dans le processus, et responsabilise le patient. Réalisée à chaque séance, l'auto-évaluation intègre un rituel qui peut rassurer et baliser l'atelier.

c) Retombées attendues

Les attentes concernent l'atteinte des objectifs des patientes. Nous espérons provoquer un sentiment d'évasion face à un quotidien rythmé par les manifestations de la maladie, instaurer une sérénité éphémère et idéalement durable, et créer un repère - exutoire. Les premiers objectifs formulés par les patientes intègrent une anxiété et par ricochet une faible estime d'elles-mêmes.

3) Études des cas

Cette partie retranscrit deux études de cas bénéficiant des LHSS* Jane Pannier. Nous avons jugé intéressant de mettre en parallèle ces deux parcours puisque les attentes des patientes envers l'art-thérapie présentent des similitudes. Nous verrons comment l'art-thérapie peut répondre à des objectifs similaires par des propositions personnalisées, adaptées à des pathologies différentes. Par respect du secret professionnel, les prénoms ont été modifiés.

a) Patientes & anamnèses

Notre premier cas est Lily. Lily est une jeune femme de 26 ans, d'origine nigérienne, adoptée depuis l'âge de 6 mois. L'équipe affirme que son père adoptif est un tortionnaire à l'origine d'une éducation très stricte. Ses relations avec ses parents ne sont pas toujours au

beau fixe. Lily a une grande sœur et un petit frère. Elle est mère d'une petite fille de 8 ans qui vit avec ses parents à la Rochelle dont elle parlera fréquemment. Lily dit entretenir des relations virtuelles avec quelques amis de son enfance. Elle est arrivée sur le dispositif il y a un an, après avoir connu une détention de 18 mois qui ne l'a pas traumatisée selon ses dires, mais elle confie se sentir « sale » d'être passée par là. Lily est en liberté conditionnelle et en attente de jugement. Son avocate est optimiste quant à la prononciation d'un non lieu. En prison, Lily a reçu des soins psychiatriques liés à sa maladie de schizophrénie dont elle a conscience. Elle est aujourd'hui sous traitements médicamenteux depuis, et suivie par la psychologue et le médecin des LHSS*, ainsi que par un psychiatre extérieur qu'elle voit tous les 15 jours. Son état est stabilisé et l'équipe confirme la nette amélioration qu'elle a connue depuis son arrivée. Lors de l'entretien préliminaire aux séances, Lily formule vouloir s'affirmer, gagner en autonomie et diminuer son anxiété. A sa demande, nous travaillons donc sur deux objectifs thérapeutiques : restaurer l'estime d'elle-même et baisser son anxiété.

Le tableau ci-dessous récapitule les médicaments pris actuellement par Lily :

Médicament et action	Posologie	Effets indésirables
Abilify maintena 400mg : antipsychotique	1cp tous les jours	Étourdissement, agitation, anxiété, impatience, insomnie, somnolence, mouvements involontaires ou inadaptés, sédation, dyskinésie, akathisie, tremblement, maux de tête, fatigue, bouche sèche, raideur musculo-squelettique
Effexor 37,5mg : antidépresseur	1 cp le matin	Maux de tête, nausées, bouche sèche, transpiration excessive, insomnie ou au contraire somnolence, rêves anormaux, nervosité, confusion des idées, étourdissement, fourmillements, tremblements, fatigue, faiblesse, frissons, bâillements, hypertension artérielle, bouffées de chaleur, palpitations, troubles de l'accommodation, vision trouble, dilatation de la pupille
Solian 100mg Solian 200mg : neuroleptique	1 cp le soir 1 cp le soir	Tremblements, raideur musculaire, besoin de bouger et mouvements anormaux, insomnie, anxiété, agitation, frigidité, torticolis, mouvements anormaux des yeux, somnolence, vision trouble, constipation, nausées, vomissements, hypotension

Valium 5mg : anxiolytique	1 cp au coucher	Sensation d'ivresse, maux de tête, somnolence, ralentissement des idées, fatigue, sensation de faiblesse musculaire, éruption cutanée avec sans démangeaisons, vision double, agitation, agressivité, confusion des idées, hallucinations
------------------------------	--------------------	---

Nous n'avons retranscrit que les effets indésirables les plus fréquents par soucis d'espace.

Au total 6 séances individuelles ont été menées à bien. Pour plusieurs raisons, Lily n'a pas honoré tous ses rendez-vous. Nous interrogeons ces absences partie III, page 26.

Notre deuxième cas est Iris. Iris, originaire de Tunisie, a 22 ans. En situation irrégulière, elle a quitté son foyer à cause de violences conjugales. Depuis son arrivée en France en 2019, Iris a connu une hospitalisation pour sa fragilité psychologique. Non diagnostiquée bipolaire, elle en présente tous les symptômes et en a conscience. Lors d'épisodes dépressifs, Iris s'est déjà mutilée. Son instabilité fait régulièrement défaut à ses engagements auprès de la structure d'accueil. Ses éducatrices spécialisées référentes lui associent le syndrome de la bonne élève et parle d'une « hantise de l'estime d'elle-même ». Les soins dispensés par le médecin, l'infirmier et la psychologue sont symboliquement inscrits dans un contrat de soin verbal auquel s'est ajoutée sa participation à l'art-thérapie. Iris travaille parfois en restauration pour rembourser ses dettes qui l'inquiètent beaucoup. Elle confie aimer colorier pour se détendre. Par l'art-thérapie, Iris veut « s'éloigner du stress ». Notre objectif principal sera donc la réduction de son anxiété.

Le tableau ci-dessous récapitule les médicaments pris actuellement par Iris :

Médicament et action	Posologie	Effets indésirables
Lysanxia 15mg/ml : anxiolytique	20 solutions buvables gouttes par jour	Troubles de mémoire et du comportement, modifications de la conscience, irritabilité, agressivité, agitation, dépendance physique et psychique, sensations d'ivresse, maux de tête, difficulté à coordonner certains mouvements, confusion, fatigue, vision double
Noctamide 2mg : hypnotique et sédatif	1 cp au coucher	Anxiété, vertiges, sédation, somnolence, perturbation de l'attention, perte de mémoire, ralentissement de la pensée, vision double,

		troubles de la parole, douleurs à l'estomac, sécheresse de la bouche, démangeaisons, faiblesse, manque de force musculaire, sensation de fatigue ou de vertige
Risperdal 2mg : antipsychotique	1 cp le soir	Parkinsonisme, sensation d'être endormi ou moins alerte, maux de tête, trouble du sommeil, irritabilité, dépression, anxiété, agitation, dystonie, sensation vertigineuse, dyskinésie, tremblements, vision floue, rythme cardiaque rapide, hypertension artérielle, essoufflement, maux de gorge, toux, sécheresse buccale, spasmes musculaires, douleur osseuse ou musculaire, douleur dorsale, douleur articulaire, fatigue, douleur, chute

Nous n'avons retranscrit que les effets indésirables les plus fréquents, par soucis d'espace.

Au total 4 séances individuelles ont été menées à bien. A l'image de Lily, Iris a plusieurs fois été absente à nos rendez-vous. Son accompagnement a été particulièrement difficile.

b) Échelles scientifiques

Lily et Iris présentent une faible estime d'elles-mêmes et toutes deux expriment aisément leurs envies d'alléger le poids de leurs préoccupations. Conformément à ces deux objectifs, nous nous sommes rapproché de deux échelles scientifiques :

L'échelle d'appréciation de l'anxiété du docteur Max R. Hamilton. Conçue en 1959, elle est utilisée comme un outil d'évaluation clinique ; elle propose un questionnaire composé de 14 items. Le score obtenu par la personne permet de déterminer le degré de sévérité de l'anxiété ressentie. Notre attention tourne plus précisément autour de 5 items :

Item 1 :Humeur anxieuse	« Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible »
Item 2 : Tension	« Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension

Nerveuse	physique, les tremblements et la fatigue agitée »
Item 5 : Troubles de la concentration et de la mémoire	« Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire »
Item 6 : Humeur dépressive	« Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir »
Item 7 : Symptômes somatiques généraux : musculaires	« Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque »

L'échelle complète figure en annexe, page 43

Ces pistes ont impulsé nos items tels que l'initiative plastique, entrer/maintenir l'action, disponibilité corporelle, la concentration, élocution positive.

Notre deuxième échelle scientifique concerne l'estime de soi ; celle conçue par le sociologue Morris Rosenberg. Elle est la plus utilisée dans la recherche en psychologie pour mesurer le niveau global d'estime de soi. Sur les 10 items, nous retenons ces quelques uns :

Item 1 :	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre
Item 7 :	Dans l'ensemble je suis satisfaite de moi

L'échelle complète est en annexe, page 47

D'où l'intitulé de nos items valeur accordée à son travail, valeur accordée à soi-même, et faculté de faire des choix.

c) Séances d'art-thérapie

Les ateliers se sont déroulés de la manière suivante :

Pour Lily

Séance	Proposition plastique	Objectifs de séance	Durée	Date
N°1	Gribouillage en musique, yeux fermés	Rencontre au présent, appréhension de la qualité des ressentis et de l'imagination	1h	16/01/2023
n°2	Modelage en argile à partir d'images appréciées	Éveil pluridisciplinaire, stimulation de la motricité fine, concentration	1h30	30/01/2023
n°3	Moulage de la main et modelage	Valorisation de son identité corporelle	1h15	06/02/2023
n°4	Peinture des moulages réalisés	Affirmer sa personnalité, autonomie	45min	16/02/2023
n°5	Peintures fluides (pouring)	Jouer avec l'aléatoire, observation méditative	45min	27/02/2023
n°6	Jets de peinture (dripping)	Défouler, apaiser les tensions	1h	03/03/2023

Les objectifs intermédiaires la concernant, grâce aux créations réalisées, sont : lâcher prise, gagner en autonomie, affirmer ses choix, renforcer son amour d'elle-même, et aboutir un projet personnel.

Pour Iris

Séance	Proposition plastique	Objectifs de séance	Durée	Date
n°1	Modelage en argile	Apprivoisement et jeux autour de la matière	1h	18/01/2023
n°2	Peinture acrylique avec des billes	Travail ludique et superficiel sur les émotions, expression non verbale et extériorisation	1h30	30/01/2023
n°3	Moulage de la main	Développer une nouvelle compétence	30min	21/02/2023
n°4	Découverte du moulage précédent et peinture décorative	Aboutir un projet artistique	45min	02/03/2023

Les objectifs intermédiaires pour Iris sont : s'inscrire dans le moment présent, avoir plus confiance en soi, s'affirmer, réguler ses émotions, tenir ses engagements.

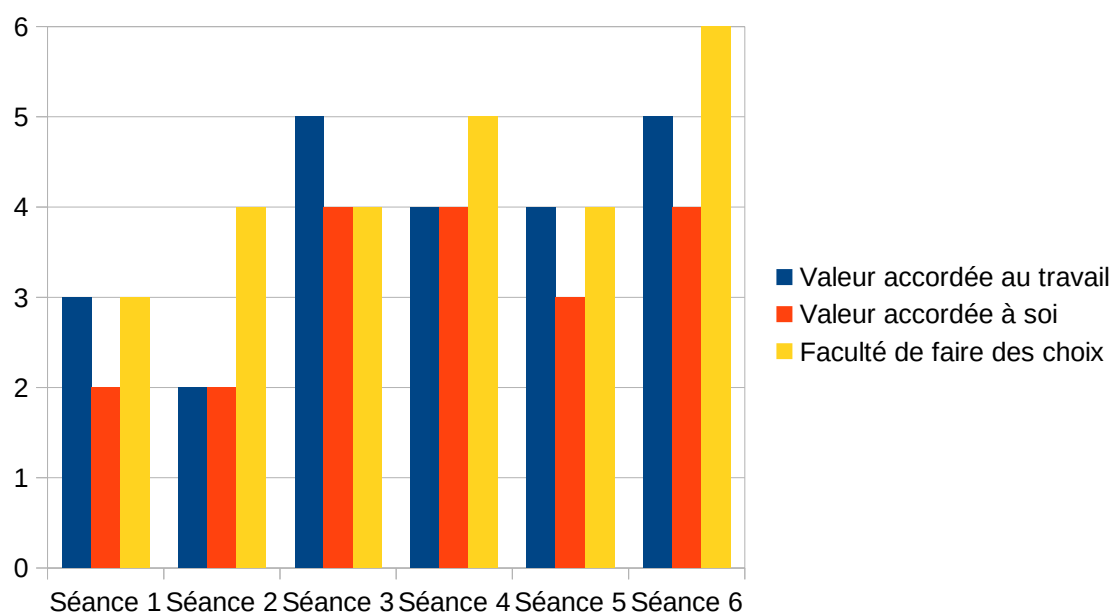
Nous avons ressentis l'importance de varier les médias plastiques à chaque séance afin de nourrir l'envie de venir à chaque rendez-vous. La dimension de jeu s'est avérée être un levier thérapeutique particulièrement efficace pour Iris. Nous avons utilisé de stratagèmes plastiques pour obtenir des résultats satisfaisant l'esthétique de chacune. Nous avons favorisé l'aléatoire et l'abstrait dans nos propositions. Nous en dégagons une réflexion partie IV, page 32. La durée des séances, variable, reflète la disponibilité psychique et émotionnelle des patientes.

III / Résultats et analyses de l'expérience art-thérapeutique

1) Bilan cas Lily

a) Items significatifs

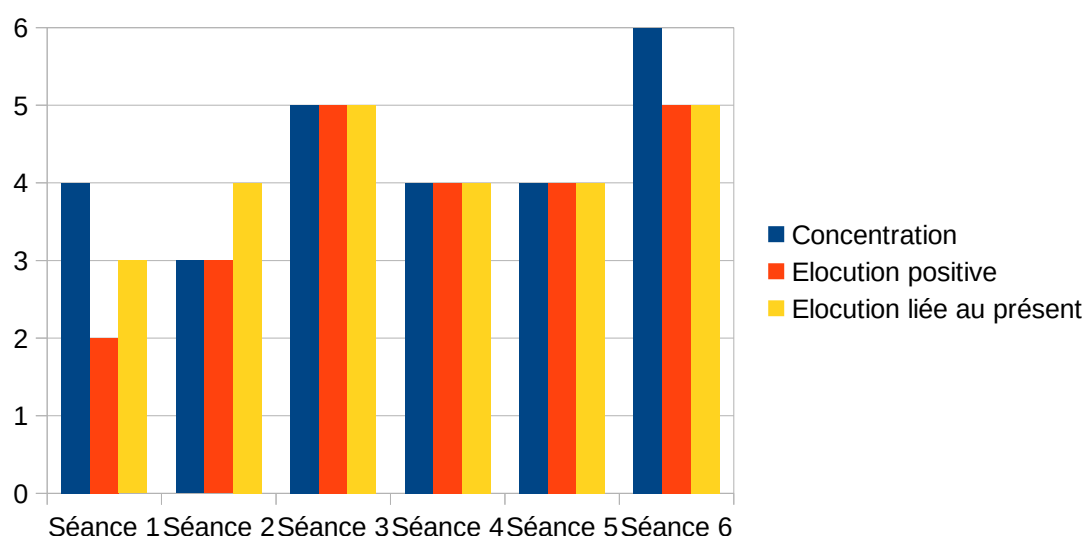
Nous avons réalisé des diagrammes pour une meilleure lecture des résultats sur des items sélectionnés pour leurs pertinences :



La numérotation sur l'axe verticale de correspond à la cotation de l'évaluation admettant :

0: Nul	1: Très faible	2: Faible	3: Moyen	4: Satisfaisant	5: Fort	6: Très fort
--------	----------------	-----------	----------	-----------------	---------	--------------

Ces trois items reflètent la confiance et l'autonomie que Lily a pu acquérir au fil des ateliers. On remarque que la valeur qu'elle s'accorde est fréquemment inférieure à la valeur qu'elle accorde à sa création. Cela fait écho au fait qu'elle relève régulièrement ce qu'elle qualifie de défauts dans ses réalisations. Signe d'une estime qui gagne à être encouragée grâce à davantage de séances d'art-thérapie. Néanmoins une amélioration significative s'est fait sentir sur les dernières séances où Lily semble plus affirmée et convaincue de ses actions. Nous avons observé que Lily s'est accordée plus de liberté dans ses explorations artistiques (« allez, je me lance ! ») jusqu'à entreprendre des expériences à la dernière séance (mélange de couleurs et décision d'ajouter des paillettes). Lors des deux premières séances, Lily change beaucoup d'idées et semble indécise. La dernière séance sera à l'opposé de cette attitude, Lily semble très décidée sur ses choix et satisfaite de ses convictions.



Ici est retranscrite la capacité de Lily à s'inscrire dans le présent et à en tirer du plaisir. Les évaluations de sa concentration sur la 2, 3, et 4ème séance peuvent s'expliquer : lors de la 2ème séance Lily était particulièrement indécise quant à ce qu'elle voulait représenter quitte à se perdre dans ses actions. Les 3ème et 4ème séances sont à rapprocher avec des rendez-vous extérieurs qui ont écourté nos séances et limité son investissement. Lily a progressivement fait moins d'allusions au passé ou à l'avenir, elle a accueilli et réagit aux

propositions artistiques avec chaque fois un peu plus d'enthousiasme. Le seul sujet positif ne l'inscrivant pas dans le présent est sa fille, à qui elle dédie ses deux dernières productions.

b) Grille d'observation des séances

Cette grille récapitule l'ensemble des items évalués sur chaque séance :

<u>Item</u>	<u>Séance</u> <u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
Valeur accordée à son travail	3	2	5	4	4	5
Valeur accordée à soi	2	2	4	4	3	4
Faculté de faire des choix	3	4	4	5	4	6
Élan artistique	1	3	4	5	4	4
Initiative plastique	1	2	4	4	3	4
Entrer en action	3	4	5	6	3	4
Maintenir action	2	3	4	5	2	5
Disposition corporelle	4	4	5	4	4	5
Sourire	1	3	4	5	3	6
Concentration	4	3	5	4	4	6
Solliciter aide	0	0	4	4	5	3
Qualité de l'expression verbale	3	3	5	5	4	6
Élocution positive	2	3	5	4	4	5
Élocution liée au présent	3	4	5	4	4	5
Contact visuel avec thérapeute	2	2	4	4	5	6

Son implication, sa bonne disposition émotionnelle (bonne humeur), et son investissement sur les différentes propositions artistiques, expliquent en partie la hausse des cotations. A partir de la 3ème séance, Lily a développé une attitude plus positive vis à vis d'elle-même et a semblé saisir l'enjeu et le plaisir de l'expression non verbale (par exemple, elle s'emparera d'une discussion qu'elle traduira par des représentations en argile). Lily a répondu aux attentes des séances qui semblent avoir crée, ou du moins renforcé, un mouvement intérieur en elle.

c) Bilan - Auto-évaluation

La grille d'observation qui nous accompagne à chaque séance dévoile des améliorations variables en accord avec le comportement de Lily. Pour répondre à sa volonté de s'affirmer, nous lui avons systématiquement proposé de démarrer une séance par un choix parmi 3 propositions plastiques. Au fil des ateliers, ses décisions se sont écourtées dans le temps. Nous avons remarqué que ses prises de paroles étaient de plus en plus spontanées et ciblant des sujets précis. Chaque rencontre lui a laissé la possibilité d'emporter ses productions artistiques. C'est à mi-chemin qu'elle choisit de repartir avec, et lors de la dernière séance elle devance mon interrogation. Peut-être est-ce le signe d'une fierté naissante ? Elle a manifesté le désir de s'approprier des idées de création pour les partager avec sa fille. Il est arrivé à 4 reprises qu'elle soit absente et manifeste des oublis, entre la 2ème, 3ème et 4ème séance. Ces absences sont les conséquences de facteurs extérieurs (exemple : mauvaise nuit) et d'une mauvaise gestion de ses engagements (peut-être liée à la maladie). Nous nous sommes interrogés sur la place qu'elle accorde au plaisir, car paradoxalement Lily s'est toujours montrée volontaire pendant les ateliers. Lorsque nous lui avons rappelé que nous approchions la fin de notre stage, Lily a pris l'initiative de proposer une séance supplémentaire. Au fil de la prise en charge, Lily a montré plus d'intérêt envers notre posture (en questionnant notre parcours, notre après-stage...) signe de sa capacité à mieux s'investir dans une relation. Son regard visait davantage nos yeux.

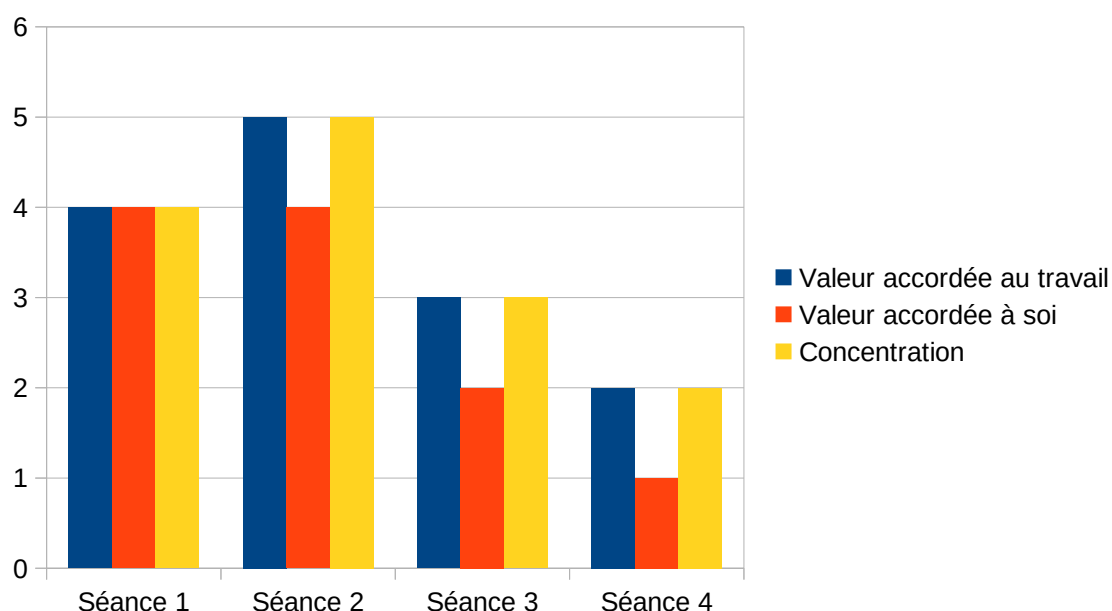
Les auto-évaluations ont eu lieu de manière verbale sous forme de question-réponse. Cette formule nous a paru plus propice à la spontanéité et adaptée aux possibilités de Lily. Nous lui posions des questions sur ses ressentis avant, pendant et après création, son regard sur la séance, sa production, et ses réactions. Nous lui avons proposé d'évaluer son plaisir, son travail, et son investissement sur la même cotation que nous utilisons c'est-à-dire de 1 à 6 (6 étant indice de très fort). Ses ressentis positifs ont parfois été tachés par une autocritique sur ses compétences artistiques. Il nous a semblé qu'elle était plus indulgente avec elle-même lorsque la proposition plastique lui procurait du plaisir. A l'heure du bilan final, elle souligne avoir apprécié la non attente de résultat.

L'objectif de la diminution de l'anxiété est atteint ; cependant pour l'objectif d'améliorer l'estime de soi nous ne pouvons pas affirmer avec certitude son atteinte bien qu'elle soit en bon chemin. La meilleure conclusion reste celle de Lily : « l'art-thérapie m'a permis de faire le vide et ressentir des émotions positives ».

2) Bilan cas Iris

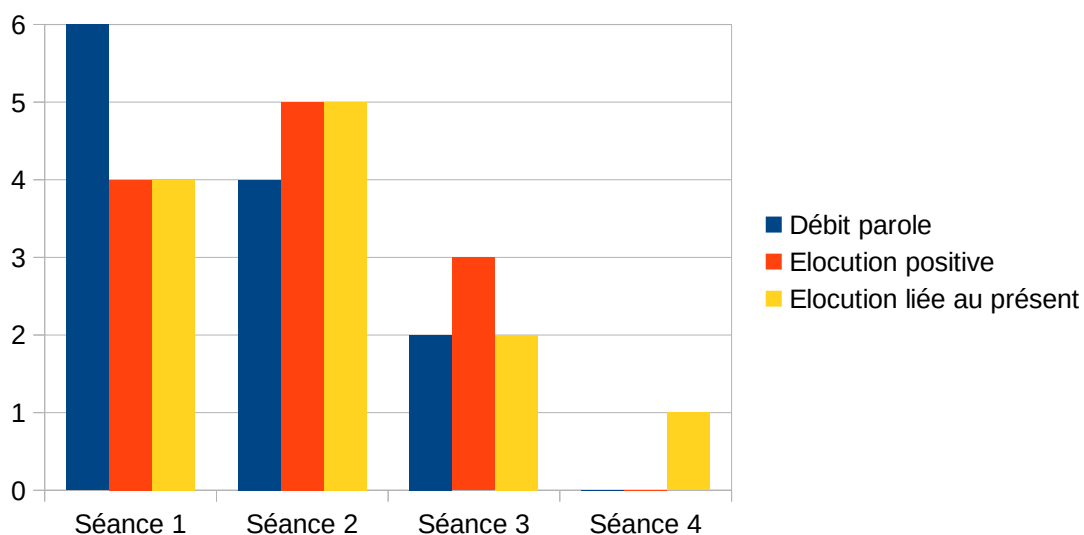
a) Items significatifs

Nous avons réalisé des diagrammes pour une meilleure lecture des résultats sur des items sélectionnés pour leurs pertinences :



Lorsque nous avons accompagné Iris sur les deux premières séances son humeur était favorable à un investissement personnel. Lors de la deuxième séance, la proposition de peindre grâce au mouvement de billes l'a particulièrement mobilisée et amusée. Iris est très impliquée, volontaire, et désireuse de bien faire. Alors que les évaluations et l'attitude d'Iris laissaient présager que les séances d'art-thérapie seraient un soin positif, son humeur a chuté. Les deux dernières séances révèlent notre difficulté à accompagner Iris dans une transformation positive lors d'un épisode dépressif. Cependant, nous considérons qu'avoir pu être témoin de cette chute d'humeur est un premier pas pour l'accompagner durablement

dans ces moments. Malgré la fragilité de son investissement (séance 3 et séance 4), Iris a néanmoins montré quelques signes de concentration (proximité avec sa production, respiration plus profonde).



L'expression verbale était très présente lors des séances, à l'exception des deux dernières. Traduisant autant son humeur que son intérêt pour les créations, la parole d'Iris s'est concentrée sur l'instant présent dès lors de la 2ème séance. A la 3ème séance, Iris a davantage parlé d'événements passés, notamment positifs. La dimension du présent l'a laissée quelque peu indifférente car soumise à une humeur morose. De nombreux silences ont comblé la dernière séance où l'expression verbale était absente. Le peu d'élocutions liées au présent reposent sur des questions concernant des choix de couleurs.

b) Grille d'observation des séances

Cette grille récapitule l'ensemble des items évalués sur chaque séance :

<u>Item</u>	<u>Séance</u> <u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Valeur accordée à son travail	5	5	3	1

Valeur accordée à soi	3	4	2	1
Investissement	5	5	3	1
Besoin d'être guidée	5	4	5	6
Besoin d'approbation	6	4	5	6
Coopération	5	5	3	2
Élan artistique	3	4	3	0
Concentration	4	5	3	2
Élocution liée au présent	4	5	2	1
Élocution positive	4	5	3	0
Initiative plastique	3	5	2	1
Entrer en action	4	5	3	1
Maintenir action	3	5	4	1
Débit parole	6	4	2	0
Capacité d'introspection	4	5	3	3
Sourire	5	5	1	0
Disponibilité corporelle	4	5	2	1

Les résultats obtenus ne satisfont pas réellement nos attentes. L'humeur et ses variations ont influencé Iris dans la globalité de son investissement. Néanmoins, bien que l'évaluation soit peu élevée sur la dernière séance, celle-ci est une des plus positives : elle laisse présager un potentiel accompagnement art-thérapeutique pendant une humeur dépressive.

c) Bilan - Auto-évaluation

Les résultats retranscrits dans les grilles d'observations de Iris sont extrêmement influencés par l'instabilité de son humeur. Sa prise en charge a été irrégulière. La première séance a eu lieu après une première annulation et n'a pas démarré à l'heure prévue. Très heureuse du déroulé de la séance, elle affirmait « je suis abonnée à l'art-thérapie, pas besoin de m'écrire notre prochain rendez-vous je viens c'est sûr ! ». La 2ème séance a été rythmée par son enthousiasme. Entre la 2ème et 3ème séance, une interruption de 3 semaines a eu lieu. Iris a souhaité se désengager, consciente du non respect de son engagement malgré sa

volonté. Nous avons néanmoins continué de nous entretenir de manière informelle avec elle ; pour faire renaître son intérêt nous lui avons confié un cahier de coloriage avec des crayons de couleurs (« au lieu de me faire mal, je prendrais mes crayons »). C'est par la suite qu'elle reviendra sur sa décision et demandera à reprendre les séances. Vient la 3ème séance : elle avancera des prétextes pour ne pas honorer notre rendez-vous. Notre force de négociation, grâce à l'attraction de notre proposition artistique, la convaincra pour faire une séance écourtée de 30 minutes. Elle exprimera verbalement pour la première fois la difficulté qu'elle ressent face aux manifestations de sa maladie. Pour la première fois Iris sera présente à la séance alors que son humeur est négative: la 4ème séance. Aucune communication verbale, aucune décision personnelle (« je fais quoi, je prends quelle couleur? »). Pourtant sa simple présence est une victoire en soi ; elle a réussi à tenir son engagement dans un moment critique.

Nous ne sommes pas en mesure de confirmer la baisse de son anxiété ou l'amélioration de l'estime d'elle-même ; notre allié, le temps, est insuffisant pour accompagner ces souffrances le temps de notre stage. Nous sommes néanmoins convaincus que l'art-thérapie a été source de moments d'apaisement pour Iris, comme le prouvent les auto-évaluations verbales. Pour les mêmes raisons que Lily, ce format s'est imposé comme vecteur d'une fluidité sans égal. L'auto-évaluation de la dernière séance est la plus négative en adéquation avec son état émotionnel. Elle confiera avoir apprécié chaque séance qui lui ont fait penser à d'autres choses, s'excusera des séances « perdues », et nous remerciera de l'encourager à colorier. Malgré l'irrégularité de sa prise en charge, des éléments démontrent une amélioration subtile.

3) Conclusions générales

Les fluctuations des résultats sont révélatrices des réponses émotionnelles, artistiques et physiques des patientes. Au regard des bilans obtenus, une stratégie thérapeutique instaurée sur le long terme aurait tout son sens pour Lily comme Iris. L'effet de l'art-thérapie contre le poids de l'anxiété a semblé immédiat. Les auto-évaluations des deux cas étudiés ont toutes

révélé un moment associé à la légèreté et au bien-être. Il serait intéressant d'évaluer son impact les jours suivants une séance. Au-delà de l'indice d'appréciation du moment et la capacité de transformation de l'art-thérapie, les évaluations démontrent également que les humeurs humaines peuvent primer sur la volonté en cas de bipolarité. Nous songeons à développer une approche sur l'humeur en début et fin d'atelier dans notre pratique professionnelle future, afin de mieux contextualiser les évaluations obtenues. Notre capacité d'adaptation, tant sur le contenu, la forme ou la durée des séances, apparaît comme essentiel et indissociable d'un accompagnement approprié. Parmi les médias artistiques proposés, l'effet du modelage se démarque : son usage était cohérent. La sensorialité de la matière a apporté des gratifications corporelles agréables pour nos deux patientes.

Contrer des incertitudes ancrées, corrélées à une faible estime de soi, est un défi auquel s'est mesuré notre stage. Nous présentons l'art-thérapie comme un soin complémentaire efficace contre l'anxiété.

IV/ Discussion

1) Limites de l'étude

a) Liées au contexte

Notre hypothèse de travail a été déterminée dans le cadre d'un stage à hauteur de 180 heures. Le temps nous a par définition limité ; tout en ayant l'opportunité d'observer sa puissance même austère. Nous avons développé une réflexion paradoxale sur le temps. Autant allié qu'ennemi, il s'est imposé comme un site d'action en soi. Face à des incertitudes installées, nous pensons que les bienfaits du processus artistique demandent une répétition, un automatisme et une conscientisation durable. Nous pensons avoir manqué de temps pour affirmer les expressions artistiques de nos patientes qui étaient en demande de style. Néanmoins le temps limité de l'expérience, de la recherche, a suffi pour amorcer des incidences positives : Lily et Iris ont fréquemment parlé d'un apaisement suivant une séance d'art-thérapie. L'éphémérité de nos interventions a plus que jamais démontré aux patientes l'importance de se concentrer sur l'instant présent, utile pour une anxiété apaisée.

b) Liées à la pathologie

Certaines manifestations de la schizophrénie, et particulièrement d'un trouble de l'humeur bipolaire, ont pu être des freins au bon déroulement du suivi thérapeutique. L'impuissance de la mise en place de nos actions a été source d'une frustration personnelle. Agir lorsque la maladie prend le dessus est un bras de fer coriace. La vision de la santé et du bien-être de la patiente est profondément altérée, d'autant plus quand le paramètre précarité s'ajoute. L'instabilité économique limite les projections à long terme et priorise des besoins excluant l'épanouissement personnel. Nous pensons que travailler sur leur vision globale du bien être favoriserait la régularité et la profondeur de leurs investissements dans les séances d'art-thérapie. Pour mobiliser nos patientes, nos interventions étaient très flexibles. Nous pensons avoir pu en partie surmonter cette difficulté grâce aux échanges informels qui témoignaient de notre disponibilité qu'il importe s'il y avait une séance ou non. Cet aspect paraissait rassurer Iris en l'occurrence. Cela nous laisse imaginer la difficulté d'une prise en

charge via un cabinet en tant que libéral ou art-thérapeute à domicile.

c) Liées au cadre conceptuel de l'art-thérapie

Une des limites nous ayant interpellé est la place de l'esthétisme dans la production finale. Bien que l'art-thérapie se concentre sur l'impact du processus créatif, l'impact du résultat, certes superficiel, est concret. Nous témoignons que la qualité esthétique n'est pas un détail aux yeux des patientes en recherche d'une confiance en soi. Notre valorisation de chaque singularité n'a pas toujours été suffisante pour faire apprécier la création. Nous en sommes venu à nous interroger sur la place du jugement esthétique et plus particulièrement l'émotion esthétique que nous cherchions à provoquer inconsciemment. Nous avons découvert, grâce à des recherches personnelles, que cette émotion esthétique était précisément notre but, dans la mesure où elle est levier d'un laisser-aller sans égal. Idéal pour diminuer l'anxiété. Les pulsions de vie se libèrent et ouvrent un espace de création fructueux, où le plaisir ne se soucie que de lui-même. Seulement elle est intrinsèque à l'univers et à la perception de la personne, indicible, et peut donc résister à l'art-thérapeute. L'empathie et l'observation nous ont rendu la tâche plus facile. Nous avons stratégiquement développé des propositions artistiques qui accordent une place de choix à l'aléatoire (et l'abstrait). Il nous semble que le hasard permet de se détacher de l'aspect performance et laisse un espace d'expression à l'inconscient plus important. Nous constatons que la surprise du résultat a contré les exigences esthétiques. Nous aimerions étoffer nos idées de créations thérapeutiques avec davantage de techniques artistiques hasardeuses et les appliquer dans notre vie professionnelle future. Tout en gardant à l'esprit que ces bribes de réflexions ne pourront fonctionner seulement si les patients adhèrent et apprécient ce registre. Parallèlement nous continuons à penser à des stratagèmes plastiques accessibles pour satisfaire les sensibles au figuratif. Par exemple, la dévalorisation des compétences artistiques de Lily en modelage a été mise à mal grâce à la précision que permet l'alginate ; elle a pu réaliser une représentation parfaitement réaliste de sa main. Nous relevons la capacité de l'art-thérapie à créer ou provoquer (provocréer?) cette expérience d'émotion esthétique grâce à son cadre et son dispositif, et la dimension de soin incontestable qui s'y dégage. Cette piste de réflexion fait partie des sujets que nous approfondissons.

Le cadre conceptuel de l'art-thérapie a également rendu fertile les bénéfices de notre étude. L'activité artistique, au cœur du dispositif art-thérapeutique, a mobilisé des compétences personnelles et valorisé les singularités des patientes accompagnées. La création artistique est un voyage vers soi-même qui se conjugue au présent. Toutes ont témoigné avoir eu la sensation de mettre sur pause leurs émotions anxieuses. Nous témoignons de la capacité de l'art-thérapie à réguler et extérioriser des émotions quotidiennes, positives ou négatives.

2) La posture de l'art-thérapeute

a) Auteur - observateur

Notre posture en tant qu'art-thérapeute stagiaire a soulevé des questionnements. Notre présence physique et psychique représentait une charge motivationnelle en soi, favorable à l'atteinte des objectifs thérapeutiques. L'accompagnement approprié est par essence une potentielle stimulation cognitive. Développer cette conscience a orienté nos comportements et les mots adaptés. Dans cette perspective, lors des réalisations artistiques des patientes, notre parti pris était de produire simultanément. Notre création a renforcé la relation thérapeutique et l'expérience artistique des patientes. Le rôle des neurones miroirs* a sans doute été bénéfique à la mise en confiance des patientes. Notre expérience de stage nous a permis d'évaluer les enjeux et les limites de ce positionnement. Pour pallier aux effets dangereux de la comparaison, nous réalisons des représentations naïves et minimalistes. Une grande prudence était de rigueur. Nous nous sommes interrogés sur la création du thérapeute qui nous semble devoir être obligatoirement dénuée de sophistication artistique. Sans pour autant nuire à la légitimité de notre compétence artistique professionnelle. Il serait intéressant d'approfondir cet aspect avec l'étude poussée des effets et la forme du contenu produit par la/le thérapeute.

b) Accompagner / réorienter

La justesse des objectifs formulés par les patientes peut être sujet à un écart avec les volontés et besoins observables en atelier. Quelle stratégie adopter pour inviter la patiente à prendre conscience de la nécessité de réorienter ses désirs ? Face aux anxiétés nommées lors

des entretiens préliminaires, une faible estime de soi n'a pas été verbalisée et pourtant manifeste. Il est naturellement délicat de souligner une vulnérabilité omise consciemment ou non. Les retours de l'équipe venaient confirmer ce besoin. Au delà des vertus attachées au non verbal, la parole peut alors jouer un rôle clef mais dans une moindre mesure. Nous nous demandons si toutes les fragilités doivent être nommées. Si non, lesquelles ? Est-il moralement correct de pousser une porte sans l'accord de son propriétaire ? Notre plan d'action doit rimer avec une bienveillance et précaution constante. Nous avons fait le choix d'intégrer à nos plans d'action des éléments travaillant les objectifs insinués. Notre jugement a été motivé par la plus grande objectivité.

c) Légitimité du soin

Notre métier offre un soin particulier car au plus proche des personnalités accompagnées. Notre approche doit répondre à la subjectivité inhérente à chaque profil. Nous avons collaboré avec l'environnement des patientes et ses variables : le cadre d'intervention de l'art-thérapie peut ainsi souffrir de facteurs extérieurs, d'ailleurs au même titre que d'autres disciplines (para)médicales. Nous pensons que l'un de nos atouts peut alors être le relationnel qu'implique le soin : la qualité de la relation thérapeutique joue un rôle dans la capacité du patient à mobiliser ses ressources personnelles. Nous avons réalisé que le bon relationnel peut aussi se révéler être un soin en soi ; Mais quand est-il dans le cadre d'un stage ? Jusqu'où pouvons-nous parler de soin alors que les modalités d'interventions sont fixées selon la temporalité d'un stage et non selon les besoins de santé ? Nous questionnons la légitimité de notre posture soignante en tant que stagiaire. Pour surmonter cet aspect, nous avons progressivement prolongé l'espace thérapeutique crée au travers d'objets transitionnels fournis par nos soins (cahier de coloriage, carnet de dessin) afin de permettre aux patientes de continuer à travailler sur elles-mêmes indépendamment de notre présence. Face aux ressentis exprimés par les patientes choisies dans les études de cas, nous confirmons néanmoins la légitimité de l'art-thérapie comme un soin bénéfique.

3) Réflexions émergentes

a) La notion de plaisir

Le plaisir s'est imposé comme un outil thérapeutique levier. Un véritable ticket d'entrée pour les effets thérapeutiques de la création. Le faire naître, le développer, a demandé à notre posture de ruser d'ingéniosité dans la diversité des techniques artistiques. Nous nous sommes rendu compte de l'importance de l'adhésion à ce plaisir. D'emblée, la séduction opérée par la proposition artistique a marqué la mise en matière. C'est de ce désir, de la dégustation artistique, qu'est né ou a existé un réel engagement de la part de la patiente. En l'occurrence c'est après notre première séance remplie de plaisir qu'Iris s'est réellement investie dans notre relation thérapeutique. Le désir satisfait se transformant en plaisir, les patientes ont pu poursuivre la création sans effort laissant totalement place à l'expression de l'inconscient. L'expérience au sein du LHSS* Jane Pannier a prouvé la difficulté de mobiliser des femmes à l'avenir incertain, tant parce qu'elles subissent des effets indésirables liés à leurs pathologie, que parce que la précarité de leur quotidien les freine dans des projections à long terme. L'enjeu de notre accompagnement a été de créer, repérer et valoriser la place du plaisir dans leurs vies quotidiennes.

Issu du latin 'placare' signifiant 'apaiser', les significations peuvent être nombreuses car il en appelle à la subjectivité de chacun.e et de chaque instant. Il peut exister autant de définitions de cette notion qu'il y a d'êtres humains. Nous confirmons que saisir le plaisir d'autrui reconnaît une certaine difficulté. Notre sens de l'écoute et de l'observation a été notre allié. Nous soulignons l'enjeu des échanges informels pour saisir le plaisir qu'admet l'environnement de la patiente. Il était intéressant de sensibiliser la patiente dans l'identification et l'écoute de ce plaisir trop sous-estimé. Placer ce plaisir au cœur de tous les objectifs thérapeutiques fait dorénavant partie de nos priorités.

b) Le couple anxiété - estime de soi

Alors que restaurer l'estime de soi-même n'a pas été notre objectif principal, il est apparu évident de l'appréhender. Les sentiments d'insécurité de Lily et Iris ont dévoilé la fragilité de leurs jugements personnels. Nous avons réalisé l'importance du lien qu'elle

entretient avec l'anxiété. Ce lien est une relation à double sens. Leurs manques d'assurance et d'amour envers elles-mêmes ont donné aux sentiments d'insécurité davantage de confiance. Et réciproquement l'anxiété a affecté leurs estimes en conduisant des idées négatives. A posteriori nous aurions pu adopter une stratégie centrée sur l'amélioration de l'estime d'elles-mêmes. Plus largement, nous avons développé un autre regard sur des problématiques incluant d'autres pathologies (comme les troubles du comportement alimentaire, le spectre des troubles autistiques et autres) ou non (public enfant, adolescents ...) qui indirectement implique le besoin d'une revalorisation de l'identité. Et si la majorité des maux étaient liés à une faible estime de soi ?

c) Le non verbal comme expression verbalisée

L'art-thérapie exploite les bienfaits du processus créatif. L'expression dominante est non verbale. Pourtant les mots en sont indissociables et parfois nécessaires pour révéler la transformation opérée. L'expression verbale dessine les contours d'une séance, de l'échange initial sur la qualité du sommeil ou l'envie journalière, à l'auto-évaluation finale. Nous pensons que les mots ont joué un rôle prédominant dans notre accompagnement. Tout en respectant les silences qui eux aussi étaient primordiales pour l'introspection. L'expression verbale liée à l'expression non verbale a permis une libération émotionnelle. Nous avons pris conscience que valoriser toutes observations positives doit engendrer les mots les plus réfléchis. Mobiliser les patientes sur l'importance de leur bien-être notamment grâce à l'art-thérapie n'a pas été simple, et les mots ont pu répondre aux maux.

CONCLUSION

Notre expérience au sein de la structure médico-sociale Jane Pannier a dévoilé l'omniprésence d'un sentiment d'insécurité chez les bénéficiaires atteints de schizophrénie et bipolarité. Cette insécurité, notamment liée à la pathologie, est renforcée par les incertitudes de leurs situations dites précaires. La créativité développée et stimulée en atelier a alors une double utilité : la place des patientes au sein de la société est invitée à être (ré)inventer.

Ce mémoire a été guidé par notre hypothèse de travail : l'art-thérapie comme solution positive à l'anxiété, tant pour sa régulation que pour sa diminution. La création, résultat de l'équation imagination + production, est par essence humaine et peut donc être à la portée de tous. Les multiples bénéfices thérapeutiques de l'art exploités grâce au dispositif de l'art-thérapie ont permis de mettre à mal les stress envahissants. Les séances d'art-thérapie ont été synonymes de découverte, nouveauté, évasion.

Notre vécu a démontré l'efficacité du protocole de prise en charge et les limites de certains outils thérapeutiques. L'humeur est une variable présente à tous les niveaux d'action. Nous nous sommes interrogés sur notre capacité à accompagner les manifestations d'un épisode dépressif. Ainsi nous nous sommes questionnés sur les limites de notre étude et notre posture d'art-thérapeute. L'opportunité d'être stagiaire nous a permis d'aiguiser notre relation au métier, notre inventivité, notre capacité d'adaptation et enrichir nos futures pratiques en tant que professionnelle. Nos interventions ont également révélé la puissance du lien qui unit l'anxiété et l'estime de soi. Une confiance en soi, en l'autre et en l'avenir peut affaiblir considérablement l'anxiété. Et si la faible estime de soi était le dénominateur commun à bien d'autres souffrances ?

Comme l'exprime la psychologue lors de notre bilan de stage, l'impact de nos séances d'art-thérapie ont eu l'effet d'une bulle sécurisante propice à la décompression. Nous affirmons que l'art-thérapie est un soin complémentaire à prescrire sans modération.

Pour conclure, nous rejoignons les propos de Edithe Lecourt :
« continuons à savoir l'inventer » .

BIBLIOGRAPHIE

- COUCHOT Sophie, LECOURT Edithe, NIKOVALA Miroslava, *L'émotion esthétique : art et thérapie* in **Adolescence**, pages 139 à 150, n°1, éditions Greup, 2016

- DA SILVA Eric, *Psychologues auprès des précaires* in **Le journal des psychologues**, page 16, n°312, 2013

- DORE Christina, *L'estime de soi : analyse du concept* in **Recherche en soins infirmiers**, pages 18 à 26, n°129, 2017

- ESNEAULT Marie-Thérèse, *Les rues et les murs ont des oreilles*, Éditions Quintessence, Aubagne, 2008

- FRANCK Nicolas, *Clinique de la schizophrénie* in **EMC Psychiatrie**, article 37 – 282-A-20 volume 10, 2013

- KAPSAMBELIS Vassilis, *L'angoisse*, Éditions Presses Universitaires de France, 2022

- LECOURT Edith et LUBART Todd, *Les arts-thérapies*, 2ème édition Dunod, 2020

- PLATEL Hervé et THOMAS-ANTERION Catherine, *Neuropsychologie et art, théories et applications cliniques*, Éditions De Boeck Université, 2014

- SLAMA Frédéric, ETAIN Bruno, HENRY Chantal, LEDUC Alexandra, *35. Anxiété, troubles anxieux et troubles bipolaires* in **Les troubles bipolaires**, pages 261 à 270, Éditions Lavoisier, 2014

- WIDLÖCHER Daniel, *Dépression et anxiété* in **Revue française de psychanalyse**, pages 409 à 422, vol. 66, 2002

- WINICOTT Donald Woods, *Les objets transitionnels*, Éditions Payot, 2010

WEBOGRAPHIE

www.cairn.info

www.universalis.fr

www.msmanuals.com/fr

GLOSSAIRE

Agoraphobie : du grec ancien agorá (place publique ou assemblée) et phóbos (peur), la peur des lieux publics et des espaces ouverts

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

Délire : Trouble du contenu et de l'idée

DSM : Manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux

Émotion esthétique : Selon Edith Lecourt, « C'est une émotion complexe secondaire et non primaire, telle la joie, la tristesse, la peur... Elle combine l'affect et la forme, c'est une composante à la fois affective et cognitive elle opère une mise en résonance ; une condensation neurobiologique et psychologique du fonctionnement psychique. Elle est déterminée à l'origine d'un moment qui conduit de l'impact sensoriel à la forme, sous la forme d'un surgissement, d'un avènement, la dimension dynamique se retrouve au niveau relationnel où elle crée une tension, elle crée une tension entre le plus intime et le collectif. Il y a relation entre l'émotion esthétique et l'empathie, nous ne serions pas débordés par l'émotion esthétique nous en avons toute l'intensité émotionnelle sans être débordés »

LHSS : Lits Halte Soins Santé

Moi : Selon le concept de Freud, l'homme présente 3 instances qui régissent ses comportements conscients ou inconscients : le moi, le surmoi (détermine le permis et l'interdit) et le ça (représentant les intérêts pulsionnels de l'humain). Le Moi désigne la partie de la personnalité assurant les fonctions conscientes et la stabilité du sujet. Le moi est le gardien des pulsions au quotidien

Neurones miroirs : Catégorie de neurone qui s'active lors de l'observation d'une tâche et de l'accomplissement d'une tâche

Paranoïde : Délire non systématisé avec plusieurs thèmes et mécanismes

Qualité de vie : Selon l'OMS, il s'agit de la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement

Schéma corporel : Selon l'American Occupational Therapy Association (AOTA), le schéma corporel est une construction qui est définie par la conscience interne du corps et la relation entre les différentes parties du corps

ANNEXES

Annexe1 : L'ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION D'ANXIÉTÉ

1. Humeur anxieuse Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.
0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.
1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.
2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).
3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e) .

2. Tension nerveuse Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.
0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude
1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux(nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.
2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empl(i)e d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.
3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).
4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.
0 – Absentes
1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.
2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.
3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.
4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.
0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles
1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.
2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.
3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.
4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.
0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.
1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.
2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.
3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.
4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.
0 – Absente
1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattu(e) ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.
2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.
3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.
4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.
0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.
1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.
2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.
3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).
4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

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

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

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

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

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sœurpirante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

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

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

11. Symptômes gastro-intestinaux

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

0 – Absents

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

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

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

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

12. Symptômes urinaires et génitaux

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

0 – Absents

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

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

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

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

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

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

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

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

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

14. Comportement pendant l'entretien

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

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

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

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

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

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

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Annexe 2 : L'ÉCHELLE D'ESTIME DE SOI DE M. ROSENBERG

- 1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre

1-2-3-4

- 2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.

1-2-3-4

- 3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté

1-2-3-4

- 4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens

1-2-3-4

- 5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.

1-2-3-4

- 6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.

1-2-3-4

- 7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.

1-2-3-4

- 8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même

1-2-3-4

- 9. Parfois je me sens vraiment inutile.

1-2-3-4

- 10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.

1-2-3-4

Tout à fait en désaccord : 1

Plutôt en désaccord : 2

Plutôt en accord : 3

Tout à fait en accord : 4

Annexe 3 : L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA MANIE DE YOUNG

1. Élévation de l'humeur

0. Absente

1. Légèrement ou possiblement élevée lorsqu'on l'interroge
2. Élévation subjective nette ; optimiste, pleine d'assurance ; gaie ; contenu approprié
3. Élevée, au contenu inapproprié ; plaisantine
4. Euphorique ; rires inappropriés ; chante

2. Activité motrice et énergie augmentées

0. Absentes

1. Subjectivement élevées
2. Animée ; expression gestuelle plus élevée
3. Énergie excessive ; parfois hyperactif ; agité (peut être calmé)
4. Excitation motrice ; hyperactivité continuelle (ne peut être calmé)

3. Intérêt sexuel

0. Normal ; non augmenté

1. Augmentation légère ou possible
2. Clairement augmenté lorsqu'on l'interroge
3. Parle spontanément de la sexualité ; élabore sur des thèmes sexuels ; se décrit comme étant hyper sexuel
4. Agissements sexuels manifestes (envers les patients, les membres de l'équipe, ou l'évaluateur)

4. Sommeil

0. Ne rapporte pas de diminution de sommeil

1. Dort jusqu'à une heure de moins que d'habitude
2. Sommeil réduit de plus d'une heure par rapport à l'habitude
3. Rapporte un moins grand besoin de sommeil
4. Nie le besoin de sommeil

5. Irritabilité

0. Absente

1. Subjectivement augmentée
2. Irritable par moment durant l'entretien ; épisodes récents d'énervement ou de colère dans le service
3. Fréquemment irritable durant l'entretien ; brusque ; abrupt
4. Hostile, non coopératif ; évaluation impossible

6. Discours (débit et quantité)

0. Pas augmenté

1. Se sent bavard
2. Augmentation du débit ou de la quantité par moment ; prolixe par moment
3. Soutenu ; augmentation consistante du débit ou de la quantité ; difficile à interrompre
4. Sous pression ; impossible à interrompre ; discours continu

7. Langage – troubles de la pensée

0. Absent

1. Circonstanciel ; légère distractivité ; pensées rapides
2. Distractivité ; perd le fil de ses idées ; change fréquemment de sujet ; pensées accélérées
3. Fuite des idées ; réponses hors sujet ; difficile à suivre ; fait des rimes, écholalie
4. Incohérent ; communication impossible

8. Contenu

0. Normal

1. Projets discutables ; intérêts nouveaux
2. Projet(s) particulier(s) ; hyper religieux
3. Idées de grandeur ou de persécution ; idées de référence
4. Délires ; hallucinations

9. Comportement agressif et perturbateur

0. Absent, coopératif

1. Sarcastique ; parle fort par moment, sur la défensive
2. Exigeant ; fait des menaces dans le service
3. Menace l'évaluateur ; crie ; évaluation difficile
4. Agressif physiquement ; destructeur ; évaluation impossible

10. Apparence

0. Soignée et habillement adéquat

1. Légèrement négligée
2. Peu soignée ; modérément débraillée ; trop habillée
3. Débraillée ; à moitié nue ; maquillage criard
4. Complètement négligée ; ornée ; accoutrement bizarre

11. Introspection

0. Présente ; admet être malade ; reconnaît le besoin de traitement
1. Éventuellement malade
2. Admet des changements de comportement, mais nie la maladie
3. Admet de possibles changements de comportement, mais nie la maladie
4. Nie tout changement de comportement

Échelle en 5 points de 0 à 4 (de 0 -absence de symptôme- à 4 -symptômes extrêmes)

Interprétation de l'échelle :
< 6: Euthymie
7-20: Épisode hypomaniaque
> 20: Épisode maniaque

AFFAIBLIR L'INQUIÉTUDE POUR RENFORCER LA QUIÉTUDE PAR LES ARTS PLASTIQUES : UNE ART-THÉRAPIE DANS UN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR FEMMES

par Céline GARCIA

Année 2022 / 2023

RÉSUMÉ

Cet écrit est le fruit de réflexions expérimentales relatives à une expérience d'art-thérapeute stagiaire dans un centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale pour femmes. Nos interventions, plus particulièrement auprès du dispositif médical conçu pour les bénéficiaires atteintes de pathologies plurielles, ont développé l'hypothèse que l'art-thérapie contribue à diminuer l'anxiété. Ce sentiment d'insécurité colore le quotidien des patientes rencontrées au prix d'une souffrance psychique ou physique. Ce mémoire, dont deux études de cas sont relatées avec détails, démontrera les bénéfices du soin art-thérapeutique.

Mots clefs : anxiété, arts plastiques, art-thérapie, bien-être, épanouissement, estime de soi, médico-social, soin, troubles psychiques

~

This writing is the result of experimental reflections relating to an experience as a trainee art therapist in a housing and social reintegration center for women. Our interventions, more particularly with the medical device designed for beneficiaries with various pathologies, have developed the hypothesis that art therapy helps to reduce anxiety. This feeling of insecurity colors the daily lives of patients encountered at the cost of psychological or physical suffering. This paper, of which two cases studies are reported in detail, will demonstrate the benefits of art-therapeutic care.

Keywords: anxiety, art therapy, care, fulfillment, plastic arts, psychic disorders, self-esteem, social-health, well-being