

Faculté de Médecine et de Pharmacie

**Séances d'art-thérapie au sein de l'hôpital psychiatrique
de Niort, utilisant la pratique des arts-plastiques afin de
stimuler l'expression verbale et non verbale auprès de
personnes atteintes de schizophrénie.**

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire
d'art-thérapie**

Présenté par Karine Baleste

Année 2020

Directrice de mémoire

Docteur Anne-Sophie BARON

Psychiatre

Référent Universitaire

Pr Jean-Jacques GIRAUD

Professeur honoraire

à la Faculté de Médecine et

de Pharmacie de Poitiers

Lieu de stage : Centre hospitalier de Niort

Secteur 1 de psychiatrie adulte

Avenue du Général De Gaulle

79000 Niort



UNIVERSITÉ de POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

**Séances d'art-thérapie au sein de l'hôpital psychiatrique
de Niort, utilisant la pratique des arts-plastiques afin de
stimuler l'expression verbale et non verbale auprès de
personnes atteintes de schizophrénie.**

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire
d'art-thérapie**

Présenté par Karine Baleste

Année 2020

Directrice de mémoire

Docteur Anne-Sophie BARON

Psychiatre

Référent Universitaire

Pr Jean-Jacques GIRAUD

Professeur honoraire

A la Faculté de Médecine et

de Pharmacie de Poitiers

Lieu de stage : Centre hospitalier de Niort

Secteur 1 de psychiatrie adulte

Avenue du Général De Gaulle

79000 Niort

<u>Préambule : Expérience Nantaise</u>	7
<u>PREMIÈRE PARTIE</u>	9
<u>INTRODUCTION</u>	9
<u>Description de la pathologie</u>	9
<u>1.1 Définition de la schizophrénie</u>	10
<u>1.2 Les formes cliniques principales</u>	11
<u>1.2.1 Schizophrénie paranoïde</u>	11
<u>1.2.2 Schizophrénie hébéphrénique</u>	11
<u>1.2.3 Schizophrénie catatonique</u>	11
<u>1.2.4 Schizophrénie simple</u>	11
<u>1.3 Les éléments diagnostics</u>	11
<u>1.3.1 La discordance</u>	11
<u>1.3.2 Le délire paranoïde</u>	12
<u>1.3.2.1 L'expérience d'étrangeté</u>	12
<u>1.3.2.2 L'expérience de dépersonnalisation</u>	12
<u>1.3.2.3 L'expérience d'automatisme mental</u>	12
<u>1.3.3 Le délire autistique</u>	13
<u>1.4 Les symptômes positifs</u>	13
<u>1.4.1 Les hallucinations</u>	13
<u>1.4.2 Les idées délirantes</u>	14
<u>1.4.3 La désorganisation de pensée et du comportement</u>	15
<u>1.5 Les symptômes négatifs</u>	16
<u>1.5.1 L'apragmatisme*</u>	16
<u>1.5.2 Le repli autistique</u>	16
<u>1.5.3 L'alogie*</u>	16
<u>1.5.4 Le syndrome amotivationnel</u>	17
<u>1.5.5 Le retrait social</u>	17
<u>1.5.6 L'émoussement affectif</u>	17

1.5.7 <u>Les déficits cognitifs</u>	17
1.5.8 <u>Les symptômes affectifs</u>	17
1.5.9 <u>L'absence d'insight* ou anosognosie*</u>	18
1.6 <u>La nature et les caractéristiques des techniques artistiques choisies</u>	18
1.7 <u>Opinion et intérêt de l'art-thérapie au sein du secteur de psychiatrie</u>	20
<u>DEUXIÈME PARTIE : MATERIELS ET MÉTHODES</u>	23
2.1 <u>Matériels</u>	23
2.1.1 <u>La mise en place des séances d'art-thérapie</u>	23
2.1.2 <u>L'organisation sectorielle des services</u>	23
2.1.3 <u>Les objectifs des prises en charges de patients atteints de schizophrénie</u>	24
2.1.3.1 <u>Choix des objectifs art-thérapeutiques</u>	25
2.1.3.2 <u>Les stratégies thérapeutiques</u>	26
2.1.4 <u>Durée de la recherche</u>	26
2.1.5 <u>Retombées attendues</u>	27
2.1.6 <u>L'organisation des séances</u>	27
2.1.7 <u>Structure de la séance d'art -thérapie d'environ une heure</u>	28
2.2 <u>Méthodes</u>	28
2.2.1 <u>Le cas de M. MM</u>	30
2.2.1.1 <u>L'anamnèse</u>	30
2.2.1.2 <u>Les traitements médicamenteux actuels</u>	31
2.2.1.3 <u>Les objectifs art-thérapeutiques</u>	31
2.2.1.4 <u>Les fiches d'activités d'art- thérapie de M. MM</u>	31
2.2.2 <u>Le cas de M. AR</u>	34
2.2.2.1 <u>L'anamnèse</u>	34

2.2.2.2	<u>Les traitements médicamenteux actuels</u>	35
2.2.2.3	<u>Les objectifs art-thérapeutiques</u>	35
2.2.2.4	<u>Les fiches d'activités d'art-thérapie de M. AR</u>	35
2.2.3	<u>Le cas de Mme NM</u>	37
2.2.3.1	<u>L'anamnèse</u>	37
2.2.3.2	<u>Les traitements médicamenteux actuels</u>	38
2.2.3.3	<u>Les objectifs art-thérapeutiques</u>	38
2.2.3.4	<u>Les fiches d'activités d'art-thérapie de Mme NM</u>	39
<u>TROISIÈME PARTIE : LES RÉSULTATS</u>		41
3.1	<u>Le choix de l'Échelle SANS</u>	41
3.2	<u>Les items d'observation</u>	41
3.3	<u>Les grilles d'observation des séances de M. MM</u>	42
3.4	<u>Les bilans</u>	43
3.4.1	<u>Le bilan art-thérapeutique de M. MM des 9 séances individuelles</u>	43
3.4.2	<u>Le bilan personnel de M. MM à travers un questionnaire d'auto-évaluation</u>	44
3.5	<u>Les grilles d'observation de M. AR</u>	45
3.6	<u>Les bilans</u>	45
3.6.1	<u>Le bilan art-thérapeutique de M. AR des 9 séances individuelles</u>	45
3.6.2	<u>Le bilan personnel de M. AR à travers un questionnaire d'auto-évaluation</u>	46
3.7	<u>Les grilles d'observation de Mme NM à travers l'art-thérapie</u>	47
3.8	<u>Les bilans</u>	48
3.8.1	<u>Le bilan art-thérapeutique de Mme NM des 9 séances individuelles</u>	48

3.8.2 <u>Le bilan personnel de Mme NM à travers un questionnaire d'auto-évaluation</u>	49
<u>QUATRIÈME PARTIE : LA DISCUSSION</u>	49
<u>Notre expérience d'art-thérapie sous toutes ses formes</u>	49
4.1 <u>L'atelier</u>	49
4.1.1 <u>Le déplacement du patient à l'extérieur des services</u>	49
4.1.2 <u>L'atelier : lieu de repères</u>	50
4.1.3 <u>L'atelier : lieu d'accueil</u>	50
4.1.4 <u>L'atelier : outil de contenance</u>	50
4.1.5 <u>L'atelier : les limites</u>	51
4.2 <u>Les patients et l'art-thérapie à travers les séances art-thérapie : vécu expérimentiel</u>	51
4.2.1 <u>Les séances d'art-thérapie face aux difficultés relationnelles des patients</u>	51
4.2.1.1 <u>L'utilisation de l'observation des œuvres artistiques</u>	52
4.2.1.2 <u>La musique dans les séances d'art- thérapie</u>	52
4.2.1.3 <u>L'expression verbale</u>	54
4.2.1.4 <u>Notion de créativité, de création, d'esthétisme et d'envie dans les séances</u>	55
4.3 <u>L'art-thérapie et l'institution</u>	56
4.3.1 <u>L'art-thérapie au sein du centre hospitalier de Niort</u>	56
4.3.1.1 <u>Les présentations de l'art-thérapie dans les services</u>	56
4.3.1.2 <u>Les attentes des soignants</u>	56
4.3.1.3 <u>Les observations et les évaluations</u>	57

<u>4.4 La thérapeute et ses séances d'art-thérapie</u>	57
<u>4.4.1 La thérapeute et sa compétence soignante</u>	57
<u>4.4.2 La contenance psychique</u>	58
<u>4.4.3 Les rythmes</u>	58
<u>4.4.4 Les silences</u>	58
<u>4.4.5 Les consignes</u>	59
<u>4.4.6 La guidance et l'aide technique</u>	59
<u>4.4.7 La pression de l'art-thérapeute</u>	59
<u>4.4.8 Les observations de l'art-thérapeute à travers ses séances</u>	60
 <u>CONCLUSION</u>	61
 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	63
<u>GLOSSAIRE</u>	64
<u>ANNEXES</u>	65

Les remerciements :

Au Docteur Anne-Sophie BARON, qui m'a fait confiance dans ce stage, qui m'a guidé dans mes prises en soins et a toujours été disponible pour échanger sur ma pratique ainsi que sur la rédaction du mémoire.

Au Professeur Jean-Jacques Giraud pour son enseignement.

Au Docteur Ronan ENARD, qui a orienté plusieurs patients sur l'art-thérapie et m'a conseillé sur l'organisation des séances notamment.

Au Docteur Monique LAROYE qui m'a permis d'échanger en équipe pluridisciplinaire sur la prise en charge d'un patient.

A Mme Lisa JEANNEAU (interne) qui a contribué à la mise en place de l'art-thérapie sur le service des Cytises.

A M. CEZERA, cadre -supérieur (à la retraite à présent) qui m'a soutenu dans ma démarche de formation en art-thérapie notamment auprès de la direction.

A Mme SAMPOL-BESSE, cadre-supérieur qui a validé et soutenu la mise en place de l'art-thérapie sur le secteur.

Aux cadres du service, M. Bruno TOUZEAU, Mme Valérie MONTIE et Mme Amélie VIOLLET-NEE.

Et bien sûr, à mon mari Ludovic, pour son aide et sa patience au cours de ces deux années de formation, et à mes enfants Jules, Camille et Titouan pour mes temps d'absence.

A ma belle-mère, Colette pour tous ces temps passés à la maison.

Préambule : Expérience Nantaise

A 23ans, je me suis installée à Nantes. Cela va être le début de mon parcours professionnel : je commence par une expérience dans une galerie d'art associative « Le Rayon Vert » sur les hauteurs de la Butte Sainte-Anne. C'est à ce moment précis où je pense que ma profession pourrait s'orienter vers un métier artistique.

Cela a été une expérience unique de pouvoir découvrir ce milieu : riche de rencontres, de découvertes artistiques et de créations en tout genre. Le montage des expositions, les vernissages « café/croissants » du samedi matin, où régnaient l'excitation du moment et les tensions perceptibles des artistes exposés.

Portée par cette période artistique où tout semble possible, je constitue un dossier de candidature au concours des Beaux-Arts de Nantes.

Je suis recalée à l'oral, mon échec est mal vécu et les futurs projets s'évanouissent.

Je m'oriente alors vers une formation aux trompes-œil et aérographie.

La pratique des activités artistiques ne m'a jamais quitté, elle fait partie de mon quotidien.

Après cette étape Nantaise, je déménage pour aller vers la Dordogne. Le travail est plus difficile à trouver, les propositions moins diversifiées. Je m'oriente vers le sanitaire. Je réussis successivement les concours d'aide-soignante et d'infirmière. Rapidement, la psychiatrie m'a attiré, par sa complexité et pour la fascination des méandres du psychisme. Je me sens à l'aise à travers la relation aux patients, motivée et investie.

Après quelques périples supplémentaires et deux enfants plus tard, j'arrive dans les Deux-Sèvres. Je commence à exercer en juin 2008, au centre hospitalier de Niort sur le secteur 1 de psychiatrie adulte : tout d'abord aux Cytises, un service ouvert d'admission puis Capepsy Gâtine, un service de patients au long cours et actuellement aux Ormeaux, un service d'admission fermé qui accueille essentiellement des patients schizophrènes.

Le soin psychiatrique dispensé actuellement repose sur les entretiens infirmiers et médicaux entre autres. Ces derniers sont souvent mis à mal par les troubles qui ne permettent pas une communication simple, entraînent de l'incompréhension, peuvent créer des conflits, des angoisses, la perte de confiance, la mise en échec, la dévalorisation, l'interprétation...

Cela a parfois pour incidence aussi d'enliser les prises en charge et de provoquer de l'inertie.

Après quelques années de pratique, j'ai cherché à approfondir mes connaissances afin d'améliorer les prises en charge des patients.

Le constat de l'absence de nouvelles propositions de soins, au sein du secteur, m'a incité à me former de nouveau. L'art-thérapie est apparue comme une évidence, en croisant mes compétences professionnelles infirmière et mes compétences artistiques.

L'art-thérapie est une proposition de soins positive : elle valorise, procure du plaisir et du mieux-être auprès de personnes en grandes difficultés.

Les maladies psychiatriques (notamment la schizophrénie) impactent la vie quotidienne, sous la forme de symptômes négatifs comme l'alogie*, l'anhédonie*, l'aboulie*, l'isolement social, l'émoussement affectif et l'apragmatisme*...

Tous ces symptômes sont autant de freins à la relation et la communication.

L'art-thérapie permet d'agir sur les symptômes négatifs et permet de mettre en œuvre le rôle propre infirmier. Toutes ces raisons m'ont conduite vers une recherche des prises en soins qui seraient congruentes. C'est à partir de ces constats que j'ai pu constituer une argumentation pour soutenir mon dossier de demande de formation auprès de ma hiérarchie et des médecins du service. Le soutien médical a toujours été présent et convaincu de la pertinence de l'art-thérapie dans les soins.

C'est auprès de ma hiérarchie que j'ai démontré mon engagement et l'intérêt de se former en art-thérapie, notamment auprès des personnes atteintes de troubles psychiatriques hospitalisées sur les services fermés.

C'est après plusieurs années de démarches que l'établissement a financé mon projet de Diplôme Universitaire en art-thérapie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Le choix du thème de travail sur ces séances d'art-thérapie, auprès de patients schizophrènes, a été assez évident puisque depuis quelques années maintenant je travaille en majorité avec ce type de patients. Mes connaissances et mon expérience ont permis de déterminer l'hypothèse de départ : « Séances d'art-thérapie au sein de l'hôpital psychiatrique de Niort utilisant la pratique des arts-plastiques afin de stimuler l'expression verbale et non verbale auprès de personnes atteintes de schizophrénie ».

PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION

Le monde des asiles d'après-guerre est un « modèle inerte » fixé depuis un siècle dans une chronicité détestable. La guerre a montré à certains psychiatres le caractère insupportable de cette situation. La vie des patients est misérable dans ces hôpitaux, objets de répulsion pour la population. L'hôpital psychiatrique était un univers sans humanité aucune. Or c'est justement de « la vie », de la vie banalement quotidienne, qu'il fallait partir pour apporter quelque chose aux malades et, par ricochet, aux psychiatres. Ceux-ci étaient conscients de la dramatique inadéquation de leurs services à soigner. Ils sentaient que vivre, tout simplement vivre, dans le contexte qu'ils « offraient » aux patients qui leur étaient confiés, était impossible, dégradant et déshumanisant.

Dans le même temps, les neuroleptiques venaient transformer la symptomatologie des maladies mentales les plus graves. Les symptômes les plus voyants, les grandes agitations, les états délirants spectaculaires étaient en peu de jours modifiés dans leur présentation : on abrasait les signes, ce que certains prenaient bien légèrement pour une guérison. L'amélioration des comportements dans les pavillons fit éclater au grand jour la misère des conditions de vie, l'inadéquation dramatique des locaux non pas à une fonction de soins mais plus simplement à un cadre de vie, au sens le plus banal du terme. Les conditions hôtelières minables, honteuses, l'absence d'hygiène la plus élémentaire renvoyaient tragiquement au fait que l'hôpital psychiatrique n'était pas un lieu pour vivre.

Description de la pathologie

Selon l'OMS*, les troubles mentaux sont responsables d'une part majeure de la morbidité dans le monde. L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental. Les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Les pathologies les plus sévères concernent une proportion plus réduite mais significative de la population. On estime que la schizophrénie concerne près de 1% de la population, le trouble de l'anxiété généralisée 2%, l'état dépressif caractérisé sévère 3%. L'OMS identifie 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du 21ème siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif. Les troubles mentaux et la souffrance psychique qu'elle entraîne ont des répercussions importantes sur la santé physique, la vie personnelle, sociale des personnes concernées et sur leur entourage.

1.1 Définition de la schizophrénie

Selon Eugen Bleuler, psychiatre suisse, la définition de schizophrénie vient de schizo (skhi qui signifie « fendre, déchirer ») et phrénie (phrên qui signifie « esprit, cœur »). La schizophrénie renvoie donc à l'idée de rupture des liens, dissociation des diverses fonctions psychiques, altération majeure de la pensée et des affects. Eugen Bleuler insiste là sur l'incohérence interne, voire la bizarrerie du fonctionnement.

La schizophrénie est une pathologie de la personnalité. On aura une destruction du système de la personnalité, amenant une incohérence à la fois mentale et au niveau de conduites psychologiques, c'est à dire la manière de se comporter ou d'être. La vie psychique perd son unité, sa stabilité pour aboutir à la dissociation (syndrome dissociatif). On aura également une altération des capacités associatives.

La pensée du schizophrène est définie comme autisme sans référence aux autres, coupée de tout contact avec la réalité. Le contenu de la pensée autistique est fait d'expressions symboliques des complexes inconscients : le délire.

Le délire est un processus secondaire à la désintégration de la vie psychique.

On trouvera donc de ce fait dans la schizophrénie deux choses : le syndrome de dissociation ou processus primaire et le délire ou processus secondaire.

Le schizophrène ne construit pas son monde en relation avec les autres. Sa pensée se replie sur elle-même et se nourrit de complexes inconscients, au lieu de se nourrir des échanges relationnels.

L'école française de psychiatrie ajoute à cette définition la notion d'évolution chronique et de trouble profond de l'affectivité. Les troubles de l'affectivité sont de l'ordre de l'indifférence, de l'apathie, des sentiments paradoxaux, et ils finissent par entraîner un affaiblissement de l'intelligence.

On peut caractériser la schizophrénie par ces 5 notions :

- Ambivalence
- Autisme
- Idées délirantes
- Perturbation affective
- Etrangeté

1.2 Formes cliniques principales

1.2.1 Schizophrénie paranoïde

C'est la plus fréquente et la plus productive sur le plan symptomatique. Elle se caractérise par la présence d'un délire paranoïde plus ou moins dissociatif. Elle apparaît aux détours d'un ou plusieurs accès délirants aigus.

1.2.2 Schizophrénie hébéphrénique

Elle aussi a été appelée démence précoce. Cette pathologie survient chez le sujet jeune. Elle est caractérisée par l'indifférence, la puérilité. Les relations du patient sont très capricieuses.

1.2.3 Schizophrénie catatonique

C'est une forme de schizophrénie où les troubles psychomoteurs sont au premier plan. On observe une perte de l'initiative motrice.

1.2.4 Schizophrénie simple

Elle se caractérise par une personne en retrait, solitaire. Elle est dans une grande indifférence à l'égard de la vie (la sienne comme celle des autres).

Description de la période d'état

On décrit deux grands syndromes : la dissociation et le délire. Ces deux syndromes évoluent sur un fond commun : la discordance. La désintégration de la personnalité va se traduire par la dissociation, et l'expression de l'inconscient se fera par le délire résultant de la désintégration.

1.3 Les éléments diagnostiques :

1.3.1 La discordance se manifeste à travers quatre signes :

Ambivalence : c'est un symptôme majeur. C'est le partage contradictoire de tout le psychisme du sujet. Mélange de désir et de crainte, qui fige le sujet dans un conflit permanent. Le schizophrène sera paradoxal, hésitant, apragmatique

Bizarrie : illogisme, étrangeté... etc.

Impénétrabilité : sensation d'hermétisme perçue au contact du malade (on ne peut donner un sens à son acte)

Détachement : vécu d'introversiion, retrait du sujet.

Le syndrome de discordance s'exprime dans 3 sphères :

1. Sphère de la pensée

La discordance s'y manifeste par des troubles de l'attention, de la capacité de concentration, et des troubles de la mémoire (la mémoire est diminuée, élective). On note des associations d'idées qui paraissent cocasses.

Les troubles du cours de la pensée : il y aura des barrages dans le langage (arrêt brutal), ou un "*fading mental*" (barrage moins brutal. Le cours de la pensée se ralentit, avec coupures). Il peut y avoir aussi une stagnation du cours de la pensée

Distorsion du système verbal : monologues, altérations phonétiques (voix chuchotées, mots télescopés, néologismes)

Distorsion de l'écriture : façon spéciale d'écrire, sans chercher à transmettre à autrui (peut écrire sur le côté de la page, puis à l'envers...)

Distorsion du système logique : système délirant, magique.

2. Sphère affective

Altération de l'élan vital : On ressent chez ces malades une espèce d'indifférence, un manque d'émotions. Ces sujets refusent le contact avec l'extérieur, et on sent la communication impossible : c'est le nihilisme.

Régression instinctivo-affective : le sujet va agir impulsivement, désirant retourner dans un système de fusion avec la mère.

3. Sphère du comportement

On va souvent voir se manifester l'ambivalence au niveau corporel par une catatonie (syndrome psychomoteur comportant des phases d'immobilité et de mutisme, des phases de passivité et d'imitation, et des phases expressives avec maniérisme et bouderie). Le maniérisme, la bizarrerie, et le théâtralisme du malade s'expriment dans le corps.

1.3.2 Délire paranoïde : On le voit se manifester dans des bouffées délirantes. Mais avant de pouvoir diagnostiquer la schizophrénie, il faut que le sujet ait fait plusieurs bouffées délirantes. Le vécu délirant associe 3 expériences :

1.3.2.1 Expérience d'étrangeté : pour le sujet, ce qui est autour de lui est modifié. C'est l'expérience sensible même du malade qui est modifiée. En règle générale, c'est un instant angoissant que cette perte des références antérieures (notons que parfois c'est une expérience exaltante). On retrouve-là des phénomènes d'illusion, d'intuition. Le sujet a des hallucinations sensorielles riches.

1.3.2.2 Expérience de dépersonnalisation : c'est l'expérience d'étrangeté qui se joue dans le corps. Donne l'impression d'un morcellement du corps. Effraction complète du corps somatique par le biais du psychisme qui a tout retransformé, retravaillé.

1.3.2.3 Expérience d'automatisme mental : Se traduit par une sensation de téléguidage de la pensée. Le sujet parle de fluide, d'ondes... et d'hallucinations psychosensorielles (ou psychiques). Cette expérience d'influence est sous-tendue par un

automatisme mental, qui est la production spontanée, involontaire et mécanique d'idées et d'actions qui s'imposent au sujet. On note alors des sensations parasites (non-reconnues par le sujet), un automatisme idéique ("*obligation*" de penser à la même chose), le dédoublement de la pensée (quand il pense, ou qu'il agit, il entend un commentaire : "*tiens, il est ennuyé !*", "*tiens, il mange !*"), le petit automatisme mental (velléité abstraite, vécu hypothétique...).

1.3.3 Le délire autistique

Sur ce vécu délirant s'élabore un délire autistique. Sur la dépersonnalisation par exemple, le sujet va élaborer des délires de thème hypocondriaque pour rationaliser (la rationalisation est une défense de l'inconscient qui consiste à utiliser une explication rationnelle trouvée a posteriori pour justifier un délire ou un comportement). Sur l'influence, le délire sera la persécution mais de manière plus floue, moins systématisée que le délire du paranoïaque. Dans les délires paranoïdes, le sujet projette de tous les côtés, sans direction. Le langage est pauvre, incohérent, abstrait et symbolique. En règle générale son évolution va vers la pauvreté, la stéréotypie des termes.

La schizophrénie est, comme toute autre maladie, caractérisée par de nombreux symptômes. Ils peuvent varier d'une personne à l'autre, ne sont pas toujours présents en même temps et, une même personne peut présenter différents symptômes selon le stade de sa maladie. Ils sont classés en deux grandes catégories : les symptômes positifs et les symptômes négatifs. Des déficits cognitifs et des perturbations de l'humeur peuvent également, à des degrés divers, faire partie des symptômes de la schizophrénie.

1.4 Les symptômes positifs

Les symptômes positifs sont des manifestations qui s'ajoutent aux fonctions mentales habituelles d'un individu, à ses pensées.

1.4.1 Les hallucinations :

Ce sont des troubles de la perception. La personne est convaincue de percevoir des choses qui, en réalité, n'existent pas. On distingue plusieurs sortes d'hallucinations.

Les hallucinations auditives : Elles peuvent être de simples sons ou des discours incessants. Elles peuvent être énoncées par une ou plusieurs voix. Elles transmettent un message, des ordres, des menaces, des commentaires ou des injures.

Les hallucinations visuelles : Ce sont des visions, des apparitions de lueurs, de taches colorées, de personnages ou de scènes plus ou moins animées, parfois plaisantes ou très désagréables. Elles sont parfois proches des images d'un rêve.

Les hallucinations olfactives et gustatives : Les hallucinations olfactives sont relatives aux odeurs et les hallucinations gustatives sont relatives au goût. Elles sont habituellement pénibles et désagréables.

Les hallucinations tactiles et cénesthésiques : Les hallucinations tactiles sont relatives au toucher et les hallucinations cénesthésiques sont relatives aux sensations corporelles internes. Elles peuvent être des sensations de brûlures, de fourmillements, des impressions d'insectes grouillant sous la peau. Parmi les hallucinations corporelles internes, il peut s'agir de l'impression qu'un de leurs organes disparaît ou, globalement, de l'impression d'être possédé ou dématérialisé.

Les hallucinations psychiques : Les hallucinations psychiques sont des phénomènes que la personne éprouve comme s'ils venaient d'ailleurs : une impression qu'on lui impose des images dans sa tête ou qu'on l'oblige à revoir des scènes de souvenirs ou de rêves. Ces hallucinations ressemblent à une transmission de pensée, de « télépathie », à des idées imposées.

1.4.2 Les idées délirantes :

Il s'agit d'une conviction à la fois absolue et fausse, une certitude au sujet de laquelle la personne est insensible à toute argumentation et qui peut envahir sa vie, l'amenant parfois à accomplir des actes absurdes et incompréhensibles pour l'entourage. Pour la personne, cette certitude est plus véridique et plus importante que la réalité extérieure qui, pour elle, n'a aucune valeur. Ces convictions erronées sont constantes, non transitoires, et ne sont pas partagées par les autres. Le délire explique, en quelque sorte, le monde inquiétant et angoissant dans lequel la personne atteinte de schizophrénie est plongée. Il existe différentes sortes d'idées délirantes.

Le délire de persécution : Aussi appelé pensée paranoïaque, c'est le délire le plus fréquent. La personne a la conviction que l'on se conduit d'une façon malveillante envers elle ou envers une personne qui lui est proche. Elle a la conviction d'être persécutée et d'être en danger. Elle peut penser qu'on l'espionne, qu'il y a un complot contre elle, qu'on la trompe, qu'on veut la tuer, etc...

Les idées de grandeur : Elles sont presque aussi intenses que les idées de persécution. Ce sont des illusions de puissance, d'influence, de richesse, de grande intelligence, de filiation grandiose, de surestimation de ses capacités personnelles.

Le délire de contrôle : Dans le délire de contrôle, la personne est convaincue d'être sous l'emprise d'une force étrangère. Elle croit que tout ce qu'elle dit, écrit ou fait, lui est imposé par une puissance qui la domine. Ces forces étrangères peuvent être des rayons, des ondes ou peuvent agir par des voies paranormales.

1.4.3 Désorganisation de pensée et du comportement

Les troubles de la pensée et du discours : La perturbation de la logique de la pensée se manifeste par un langage incompréhensible comportant l'expression d'idées décousues. Soit que les phrases sont incohérentes et n'ont aucun lien logique entre elles, soit que les propos ne riment à rien ou encore que la personne passe d'un sujet à l'autre à un rythme accéléré.

Le syndrome dissociatif : C'est par lui que s'exprime la perte de la cohésion de la pensée. Le schizophrène a une pensée embrouillée, désordonnée. Les propos sont bizarres, sans lien entre les associations d'idées. On observe des "*barrages*", durant lesquels il ne pense plus. Ce sont les troubles du cours de la pensée. Il présente aussi des troubles de la communication et du langage, avec une intonation plate, un rythme inadapté. Le sens des mots est détourné. Le schizophrène ne se sert pas du langage comme d'un outil de communication. Au contraire cela lui permet de se détourner de la réalité, de créer son propre monde. On note aussi une altération du système logique : causes et effets ne sont plus en rapport. La pensée magique y est présente (ce qu'il pense se réalisera, de façon imperméable à l'expérience), ainsi que la pensée symbolique. Le schizophrène a une logique qui lui est propre, indépendante de l'expérience. On note une désorganisation de la vie affective : ironie, opposition systématique, dédain, bouderie. Le sujet apparaît très détaché, avec quelquefois des impulsions violentes traduisant la vie affective paradoxale (rires discordants, larmes immotivées... etc.). Enfin on notera une désorganisation psychomotrice : les gestes sont maladroits, ébauchés, le sujet a des

tics évoluant d'un jour à l'autre. Globalement, le syndrome dissociatif évolue vers une perte de contact avec les autres. Certaines schizophrénies se limitent à ce seul syndrome dissociatif, sans délire exprimé

1.5 Les symptômes négatifs

Les symptômes négatifs, plus difficiles à déceler, traduisent des pertes de fonctions normales, une dégradation des aptitudes habituelles. Ils constituent un manque chez la personne, une absence de comportements attendus, comme si un mécanisme central normalement présent faisait défaut. On peut les percevoir comme un « déclin », une dégradation des aptitudes habituelles. Les symptômes négatifs apparentés à la schizophrénie sont souvent confondus avec de la paresse. Ils en ont parfois l'apparence, mais ils sont, en fait, une manifestation de la maladie et ils se traduisent par une incapacité de passer à l'action. Les symptômes négatifs apparaissent habituellement avant les symptômes positifs et peuvent persister, même après la phase aiguë de la maladie et que l'état de la personne a été stabilisé. Ils ne sont pas souvent reconnus comme des signes avant-coureurs de la maladie et peuvent être confondus avec certains comportements rencontrés à l'adolescence. Les plus fréquents sont :

1.5.1 L'apragmatisme* : est un symptôme majeur dans la schizophrénie qui se traduit par une incapacité à entreprendre des actions. Il en résulte par une perte d'initiative motrice, une inaction prolongée. La capacité de vouloir est atteinte, cela peut dans certain cas conduire à une suspension totale des activités motrices.

1.5.2 Le retrait autistique : la personne a tendance à se couper de son environnement, à se replier sur soi, à s'isoler. La personne perd tout intérêt pour l'action et pour les relations avec autrui. Elle oppose une inertie aux sollicitations sociales et une indifférence aux nécessités concrètes. Le monde environnant lui paraît inintéressant ou nocif. Le repli peut s'accroître et tendre vers la solitude totale, ce que l'on nomme négativisme. Le négativisme produit et maintient une rupture du contact avec autrui.

1.5.3 Alogie* : La personne peut devenir très peu portée à s'exprimer spontanément, une conséquence du ralentissement général de la pensée, voire même d'une absence d'idée. Les difficultés à converser se manifestent par une pauvreté du

discours, des réponses évasives et brèves, des interruptions subites de la conversation ou une augmentation du délai de réponse à une question.

1.5.4 Le syndrome amotivationnel : C'est un symptôme fréquent. La maladie peut causer une perte de vivacité, d'entrain et d'intérêt général chez la personne. Cela se traduit souvent par une incapacité d'assumer ses responsabilités à la maison, au travail ou à l'école. La personne peut être portée à ne rien faire, à dormir pendant de longues périodes.

1.5.5 Le repli social : La personne manifeste un manque d'intérêt croissant envers son milieu social. Il y a un effritement des relations avec les amis et les pairs et même avec les membres de la famille. Elle s'isole de plus en plus et présente un repli sur soi manifeste. On note une diminution de la quantité et de la qualité des activités de loisirs et de l'intérêt pour les activités de détente.

1.5.6 L émoussement affectif : La personne éprouve de la difficulté à ressentir et exprimer des émotions. À long terme, la physionomie, le regard, l'intonation de la voix de la personne peuvent en venir à n'exprimer aucune nuance émotive. Mais il peut également y avoir des réactions inadaptées à certaines situations : rire sans raison apparente ou en apprenant une nouvelle triste ou angoissante, ou pleurer en entendant une histoire drôle.

1.5.7 Les déficits cognitifs : Les déficits cognitifs sont des altérations des capacités du cerveau à traiter l'information pour bien fonctionner en société. Ils affectent l'habileté de la personne à comprendre, analyser ou à se rappeler l'information reçue. La personne a de la difficulté à se concentrer sur une tâche spécifique ou à fixer et maintenir son attention. La mémoire à court terme de l'individu semble être affectée en premier. Ceci perturbe l'exécution des activités de la vie quotidienne et peut expliquer pourquoi certains individus ont de la difficulté à veiller à son hygiène, prendre sa médication, etc. La personne atteinte de schizophrénie éprouve également beaucoup de difficultés à prendre des décisions, ce qui l'amène à changer d'idée, à hésiter longtemps avant de prendre des décisions banales, à dire non alors qu'elle pense oui (ou vice versa) puis à regretter ce qu'elle vient de dire. De plus, à cause des problèmes qui affectent l'attention, la mémoire et la concentration, l'apprentissage peut être pénible pour certains individus.

1.5.8 Les symptômes affectifs : Il est fréquent que la personne atteinte de schizophrénie ressente de l'anxiété, de la tristesse et des sentiments dépressifs. En outre, la personne peut être découragée et vivre une détresse profonde lorsqu'elle réalise l'impact de la maladie sur sa vie. Le risque de suicide est plus grand chez les personnes souffrant de

schizophrénie que dans la population générale. Les idées suicidaires doivent être prises très au sérieux et doivent inciter la personne et la famille à chercher immédiatement de l'aide.

1.5.9 L'absence d'insight* ou l'anosognosie* est un trouble neuropsychologique qui explique qu'une personne atteinte de schizophrénie ne semble pas avoir conscience de sa condition. À l'inverse du déni, qui est un mécanisme de défense psychologique « normal », cette méconnaissance de la maladie par l'individu est pathologique.

1.6 La nature et les caractéristiques des techniques artistiques choisies

Notre pratique est essentiellement basée autour de la pratique des arts-plastiques. C'est au cours des entretiens d'accueil que nous avons proposé plusieurs techniques comme l'écriture, le dessin, la peinture, l'utilisation de différentes matières artistiques (pastels, encres, crayons de couleur..., le collage (le modelage qui n'a pas été validé par les patients), l'observation des œuvres artistiques et l'écoute musicale.

Nature	Caractéristiques des techniques
Ecriture	Sous forme de jeux pour permettre de lancer la séance L'écriture a rapidement été remplacée par les jeux oraux pour ne pas mettre les patients en difficultés
Observation des œuvres artistiques	Choix d'œuvres par le patient, à partir de livres d'art ou de photos d'art Description détaillée : des techniques artistiques utilisées, du thème de l'œuvre et de l'artiste
Musique	Ecoute musicale, musique imposée (Annexe p 77) ou choix des patients
Dessin	Graffiti : dessin technique, travail sur les lettres (mise en relief) Création d'un mandala Dessins décomposés (fleurs et guitare), qui permettent aux patients de prolonger le dessin sans se mettre en difficultés en laissant

	une partie créative
Matières	Crayons de couleur, crayons feutres, pastels gras, pastels secs, les encres de couleur, collages et aquarelle Travail sur les effets des matières
Supports	Papier blanc 21*29.7 cm de 180g/m ²

La pratique des 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.

Le dessin, la peinture et sculpture sont intemporels. La peinture entraîne celui qui s'en délecte dans la plus parfaite immobilité, favorisant la vie psychique.

Ici nous constatons que la psychose gèle la mentalisation. L'art-thérapie intervient plutôt sur les périodes « *d'accalmie* » de la schizophrénie, c'est à ce moment, que les personnes sont les plus productives au niveau pictural. Les psychotiques adultes ont un passé de normalité, l'art-thérapie mobilise ces moments de normalité.

Les arts-plastiques représentent un acte mental qui agit sur la vie pulsionnelle, qui est mise en veille : le « *ça* » est au service du « *moi* » triomphant.

Les neurosciences aussi nous éclairent sur les mécanismes qui sont mis en action dans la pratique artistique : les activités ludiques et créatives améliorent les capacités d'attention et de mémorisation. C'est en stimulant les circuits du plaisir, que l'on augmente la plasticité cérébrale, donc notre capacité à changer ou à surmonter un obstacle.

« J'ai davantage le sentiment de vivre une expérience que de faire un tableau. » CY TWOMBLY peintre expressionniste abstrait

L'observation des œuvres : Le choix d'une œuvre par le patient se fait sur l'esthétisme de l'œuvre, de l'émotion qui s'en dégage. La jouissance esthétique est subjective, parce qu'elle est liée à l'intimité du sujet, en d'autres termes à son inconscient.

« Le plaisir que la beauté nous donne n'est jamais superficiel, elle nous aide à mieux nous connaître, à oser être ce que nous sommes, à accueillir le mystère de l'existence. » C.PEPIN philosophe romancier

Face aux œuvres, des phénomènes de catharsis s'opèrent, libèrent de tout sentiment de culpabilité lié à la transgression : voir ce qu'il ne faut pas voir (le sexe, le sexualité), voir ce qu'il ne faut pas faire (tuer). L'observation des œuvres impacte les patients au niveau thérapeutique à condition qu'un dialogue s'instaure avec l'art-thérapeute.

L'écriture

Nous avons utilisé l'écriture, uniquement sur les débuts des premières séances. L'écriture apparaît comme une tentative de réunification de l'image du corps disloquée, et aussi à une tentative d'expression autour de conflits psychiques. Cependant cette proposition a été rapidement remplacée par des jeux oraux car les patients étaient en trop grande difficulté pour écrire.

Concernant les consignes, nous avons été attentives à ne pas utiliser de métaphores car ces dernières peuvent être prises au pied de la lettre. Ainsi H. SEALES *psychiatre et psychanalyste américain* a montré que pour les patients schizophrènes il y avait une indistinction entre la pensée concrète et la pensée métaphorique. Ces images métaphoriques ne sont pas ressenties dans la dimension figurative mais éprouvées au niveau sensoriel.

L'écoute musicale

La musique est par excellence le langage des émotions. La musique est un ensemble cohérent de signes observant des lois différentes en fonction du temps, du lieu, de son origine : la complexité n'a d'égale que sa diversité. Cette proposition agit sur le plaisir auditif et la sensation corporelle.

1.7 Opinion et intérêt de l'art-thérapie au sein du secteur de psychiatrie

Tout d'abord l'art-thérapie apparaît de manière générale soutenante pour les patients schizophrènes, hospitalisés sous contrainte dans les services fermés. Ce mode de placement les oblige à se soigner et les prive de liberté.

L'art-thérapie est une proposition de soins qui valorise les patients schizophrènes qui ont souvent une estime d'eux très dégradée. C'est une proposition de soins positive qui permet aux patients de s'investir sans mise en danger : le travail d'élaboration se réalise à travers la pratique artistique et de ce fait n'expose pas le patient.

L'art-thérapie permet de faire travailler les patients sur leurs difficultés de relation et de communication. L'art-thérapie redynamise les patients souvent victime de symptômes

négatifs comme l'apragmatisme*, l'aboulie*. L'hospitalisation pour certains patients renforce les symptômes négatifs, par l'absence de propositions de soins adaptées.

Les manifestations de la maladie comme le repli, le mutisme, l'isolement social sont présents. Les angoisses psychotiques font souffrir les patients et les limitent dans leurs interactions.

L'art-thérapeute travaille à limiter l'impact de la maladie sur le quotidien de vie du patient.

L'art-thérapie propose des espaces de libertés, créatifs qui constituent des aires de jeu qui contrastent avec le contexte médical.

L'art-thérapie s'appuie sur le développement de l'activité créative de la personne, visant à travers les productions artistiques à faciliter l'expression : c'est un moyen pour dépasser les inhibitions verbales.

L'art-thérapie vient nourrir l'imaginaire des patients sans stimulation dans leur quotidien, ils sont eux même surpris de leur capacité à créer.

La satisfaction et le plaisir de produire sont les axes qui permettent l'investissement des patients dans les séances. Les patients ont ainsi envie de renouveler les expériences.

L'art-thérapie a un retentissement sur le quotidien, améliore la qualité de vie des patients.

Notre difficulté majeure est de faire des propositions artistiques suffisamment judicieuses pour permettre au patient d'être valorisé et d'être satisfait à travers des productions. C'est aussi à travers la réflexion en équipe que ces propositions se construisent.

L'art-thérapie selon nous a tout son sens au sein de la psychiatrie.

Concernant la réflexion autour des médiums utilisés, nous avons souhaité que les séances soient construites autour d'un lieu, d'une atmosphère chaleureuse et contrastée avec celle des services, afin que le patient puisse identifier l'atelier comme un lieu ressource, qu'il l'associe à un endroit agréable.

Le choix d'utiliser la musique : Elle nous permet de renforcer le mieux-être dans la séance. La musique facilite la mise au travail, augmente la concentration. Elle permet la détente du patient ou au contraire de dynamiser la séance si nécessaire.

Nous l'utilisons en tant que médiateur et stimulant verbal. Elle mobilise les souvenirs, les émotions et ouvre sur de nouvelles découvertes musicales.

Les arts-plastiques comme stratégies thérapeutiques : Le dessin implique la concentration, l'attention, la volonté de faire, les praxies*...

Les différentes mémoires sont sollicitées comme la mémoire exécutive, procédurale...

Le dessin permet de « fixer » le patient sur un objectif, limite le délire le temps de la production.

Les angoisses sont diminuées. La charge mentale est déplacée sur la production.

L'art- plastique comme choix pour les patients atteints de schizophrénie les préserve d'une certaine intrusion de son environnement. L'art-plastique permet de conserver une protection vis-à-vis de l'autre. Il conserve une intimité protectrice qui lui permet d'exprimer sans se mettre en danger. Le support, les consignes fixent un cadre contenant pour les patients.

L'art-plastique n'impose pas de rythme de création, il est propre au patient : c'est lui- même qui se l'impose.

Le choix des matières et des couleurs favorise la satisfaction du patient dans ses expériences artistiques. Les couleurs valorisent les productions. Les matières ouvrent l'échange avec l'art-thérapeute.

L'observation des œuvres artistiques : L'observation nous a été imposée par la difficulté de la prise en charge des patients. La réticence et l'absence de stimulation depuis de nombreuses années de maladie, nous ont obligé à développer cette proposition d'observation.

Elle a permis de stimuler la communication, de mettre en confiance les patients et d'enrichir leur imaginaire tout en les préservant. L'observation facilite et nourrit le futur travail artistique.

La ritualisation de cette pratique est rassurante et gratifiante. Elle nous a permis de valoriser la parole du patient et de créer l'échange sur un registre encore inexploré.

L'entretien d'accueil que nous avons réalisé en début de la séquence a orienté les choix des sujets en fonction des centres d'intérêts des patients.

DEUXIÈME PARTIE : MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1 Matériels :

2.1.1 La mise en place des séances d'art-thérapie :

La mise en place des 140 heures de stage au sein du service de psychiatrie du secteur 1 de Niort a suscité différentes étapes :

- Élaboration du projet (rencontre avec l'encadrement pour exposer les modalités du stage et les objectifs de l'art-thérapie)
- Recherche d'un lieu
- Organisation d'occupation du lieu (salle partagée)
- Création de l'atelier
- Recherche de budget
- Promotion d'art-thérapie au niveau des équipes soignantes et des médecins
- Proposition et présentation du projet aux patients (orientés par les médecins du secteur)

Le stage a commencé le 9 septembre pour finir le 6 décembre, avec une prise en charge de 6 patients porteurs d'une même pathologie : la schizophrénie. Cette séquence comprend 9 séances toutes individuelles durant de 1h à 1h30. L'atelier a été créé spécialement pour le stage.

2.1.2 L'organisation sectorielle des services :

Ce stage s'est déroulé au sein de la psychiatrie niortaise, dans un hôpital situé en centre-ville, associé à l'hôpital général.

Le pôle de psychiatrie regroupe 3 secteurs de psychiatrie adulte, une psychiatrie infanto-juvénile, la psychogériatrie, l'addictologie et le centre d'expertise pour autiste adulte. L'atelier a été proposé sur le secteur 1. Ce secteur, qui reçoit les patients du sud-ouest des Deux-Sèvres et une partie du centre-ville de Niort, comprend :

- Un service d'admission fermé pour adulte : Les Ormeaux (service dans lequel j'exerce actuellement)
- Un service d'admission pour adulte ouvert : Les Cytises (même configuration, le service accueille des patients avec des manifestations plus modérées)
- Un service pour patients au long cours Capepsy Gâtine (qui travaille autour des gestes du quotidien, des fonctions cognitives et de favoriser l'intégration dans des structures d'accueils.
- Deux services de CATTP* et hôpital de jour : le Bosquet et le Verger.

Unité Les Ormeaux : accueille 19 personnes en hospitalisation complète sous contrainte pour la plupart. Le public hospitalisé présente plutôt des troubles psychotiques, qui sont devenus incontrôlables avec une mise en danger pour la personne à l'extérieur.

Le service possède 2 chambres d'hypostimulation.

Le personnel comprend actuellement deux médecins et un (e) interne, une cadre infirmière, une assistance sociale, une psychologue et 20 autres soignants (infirmières diplômées d'état en majorité, 1 aide médico-psychologique et 1 aide-soignante) et des agents d'entretien hospitalier.

Les missions sont :

- Prise en charge de la crise
- Traiter la maladie
- Travailler sur la reprise de confiance et l'image de soi
- Aider à la prise de conscience de la pathologie
- Travailler sur l'alliance thérapeutique
- Le protéger de lui-même et des autres
- Travailler la sortie

2.1.3 Les objectifs des prises en charges de patients atteints de schizophrénie

Ces symptômes positifs sont souvent apaisés par les traitements neuroleptiques, cependant il reste toutes les répercussions sur le quotidien. Les entretiens sont les bases du travail actuel, cependant les patients impactés dans leur relation à l'autre et leur mode de communication sont souvent en difficulté pour travailler notamment sur les signes de la pathologie, la critique des actes, leurs émotions, la mémorisation...

L'aboulie* et l'apraxisme* se retrouvent souvent au premier plan des symptômes négatifs. L'absence de proposition de soins dans les services, amènent les patients à « s'enfermer » dans leurs symptômes négatifs. Les objectifs art-thérapeutiques proposés sur les séances sont une réponse à certaines de ces difficultés.

2.1.3.1 Choix des objectifs art-thérapeutiques

Comme nous avons remarqué, la schizophrénie ne se résume pas à quelques symptômes. Nous avons un ensemble de signes qui varient d'intensité et impactent la vie au quotidien.

C'est à l'aide de l'Échelle SANS Scale for the Assessment of Positive Symptoms (Échelle d'Évaluation des Symptômes Négatifs) N.C ANDREASEN, traduction française : Y.LECRUBIER et P.BOYER que nous avons orienté notre évaluation. (Annexes p72)

Nous avons choisi de travailler sur l'expression verbale et non verbale auprès des patients, nous avons souhaité reprendre les définitions :

L'expression est un processus dynamique par lequel un individu manifeste dans un langage ce qu'il est, ce qu'il vit et la manière dont il perçoit la réalité.

La communication est la transmission d'un message entre un émetteur et un récepteur qui possèdent en commun ou partiellement, le code nécessaire à la transcription du message.

La relation est un système d'interaction de tous les facteurs qui interviennent sur les comportements. L'être humain est un être psychologique et social marqué par le rapport qu'il entretient aux autres.

L'objectif général art-thérapeutique est de stimuler l'expression verbale et non verbale.

Les objectifs intermédiaires sont multiples :

- Lutter contre le retrait psychique
- Lutter contre l'isolement social
- Stimuler le psychisme, recréer une dynamique psychique
- Apporter du plaisir et de la satisfaction à créer
- Valorisation
- Procurer du bien-être
- Positionner le patient en acteur de son soin, mobiliser ses propres ressources
- Apporter de la contenance psychique
- Renforcer l'alliance thérapeutique
- Offrir un espace de liberté sécurisant

2.1.3.2 Les stratégies thérapeutiques :

La proposition de séances d'art-thérapie au sein des services, a nécessité une réflexion commune. L'équipe soignante, les médecins n'avaient jamais eu la possibilité d'utiliser ce dispositif. Nous avons proposé des temps de réunion afin d'échanger sur les possibilités qu'offre l'art-thérapie, quels effets pourraient produire la pratique. Nous avons pris en compte les différentes prises en charge déjà existantes, l'état psychique du patient et la possibilité que la proposition d'art-thérapie puisse lui convenir.

La collaboration avec l'équipe soignante a été de déterminer un objectif de soin individuel en évitant d'alimenter le délire, de provoquer une nouvelle décompensation psychique. Mais aussi d'éviter une mise en échec en fonction des capacités psychiques de chaque individu.

Comment articuler ce nouveau soin dans son hospitalisation.

Le choix des patients a été en partie déterminé sur les critères suivants :

- Personne atteinte de schizophrénie,
- Suffisamment stabilisée psychiquement,
- Porteur de symptômes négatifs : présentant un repli psychique, un isolement social et des difficultés de relation à l'autre.
- Avec un besoin d'étayage pour soutenir ou dynamiser la prise en charge.

2.1.4 Durée de la recherche

Afin d'organiser le temps de stage et le temps de travail dans le service, nous avons dû très rapidement poser un planning. Il a été présenté dès le mois de juin 2019 à notre hiérarchie pour anticiper notre absence dans le service en septembre.

Le stage s'est déroulé du 9 septembre au 6 décembre 2019, cela représente 9 séances individuelles qui ont été programmées sur deux jours : lundi et mardi (à l'exception de temps de formation et pendant les vacances).

La régularité et la continuité des soins ont participé à la prise en charge des patients. La durée des séances était fonction des prises en charge : de trois quarts d'heure à une heure trente.

2.1.5 Retombées attendues

- Stabilisation et étayage psychique
- Amélioration des relations notamment à travers la communication
- Une prise en charge plus rapprochée qui permet de « rencontrer le patient » dans un contexte de soins radicalement différent.
- L'investissement du patient, l'adhésion sur cette proposition artistique
- Le travail psychique invisible et le retentissement sur le quotidien
- Le plaisir, la satisfaction de produire et de créer
- La fierté du travail réalisé
- Redynamiser la prise en charge du patient, apporte un nouvel éclairage aux professionnels et redonne du sens dans les soins
- Renforcer l'alliance thérapeutique

2.1.6 L'organisation des séances

La recherche de la salle a été menée dès le mois de juin en collaboration avec M. Cézèra, cadre supérieur du secteur 1. La réflexion pour l'installation du futur atelier d'art-thérapie était d'avoir un lavabo et une salle de petite taille (pour la contenance psychique). Autre point, la salle est située au secrétariat du secteur 1, qui est au centre des trois services. L'atelier est à l'extérieur des services, apporte pour le patient un espace de liberté à l'écart des soignants et du service dont il dépend. Les jours attribués ont été fonction du planning du service, ainsi que de la disponibilité de la salle partagée avec une soignante réflexologue.

Le choix d'avoir des jours fixes, a permis d'inscrire l'art-thérapie dans la régularité et ainsi de programmer les prochaines séances. L'art-thérapie avec des jours fixes ritualise les séances « *même heure, même endroit* », avec un impact rassurant et confortable.

Les horaires ont été fonction de leur disponibilité ainsi que des contraintes de service. Les horaires ont très peu varié. Les patients sont venus régulièrement aux séances (seule une séance n'a pas eu lieu pour un patient qui était en vacances). Les horaires étaient organisés de 9h à 17h, nous recevions 4 patients par jour en individuel. Les séances ont commencé par 30 min à 45 min pour aller jusqu'à 1h30 suivant les productions.

La rencontre avec les patients a été très positive. Chacun d'entre eux a accepté après une brève rencontre de participer au premier entretien (présentation de l'art-thérapie) et de venir à l'atelier.

Les transmissions ont été faites à l'oral auprès des équipes après chaque séance puis à l'écrit. La participation aux transmissions des soignants nous a permis d'intégrer l'art-thérapie dans les prises en charge.

2.1.7 Structure de la séance d'art -thérapie d'environ une heure

Séance	Respect du lieu, heure et jour sont fixes
5 min	Reprise de contact/temps d'échange informel Échange sur l'humeur du jour, qui amène parfois à discussion L'humeur est illustrée par une couleur ou starters : jeux oraux ou écrits
1 min	Mémorisation de la séance précédente Freins et moteurs sur la production
1 min	Reprise des consignes et objectif du jour
1 min	Mise en musique (choix du patient ou imposée) adaptée suivant le travail et le patient
1 min	Choix d'une œuvre à partir de revues, livres d'art (qui sera utilisée au cours de la séance)
1 min	Aide à l'installation du matériel, repérage (œuvres placées au même endroit), stimulation au déplacement
15 à 20 min	Reformulation des consignes / temps de production
10 min	Observation et description d'une œuvre
15 min	Retour au travail
5 min	Temps d'observation de la production, échange, titre sur l'œuvre
1 min	Évaluation de la satisfaction et dépose de l'œuvre
1 min	Évocation du futur projet ou futur séance
1 min	Clôture de la séance et programmation de la suivante « même heure, même endroit »

2.2 Méthodes

Le choix des patients : Nous avons pris en charge 6 patients sur trois services différents qui présentaient des pathologies identiques ou manifestations similaires. Notre choix de présentation pour ce mémoire de fin d'études s'est porté sur trois patients atteints de schizophrénie, qui sont connus des services de psychiatrie depuis de longues années, alternant des décompensations avec hospitalisations et des temps à leur domicile. Ces trois patients sont

hospitalisés depuis de nombreux mois. Ils sont tous les trois en difficultés dans les relations à l'autre et dans leur capacité à s'exprimer, avec des manifestations différentes.

Patient	Pathologies	Besoins art-thérapeutiques exprimés	Objectifs thérapeutiques
MM	Schizophrénie paranoïaque	« <i>Améliorer l'estime de moi-même</i> »	Limiter l'attitude défensive à travers la pratique artistique. Favoriser l'alliance thérapeutique Retrouver du « plaisir » dans les séances Eviter la mise en échec Lutter contre l'ennui et l'isolement social
AR	Schizophrénie et addiction à l'alcool	« <i>Me sentir bien</i> »	Limiter l'isolement relationnel Retrouver du « plaisir » à travers la création Redonner de la dynamique psychique
NM	Schizophrénie	« <i>J'aimerais avoir plus confiance en moi</i> » « <i>Être spontanée dans mon expression orale (je réfléchis trop)</i> »	Valoriser les créations Adapter les séances pour faciliter la production des créations ainsi éviter la mise en échec Redonner de la dynamique psychique Etayer son quotidien Lutter contre l'ennui et l'isolement social Retrouver du « plaisir » dans la pratique artistique

2.2.1 Le cas de M. MM

2.2.1.1 L'anamnèse : Homme de 37 ans, suivi pour des troubles psychotiques de type paranoïaque. Sa persécution est majeure avec une adhésion totale à son délire.

Il vit seul dans son appartement. Il est autonome pour les actes du quotidien. Il est en contact avec sa mère et sa sœur. Son père est décédé d'un cancer, il y a 3 ans.

M. MM s'inscrit dans les activités de l'hôpital, il pratique la randonnée et le basket. À l'extérieur, il pratique le badminton deux fois par semaine. M. MM ne travaille pas et perçoit l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Il n'évoque pas d'envie de travailler.

Sa première hospitalisation débute en 2002 suite à un accident de la voie publique, il est alors en première année d'Institut Universitaire de Technologie. Il est hospitalisé pour agressivité, hallucinations et délires. Il refuse les soins et très vite se replie sur lui-même. Il est décrit comme impulsif et rejette les soins.

Pendant de longues années ses parents ont alarmé sur l'état de santé de leur fils, qu'ils signalaient préoccupant. Il a été hospitalisé en 2016 suite à un passage à l'acte hétéro-agressif sur son voisin à l'arme blanche. Le patient hospitalisé dans un premier temps en temps complet et depuis 2 ans en hôpital de jour tous les jours sauf le weekend. Il reste en programme de soins (avec une mesure de soins en psychiatrie à la demande d'un représentant de l'état) depuis ce passage à l'acte et donc avec une obligation de se présenter en hôpital de jour du lundi au vendredi de 9h à 17h.

Pendant son hospitalisation le patient a changé de traitement, il lui a été prescrit du *Léponex*, traitement qui agit sur les schizophrénies résistantes. Cependant, le traitement bien toléré ne semble pas apporter un changement réel. Le délire reste ancré.

Le patient a un comportement adapté dans le quotidien mais son contact auprès des soignants restent distant. Il aime prendre la parole pour plaisanter avec les soignants sans jamais s'impliquer lui-même. Il se présente toujours avec des ouvrages très intellectuels, sur des recherches mathématiques ou politiques. Il aime se démarquer des autres personnes hospitalisées. Il est « supporter » de l'équipe des Chamois (équipe de football de Niort), est présent à tous les matchs et s'habille souvent avec des accessoires des clubs de football. La relation reste superficielle. Son discours est idéique*. Le contact est fuyant.

2.2.1.2 Les traitements médicamenteux actuels

- Tercian (cyamémazine) 25 mg en comprimés matin et soir : c'est un neuroleptique, indiqué pour agir sur l'agressivité, l'anxiété au cours des psychoses. Il est sédatif. Les effets secondaires sont multiples : on retiendra le risque d'hypotension artérielle, la sécheresse buccale, les raideurs musculaires et la constipation.
- Léponex (clozapine) 300 mg en comprimés le soir : il s'agit d'un neuroleptique atypique indiqué dans les schizophrénies résistantes, a une action sur le délire et les hallucinations. Surveillance régulière de la numération formule sanguine dans un carnet de contrôle. Les effets secondaires : étourdissements, évanouissements, difficultés à uriner, fréquence cardiaque accélérée.

2.2.1.3 Les objectifs art-thérapeutiques

-Objectif personnel art-thérapeutique : dixit M. MM « *j'aimerais améliorer l'estime de moi-même* ».

-Objectif général art-thérapeutique : Que M. MM puisse être stimulé à s'exprimer afin d'agir sur son attitude défensive.

-Objectifs intermédiaires art-thérapeutiques :

- Que M. MM puisse travailler sur sa relation à l'autre
- Que M. MM puisse prendre du plaisir
- Que M. MM accepte d'être guidé dans ses réalisations
- Que M. MM puisse être valorisé dans ses productions

2.2.1.4 Les fiches d'activités d'art- thérapie de M. MM

Séance 1 du 9/09 : Fiche d'ouverture et petits exercices d'écritures. Le patient semble bien réagir, dit vouloir faire des recherches sur les peintres.

Séance 2 du 16/09 : Absent pour cause de vacances

Séance 3 du 23/09 : Patient qui arrive en retard ce qui n'est pas dans ses habitudes. S'excuse.

Petits jeux d'écriture : « *message à un ami pour donner des nouvelles* » « *Si vous étiez une période de l'histoire* » : la citer, la décrire « *Si vous étiez un personnage de bande dessinée* »

Le patient écrit rapidement, sourit, se détend...La production est assez limitée dans les mots, absence de phrase et la réflexion est très fugace.

Exercice principal : travail sur la conception d'un blason, qui permet à la personne de se décrire avec guidance. Je lui fournis un blason déjà pré dessiné et lui explique la démarche.

Début des consignes « *Pouvez -vous m'écrire une devise, qui vous qualifie ?* »

« *Donnez-moi trois valeurs importantes pour vous* »

« *Pouvez-vous inscrire des mots clés, des personnes que vous gardez en tête* »

« *Les personnes sur lesquelles vous pouvez compter, vos qualités* »

« *Dessinez des symboles, des choses qui vous ont marqué* »

« *Pouvez-vous écrire là où vous avez envie d'aller, là où se rejoignent vos talents, vos envies ?* »

« *Pour finir et si vous le souhaitez, vous pouvez décorer votre blason, mettre de la couleur et des accessoires.* »

Les consignes sont plus ou moins respectées, souvent détournées. L'écrit est peu productif. Les dessins sont très enfantins, assez pauvres. Le patient est concentré et participe volontiers.

La séance se termine rapidement, le patient ne semble pas vraiment satisfait du résultat.

Séance 4 du 30/09 : Patient qui échange sur quelques événements de sa vie.

Trois temps sur cette séance d'environ 1h10.

1^{er} temps : Temps d'échange et d'observations artistiques : Son choix se porte sur deux tableaux de Monet « *La gare St Lazare* » et « *L'hôtel des roches noires* ».

M. MM est investi autant sur l'observation que sur la description : le sujet est plus commenté que la technique ou le ressenti du tableau. Il interprète le tableau et extrapole. Il semble prendre du plaisir à regarder ces œuvres.

2^{ème} temps : Travail autour de la projection d'encres de couleurs : le patient participe ++ et fait des expériences. Il détrempe le papier, souffle sur les encres : il n'est plus dans la maîtrise. Il exprime « *Je suis content du résultat* ».

3^{ème} temps : Évocation du prochain travail et de son organisation : écriture de son nom en graffiti

Séance 5 du 7/10 : Proposition de graffiti : écrire son prénom

Petits jeux d'écriture pour débiter, faire une rime avec son prénom et puis avec son nom.

Échange sur le graffiti : le patient a fait des recherches très théoriques.

Observation de graffitis à l'aide de l'ordinateur : Passage délicat au dessin, nous lui proposons un démarrage avec un début de graffiti à compléter « M.. », il s'applique, s'investit, recommence ...gomme. Il note Maxoo, puis commence son prénom sur une autre feuille. Il s'approprie son travail, demande à être guidé. Après le dessin, il s'interroge sur les étapes. Nous le guidons et lui demandons de repasser ses lettres en noires. Il doit réfléchir aux couleurs et au fond. La séance se termine après une 1h15. M. MM me dit qu'il est satisfait et que cela est passé vite.

Séance 6 du 4/11 : Reprise du travail autour du graffiti de son prénom : mise en profondeur, mise en couleur. Séance assez technique, qui met le patient en position de demander de l'aide. Guidance +++ . Au cours de la séance, les traits deviennent plus souples et plus précis.

Séance 7 du 18/11 : Travail autour d'un nouveau graffiti et de la stimulation du langage

1^{er} temps : mémorisation de la dernière séance et tentative de mobilisation des ressentis : « *c'était agréable* », satisfait de sa production. « *Pouvez-vous associer votre graffiti à une musique ?* » Choix d'une musique Hip hop : *Invasion « la rime urbaine »*.

2^{ème} temps : réflexion autour de ce que représente le graffiti : la production écrite est sans réel sens.

Il travaille sur le choix d'un « blaze* » . Après le travail d'association de mots, il trouve le mot «tonc» alors à ce moment il est plus précis, remet du sens, s'approprie l'exercice.

Cela débouche sur le choix d'un graffiti autour d'un sens interdit, une cigarette et du mot « tonc ». Le patient s'investit, mais reste en difficultés techniques. Il souhaite avoir un résultat esthétique. La guidance est importante.

Séance 8 du 25 /11 : Reprise du graffiti avec 2 temps pour cette séance :

-Un travail d'écriture autour des représentations de la cigarette. « *Qu'est-ce que vous recherchez lorsque vous fumez ? Qu'est-ce que vous voulez dire dans ce dessin ?* » Les réponses sont curieuses, floues et sans réel sens. « *Pour moi, certaines personnes sont obligées de fumer du tabac. Pour d'autres, c'est l'alcool qui est primordial* » « *La cigarette c'est : vie et bonheur* » « *Ma production représente différents points de vue et stigmatisation* »

-Reprise du graffiti et mise en couleurs : Le patient s'investit mais nécessité de guidance pour une aide technique pour les étapes du graffiti. Difficultés sur le choix des couleurs, associations difficiles- début de mise en couleurs.

Séance 9 du 2/12 : Dernière séance et finition du « blaze* » Le patient arrive ce matin moins négligé, moins fatigué aussi. Toujours en demande de guidance sur son travail de « blaze ». La recherche de couleurs est compliquée, les traits s'assouplissent mais il est toujours rapide dans la réalisation, il ne prend pas le temps de faire un travail soigné. M. MM semble un peu contrarié sur le contour du sens interdit. Le travail fini, il exprime malgré tout de la satisfaction.

2.2.2 Le cas de M. AR

2.2.2.1 L'anamnèse : Patient de 39 ans, suivi depuis de nombreuses années en psychiatrie pour schizophrénie. M. AR a arrêté ses études en seconde. Les premiers signes de la maladie se manifestent par une prostration d'environ une année : il restait devant la télévision. Par la suite, il essaie de reprendre ses études mais cela se solde en échec. Il commence à travailler et là aussi il échoue. M. AR commence à consommer du cannabis. Il dit manquer de courage. Ses parents lui achètent une voiture mais il ne s'en sert pas. À cette période, il aura une petite amie (l'unique car depuis il n'a personne dans sa vie). En 1999, la maladie s'intensifie, il exprime un délire qui se fixe sur ses voisins. Des troubles du sommeil surviennent, il inverse ses nuits. Il est hospitalisé sous contrainte. Il est actuellement hospitalisé au centre hospitalier de Niort dans le service Les Ormeaux depuis plusieurs années en attente d'un lieu de vie. Son maintien à domicile étant devenu impossible, suite à des consommations d'alcool massives qui l'ont conduit à une mise en danger et ont déclenché une crise d'épilepsie sur un sevrage brutal.

Actuellement, le patient délire à bas bruit, il a des rires immotivés, des barrages. C'est un patient qui s'exprime peu et perd le contact avec les autres. Il s'isole. Il présente une anosognosie, (de ce fait ne comprend pas son hospitalisation) une aboulie et un apragmatisme.

Pour pallier à l'absence de structure pour l'accueillir, M. AR a des temps dans sa famille : une journée et deux jours à suivre pour permettre de supporter l'hospitalisation. Il participe à un temps de randonnée (qui est arrêté car le patient ne voulait pas continuer), de musicothérapie (récemment) et de séances individuelles d'art-thérapie qu'il a déjà pratiqué il y a quelques années. Le patient semble prendre du plaisir à travers les sorties chez ses parents ainsi qu'à travers les soins proposés. Il est de bon contact et agréable dans les échanges même lorsqu'il lui arrive de consommer de l'alcool lors de ses sorties hors du service.

2.2.2.2 Les traitements médicamenteux actuels

-Diazepam 10 mg (valium) : matin, midi et soir. C'est un anxiolytique de la famille des Benzodiazépines à demi-vie longue qui agit sur le sevrage alcoolique ainsi que sur l'anxiété dont les effets secondaires sont les troubles mnésiques, somnolence et risque de dépendance.

-Paliperidone LP 150mg/2.25ml (Xéplion) : antipsychotique, de la famille des neuroleptiques atypiques. Il est utilisé dans une phase de stabilisation de la maladie. Les effets secondaires : insomnies, maux de tête, prise de poids, mouvements involontaires, éruptions cutanées... Il est sous forme injectable, renouvelable tous les 28 jours.

2.2.2.3 Les objectifs art-thérapeutiques :

Objectif personnel : « *j'aimerais me sentir bien* »

Objectif art-thérapeutique général : Que M. AR puisse s'exprimer à travers la pratique artistique

Objectifs intermédiaires art-thérapeutiques :

- Que M. AR puisse être stimulé et dynamiser son psychisme à travers la production artistique.
- Que M. AR puisse prendre du plaisir dans les séances
- Que M. AR puisse rompre l'isolement psychique

2.2.2.4 Les Fiches d'activités art-thérapie de M. AR

Séance 1 du 09/09 : L'entretien d'accueil et un temps de jeux d'écriture (pour permettre d'illustrer l'art-thérapie)

Séance 2 du 18/09 : Les débuts de séances avec des jeux d'écriture se transforment en jeux oraux.

Travail sur les arabesques et la musique. Le patient n'utilise pas du tout la musique pour lâcher ses traits. Il refuse de fermer les yeux. Il reste dans la maîtrise de ses traits et produit peu. Le remplissage est réalisé avec minutie. Il nomme sa production et raconte une histoire incohérente. L'investissement est pauvre.

Séance 3 du 23/09 : Le patient arrive avec 25 minutes de retard. Nous lui faisons pointer mais nous ne changeons pas les horaires pour autant : ce sera une petite séance de 30 minutes.

Nous lui proposons de réaliser un mandala.

1^{ère} étape : S'inspirer de mandalas existants (mais simplifiés). Le patient s'inquiète de la tâche à réaliser cependant s'intéresse : il regarde les mandalas à disposition. (Car il se souvient de l'art-thérapie à travers les mandalas).

2^{ème} étape : faire un mandala avec un support déjà pré-dessiné, trois cercles tracés afin de limiter, de cadrer la production. Le patient se saisit d'une règle et trace avec précision de petits segments équilibrés et répartis dans les cercles. Il finit sa production en 30 minutes, nous le félicitons de sa création. Satisfait++

Séance 4 du 30/09 : Le patient arrive avec 10 minutes de retard. Nous revenons sur sa création et la possibilité de créer à l'intérieur des espaces. Il refuse et souhaite simplement mettre des couleurs. M. AR est très appliqué et il est soucieux de l'harmonie des couleurs. Nous l'interrompons pour lui signaler la fin de la séance et lui faire remarquer que du fait de son retard les séances sont courtes : il est conscient de son retard mais ne réajuste pas.

Séance 5 du 7/10 : M. AR arrive avec 10 minutes de retard, trempé par la pluie et sent l'alcool.

Nous lui proposons des petits jeux d'orax autour des films : M. AR s'amuse et rit. Le patient mémorise très bien les séances précédentes. Il reprend la mise en couleurs de son mandala, qu'il exécute avec lenteur, reste en arrêt sur le choix des couleurs. Il n'arrive pas à finir sa production, semble frustré lorsque nous lui demandons d'arrêter.

Séance 6 du 4/11 : Il arrive avec 10 minutes de retard et il a une haleine toujours alcoolisée. Nous lui annonçons qu'il reste peu d'éléments pour finir son travail aujourd'hui. Il finit donc son mandala en couleur (sans motif, exclusivement en couleur). Puis nous prenons un temps d'observation de tableaux de guitares et quelques échanges autour du futur dessin de guitare.

M. AR est stimulé pour faire des choix des matières, pour lui permettre de faire d'autres choix que des crayons de couleurs. Il fait le choix de « pastels gras ». La guidance est compliquée, le patient semble ne pas entendre les indications. « M. AR réfléchissez au travail du fond de votre production ». Il commence par l'instrument.

Séance 7 du 18/11 : Le patient arrive alcoolisé à la séance avec 10 minutes de retard. Travail de nouveau autour de la guitare : avec le lissage des pastels et une réflexion autour du remplissage de la caisse. Nous lui proposons d'associer des collages au niveau de la caisse.

Le patient est très ralenti, le travail se fait lentement. La créativité semble à l'arrêt. Cependant il accepte de faire des recherches avec les revues et se lance à découper des éléments qui lui

parlent. La séance est accompagnée de musique rock choisie par le patient Nofx « the decline » puis Placebo « every you every », jusqu'à ce qu'il demande « sans musique c'est bien aussi ».

Séance 8 du 25/11 : Le patient est en retard de 20 minutes, avec une haleine alcoolisée.

Nous lui proposons un brainstorming autour de la guitare en le questionnant sur : les ressentis, l'ambiance et les souvenirs. Le patient est peu productif et les mots ont peu de sens « NOFX, heureux, cordes, jouer, guitares ». Nous lui demandons d'utiliser ces mots pour enrichir sa production, s'inspirer de cette recherche. Il colle quelques éléments sans sens, puis « retombe » dans deux coloriages... s'arrête rapidement par la suite. Nous lui demandons que le dessin soit entièrement recouvert, complet.

Séance 9 du 2/12 : M. AR arrive avec 10 minutes de retard, vient seul jusqu'à l'atelier. Il a encore une haleine alcoolisée. Le patient reprend son dessin. Nous échangeons sur sa production notamment en lui remémorant la séance dernière, M. AR s'anime lorsqu'il reprend sa production : il sourit. Sa production est réduite. Il reprend au pastel et colle quelques motifs de « chaînes ». Il commente son dessin « la guitare soleil » puis fait des liens incohérents.

M. AR a réussi à finir toutes ses productions, il les ramènera chez lui par la suite. Nous clôturons la séance, par un bilan personnel et bilan art-thérapeutique (en partie III).

2.2.3 Le Cas de Mme NM

2.2.3.1 L'anamnèse

Patiente de 36 ans qui est suivie en psychiatrie depuis de nombreuses années. Elle est atteinte de schizophrénie avec de nombreux symptômes négatifs. Mme NM vit seule dans son appartement à Niort. Elle est fille unique, voit ses parents une fois par semaine le weekend (où elle dort parfois). Elle est autonome pour gérer son argent, ses courses et faire ses papiers administratifs. Elle décrit de l'ennui et de la solitude. Elle dit que lorsqu'elle n'a rien à faire, elle reste dans son lit toute la journée.

Mme NM a été hospitalisée deux fois sur l'année 2019, pour errance sur la voie publique. Mme NM a décompensé suite à une inobservance thérapeutique avec une désorganisation psychomotrice, des bizarreries du contact et de la méfiance. La patiente apparaît apragmatique*, figée, repliée sur elle-même, avec peu de verbalisation. Elle semble effrayer par le contact à l'autre, reste souvent dans un coin du service où elle est hospitalisée.

Après quelques semaines d'hospitalisation, Mme NM semble plus stabilisée, moins effrayée mais toujours en retrait, et avec peu d'échange. Elle a accepté une prise en charge en hôpital de jour : le mardi et le jeudi (elle joue à des jeux de société et des sorties sur l'extérieur lui sont proposées). L'art-thérapie est proposé en séances individuelles le lundi après-midi. L'atelier a commencé pendant son hospitalisation et a continué en étayage de sa sortie à son domicile.

2.2.3.2 Les traitements médicamenteux actuels :

-Tercian (cyamémazine) 25 mg matin et soir : c'est un neuroleptique indiqué pour agir sur l'agressivité, l'anxiété au cours des psychoses. Il est sédatif. Les effets secondaires sont multiples, nous retiendrons le risque d'hypotension artérielle, somnolence, la sécheresse buccale, les raideurs musculaires et la constipation.

- Halopéridol LP 50 mg (Haldol Decanoas) solution injectable ampoule de 1 ml : injection de 200mg tous les 28 jours en intra- musculaire : c'est un neuroleptique à action prolongée. Traitement au long cours des psychoses chroniques. Les effets secondaires sont identiques au Tercian.

2.2.3.3 Les objectifs art-thérapeutiques

Objectifs art-thérapeutiques personnels :

« J'aimerais avoir confiance en moi »

« J'aimerais avoir plus de spontanéité dans mon expression (je réfléchis trop) »

Objectif général art-thérapeutique : Que Mme NM puisse s'exprimer à travers la pratique artistique

Objectifs intermédiaires art-thérapeutiques :

-Que Mme NM ne s'isole pas

-Que Mme NM puisse produire sans la peur de l'échec

-Que Mme NM soit valorisée à travers sa production

-Que Mme NM puisse travailler sur sa relation à l'autre

2.2.3.4 Les fiches d'atelier d'art-thérapie de Mme NM

Séance 1 du 09/09 : Nous commençons par l'entretien d'accueil et la fiche d'ouverture, la patiente est participative et fournit des éléments assez facilement.

Puis afin d'illustrer ce que représente l'art-thérapie, nous lui proposons de petits jeux d'écriture (ce que je déteste... puis ce que j'aime) malgré les reformulations, la patiente mutique, se bloque me dit qu'elle n'y arrivera pas : « *ce n'est pas pour moi l'art-thérapie.* »

Rapidement nous saisissons un livre d'Art, impossible que la patiente soit en échec sur ce premier temps, et nous enchaînons sur l'observation d'une œuvre impressionniste de Manet. Avec stimulation, nous entamons l'échange, la participation est bonne. Elle est juste dans ses observations. Les couleurs, le lieu, la saison, ce que la scène représente. Nous évoquons ensemble comment organiser les prochaines séances et lui donnons rendez-vous la semaine prochaine.

Séance 2 du 16/09 : Le contact est totalement froid et figé. Les mots sont rares malgré la stimulation. Nous tentons une proposition mais avec des contraintes pour la sécuriser.

Papier A4 (21*29,7cm), ordinaire : fleur décomposée en 4, plus ou moins complète. La patiente s'en empare et se concentre.

La consigne : compléter les dessins à l'aide de feutres, crayons de couleurs ou de crayons de bois. Les consignes sont comprises mais détournées. Elle utilise les feutres et travaille exclusivement sur la première case. La composition est créative, haute en couleur et très fournie. Les couleurs sont intenses et harmonieuses. La patiente est surprise de sa production. La patiente s'exprime avec peu de mots, elle esquisse un sourire. Dit être satisfaite de la séance.

Séance 3 du 23/09 : L'attitude est toujours « robotisée », nous lui demandons de faire un choix entre la séance entière sur la composition de la fleur ou une séance avec le dessin et l'observation d'une œuvre. Elle décide de faire les deux, en commençant par le dessin : blocage de nouveau « le dessin ce n'est pas pour moi ». Rapidement nous reprenons un livre d'art et nous observons un tableau de Degas « La terrasse ». Nous insistons sur la description des fleurs qui bordent la terrasse pour permettre de faire le lien entre son travail et l'œuvre, nourrir son imaginaire, développer son côté créatif. La patiente surmonte son blocage pour réussir à produire avec des crayons de couleurs de nouvelles fleurs. Satisfaite en fin de séance : la cotation est de 7 sur 10. Sourit +

Séance 4 du 30/09 : La séance est alternée entre observation d'œuvres d'art et création.

Elle souhaite dès le début de la séance prendre sa production autour des fleurs.

Elle est investie, s'autorise à se déplacer pour venir voir des œuvres sur l'ordinateur, elle commente sur stimulation « La chambre de Van Gogh ».

Par la suite, elle reprend son dessin : crée, complète avec des pastels gras et des feutres. Elle s'autorise à passer plus d'une heure en séance et finit son travail. Elle cote sa satisfaction à 7 sur 10.

Séance 5 du 7/10 : (1 ère séance depuis son retour à domicile)

La patiente qui arrive en avance et sourit lorsqu'elle passe la porte. Elle dit être contente d'être chez elle et le montre. Reprise du travail sur les fleurs, avec des crayons et des pastels à son initiative. Nous avons intégré deux temps d'observations : un temps d'observation sur l'ordinateur sur les tableaux de fleurs et l'autre temps sur une œuvre choisie par la patiente. Ces deux temps permettent de développer le langage artistique et de stimuler l'expression.

Séance 6 du 4/11 : « Aquarelle et bords de mer » La patiente arrive souriante. Elle dit évoquer ses activités avec ses parents, nous précise qu'ils sont contents. Travail ce jour autour d'une photo de « coquillages de bord de mer ». Mme NM fait le choix entre plusieurs photos. La patiente décalque sur 1h30 environ. Le travail est très soigné. Nous la guidons sur la logique du calque car elle semble en difficulté pour comprendre le principe. Un temps de pause autour de l'observation d'une œuvre de Sisley : « le pont à Villeneuve La Garenne ». Le langage est limité mais elle participe.

Séance 7 du 18/11 : « Aquarelle et dessin de bords de mer » Reprise du dessin au crayon pour marquer le trait sur le papier définitif. La patiente prend contact avec l'aquarelle, fait des essais de dilution puis des choix de couleurs. Mme NM évoque et semble se projeter sur sa future production.

Séance 8 du 25/11 : « Mise en couleurs du dessin » Mme NM restitue parfaitement la séance précédente. La patiente installe son matériel pour l'aquarelle et commence directement. Elle avait déjà choisi sa couleur la dernière séance. Les effets sont au rendez-vous. Ensuite elle commence les coquillages (privée de la photo d'origine). Les couleurs sont vives. Elle nous gratifie d'un large sourire lorsqu'elle regarde son dessin.

Temps d'observation : une œuvre de Courbet « La remise de chevreuils au ruisseau de Plaisir-Fontaine »

Séance 9 du 02/12 : Dernière séance sur l'aquarelle et bilan des séances d'art-thérapie. La patiente finit ce jour sa réalisation à l'aquarelle. Elle met en couleur et travaille sur la dilution : accepte les conseils techniques et les utilise pour remplir ses coquillages.

Satisfaite, elle nomme son dessin « L'Aquarium ». La patiente envisage de continuer l'art-thérapie par la suite.

TROISIÈME PARTIE : LES RÉSULTATS

3.1 Le choix de l'Échelle SANS : elle évalue les troubles de la communication et de la relation chez une personne atteinte de schizophrénie. La référence de l'échelle utilisée (en annexe page 72) : Scale the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen)

Cette échelle balaie les items suivants :

- Retrait ou pauvreté affective
- Alogie
- Apathie
- Anhédonie, retrait social
- Attention

Cette échelle permet une cotation qualitative et détaillée. Elle permet d'étudier, d'observer et définir les difficultés de communication et de relation des patients dans le cadre de leur prise en charge, dans un but d'améliorer ces dernières. L'échelle est un point de départ, une référence pour la prise en soin. Elle permet d'orienter le soin. Tous ces items doivent être en permanence présents dans la prise en soin notamment à travers les exercices choisis par la thérapeute. C'est donc par choix en collaboration avec le patient que nous avons choisi des objectifs autour de l'expression, afin de pouvoir évaluer les retentissements des séances art-thérapeutiques.

3.2 Les items d'observation

Ces items d'observation ont été créés à travers les séances en lien avec les objectifs thérapeutiques émis. Ils ont tous été évalués en qualitatif pour permettre à la thérapeute d'être la plus descriptive possible.

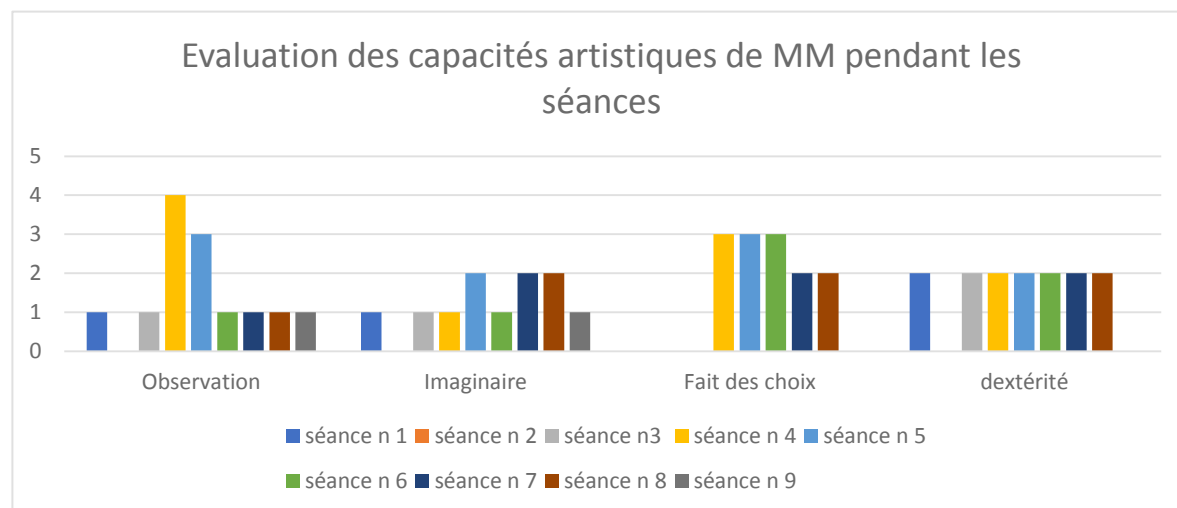
<u>Les capacités physiques</u>	<u>Les capacités psychiques</u>	<u>Les Capacités artistiques</u>
Les regards La posture L'attitude Déplacement dans l'espace Les expressions du visage	L'expression verbale La qualité verbale La quantité verbale La voix/volume Relation à l'autre Concentration Investissement Curiosité Satisfaction Manifestation des affects Fait des choix/prend des initiatives	Dextérité Qualités du trait Utilisation des couleurs Utilisation des matières Imaginaire Utilisation de l'espace dans la feuille Qualité d'observation

Les résultats de M. MM

Choix d'items spécifiques en vue de l'évaluation graphique pour M. MM

<u>Évaluation artistique</u>	<u>Évaluation psychique</u>
Observation Imaginaire Dextérité Fait des choix	Attitude Attention Expression verbale Investissement Curiosité

3.3 Les grilles d'observation des séances de M. MM



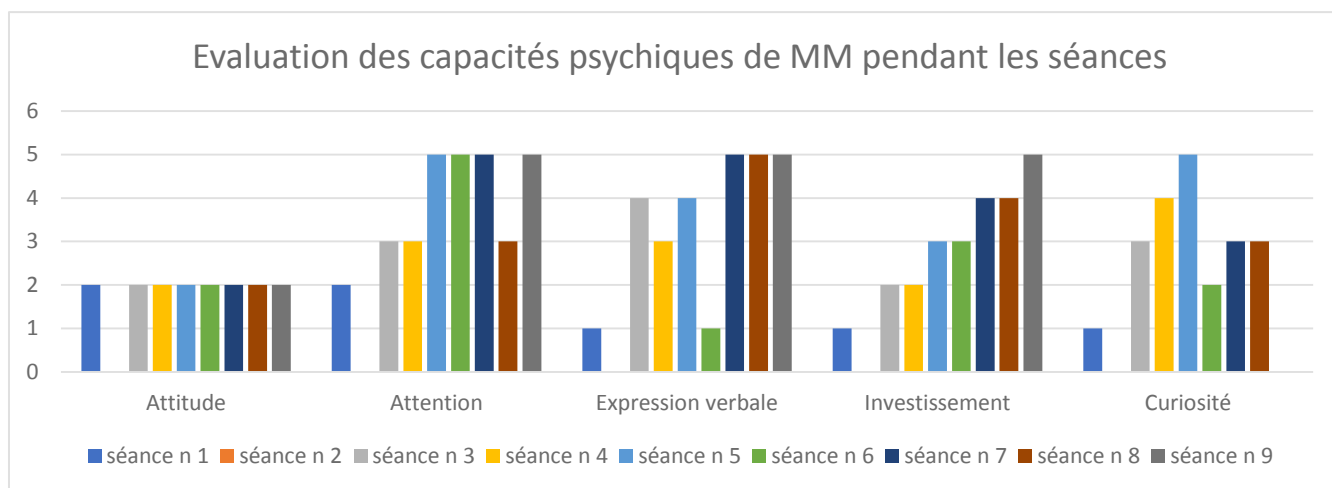
Cotation item : Observation 0 : Refuse 1 : Rapide et sans curiosité 2 : Besoin d'être stimulé et guidé 3 : Questionne

4 : S'intéresse aux techniques utilisées 5 : Prend du plaisir à l'observation

Cotation Item : Imaginaire 0 : Non perçu 1 : Faible 2 : Besoin de stimulation 3 : Perceptible 4 : Certain 5 Important

Cotation Item : Dextérité 0 : Grossière 1 : Saccadée 2 : Maladroite 3 : Normale 4 : Bonne 5 : Fine

Cotation Item : Fait des choix 0 : Absence 1 : Refuse 2 : Avec aide 3 : Fait un peu de choix 4 : Fait des choix 5 : Autonome



Cotation item : Attitude 0 : Fermée 1 : Tension perceptible 2 : Défensive 3 : Agressive 4 : Plus détendue 5 : Détendue

Cotation item : Attention 0 : Impossible 1 : Limitée 2 : Fugace 3 : Eparpillée 4 : Modérée 5 : Intense

Cotation item : Expression verbale 0 : Mutique 1 : Peu 2 : Délirant /interprétatif 3 : Discours inadapté 4 : Discours idéique * 5 : Adaptée

Cotation item : investissement 0 : Absence 1 : Peu 2 : Assez bon 3 : Bon 4 : Important 5 : Intense

Cotation item : Curiosité 0 : Absence 1 : passif 2 : Peu 3 : Incitation 4 : Pose des questions 5 : Fait des recherches à son domicile

3.4 Les Bilans

3.4.1 Le bilan art-thérapeutique de M. MM des 9 séances individuelles

Le patient se présente seul à l’atelier et souvent ponctuel. (Il sort du service des Ormeaux où il est en hôpital de Jour). L’attitude de méfiance et de distance relationnelle sont toujours présentes, il s’exprime toujours de manière à ne rien dévoiler de lui. Malgré tout, dans les faits, les traits de dessin au fur et à mesure des séances se lâchent par moment. Il s’autorise à expérimenter les différentes matières. L’espace de la feuille est de plus en plus utilisé. Il fait des petits choix avec la création de lettres. L’observation des œuvres est fugace. L’imaginaire est faible, il doit être stimulé. Le langage est un discours dilué, mais la prise de parole est facile. Le langage est souvent intellectualisé et le patient oriente souvent les sujets vers ce qu’il connaît. Le contact est de bonne qualité. L’attention et l’investissement se sont améliorés, le patient questionne et fait des recherches : notamment sur une séance il arrive avec des écrits.

La satisfaction de ses créations semble être plus importante qu’au début de la séquence, notamment à travers le travail sur le graffiti de son prénom : *« je n’ai pas vu le temps passer : content ? C’est mieux que ça »*

Sur les cinq dernières séances, la guidance auprès de M. MM s’est renforcée. Le patient s’implique dans son travail, mais devient exigeant concernant le résultat. Il semble qu’il

n'envisage pas que sa création ne soit pas totalement réussie. Des difficultés de logique apparaissent dans la réalisation de son graffiti. L'imaginaire n'est plus sollicité et reste pauvre. Il reste impliqué dans sa création.

La prise en charge rapprochée a permis de mettre en lumière les difficultés du patient, notamment au niveau de son expression verbale, des difficultés de compréhension parfois, de son absence de logique. Les productions sont terminées et nous clôturons la séquence comme prévu initialement. M. MM accepte de ramener ses œuvres.

3.4.2 Le Bilan personnel de M. MM à travers un questionnaire d'auto-évaluation

L'art-thérapeute avec l'accord du patient, répartit les productions sur la table pour permettre un temps d'observation. Ensuite la thérapeute questionne le patient, le guide dans cette démarche d'auto-évaluation : Quelles sont vos productions préférées ? « *Je préfère le « Tonc » (dernier travail de graffiti), cela a nécessité du temps, de la réflexion pour cette réalisation* »

-Quelles productions ont été les plus plaisantes à réaliser ? « *Les encres* »

-Quelles sont celles qui vous ont donné du fil à retordre ? « *La réalisation du blason, j'ai eu des difficultés pour trouver les mots, les thèmes, c'était difficile à expliquer* »

-La réalisation qui a déçu ? « *Le blason* », La réalisation qui vous rend fier ? « *Le Tonc* »

-Distinguez-vous des points communs à vos productions ? « *Les couleurs : le rouge et bleu* »

-Quelles techniques ont été les plus faciles à utiliser ? « *Les pastels* »

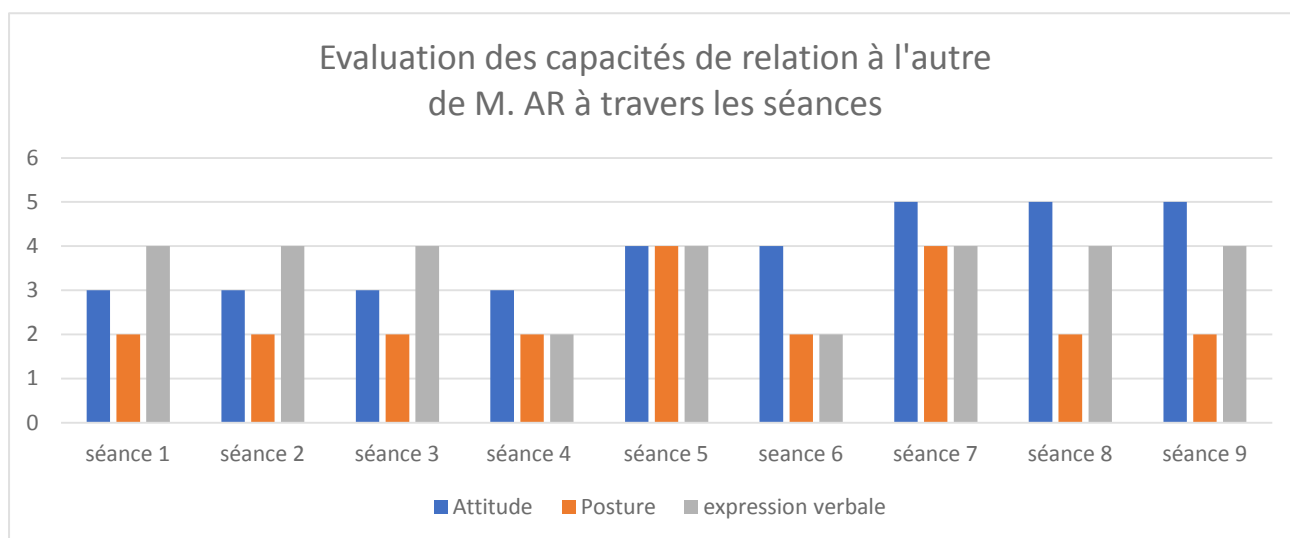
-Avez-vous des commentaires à faire de manière générale sur les séances ? « *Je suis satisfait. Est-ce que ça révèle mon côté artistique ? Je ne sais pas* ». Son bilan est positif, le patient exprime son plaisir à s'investir sur un travail plus long avec une recherche et aussi la découverte de différentes matières. Il dit préférer son dernier travail et souhaiterait continuer l'art- thérapie.

Résultats de M. AR

Choix d'items spécifiques en vue de l'évaluation graphique pour M. AR

Capacités de relation	Capacités artistiques
Attitude	Imaginaire
Posture	Dextérité
Expression verbale	Observation

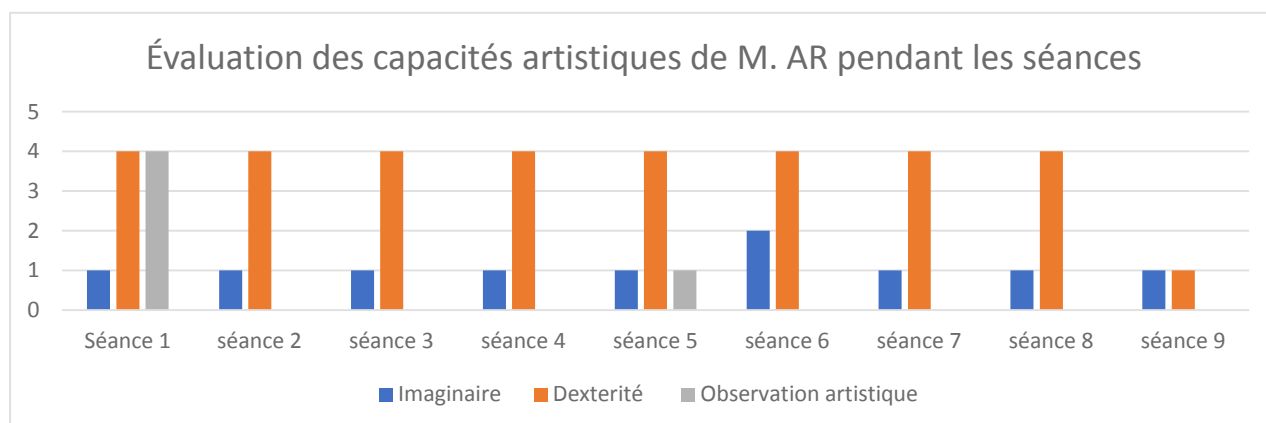
3.5 Les grilles d'observation de M. AR



Cotation Item : Attitude 0 : Fermée 1 : Tension perceptible 2 : Défensive /méfiante 3 : Ouverte 4 : Ouverte et exprime de la satisfaction 5 Ouverte/relâchée et sourit

Cotation Item : Posture 0 : Tendue/contractée 1 : Recroquevillée 2 : Désaxée 3 : Dyskinésie* 4 : Se tient droit 5 : Droite et souple

Cotation Item : Expression verbale 0 : Mutique 1 : Peu d'échange 2 : Logorrhéique/discours inadapté 3 : Echange sur stimulation 4 : Echange spontanément 5 : Echange modéré/ adapté



Cotation Item : Imaginaire 0 : Non perçu 1 : Faible 2 : Besoin de stimulation 3 : Perceptible 4 : Certain 5 : Important

Cotation Item : Dexterité 0 : Grossière 1 : Saccadé 2 : Maladroite 3 : Normale 4 : Bonne 5 : Fine

Cotation Item : Observation d'œuvre 0 : Refuse 1 : Rapide/superficielle 2 : Besoin d'être stimulé et guidé 3 : Questionne 4 : S'intéresse aux techniques utilisées 5 : Prend du plaisir

3.6 Les bilans

3.6.1 Le bilan art-thérapeutique de M. AR des 9 séances individuelles

Le patient est hospitalisé en temps complet aux Ormeaux (service fermé de psychiatrie), avec des temps de sortie de 30 minutes chaque jour. Il utilise ces temps de sortie avant d'aller en séances d'art-thérapie. Il se présente systématiquement en retard aux séances d'art-thérapie, le plus souvent avec une haleine alcoolisée.

Les retards de M. AR ont limité en temps les séances et le temps de création.

Nous avons toujours souligné au patient notre difficulté à le recevoir sous emprise de l'alcool et en retard. Il a exprimé la volonté d'arriver à l'heure sans pouvoir le faire. Quant à sa prise d'alcool, il a souvent minimisé ou nié sa consommation. Malgré tout, le contact est préservé, l'expression est de qualité. Le patient sourit durant les séances. Cependant M. AR, sans stimulation, a un positionnement de repli sur lui-même. Il alterne barrages* et rires immotivés. Les réponses ont un temps de latence* très important. M. AR est très ralenti psychiquement. Il produit très lentement, son imaginaire est faible. Il prend peu d'initiative.

M. AR est en difficulté pour commencer à produire, la thérapeute provoque souvent l'élan de départ, guide et stimule. Le patient est appliqué dans son travail, les traits sont fins et soignés et les couleurs sont harmonieuses. Il a tendance à reproduire les mêmes traits, utiliser les mêmes couleurs et les mêmes matières. Le langage est restreint si la thérapeute ne l'oriente pas sur d'autres sujets. Les mots sont identiques alors que les situations sont différentes. Il reproduit les mêmes schémas de fonctionnement, ce qui provoque un décalage dans la relation et l'expression.

3.6.2 Le bilan personnel de M. AR à travers un questionnaire d'auto-évaluation

L'art-thérapeute avec l'accord du patient, répartit les productions sur la table pour permettre un temps d'observation. - Quelles sont vos productions préférées ? « *Celle que je préfère c'est la guitare pour ce qu'elle représente* »

- Quelles productions ont été les plus plaisantes à réaliser ? « *Le mandala* »

- Quelles sont celles qui vous ont donné du fil à retordre ? « *Les arabesques, je n'ai pas aimé avoir les yeux fermés et en plus c'est trop abstrait* » - La réalisation qui a déçu ? « *Les arabesques aussi* »

- Distinguez-vous des points communs à vos productions ? « *Les couleurs, que j'aime associées* »

- Quelles techniques ont été les plus faciles à utiliser ? « *Le mandala, c'était géométrique : c'était simple* »

- Avez-vous des commentaires à faire de manière générale sur les séances ? « *J'aimerais arrêter car j'ai déjà une activité et moi ça va faire trop* »

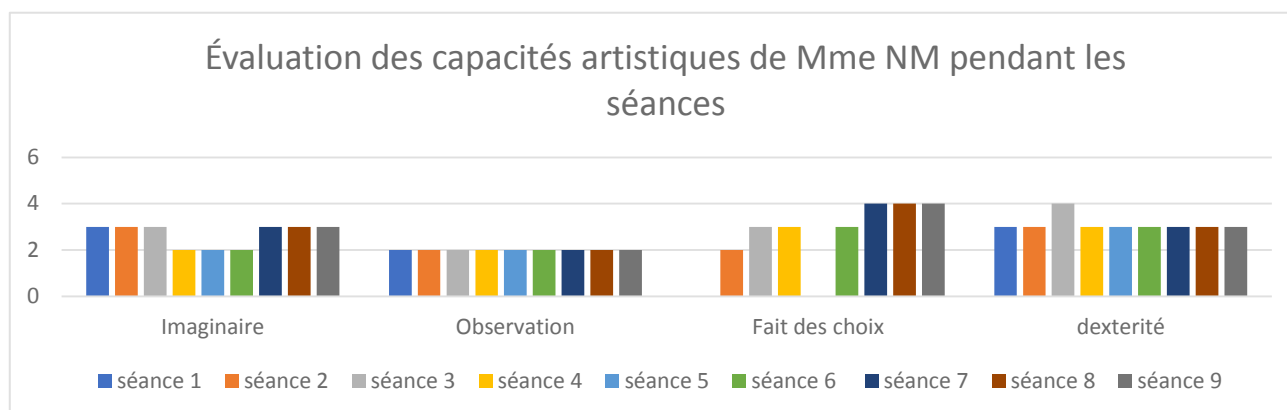
Nous lui remercions que c'était la dernière séance sur une séquence de 9. Après insistance nous lui demandons de repartir avec ses œuvres qui lui appartiennent. Par la suite nous avons appris qu'il était reparti chez lui en weekend avec ses productions et qu'il avait accroché « sa guitare » dans sa chambre.

Résultats de Mme NM

Choix d'items spécifiques en vue de l'évaluation graphique pour Mme NM

Capacités relationnelles	Capacités artistiques
Posture Regards Sourires Voix	Imaginaire Observation Fait des choix Dextérité

3.7 Les grilles d'observation de Mme NM

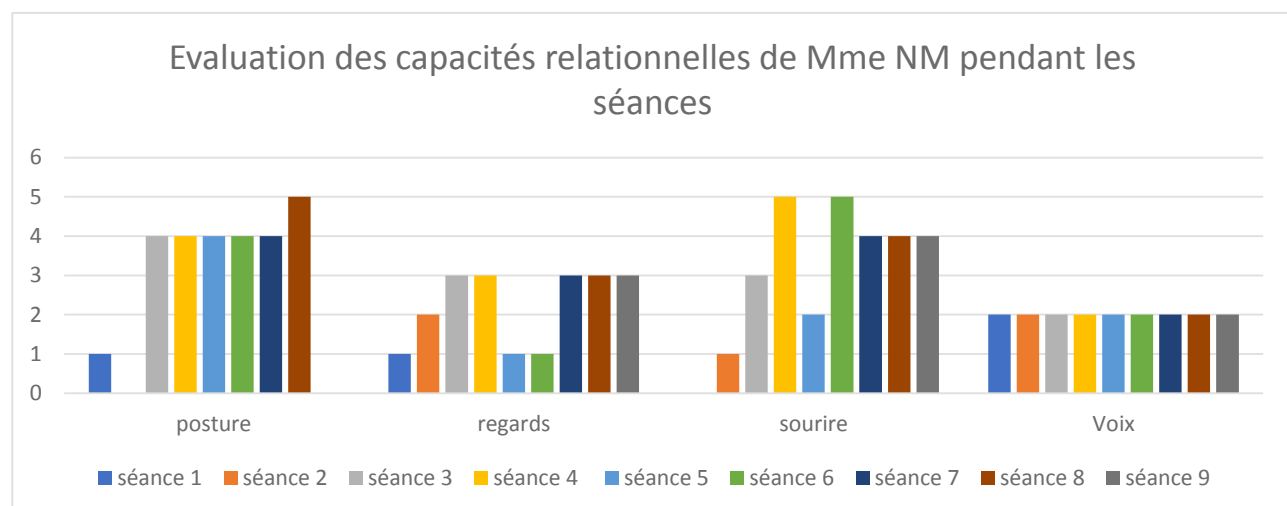


Cotation Item : Imaginaire 0 : Non perçu 1 : Faible 2 : Besoin de stimulation 3 : Perceptible 4 : Certain 5 : Important

Cotation item : Observation 0 : Refus 1 : Rapide et sans curiosité 2 : Besoin d'être stimulé et guider 3 : Questionne 4 : S'intéresse aux techniques utilisées 5 : Prend du plaisir

Cotation Item : Fait des choix 0 : Absence 1 : Refuse 2 : Avec aide 3 : Fait un peu de choix 4 : Fait des choix 5 : Autonome

Cotation Item : Dextérité 0 : Grossière 1 : Saccadée 2 : Maladroite 3 : Normale 4 : Bonne 5 : Fine



Cotation item : posture 0 : Tendue/contractée /rigide 1 : Recroquevillée 2 : Désaxée 3 : Dyskinésie 4 : Se tient droit 5 : Se tient droit et souple

Cotation item : regards 0 : Regarde le sol 1 : Fixe 2 : Mobile 3 : Alterne les regards vers l'autre et regards vers le sol 4 : Regard dirigé vers l'autre 5 : Regarde l'autre

Cotation item : sourire 0 : Absence 1 : Figé 2 : Absence de tension/neutre 3 : Esquisse de sourires + 4 : Sourit ++ 5 : Sourit +++

Cotation item : voix 0 : Mutisme 1 : Basse 2 : Ralentie 3 : Monocorde 4 : Posée et calme 5 : Forte/intonations adaptées

3.8 Les bilans

3.8.1 Le bilan art-thérapeutique de Mme NM des 9 séances individuelles :

La patiente a bénéficié des séances d'art-thérapie en étant hospitalisée et puis ensuite en extrahospitalier. La patiente accepte le suivi et vient par la suite par ses propres moyens. Elle est toujours en avance de 15 minutes. Ces séances viennent en soutien, en étayage d'une autre prise en charge sur la structure du Verger (Hôpital de Jour).

Les premières séances ont été particulièrement difficiles pour la patiente. Mme NM est apparue particulièrement figée dans son attitude et dans sa communication.

La première séance d'entretien d'accueil a été très limitée dans l'échange et les petits jeux proposés ont mis la patiente en difficultés. Elle était littéralement bloquée : pas un mot, pas un geste, pas un regard...une sorte de sidération. C'est par l'observation que tout a débloqué la situation et a relancé la séance. La position plus passive moins intrusive a permis de mettre Mme NM en confiance au fur et à mesure, de la rassurer.

Elle apparaît sensible aux compliments, cela semble moteur dans ses productions. Son travail de dessin, de coloriage est très appliqué. Les couleurs sont harmonieuses. La patiente crée de plus en plus notamment avec l'aide des contraintes. Elle transgresse parfois les consignes par défaut de compréhension. La mémoire est excellente. Les temps d'observation inscrits dans un rituel Mme NM sont rassurants pour elle. L'observation permet d'enrichir l'imaginaire, pousse la création et stimule l'expression pour faire vivre la relation à l'autre. Ici, ce temps est central.

La patiente se permet depuis quelques séances de prendre elle-même le matériel dont elle a besoin. Elle fait le choix des œuvres, qu'elle commente sur stimulation. Les sourires sont de plus nombreux, les regards sont moins fixes, cela marque sa satisfaction.

La patiente s'autorise à créer sur des productions imposées. Elle s'investit et commence à avoir des envies de création. La poursuite des séances permettra d'aller vers des objectifs de soins.

3.8.2 Le bilan personnel de Mme NM à travers un questionnaire d'auto-évaluation.

L'art-thérapeute avec l'accord du patient, répartit les productions sur la table pour permettre un temps d'observation. Ensuite la thérapeute questionne la patiente, la guide dans cette démarche d'auto-évaluation :

Quelles sont vos productions préférées ? « *La dernière : l'aquarelle* »

-Quelles productions ont été les plus plaisantes à réaliser ? « *L'aquarelle* »

-Quelles sont celles qui vous ont donné du fil à retordre ? « *L'aquarelle, j'ai trouvé ça difficile mais j'ai eu du plaisir à le faire* »

-La réalisation qui vous a déçu ? « *Une partie des fleurs, le pot* »

-La réalisation qui vous rend fière ? « *Les coquillages* »

-Distinguez-vous des points communs à vos productions ? « *Les couleurs, elles sont chaudes* »

-Quelles techniques ont été les plus faciles à utiliser ? « *Utiliser des feutres* »

-Avez-vous des commentaires à faire de manière générale sur les séances ? « *Non, rien de particulier* »

A la question, « souhaiteriez-vous prolonger les séances ? » La patiente répond de manière positive.

QUATRIÈME PARTIE : LA DISCUSSION

Notre expérience d'art-thérapie sous toutes ses formes

4.1 L'atelier La recherche du lieu s'est réalisée par l'intermédiaire de notre responsable : le cadre supérieur. Notre demande était de pouvoir avoir un lieu extérieur au service. Ce lieu devait pouvoir regrouper les interventions art-thérapeutiques sur le secteur (3 services). Le choix d'un lieu sur le « bloc » secrétariat situé géographiquement au centre du secteur, permet de rayonner et d'être extérieur aux services. Le temps d'atelier est partagé avec un temps de réflexologie plantaire, ce qui a nécessité une certaine coordination des jours attribués.

4.1.1 Le déplacement du patient à l'extérieur des services Permet à la personne de se rendre à un rendez-vous, à son rendez-vous... L'action de se rendre sur l'atelier implique le patient dans une démarche de soin. Ce lieu représente un espace de liberté pour le patient souvent soumis à la pression des services (la vie en collectivité, la surveillance soignante...). Ils expriment un soulagement, un apaisement juste en quittant les services.

4.1.2 L'atelier : lieu de repères. L'atelier impose des heures fixes et des jours fixes.

La ritualisation de l'organisation permet de sécuriser les patients, facilite leur propre organisation et augmente l'assiduité des patients dans les séances (100% de présence). La durée des séances est aussi un élément de repérage comme la fréquence qui doit être régulière. La limite de temps peut être aussi un effet stimulant sur la création. Les patients sont très peu attentifs aux horaires des séances et souvent quand nous leurs signalons que cela va se terminer ils s'arrêtent aussitôt, très brutalement. Les fins de séances sont ponctuées par des phrases type « *alors à la semaine prochaine même heure, même endroit* ». La personne se repère et s'inscrit dans un après, avec une projection sur son avenir proche. Les interruptions doivent être anticipées. Tous ces éléments temporeux spatiaux sont structurants pour les patients.

4.1.3 L'atelier : Lieu d'accueil

La salle est chaleureuse, avec une grande fenêtre, les revêtements muraux et au sol sont de couleurs jaune et marron. La lumière est plutôt modérée en intensité. Un bureau, une table étroite et deux placards sont présents dans la salle avec un lavabo. Nous avons voulu que ce lieu assez étroit puisse être fortement décoré, de posters, créations diverses, cordes de linge pour accrocher les productions, des toiles, des dessins, du matériel artistique, des jeux, des jouets... créer un lieu qui se démarque, qui donne envie de porter son regard sur les murs, que l'atelier soit le premier stimulant de la création. L'atmosphère est apaisante, les odeurs du matériel artistique flottent dans la pièce. Les patients expriment souvent un mieux- être dès leur arrivée. C'est un lieu de liberté d'expression créative. L'atelier s'inscrit déjà un peu dans l'histoire et le vécu des patients avec l'art-thérapie.

4.1.4 L'atelier : Outil de contenance

L'atelier est un outil de contenance physique et psychique, auprès d'un public qui souffre d'absence de limites aussi bien corporelles que psychiques. L'atelier et le thérapeute imposent un cadre qui permet la contenance psychique.

Ce cadre apporte une contenance qui permet de sécuriser, d'apaiser le patient. L'apaisement arrivant, cela permet au patient de s'approprier cet espace au fur et à mesure des séances et à son propre rythme. Cette phase peut être très longue, sans vraiment savoir si nous allons en sortir, mais c'est bien la « magie » de l'art-thérapie et l'action de créer qui vient agir sur des mécanismes invisibles, qui sont souvent non évaluables.

4.1.5 L'atelier : Les limites

À être contenant, l'atelier devient aussi contraignant par son espace, il limite les propositions artistiques notamment sur la verticalisation pour peindre, les déplacements dans l'espace et d'autres propositions autour du mouvement.

4.2 Les patients à travers les séances art-thérapie : le vécu expérientiel

Toutes les séances ont été élaborées en fonction du rythme et des difficultés des patients décrites ci-dessus : aboulie*, apragmatisme*, alogie*, repli social, diminution de l'expression et affect émoussé, anhédonie*.

La rencontre avec les patients sur la proposition de soins art -thérapeutique a été une découverte. Comment présenter cette proposition de soins simplement pour que les patients puissent s'en saisir et se l'approprier par la suite ?

Notre démarche a été de les rencontrer un par un, dans les services et d'avoir des mots suffisamment convainquant pour qu'ils se sentent intéressés et se positionne en acteur de ce soin. C'est l'expérience du premier entretien en duel, qui a permis de découvrir les patients autour de leurs envies, de leur vécu artistique. Un premier contact riche dans les échanges, nous a montré de nouvelles opportunités de prise en soin.

4.2.1 Les séances d'art-thérapie face aux difficultés relationnelles des patients

Les premières rencontres sont consacrées à la rencontre avec le patient à travers cette nouvelle pratique que nous découvrons en même temps. Les difficultés langagières ont parfois limité les échanges et la compréhension. Les réticences et la méfiance font partie de la rencontre des patients. Comment créer un climat suffisamment sûr pour que le patient puisse se libérer de sa réticence ? de sa méfiance ? Sachant que pour M. MM, nous sommes au cœur de sa pathologie.

Nous avons donc pris du recul sur ces premières rencontres et notre expérience de soignante nous a permis de « penser » le rythme des futures séances.

Attendre la transformation, mettre le patient en sécurité (sans le bousculer et utiliser des petits leviers pour le mettre en confiance à travers des petits jeux sans implication).

Laisser le patient s'approprier les lieux, le travail artistique... Repérer la juste distance relationnelle, celle qui la portera, l'aidera... deviendra : une aide féconde.

La stratégie de travail sur les séances a été de se limiter en proposition, dans les premiers temps et de mettre le patient en position plus passive, en proposant des temps d'observation d'œuvres artistiques.

4.2.1.1 L'utilisation de l'observation des œuvres artistiques

Cette pratique a été particulièrement efficace auprès d'une patiente Mme NM. Nous avons développé, encouragé sa capacité d'observation et valoriser les échanges au cours des séances. Les images sont venues stimuler son imaginaire. Cela a eu pour incidence de mettre Mme NM en dynamique psychique et de « remplir » le vide psychotique. Très rapidement, nous avons multiplié les photos et les œuvres pour stimuler la création. La « gymnastique » de création a été mise en sommeil depuis longtemps. La difficulté était de ne pas la mettre en échec et de ce fait obtenir l'effet inverse de notre action art-thérapeutique : un repli sur eux même, une absence d'expression, une perte de l'estime, une dévalorisation... une absence de plaisir.

4.2.1.2 La musique dans les séances d'art- thérapie :

La musique vient renforcer et faciliter l'apaisement dans les séances. Elle libère les tensions psychiques et favorise la concentration. L'écoute musicale est proposée à chaque séance : elle est le plus souvent préparée avec une liste de musiques (annexe p 74) et une enceinte de qualité qui permet d'apprécier les subtilités sonores. Cette liste de diffusion est surtout composée de musique au piano, ce qui aux dires du patient facilite la mise au « travail » dans la séance.

Les choix musicaux sont aussi un support d'échanges notamment aussi pour faire connaissance et pour introduire la séance.

La musique qui est souvent associée à des événements ou des moments de vie qui permettent l'activation des souvenirs, mobilise la mémoire et réactive les émotions. Les trois patients ont eu des attitudes complètement différentes face à cette proposition de médium musical.

Pour M. MM, il était sensible et s'intéressait. Il a souvent proposé des titres, a imposé ses choix musicaux. Il a associé son travail artistique et la musique. Pour M. AR, il a souvent souhaité ne pas avoir de musique, en nommant la musique comme du « bruit », mais suivant les séances, il a accepté de maintenir la musique et l'a souvent commenté. Il a aussi émis des titres qu'il écoutait plus jeune. Pour Madame NM, nous sommes dans l'incapacité d'évaluer s'il y a une incidence sur sa production ou son état émotionnel.

-Les émotions : on parle chez les personnes atteintes de schizophrénies, d'absence d'affect, d'émoussement affectif. Notre expérience à travers les séances proposées, nous a souvent mis en difficultés par rapport au décryptage de ses émotions : visage sans expression, absence de parole, regards vides et tournés vers le sol, corps tendu...

Comment évaluer ? Comment savoir si les propositions leurs correspondent ? Sont-ils en difficultés ? Les émotions sont des codes qui nous permettent d'entrer en communication avec l'autre. Les séances ont parfois été difficiles à supporter par cette absence de validation « émotionnelle », sans retour d'informations.

-L'imaginaire :

La plus surprenante découverte a été la faiblesse de l'imaginaire.

Nous ferons référence à Nathalie SINELNIKOFF, psychologue « *lorsque l'imaginaire est pauvre, les difficultés de symbolisation sont invalidantes, les thérapeutes se trouvent en situation d'avoir à « sculpturer » les représentations afin de faciliter la production d'image chez ces patients-là* ».

Ce qui corrobore avec les histogrammes d'évaluation des patients sur la cotation de l'imaginaire.

Pour M. AR : l'imaginaire a été évalué faible sur toutes les séances, associé à un ralentissement et de l'aboulie. Le patient a toujours produit mais n'a jamais accepté, les propositions et la guidance pour faire évoluer son travail. Le patient sur 6 séances est resté sur un remplissage de couleurs à travers un mandala qu'il a créé de manière très symétrique sans pouvoir s'inspirer d'autres modèles. Il a rempli méthodiquement les intervalles, soigné les traits et la mise en couleurs est harmonieuse.

Pour M. MM : L'imaginaire a été évalué comme faible, mais le patient s'est lancé un défi de réaliser deux graffitis. De ce fait, une collaboration a été obligatoire, le patient a créé une dépendance dans l'exécution. La thérapeute est venue interroger et stimuler son imaginaire. L'aide technique a été importante, et le patient ne s'est jamais autorisé à créer seul : crainte d'être déçu par le résultat ?

Pour Mme NM : La patiente apparaissait totalement « verrouillée », avec un imaginaire évalué au départ des séances à faible. Cependant après quelques la patiente est apparue surprenante. Elle s'approprie les séances en toute discrétion, s'autorise à créer là où on ne l'attend pas. De ce fait l'item « imaginaire » fluctue de faible à perceptible. Les sourires sont apparus au fur et à mesure des séances.

4.2.1.3 L'expression verbale

Dans les signes cliniques de la schizophrénie, le langage, permet aux soignants, d'évaluer l'évolution de la maladie : vers une nouvelle décompensation ou une amélioration. Pour M. AR, nous constatons que les barrages sont nombreux, qu'il a un ralentissement psychomoteur et un temps de latences de réponses importants. Contre toute attente, la relation est bonne et le contact est conservé.

Pour M. MM, le débit de parole est correct, le discours est idéique, avec une recherche d'intellectualisée ses idées. Il perd la sémantique. Son attention est brève, ce qui le précipite souvent dans le « faire » sans avoir les consignes et ne lui permet pas de les intégrer.

Pour Mme MN, la posture du corps est rigide, l'attitude est fermée, le regard sans contact tourné vers le bas. La patiente est mutique, elle s'exprime juste sur stimulation. La réticence de la patiente est importante, la première séance l'a complètement figée, l'a bloquée. Nous avons alors trouvé la stratégie de l'observation pour déverrouiller la séance. Le langage a relancé la séance et permis à la patiente de se mettre en sécurité. Nous avons dépassé ce blocage, cela ne s'est jamais reproduit car nous avons opté pour des séances très ritualisées avec des propositions pratiquement identiques. Toutes les fins de séances sont organisées sur d'un temps d'échange autour du vécu, de la pratique ainsi que des commentaires sur les créations. C'est le moment, où la satisfaction, le mécontentement peuvent être exprimé. C'est un moment privilégié d'authenticité où la notion de beau est souvent le « baromètre » de la satisfaction. Les bilans de fin de séquence, nous permettent d'évaluer le niveau de satisfaction des patients.

L'expression écrite comme support de pratique artistique, a été une proposition risquée pour des patients qui écrivent peu et qui ont perdu l'écriture automatique. La graphie est souvent de mauvaise qualité, les mots difficiles à trouver. Les jeux d'écriture se sont transformés en jeux oraux et parfois mimés, ce qui a permis l'ouverture et l'échange. Ces exercices ont amené une dimension ludique aux séances d'art-thérapie et a permis de dynamiser les débuts de séances. Ils ont provoqué surprise et sourires. Le jeu est source de motivation et implique la personne. Le jeu répond aussi à la fonction cathartique et procure du plaisir, de la jouissance, du rêve. Nous avons souvent utilisé ces jeux pour les « starters » de séances.

4.2.1.4 Notion de créativité, de création, esthétisme et l'envie dans les séances :

-La créativité : se distingue de la création car elle n'a aucun but défini : c'est la capacité de rêver durant le jour, de s'évader de la banalité quotidienne. C'est avoir du plaisir pour les choses les plus élémentaires de la vie : c'est écouter de la musique, lire ...c'est l'état le plus propice à la rêverie. La créativité est un état purement narcissique parce qu'il n'a besoin que de soi.

« N'est pas créatif qui veut. » Les patients psychotiques avant toute intervention thérapeutique sont bien les moins aptes à parvenir à un tel état, anti-narcissiques par essence, voire « anarcissiques » ; l'amour d'eux -mêmes ne les concerne pas.

Nous pouvons associer cette « anarcissisme », aux formes d'apragmatisme et d'apathie que nous retrouvons chez les patients nommés ci-dessus. Au quotidien les patients ont une apparence négligée, une hygiène défaillance et une absence de recherche de se mettre en valeur.

-La création : peut se définir d'abord comme une construction (comparable au délire ou au symptôme), à savoir l'utilisation des signifiants (langagiers ou autre) afin d'affronter (de répondre au) le réel en construisant sa propre réalité. Mais si toute création est une construction, toute construction n'est pas création. Elle nécessite pour cela d'être de l'ordre de l'invention (ex-nihilo) avec ses effets de surprise, d'irruption, de singularité et d'être authentifiée au champ de l'Autre, c'est -à-dire reconnue comme telle et non comme production pathologique.

Pour cela, chaque séance a été construite pour favoriser, stimuler le langage. Chaque étape de la production est commentée, et les détails sont mis en valeur : un trait fluide, un dégradé, une association de couleurs... nous permettent de mettre en relief les créations : « *Je trouve que votre production est harmonieuse dans ses couleurs, qu'en pensez-vous ? La courbe de votre dessin est jolie...* »

Mme MN a été très sensible à ces commentaires. Cette valorisation à travers la pratique, nous a permis de la retrouver sur toutes les séances, et de voir une évolution dans positive notamment sur son investissement.

-L'esthétisme : La jouissance est subjective, parce qu'elle est liée avant tout à l'intimité du sujet, en d'autres termes à son inconscient. L'observation des œuvres peut provoquer des

phénomènes de catharsis, libérés de tout sentiment de culpabilité lié à la transgression. La vision de ces œuvres garde leur impact thérapeutique associé au dialogue. Le plaisir qu'en tirent les patients serait comparable au plaisir enfantin faisant appel aux processus primaires de la pensée.

Tous les patients pris en charge ont été à la recherche d'esthétisme dans leur création. Tous les exercices abstraits ont toujours été transformés en partie, en réalisations figuratives par les patients. L'absence de figuratif dans les exercices semblaient être source d'insatisfaction pour tous. Cependant, des écarts entre ce que le patient produit et ce dont il avait imaginé sont parfois importants. La déception peut être constatée. Nous ne l'avons pas constaté sur les séances, parfois évoquées comme une satisfaction moyenne : la déception a été, il nous semble, souvent comblée par le plaisir de faire, de créer mais aussi par l'utilisation de différents médiums qui permettent d'autres expériences.

-L'envie : n'a pas été évaluée en tant que telle mais néanmoins importante à repérer. Elle intervient après la stimulation de l'art-thérapeute. L'envie « pousse » les patients à s'investir dans les séances mais aussi pouvoir être à l'origine des futures propositions de créations. Elle permet aussi le positionnement des patients en « acteurs » des séances.

4.3 L'art-thérapie et l'institution

4.3.1 L'art-thérapie au sein du centre hospitalier de Niort

Actuellement, nous avons une art-thérapeute qui exerce sur l'intersectoriel en psychiatrie. Elle utilise son atelier une fois par semaine : le mardi et accueille des groupes. Nous avons une autre art-thérapeute qui n'exerce pas actuellement, car depuis quelques années, les ateliers sont fermés. La politique des hôpitaux psychiatriques n'a cessé de limiter les moyens, avec une volonté de renforcer les prises en charge en intra-hospitalier. Actuellement, les nouveaux soignants n'ont plus la culture de la psychiatrie ni l'historique.

4.3.1.1 les présentations de l'art-thérapie dans les services

Les réactions sur la présentation de l'art-thérapie ont été très diverses : de l'intérêt pour certains à l'absence de réaction pour d'autres. Le travail en équipe, a été une préoccupation, notamment pour permettre d'évaluer le retentissement des séances d'art-thérapie sur le quotidien du patient. La présence de l'art-thérapeute dans les services permet de faire du lien entre le patient et les soignants, ainsi le patient reste au cœur du dispositif.

4.3.1.2 Les attentes des soignants

Lorsque les œuvres sont ramenées dans les services, le regard des soignants est important pour le patient. Il peut être porteur ou au contraire mettre en difficultés le patient. C'est tout le travail de communication que la thérapeute doit entreprendre auprès des soignants et ainsi protéger le patient de toutes justifications de sa production. Nous devons informer les soignants que les œuvres produites ne doivent pas être interprétées.

La préoccupation de « la réussite » esthétique reste pour les équipes, un marqueur de qualité des séances et de l'investissement du patient. Cependant les séances ne sont pas des séances d'atelier artistiques et ne peuvent se limiter qu'au résultant esthétique.

C'est donc par l'intermédiaire de l'art-thérapeute et de ses transmissions que les productions vont prendre du sens (notamment à travers les items d'observations).

4.3.1.3 Les observations et les évaluations

Devons-nous limiter les informations transmises aux équipes des séances art-thérapie auprès des patients afin de préserver une certaine confidentialité et/ou une intimité ?

Pouvons-nous permettre l'utilisation des observations et des évaluations des séances afin d'affiner, ou orienter la prise en charge du patient ? Et si oui comment les utiliser ?

4.4 La thérapeute et ses séances d'art-thérapie

4.4.1 La thérapeute et sa compétence soignante

La connaissance de la maladie psychiatrique notamment ici la schizophrénie est primordiale. Nous avons, en travaillant comme infirmière auprès de ces patients depuis plusieurs années, accumulé une expérience certaine.

Nous avons associé notre savoir-faire artistique pour proposer différentes techniques, exercices, jeux et culture artistique pour que le patient puisse élargir, créer, expérimenter de nouveaux centres d'intérêts. Nous avons souvent réajusté, adapté les propositions.

C'est avec beaucoup de modestie et de prudence que nous avons abordé les séances d'art-thérapie avec les préoccupations suivantes : ne pas alimenter le délire, ne pas mettre les patients en échec et leur permettre de pouvoir être satisfait de leur production.

Pour permettre la mise au travail des patients, nous avons été rigoureuses, nous avons réajusté, nous avons adapté les propositions artistiques pour favoriser la mise en route psychique et créative (proposition de dessin de fleurs partiellement décomposées par exemple). Nous avons recherché « l'appétence » des patients, nous nous sommes substitués à l'absence de volonté. Nous avons été force de proposition sur des sujets que le patient serait

susceptible de travailler. La séquence de 9 séances représente un début de prise en soin, elle ne permet pas d'être suffisante pour en avoir les effets réellement thérapeutiques.

4.4.2 La contenance psychique

Nous avons abordé l'atelier sur sa dimension physique comme un lieu contenant, mais c'est bien par l'association du lieu et du tiers, que la contenance est possible.

La voix de l'art-thérapeute, la posture et la compétence sont des éléments qui consolident la contenance. L'élaboration de règles internes à l'atelier, le respect des horaires, de la parole de chacun, la confidentialité permettent de construire le cadre thérapeutique.

L'art-thérapeute s'inscrit dans la continuité des soins.

4.4.3 Les rythmes

Nous avons constaté à travers l'exécution des productions de M. AR qu'il travaillait avec lenteur (5 séances pour la réalisation d'un mandala). C'est bien l'observation qui nous a permis de réajuster le rythme donné aux séances car nous pensons parfois avoir été maladroites en donnant trop d'informations, acculée par l'inertie que nous renvoyez le patient.

Le constat de la fatigabilité des patients est une donnée assez constante. La concentration est intense mais demande des efforts intenses au patient. L'art-thérapeute doit proposer des temps de pause, c'est aussi un prétexte pour prendre un temps d'observation de leur propre création ou un temps d'observation d'autres œuvres.

Le rythme donné pendant les séances est un élément essentiel dans le processus thérapeutique. La thérapeute doit rapidement être en capacité de le repérer, car il peut contribuer à mettre le patient en difficultés, ce dernier n'étant pas toujours en capacité de le verbaliser. Le patient doit se sentir en confiance pour que son désir de créer se développe.

4.4.4 Les silences

L'art-thérapeute doit savoir gérer ses rythmes de séances, et respecter l'absence de paroles. Les silences sont parfois ceux qui permettent de réfléchir, de s'impliquer, de se concentrer, de permettre de faire émerger les idées, de déplacer la charge mentale...

L'art-thérapeute doit savoir laisser ces temps sans intervenir, sans casser ce travail psychique... mais aussi être vigilante à ne pas laisser le patient « bloqué » face à sa production. L'art thérapeute doit être en capacité de supporter ces temps de silence. Nous

avons dû être discrètes, nous faire oublier, pour laisser aux patients un sentiment de liberté créatif.

4.4.5 Les consignes

À de nombreuses reprises, nos consignes ont été plus ou moins suivies. Un questionnaire est apparu :

Les consignes étaient-elles suffisamment précises, les mots employés suffisamment clairs ?

Les patients ont-ils eu des difficultés de compréhension ?

Nous avons utilisé la reformulation, mais était-elle nécessaire ?

N'a-t-elle pas au contraire suscité le doute ?

Avons-nous respecté le temps de réflexion du patient pour la mise en création ?

Nous avons encore à travailler sur le vocabulaire, la simplicité des consignes afin de faciliter la compréhension des consignes.

4.4.6 La guidance et l'aide technique

Notre intervention technique a été pour M. MM importante, puisse qu'il fût en demande constante sur la création des graffitis. Le patient était en position de dépendance technique, il n'a réussi à se détacher de cette aide.

M. AR, lui n'a pas sollicité de demandes particulières au niveau technique, il a eu tendance à ne pas respecter les consignes (soit par absence de compréhension soit par stratégie de contournements).

Quant à Mme MN, nous avons particulièrement été attentif à sa capacité à produire, car la première séance a été particulièrement difficile : Mme MN s'est littéralement bloquée.

Depuis nous avons proposé des activités simples avec des consignes concises. Prudemment, la patiente a commencé à s'autoriser à créer avec plus ou moins le respect des consignes, mais ces petites transgressions ont certainement permis à la patiente de s'approprier les séances.

4.4.7 La pression de l'art-thérapeute

Nous nous sommes souvent questionnés sur l'attente du patient par rapport à la réussite de son œuvre, à sa satisfaction esthétique.

Tous les patients étaient en recherche d'esthétisme et de recherche figurative. La pression du thérapeute est que le patient puisse ressentir de la satisfaction à travers sa production sans qu'il se dévalorise et sans qu'il ait eu l'impression d'avoir eu trop d'aide de la thérapeute.
Comment trouver cette juste distance relationnelle, pour être aidantes et non contre-productives ?

Laisser le patient résoudre ses difficultés techniques, tout en suivant l'évolution du travail artistique : ni trop près, ni trop loin. L'art-thérapeute doit être suffisamment pédagogue pour transférer une partie de son savoir-faire artistique au service du patient, afin que ce dernier puisse s'en saisir. *Comment transférer son savoir-faire ?*

Concernant, la satisfaction des patients par rapport à leurs productions, elle a souvent été exprimée, de manière positive mais peu de manière spontanée. L'assiduité des patients sur les séances a été la preuve de leur satisfaction globale à venir sur l'atelier.

4.4.8 Les observations de l'art thérapeute dans les séances

L'observation est assez complexe, car nous sommes à la fois dans « l'animation » de la séance et à la fois dans son évaluation, il est évident que des éléments nous échappent. Le regard de l'art-thérapeute ne peut pas se porter sans cesse sur le patient, au risque de devenir persécuteur et ou intrusif. L'art-thérapeute produit parfois en même temps que le patient, un travail différent, c'est un temps d'observation détourné. Cela permet un échange technique, suscite la curiosité et favorise la communication sur un plan artistique exclusivement.

Le passage à l'écrit de ses observations est un temps essentiel dans le travail art-thérapeutique : il demande de la précision et un esprit synthétique.

CONCLUSION :

La mise en place du stage d'art-thérapie a nécessité de la persévérance pour mener ce projet à terme. L'absence d'art-thérapie, depuis de nombreuses années sur le secteur, nous a obligé à relancer cette proposition de soins comme une nouveauté sur cette partie de la psychiatrie niortaise.

L'atelier a été créé physiquement, mais a nécessité de faire « la promotion » de l'art-thérapie auprès des équipes soignantes et des patients. Cette période d'informations a permis de rencontrer de nombreux soignants, des patients pour expliquer ce qu'est l'art-thérapie.

Le soutien de l'équipe médicale a été important. L'art-thérapie a été prescrite pour les patients sélectionnés sur le secteur. Depuis plusieurs années que nous travaillons auprès de ce public, cette formation en art-thérapie est venue dynamiser, ouvrir, proposer de nouvelles possibilités de prise en charge des patients.

Le stage, c'est tout d'abord la mise en pratique de l'art-thérapie. Cela a été une expérience incroyable. Pour la première fois nous étions responsables de notre propre organisation et responsables des séances. Cela nous a permis de nous interroger sur les outils à proposer en lien avec les difficultés des patients mais aussi leurs demandes.

La préparation des séances a nécessité de l'anticipation, réflexion et réflexibilité entre les outils artistiques et les problématiques des patients. Il y a des moments de doute mais aussi des gratifications lorsque la personne se sent mieux. Nous avons beaucoup apprécié ces temps de réflexion qui ont permis de mettre en œuvre les exercices qui vont pouvoir agir sur le patient.

La difficulté d'évaluer les effets, les impacts et les changements des patients restent un véritable challenge. Les items d'évaluation, les bilans, les temps d'échange avec les patients, puis avec les équipes au cours des temps de transmissions ont fait vivre les prises en soins.

L'art-thérapie agit sur les mécanismes psychiques invisibles qui sont engagés dans la transformation du patient : la « magie » artistique. Les médecins ont pu apprécier le mieux-être des patients et le maintien de la stabilisation psychique.

L'art-thérapie représente une proposition de soins positive. La découverte des patients à travers les séances de la pratique artistique a été une surprise. Cette relation privilégiée avec

le patient nous a montré de nouvelles ressources comme leur envie de créer, de changer, de se soigner... Nous avons partagé la joie, les sourires, quelques fois des rires.

Les patients se sont investis malgré leurs difficultés. Ils se sont montrés assidus dans les séances. L'art-thérapie est venue soutenir leur quotidien et stabiliser leur pathologie, aucune décompensation n'est survenue.

Le « décodage » des émotions reste complexe à repérer.

Cependant les objectifs autour de l'expression ont été atteints en partie notamment à travers les stimulations artistiques et des interactions autour de la pratique, de l'observation ...

L'écriture du mémoire a été un temps important d'enrichissement sur la réflexion de notre pratique. Les nombreuses lectures, recherches nous ont permis de prendre du recul, de critiquer notre travail, pour façonner notre posture d'art-thérapeute. Nous pensons que notre pratique évoluera encore avec la multiplication des expériences, cependant les postulats de départ sont posés.

Il nous faut travailler d'autres pratiques artistiques, notamment pour permettre de nourrir nos propositions artistiques et déployer d'autres médiums (comme les marionnettes, le théâtre...). La multiplicité des pratiques artistiques pourra permettre aux patients de découvrir et expérimenter d'autres médiums, avec une perspective de potentialiser leur prise en soin.

Suite à ce stage, l'art-thérapie est devenue pérenne depuis fin janvier sur le secteur à hauteur d'une journée par semaine. Cette décision a été validée au niveau médical et au niveau de l'encadrement.

Actuellement, nous avons en séance tous les patients du stage et nous avons formé un nouveau groupe de patients.

Sous notre impulsion, une autre collègue, déjà formée, a proposé au sein du même secteur des séances en art-thérapie avec une autre activité artistique : Le clown

L'art-thérapie va-t-elle pouvoir être plus présente dans les prises en charge des patients au sein du secteur 1 à l'hôpital de Niort ?

BIBLIOGRAPHIE

- BAILLY Pierre, *le soin et l'activité*, Cairn.info, n°83, page 41 à 49, 2004
- BATTLE Sylvie, *Animer un atelier d'art-thérapie*, Jouvences Editions, Saint-Julien-en-Genevois, 2019
- BRUN Anne, CHOUVIER Bernard, ROUSSILLON René, *Manuel des médiations thérapeutiques*, Dunod, Paris, 2013
- CHABERT Catherine, VERDON Benoît, *Psychologie clinique et psychopathologie*, Puf, 2013
- DE SIVRY Sophie et MEYER Philippe, *L'Art et la Folie*, Collection les empêcheurs de penser en rond, 2016
- DIGONNET E., FRIARD.D, LEYRELOUP, LEYRELOUP A.M, RAJABLAT.M, *Schizophrénie et soins infirmiers, une approche clinique du traitement des soins*, Masson, Paris 2004
- FALQUET Christian, *Ressorts thérapeutiques de l'activité*, Santé mentale, page 34 à la page 39, numéro 226, mars 2018
- GIFFARD D, *la schizophrénie*, PSYCHITRINFIRMIERE.FREE.FR
- GUELLIER-VIELLE, RIOU Gaëlle, *L'activité à la croisée des professions*, Santé mentale, page 40 à la page 45, numéro 226, mars 2018
- HOCHMANN Jacques, *Histoire de la psychiatrie*, Que sais-je, Paris,2004
- JACQUES Alexia et LEFEBVRE Alex, *La création artistique : un en deçà du plaisir*, des cahiers de psychologie clinique, n°24, page 187 à page 213 année 2005
- MORON. P, SUDRES J. L, G Roux, *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, Masson, Paris,2003/2004
- PEPIN Charles, *Quand la Beauté nous sauve*, Poche Marabout, Paris 2013
- PRINZHORN Hans, *Expressions de la folie*, Gallimard, Berlin 1968
- SINELNIKOFF Nathalie, *Inventaire critique*, ESF éditeur, Paris, 1993

GLOSSAIRE

Aboulie : c'est un trouble psychique qui se caractérise par une absence ou une diminution de la volonté. La personne n'arrive pas à faire à prendre des décisions.

Alogie : pauvreté du discours ou de son contenu reflétant la pauvreté de la pensée

Anhédonie : insensibilité au plaisir

Anosognosie : méconnaissance par le malade de la maladie dont il est atteint

Apragmatisme : incapacité à entreprendre des actions

Barrages : caractéristiques de la schizophrénie, à travers le langage : arrêt brutal et inopportun du discours

Blaze : vocabulaire des arts de la rue, le blaze indique le nom de l'artiste, de la personne.

CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel

Discours idéique : discours pauvre mais compréhensible, digressions

Dyskinésie : mouvements anormaux involontaires

Insight : absence de conscience de la maladie

Latence : temps qui s'écoule avant une réponse

OMS : organisation mondiale de la santé.

Praxies : ensemble des mouvements coordonnés en fonction d'un but.

ANNEXES

Fiches d'observations en art-thérapie de septembre à décembre 2019

Fiches d'observations de M. MM : Capacités artistiques

Items	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Dextérité	Bonne		Bonne	Non évaluée	Bonne	Bonne	Bonne grossière	Bonne grossière	grossière
Traits	Limités, courts		minimaliste		Qui se lâche au fur et à mesure du dessin	Plus fluide en fin de séance Travail du traits+++	Les traits sont souples mais l'appui est fort	Plus souples Plus fluides Mais des traits toujours appuyés	S'assouplisses Mais reste grossiers Avec un coté illogique dans le placement
Utilisation des couleurs	2/3 couleurs		3 couleurs	Multiples Se demande Où est le vert ?	Dessin crayon de papier	3 couleurs Vert/violet/bleu	Non mobilisée Mais le choix des couleurs n'est pas évident	Recherche d'harmonie dans les couleurs mais aussi de couleurs qui lui plaisent	Bleu blanc Réflexion ++ pour trouver ses couleurs
Utilisation des matières	Se limite aux feutres		Crayons de couleurs	Encres Eau/sel	Conseil sur les feutres et marqueurs	Feuille A4 Feutres et crayon noir	Ecriture et réflexion orale	Choix des feutres difficiles	Pastel, marqueurs, blanco

								: hésite	
Imaginaire	faible		limité	Souffle les encres	Possible après observation	Faible, pas de projection	Plus mobilisé et plus spontané	Peu sollicité Se repose sur AT	Sans prise de risque
Utilisation de l'espace Du support	Dessin Assez petit		S'autorise A faire un dessin en bas de la page	¾ su support feuille	Equilibré centré	centrée	centrée	Sort de son dessin	Complete le dessin existant
Organisation de l'espace	faible		Utilise simplement le bas de la page	bonne	Aide à l'organisation	Besoin d aide pour l'organisation de son plan de travail	Besoin de guidance	Absence de centrage	Déborde , reprend à plusieurs reprise
Prend des initiatives	absence		absence	Peu	De faire son propre dessin	Besoin de guidance	De son sujet S'approprie le travail	Peu	Absence
Fait des choix	Absence		Absence	Dans les couleurs	Des lettres et couleurs	Peu	Avec guidance	Avec guidance	absence
Observation	faible		Absence	Intéressé++ Interprète	Rapide mais attentif	Invité à observer avant	Peu , difficultés	Toujours difficile	Absence Rapide dans

				extrapole	Sur la technique	de commencer Peu d'attention	à réaliser ce travail	Exercice à proposer	l'exécution
--	--	--	--	-----------	------------------	---------------------------------	--------------------------	---------------------------	-------------

Fiches d'observations de M. MM : Capacités psychiques

Items	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Expression Verbale	peu		Discours dilué Prend facilement la parole	Le support valorise le discours Interprète le sujet	Echange Facilement Prend la parole	peu d'échange	Bonne Beaucoup plus stimuler à travers les exercices	Echanges	Est à l'initiative de l'échange
Qualité Verbale	Vocabulaire hésitant et parfois inadapté		Langage est imprécis Les mots se précipitent Le discours est dilué	Langage plutôt intellectualisé, l'oriente vers des sujets qu'il connaît		Au profit de la concentration	Discours difficile à comprendre Le discours est peu efficace idéique	Fatigué ce jour Les mots n'ont pas de valeur Très automatique sans recherche	Se concentre sur sa production Langage technique

Quantité Verbale	peu		important	modéré	Modéré voire plus rare plus concentré	Peu	importante	Modéré Recherche l'aide	modéré
Voix/volume verbal	Avec des intonations		Moyenne intensité	calme	Plus posé	posé	Avec des petites variations de ton	posée	posée
Relation à l'autre	bonne		Bonne (s'excuse sur son retard) Inter agit	Bon contact	Bon contact	Echange de regards Echange autour de la technique	Bonne interaction	Bonne interaction	Bon contact Dit avoir était content de faire ses séances avec moi
Attitude	positive		Positive Mais réticence à revenir sur l'hôpital	Positive même si la séance d'avant ne la pas vraiment Satisfait	Moins défensif Plus adhérent au choix du sujet	positive	Positive mais décrit une certaine fatigue liée au sport et manque de sommeil	Plutôt positive Fatigue	Positive et moins fatiguée ce jour, plus investit

Intensité Attention	Ralenti ? Effort de concentration		30 mins	Bonne mais exécution rapide	+++	+++	+++ Avec aide de la musique	Difficile de travailler ce jour	Tout le long du travail
Investissement	Bon		Revient avec une interruption d'une semaine	++	+++	+++	+++	++	+++
Curiosité			Possible mais nécessité de le guider	+++ , utilisation des livres pour l'observation est valorisante pour le patient	A chercher sur internet des infos	Beaucoup d'hésitation, questionnement +++ sur chaque étape de réalisation	Toujours dans le besoin d'être guidé ++ pour le coté technique	Guidance +++	Guidance +++ S'interroge sur l'après
Se Questionne	Questionne l'autre		Questionnement sur un fond philosophique et croyances délirantes	Questionnement sur le sujet Et dit avoir appris plein de choses	Demande des conseils	Guidance +++	Sur le choix des couleurs, les effets de perspectives	Questionne l'autre	Question AT sur les étapes de réalisation
Satisfaction	Plutôt		Moyenne	++	+++	Semble	Séance qu'	« ça le fait »	++

		content		content du résultat esthétique		« Je n'ai pas vu le temps passé Content c'est mieux que ça »	satisfait	il s'approprie Grace au brain storming et la musique qu'il choisit		Exprimé Voit l'évolution de son travail : critique
Affects		sourit		Pas de sourire, Visage sans expression	Rires et sourires	Pas de sourire	Pas observés	Sourit Mais peu exprimé	baille	Plus détendu plus présent
Mémorisation					Se souvient de la séance dernière	Pas évalué	Se souvient de son travail et souhaite le continuer	Pas de difficultés Reprend son dessin pour le commenter : dit être satisfait		

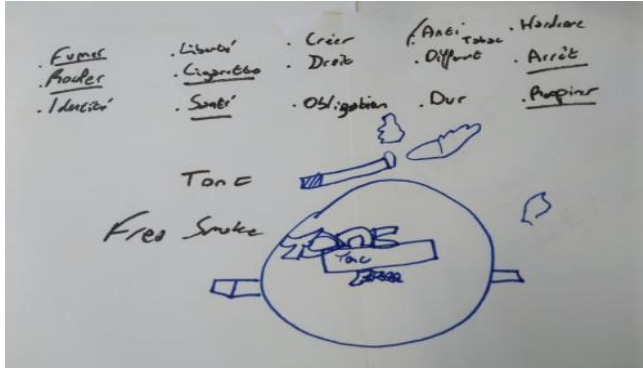


Figure 1

Brainstorming de M. MM, la graphie est négligée.

Le sens des mots est absent. Il s'agit du travail préalable au « tonc ».



Figure 2

Dessin final de M. MM, sous forme de graffiti

Figure 3

Création d'un mandala M. AR, le patient a utilisé 5 séances pour finir cette production.



Figure 5 : travail de Mme NM autour de dessins (ci-dessous)

décomposés pour qu'elle puisse produire sans se mettre en difficultés.

Figure 5 (à gauche en bas) la patiente exprime un choix, une envie de travailler sur les coquillages

Elle fait l'expérience de l'aquarelle.



Figure 4

M. AR a fait le choix de la guitare. Il n'a pas réussi à expérimenter de nouvelles matières.



SANS

SANS

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen)

Traduction française : Lecrubier et Boyer

 <http://www.c-cnr.eu/>

Date

Nom

Prénom

0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e)	3 – Moyen(ne)
1 – Doute, discutable	4 – Important(e)
2 – Léger(e)	5 – Sévère, grave

Retrait ou pauvreté affective		Intensité
1 Expression figée du visage	L'expression faciale paraît rigide, figée, mécanique. On note une absence ou une diminution des changements d'expression en rapport avec le contenu du discours	
2 Diminution des mouvements spontanés	Le patient est assis immobile durant l'entretien et présente peu ou pas de mouvements spontanés. Il ne change pas de position, ne bouge pas ses membres...	
3 Pauvreté de l'expression gestuelle	La malade n'utilise pas les mouvements de son corps pour aider à l'expression de ses idées tels que gestes des mains, posture penchée en avant.	
4 Pauvreté du contact visuel	Le malade évite de regarder l'autre, ou d'utiliser ses yeux pour s'exprimer. Son regard semble perdu dans le vide même lorsqu'il parle.	
5 Absence de réponses affectives	Ne rit ou ne sourit pas lorsqu'il y est incité.	
6 Affect inapproprié	L'affect exprimé est inapproprié ou incongru et non simplement pauvre et émoussé.	
7 Monotonie de la voix	Lorsqu'il parle, le malade ne présente pas les modulations vocales normales. Le discours est monotone.	
8 Évaluation globale de la pauvreté affective	L'évaluation globale prend en compte la gravité de l'ensemble de l'émoussement affectif. Une importance particulière doit être donnée au noyau représenté par l'absence de réactivité, une diminution globale du vécu émotionnel et son caractère inapproprié	

Alogie		Intensité
9 Pauvreté du discours	C'est la réduction de la quantité de propos spontanés, aboutissant à des réponses brèves, concrètes et non élaborées aux questions.	
10 Pauvreté du contenu du discours (idéique)	Bien que les réponses soient suffisamment longues pour que le discours soit normal en quantité, il comporte peu d'informations. Le langage tend à être vague, souvent trop abstrait ou concret, répétitif ou stéréotypé.	
11 Barrages	Le malade décrit spontanément, ou à partir d'une question, une interruption du cours de sa pensée (pas nécessairement observée).	
12 Augmentation des latences des réponses	La durée qui s'écoule avant que le malade ne réponde aux questions est plus longue que normalement. Il peut sembler "ailleurs". Il a cependant compris la question.	
13 Évaluation globale de l'alogie	Les signes nucléaires de l'alogie étant la pauvreté du discours et celle de son contenu, l'évaluation globale doit particulièrement en tenir compte.	

SANS

0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e)	3 – Moyen(ne)
1 – Doute, discutable	4 – Important(e)
2 – Léger(e)	5 – Sévère, grave

Avolition, apathie		Intensité
14 Toilette, hygiène	Vêtements négligés ou sales cheveux gras, odeur corporelle...	
15 Manque d'assiduité au travail ou à l'école	Le malade a des difficultés à trouver et à garder un emploi ou une insertion scolaire en rapport avec son âge, à effectuer les travaux ménagers. S'il est hospitalisé, il ne participe pas de façon durable aux activités du service.	
16 Anergie physique	L'inertie est physique : le sujet peut rester des heures assis sur une chaise sans entreprendre spontanément une activité.	
17 Évaluation globale de l'avolition et de l'apathie	Un poids important peut être accordé à un ou deux symptômes prédominants dans l'évaluation globale s'ils sont particulièrement frappants.	

Anhédonie, retrait social		Intensité
18 Intérêts et activités de loisirs	Le malade présente peu de centres d'intérêts, peu d'activités ou de "hobbies". L'évaluation doit prendre en compte les aspects qualitatifs de ces intérêts.	
19 Intérêts et activités sexuels	Le malade peut présenter une diminution des intérêts sexuels ou du plaisir correspondant.	
20 Incapacité à vivre des relations étroites ou intimes	Le malade peut présenter une incapacité à développer des relations étroites ou intimes en particulier avec sa famille ou des sujets du sexe opposé.	
21 Relation avec les amis et collègues	Le malade peut avoir peu ou pas d'amis et faire peu d'effort pour y remédier, choisissant d'être pratiquement tout le temps seul.	
22 Évaluation globale de l'anhédonie et du retrait social	L'évaluation globale doit prendre en compte la sévérité de l'ensemble de la symptomatologie anhédonie et retrait social en tenant compte des normes attendues selon l'âge, le sexe et le statut social.	

Attention		Intensité
23 Inattention dans les activités sociales	Au cours de ses activités ou relation sociales, le malade paraît inattentif, semble perdu.	
24 Inattention durant la cotation	Pour l'évaluer on demande au sujet d'épeler le mot monde à l'envers ou proposer des épreuves arithmétiques simples du niveau scolaire (5 niveaux de décomptage de 7 en 7 à partir de 100). Score 0 = 0 erreur Score 1 = 0 erreur, hésite Score 2 = 1 erreur Score 3 = 2 erreurs Score 4 = 3 erreurs Score 5 = > 3 erreurs	
25 Évaluation globale de l'inattention	L'évaluation globale des possibilités attentionnelles ou de concentration doit tenir compte des éléments cliniques et des performances aux tests.	

Total des 25 items	
--------------------	--

Les musiques utilisées pendant les séances :

- « *Courtyard Apocalypse* » d'Alexandre Desplat
- « *Flight of the Order of the Phoenix* » de Nicholas Hooper
- « *Dumblodore 's Farewell* » de Nicholas Hooper
- « *Forgiveness* » de Marco Beltrami
- « *Une âme* » de Mathieu Chedid
- « *Avatar soundtrack* » de James Horner
- « *To Build A Home* » The Cinematic Orchestra
- « *Comptine d'un autre été* » de Yann Tiersen
- « *Duo des fleurs* » Lakmé de Carl Davis
- « *Elysium* » Gladiator de Klaus Badelt et de Lisa Gerrard
- « *Oogways Ascends* » de Hans Zimmer
- « *The prisoner of Azkaban* » de John Williams
- « *Je vous trouve un charme* » de Hoshi
- « *My name is Lincoln* » de Steve Jablonsky
- « *Beethoven « Appassionata* » par Lang Lang
- « *Nuvole Bianche* » de Ludovico Einaudi
- « *Toumani* » de Mathieu Chedid
- « *Mirza, Les Cornichons* » de Nino Ferrer
- « *Alone, Crazy Vibes, Raggamuffin, this wold* » de Selah Sue
- « *Le vent l'emportera* » par Sophie Hunger

Séances d'art-thérapie au sein de l'hôpital psychiatrique de Niort, utilisant la pratique des arts-plastiques afin de stimuler l'expression verbale et non verbale auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

Notre stage en art-thérapie au sein du secteur 1 de psychiatrie de Niort a été une expérience riche, de rencontre avec les patients. Nous avons pu mettre en pratique des outils et techniques propres à la formation d'art-thérapeute, des savoir-faire artistiques en arts-plastiques. Les séances d'art-thérapie ont été un éclairage sur les difficultés des patients notamment concernant les symptômes négatifs de la schizophrénie et leur impact sur leur expression, leur communication et relation. Ce mémoire met en relief de manière détaillée ses problématiques. Nous verrons quelles stratégies ont été développées pour permettre aux patients de s'impliquer dans les séances, à travers les études de cas de trois patients. Nous soulignerons l'importance de notre stage et notre mémoire qui ont été deux temps importants dans la construction de notre posture d'art-thérapeute.

Mots clés : arts-plastiques, art-thérapie, communication, expression, psychiatrie, schizophrénie symptômes négatifs, relation, stratégie, outils.

Art therapy sessions within Niort psychiatric hospital, resorting to / through plastic art in order to stimulate verbal and non verbal expression among patients affected by schizophrenia.

Our training course in art therapy within the department 1 of psychiatry in Niort was a fulfilling and rewarding experience as regards our relationship with patients. We were able to put into practice tools and techniques specific to art therapist training concerning artistic know-how in plastic art. Art therapy sessions proved to shed light on hardship patients came across especially regarding the negative symptoms of schizophrenia as well as their impact on their expression, communication and social interaction. This paper outlines and addresses this issue in details. We will see which strategies were opted for to allow patients to get involved during the sessions through the case studies of three patients. We will stress the substantial aspect of our training course and paper which proved to be two important steps in the development of our position as an art therapist.

Key words : art therapy, communication, expression, negative symptoms, plastic art, psychiatry, relationship, schizophrenia strategies, tools