

UNIVERSITÉ DE POITIERS
Faculté de médecine et de pharmacie
6, rue de la Milétrie BP 199
TSA 51115
86073 Poitiers cedex 9 - FRANCE

**Interventions variées en art plastique
avec une résonance en écriture et en manipulation des œuvres
auprès d'adolescents suicidaires
sous la diligence de faire du bien en urgence**

Mémoire de fin d'études du diplôme universitaire d'art-thérapeute

Présenté par Adeline Goron
Année 2020

Sous la direction de : Thibaut TRILLES, art-thérapeute, danseur et professeur
en activités physiques et adaptées et santé

Référent universitaire : Professeur Jean-Jacques Giraud

Lieu de stage : Hôpital psychiatrique Marius Lacroix
Rue Marius Lacroix, 17 000 La Rochelle

UNIVERSITÉ DE POITIERS
Faculté de médecine et de pharmacie
6, rue de la Milétrie BP 199
TSA 51115
86073 Poitiers cedex 9 - FRANCE

Interventions variées en art plastique
avec une résonance en écriture et en manipulation des œuvres
auprès d'adolescents suicidaires
sous la diligence de faire du bien en urgence

Mémoire de fin d'études du diplôme universitaire d'art-thérapeute

Présenté par Adeline Goron
Année 2020

Sous la direction de : Thibaut TRILLES, art-thérapeute, danseur et professeur
en activités physiques et adaptées et santé

Référent universitaire : Professeur Jean-Jacques Giraud

Lieu de stage : Hôpital psychiatrique Marius Lacroix
Rue Marius Lacroix, 17 000 La Rochelle

PLAN

Remerciements	5
Préambule : Laisser une trace	6
Introduction	8
Première partie : L'art-thérapie peut-elle intervenir dans l'urgence, d'un passage à l'acte, avec l'annihilation de l'affirmation de soi, dans l'ici et maintenant ?	11
1. Définitions: De l'adolescence à l'art abstrait	11
2. Description des pathologies: De la phobie scolaire jusqu'à la tentative de suicide en passant par le trouble anxieux de séparation	12
2.1. Critères du DSM-V pour l'établissement du diagnostic	13
3. La nature et les caractéristiques des techniques artistiques choisies	14
3.1 Art-plastique	14
3.2 Argile	15
3.3 Ecriture	15
3.4 Musique	15
4. L'art-thérapie	16
4.1. Le pouvoir du médium	16
4.2. Intérêt de l'art-thérapie dans la pathologie choisie	17
Deuxième partie : Trois études de cas : Arts plastiques divers avec un adolescent souffrant de phobie scolaire, une adolescente avec un trouble anxieux de séparation et une grande adolescente avec un passage à l'acte suicidaire	18
I Matériels	18
1. Lieu d'accueil : Hôpital psychiatrique Marius Lacroix de La Rochelle	18
1.1. Historique	18
1.2. Fonctionnement de la structure	18
1.3. Population	19
2. Équipe et outils pour l'évaluation de crise	19
2.1. Objectifs des prises en charge	20
2.2. Schéma utilisés : choix des items et grilles scientifiques validées	20
2.3. Choix des patients retenus pour l'étude	20
3. Stratégies thérapeutiques : travail avec les personnels médicaux, paramédicaux et besoin des patients	23
3.1. Durée de la recherche	23
3.2. Retombées attendues	24

3.3.	Organisation des séances	24
3.4.	Evaluation des séances	24
II	Méthodes	25
A.	Etude de cas de Pierre	25
A.1.	Anamnèse	25
A.2.	Ressources & pénalités	26
A.3.	Objectifs thérapeutiques	26
A.4.	Les séances de Pierre	27
B.	Etude de cas de Sandra	34
B.1.	Anamnèse	34
B.2.	Ressources & pénalités	35
B.3.	Objectifs thérapeutiques	36
B.4.	Les séances de Sandra	37
C.	Etude de cas de Lucie	43
C.1.	Anamnèse	43
C.2.	Ressources et pénalités	43
C.3.	Objectif thérapeutique	44
C.4.	Les séances de Lucie	45

Troisième partie : Résultats : L'art-thérapie peut être aussi un outil pour l'évaluation psychiatrique

		49
A.	Résultat de l'étude de cas de Pierre	49
A.1.	Grille d'Observation et sélections des items	49
A.2.	Analyse des graphiques	50
A.3.	Conclusion et bilan de la prise en charge	54
B.	Résultat de l'étude de cas de Sandra	58
A.1.	Grille d'Observation et sélection des items	58
A.2.	Analyse des graphiques	59
A.3.	Conclusion et bilan de la prise en charge	63
C.	Résultat de l'étude de cas de Lucie	65
C.1.	Grille d'observation et sélection des items	65
C.2.	Analyse des graphiques	66
C.3.	Conclusion et bilan de la prise en charge	70

Quatrième partie : Discussion : Etude critique de l'expérience de l'art-thérapie. L'art-thérapie bien plus qu'une unique utilisation « des bénéfices de l'art et de la création pour améliorer le bien-être des sujets, en mobilisant leurs capacités créatives pour soulager les maux hors des mots. »		71
1.	Exploration des résultats : transfert artistique, bienfaits de la prise en soin et les limites	71
1.1.	Regard critique de l'étude : les espaces charnières	73
1.2.	Comparaison avec d'autres travaux de recherche : prise en charge individuel, prise charge mère/enfant, fratrie et danse	74
1.3.	Discussions sur certains points de nature évolutifs : l'incapacité des jeunes à révéler leurs goûts musicaux	75
1.4.	Cadre conceptuel de l'art-thérapeute	76
	1.4.1. L'Adaptation	76
	1.4.2. Secret professionnel	77
	1.4.3. L'autorité du thérapeute	77
	1.4.4. Posture soignante de l'art-thérapeute	78
2.	L'apport de la Thérapie Comportementale et Cognitive dans la structure	79
2.1.	Etude des comportements	80
2.2.	Travail actif : 4 types d'exercices	80
 Conclusion : La place de la faute, l'erreur, le juste		 81
	Bibliographie	84
	Webographie	84
	Musicothèque	85
	Glossaire	87
	Sigles	99
<hr/>		
	Annexes	91
1.	Les modèles de Nicole Guédeney	91
2.	Fiche d'ouverture	92
3.	Fiche d'observation	94
4.	Bilan d'accompagnement en Art-Thérapie	96
5.	Échelle d'affirmation de soi de Rathus	97
6.	Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg	100
7.	Echelle de dépression MADRS	102
8.	Repérage de la dépression de l'Adolescent – ADRS (version patient)	107
9.	Repérage de la dépression de l'Adolescent – ADRS (version clinique)	108

Remerciements

Je tiens à remercier le professeur Giraud, sans qui ce diplôme ne serait pas possible, monsieur Pain et les intervenants du Diplôme Uuniversitaire de Poitiers.

Par ordre d'arrivée dans ma vie, je remercie ma petite sœur, Mary, ma première notion d'amour, ma figure d'attachement, la première à m'avoir dit : «Tu es capable». Mes deux petits frères pour leurs aide et soutien. À Guillaume, pour le partage de sa propre expérience du mémoire qui m'a aidée à changer ma vision, si tu étais un objet, tu serais mes lunettes. À Florian, qui a été mon premier professeur de mathématiques du haut de ses 7 ans et aujourd'hui «nounou» de mon mémoire, avec cette aptitude de m'amener à me dépasser même quand je n'y crois pas. À votre inspiration et capacité à tous les trois de non-jugement. Parce qu'on apprend tellement des plus jeunes que soi, merci d'être vous, merci d'être là.

Annie, Ulysse, Jean-Michel et Michel.

Mes premières collègues de travail, qui sont restées de précieuses amies : Lysiane éducatrice, qui fut ma première relectrice pour mon CAP* petite enfance. Gwendoline, la plus bienveillante des cuisinières, qui m'a acceptée telle que j'étais à 18 ans, en m'expliquant comment calculer la dose de café à mettre dans la cafetière, pendant que nos supérieurs se moquaient. Ma douce Aline, famille d'accueil, qui a toujours cru en moi de mon CAP* à mon Diplôme Universitaire, me demandant des nouvelles tous les jours, malgré son métier des plus durs. À toute sa famille, des plus petits aux plus grands.

Merci à tous mes amis, en passant par Chauvigny, on en a passé des heures au téléphone (je ne peux pas tous vous citer, mais vous êtes tous là), potes de faculté de psychologie, voisins, connaissances qui m'ont soutenue tout au long de ce travail chronophage.

Spéciale dédicace aux filles du Diplôme Uuniversitaire d'art-thérapie qui, bien plus que des compères de formation, sont devenues une petite famille.

Ma première relectrice Marion Ouvrard, animatrice socioculturelle à l'ALEPA*, pour sa patience et bienveillance légendaire, son acceptation d'intégration de tous depuis toute petite. Beaucoup m'ont proposé le rôle de relectrice, il n'y avait qu'à toi que je pouvais remettre « ce bébé ». Ma deuxième relectrice Frédérique Lachal, professeur de français, artiste dans la compagnie «La Bande magnétique», je ne sais pas où tu as trouvé tout ce temps et cette énergie pour moi avec ta grande famille.

Sandrine Mercier, art-thérapeute et intervenante au diplôme universitaire de Poitiers, qui en plus de ses cours pleins de richesse stimulante, m'a aidée à ne pas lâcher et a été d'un grand réconfort. L'équipe pluridisciplinaire de l'Hôpital psychiatrique Marius Lacroix pour m'avoir prise en stage, et leurs savoirs. Je remercie tous les enfants, des patients de mon tout premier lieu de travail à mes 18 ans à mon dernier lieu de stage, pour leur confiance, et qui ont fait que leurs souffrances, pathologies, n'ont pas été inutiles et qu'on les a bien entendues.

Mon directeur de mémoire, Thibault Trilles, que j'ai choisi en connaissance de cause, pour sa capacité de non-jugement, adaptation, ses connaissances et cette attitude d'art-thérapeute permanente même lors d'échanges hors académiques.

Et enfin, je vais me permettre, ici, de me remercier moi-même, pour ma grande qualité d'adaptation et de m'être autorisée à ...

Préambule : Laisser une trace

À nos chers disparus sous le poids de leurs maux, sans avoir pu se délivrer par la parole, par les mots. Mots que j'ai toujours trouvés extrêmement difficiles, voyant des lettres miroir partout, n'évoluant pas dans un monde qui me convenait, où l'enfance sécurisée m'a manqué. Dysphonie allant jusqu'à l'aphonie, mes moyens de communication étaient la danse classique et le violon appris en conservatoire, et le théâtre avec ma sœur qui faisait partie d'une troupe. Lors des représentations, je jouais sans paroles, juste en jouant mes émotions. J'ai repris la pratique du théâtre à l'université avec la troupe « théâtre au campus ». Le dessin, la peinture et le modelage sont venus naturellement, en autodidacte. Pourquoi avoir besoin des mots quand on sait dessiner la vie, faire parler le corps, transmettre les émotions de joie et pleurer dans un violon ?

Je me souviens de cet écureuil en argile réalisé en quelques minutes en maternelle, alors que la maîtresse m'avait punie, car je ne savais pas écrire mon prénom dessus et que cela semblait alors être le plus important à ses yeux.

Je me souviens de Ben A., mon meilleur ami et amoureux par la suite, qui mit fin à ses jours, pendu dans sa cave ; de mon conditionnement pour survivre à ma peine, me disant : « ce n'est pas ta faute, tu as été juste la goutte d'eau, mais pas la totalité ». Alors, quand est-ce qu'on sait qu'on est la goutte d'eau ? Où est le niveau de chacun ? Est-ce qu'on peut vider le vase, de temps en temps ?

Un jour, un maître de conférence en licence de psychologie nous a dit : « *on ne peut pas aider une personne qui ne veut pas être aidée* », alors comment faire face à des adolescents qui ne veulent plus vivre ?

Aide-éducatrice spécialisée à l'aide sociale à l'enfance, j'ai fait le choix de m'élever pour rassembler des outils, convaincue de la richesse pluridimensionnelle des différentes formations.

Le bénévolat à l'hôpital des enfants du CHU* de Poitiers, en oncologie*, durant 3 ans, m'a fait voir l'importance de la place de la création, son rôle et ses objectifs thérapeutiques auprès d'un public surmédicalisé. J'ai pu admirer les bienfaits de l'art à travers la maladie qui s'améliore, et constater aussi que les confidences des enfants et des familles n'étaient pas les mêmes que celles faites au personnel médical.

Mon premier stage en licence de psychologie ne pouvait qu'être auprès de l'artiste Peintre Danièle Deschamps, diplômée des Beaux-Arts en 1972. Elle siège à l'UDAF*, fait partie du conseil de l'ordre de l'UNAFAM* et est aussi membre du comité de la MDPH* au GEM* de la Cordée. Son parcours à la fois artistique et institutionnel l'ont menée à dépoussiérer les approches classiques et à mêler très tôt l'art et la médecine.

Je citerai plus loin quelques échanges pendant les séances avec les patients, ayant eu la chance de faire autant de PEC* de groupe qu'en individuel et de les accompagner de A à Z dans le processus de création jusqu'à l'exposition à la Maison de la Gibauderie à Poitiers. Cette expérience a été tellement riche que je me suis engagée dans une formation de deux ans à Profa-

mille pour accompagner au mieux les patients atteints de maladie psychique, telle que la schizophrénie, en m'adaptant à leur pathologie.

Utiliser l'art dans un but thérapeutique a été une évidence : un outil supplémentaire au sein d'une équipe, mais aussi une thérapie à part entière. Je me dirigerai alors vers le Diplôme Universitaire de Poitiers à la faculté de médecine et de pharmacie.

Mon stage de première année à l'ALEPA* avec un groupe d'enfants et d'adolescents atteints de troubles du spectre autistique m'a fait découvrir la richesse du rôle du futur art-thérapeute et du travail en équipe pluridisciplinaire y compris avec des bénévoles. En partageant mon regard pendant les séances avec celui de l'équipe dans le quotidien, nous avons pu atteindre plusieurs objectifs thérapeutiques fixés en amont. J'ai également eu l'opportunité d'explorer les bienfaits de la musicothérapie, de l'art corporel et du théâtre avec ces jeunes. Ensemble, nous avons également exploré le processus de création jusqu'à l'exposition à la Gibauderie de Poitiers. Cette association m'a permis de compléter mes connaissances du trouble autistique est d'être plus efficace dans mes accompagnements, grâce aux formations proposées à l'équipe et auxquelles j'ai été incluse.

Lors de cette étude, je n'ai pu que m'adapter au groupe disparate et improviser des séances. La nécessité d'apporter du bien-être sur une séance a impulsé l'envie de créer, le plaisir de passer un bon moment, de réussir à rire. L'urgence de créer du lien, de rompre l'isolement, de permettre au jeune de s'apercevoir qu'il n'est pas seul dans cette épreuve.

Nous nous intéresserons dans ce mémoire à l'adolescence en crise, et à l'urgence d'intervenir face au risque de suicide. Nous questionnerons également l'altérité traumatique des fratries. Nous ferons le lien entre « la théorie du complexe du homard » (cf. page 8) de Françoise Dolto, « l'objet transitionnel » (cf. page 16), « la théorie de l'attachement » (cf. page 8) et les dégâts collatéraux des fratries, par les pensées psychanalytiques de Donald Winnicott et Mélanie Klein. Les psychiatres John Bowlby, Nicole Guédeney et Jean-Pierre Klein psychiatre et artiste, viendront étayer ses propos. L'apport de la thérapie Comportementales et Cognitives présente dans l'institution, sera un de nos modèles en cohérence avec la perspective l'orientation vers la formation du Diplôme Universitaire TCC*. Mon expérience professionnelle en tant qu'aide-éducatrice m'a montré qu'il n'y avait pas de solution universelle. Pour étayer ce propos, je voudrais citer Christophe André, psychiatre et psychothérapeute : « *La solution unique à nos souffrances psychologiques n'existe pas. Le plus souvent, nous arrivons à nous en sortir par de multiples petits efforts ajoutés les uns aux autres : comme les brins d'une corde qui nous sort du gouffre, chaque brin est trop fragile pour nous tirer, mais associés les uns aux autres, ça marche* ».

Introduction

« *Le suicide ! Mais c'est la force de ceux qui n'en ont plus, c'est l'espoir de ceux qui n'y croient plus, c'est le sublime courage des vaincus.* » [Guy de Maupassant (écrivain et journaliste littéraire) *Suicide*, Le Gaulois. 1880]

Le **rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé***, en 2019, nous dit que toutes les 40 secondes, une personne met fin à ses jours dans le monde. Le suicide reste la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans, derrière les accidents de la route.

Cet acte, tel une stratification en couches, est là comme une seconde peau pour déjouer la représentation de ce qui se joue réellement. « *L'enfant se défait de sa carapace, soudain étroite, pour en acquérir une autre. Entre les deux, il est vulnérable, agressif ou replié sur lui-même. Mais ce qui va apparaître est le produit de ce qui a été semé chez l'enfant* » nous dit Françoise Dolto dans ce qu'elle définit comme la théorie du « complexe du homard » [Françoise Dolto (pédiatre et psychanalyste) *La cause des adolescents*, Robert Laffont. 1985] fervente militante de la cause des enfants.

L'adolescence étant une extension de l'enfance, dans cette étude vous trouverez trois jeunes avec différents traumatismes de l'attachement.

La **théorie de l'attachement** de J. Bowlby [John Bowlby (psychiatre et psychanalyste) *Attachement et perte* Volume 3. Presses universitaires de France. 1984] et de M. Ainsworth, (psychologue du développement) sera élaborée en 1960. Elle a révolutionné les pratiques, à la fois dans la petite enfance, mais aussi dans la psychologie, la psychiatrie adulte et la psychothérapie. Le lien de l'attachement est la recherche de la proximité d'une personne spécifique en cas de détresse ; il déterminera le futur adulte.

Tous les bébés sont biologiquement programmés pour **rechercher la proximité d'une personne** adulte lorsqu'ils sont **en situation de détresse** ou d'alarme. **Un bébé seul n'existe pas**. Ce besoin perdurera tout au long de sa vie. Nous avons un lien différent avec les quelques personnes que nous appellerons automatiquement en cas de détresse, car les besoins satisfaits par ce lien ne sont pas les mêmes qu'avec d'autres. Ceci est une poursuite à l'âge adulte de ce que le bébé va construire dans ses différentes dimensions du lien avec ceux qui l'élèvent avant ses 6 ans. Il existe une interaction permanente entre ce qui vient du bébé et de la personne en face. Il faudra 9 mois pour construire ce lien privilégié, qui ne sera pas forcément tissé avec la mère ou le père, mais avec **la personne à proximité, qui répondra à ses besoins en cas de danger**. Le bébé reviendra automatiquement auprès de cette personne en cas de détresse, chaque figure d'attachement étant irremplaçable. **Quand l'adulte répondra à ses besoins, le système de l'attachement de l'enfant s'éteindra** pour aller vers d'autres tâches et d'autres intérêts, car **pour se détacher il faut avant cela avoir été bien attaché**. Son **système de curiosité** se mettra alors en route : c'est un système motivationnel capital pour sa survie, qui développera son sentiment de compétence, un tremplin pour **affronter des challenges**. La **vraie autonomie** permet de

savoir ce qu'on peut faire seul et de demander de l'aide si besoin. Les enfants ont besoin de la réponse de l'adulte : **aide, réconfort, protection, accueil** quand l'enfant revient vers eux, ce qui organisera leurs sentiments. Plus tard, le **partage émotionnel, la consolation, le soutien, la résolution des problèmes** aideront l'enfant à trouver des solutions à ses problèmes. La base et le havre de leur sécurité, c'est la figure parentale qui protège le bébé. Ensuite, le bébé s'attache aux parents, il attend la protection de l'adulte. **Le bébé tout seul ne peut pas réguler ses émotions négatives (tristesse, peur, colère)**. Tout ce qui est positif n'est pas régulé par les adultes, ceci est la propriété de l'enfant.

Un lien d'attachement positif perdurera tout au long de la vie. C'est un lien prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité, lié à la confiance en soi, au sentiment de compétence, à l'empathie et aux compétences sociales.

Quand l'environnement ne répond pas de manière adéquate, l'enfant développera des stratégies d'adaptation. Il prendra sur lui pour répondre à ses propres besoins.

Résumé — Les modèles de N. Guédeney (Annexe 1 page 91)

	Attachement d'évitement	Attachement ambivalent résistant
Plan intentionnel	Détourne l'attention	Focalise l'attention
Plan comportemental	Inhibition des comportements, évitement	Mélange de recherche de proximité et de résistance au maintien de celle-ci
Plan émotionnel	Minimise les signaux de besoins	Maximalisation des besoins, colère

L'enfant construit un modèle de soi et des autres en situation de détresse qu'il gardera adulte : la confiance en l'autre en cas de problème, le sentiment de valeur personnelle au regard de l'autre même en situation de détresse et le sentiment d'avoir une action sur l'autre.

Là où l'image de l'adolescent stéréotypé est en opposition par réactance à l'adulte, on se retrouve face à **des jeunes** qui n'arrivent plus à dire non, **qui disent oui à tout**, comme l'étranger poli qui n'a pas compris le sens de notre question. **L'affirmation de soi est en lien avec la valorisation de soi et l'estime de soi. Le jeune qui ne se sentirait pas aimé, par conséquent ne s'aimerait pas, et alors perdrait ce droit au «non», un «non» demandant beaucoup plus d'énergie, telle une censure de l'enfance. Cette capacité de résilience serait alors anéantie.**

Pour se figurer ce propos, N. Guédeney (pédopsychiatre) pose la question : « *Avez-vous une bonne estime de vous ?* », et ajoutera : « *Est-elle bonne lorsque vous avez tout réussi ou est-elle bonne même quand vous n'y arrivez pas ? [...] Est-elle bonne sous le regard de n'importe qui ou uniquement sous certains regards ?* » [Nicole Guédeney « Conférence de la théorie de l'attachement » 2012]

La manière dont les jeunes répondront à ces questions aura probablement un lien avec leur **histoire d'attachement**.

La **notion d'agir en urgence**, dans cette étude, est omniprésente, face à des adolescents que nous ne sommes pas sûrs de revoir en séance au vu d'un autre passage à l'acte qui reste en latence.

Eckhart Tolle (écrivain et conférencier canadien), nous montre un autre regard sur le pouvoir du moment présent, revisitant « *l'être* » [Eckhart Tolle *Le pouvoir du moment présent*, Ariane, 2000]. **Les bienfaits du moment présent seraient accessibles à tous, à condition de se détacher de l'influence de son mental** : « *l'incapacité à s'arrêter de penser empêcherait l'être* ».

« *L'être* » dévalorisé, entre ce qu'on est (la réalité) et ce qu'on voudrait être (la projection), engendre un stress lié à cette projection irréaliste qui fait baisser l'estime de soi. Sénèque, (philosophe de l'école stoïcienne*), dramaturge* et homme d'État, nous transmet : « *Le plus grand obstacle de la vie, c'est l'attente qui dépend du lendemain ...* ». [Mercier, S. *La brièveté de la vie*. Sénèque 49 ap. J.-C. Revue philosophique de Louvain. 2007]

Première partie : L'art-thérapie peut-elle intervenir dans l'urgence, d'un passage à l'acte, avec l'annihilation de l'affirmation de soi, dans l'ici et maintenant ?

1. Définitions : De l'adolescence à l'art abstrait

Adolescence : en psychologie on parlera de **période de moratoire*** infiltré d'un **problème identificateur** où l'essentiel consistera à **négoier des deuils**, des pertes et des désillusions jusqu'au moment où le sujet pourra **assumer sa séparation et sa différenciation dans l'autonomie**. [Dictionnaire Larousse, 2019]

Adolescent du latin « *adolescens, de adolescere* » qui veut dire **grandir** : période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et **se forme la pensée abstraite**. [Dictionnaire Larousse, 2019]

En ce qui concerne cette « ***pensée abstraite*** » : notion appartenant à la **psychologie du développement**, dans la **théorie Piagétienne de l'intelligence**, elle se distingue de la pensée formelle (ou concrète), laquelle se base sur des expériences réelles. L'individu grandit en s'appuyant sur des objets concrets. Vers l'âge de douze ans, il commence à remplacer les objets par des idées ou des concepts propres. Elle désigne le processus par lequel la pensée parvient à isoler une composante générale d'une perception, elle correspond à la capacité de pourvoir un cadre mental volontairement, en englobant la possibilité de changer, à volonté, d'une situation à une autre, de décomposer le tout en parties et d'analyser en même temps différents aspects d'une même réalité. On retrouve par ailleurs la notion d'abstraction dans l'art.

L'abstrait : l'expression « *art abstrait* » désigne l'une des principales tendances de la peinture et de la sculpture du XX^e siècle. Elle recouvre des mouvements extrêmement divers, mais qui ont pour caractéristique commune de **s'opposer à l'art figuratif** : l'abstraction recherche l'émotion par la forme et la couleur, sans recourir à la représentation ou à l'évocation de la réalité. [Etienne Souriau & Anne Souriau, Presse universitaire de France, 2010]

2. Description des pathologies : De la phobie scolaire jusqu'à la tentative de suicide en passant par le trouble anxieux de séparation.

« **La phobie scolaire** se caractérise par une **peur excessive** accompagnée de crises de panique au moment de **partir à l'école**, qui s'apaisent quand le jeune est sûr de rentrer chez lui. Les raisons de la phobie (ou de cette **angoisse**) ne sont pas les mêmes **selon les individus et leur histoire personnelle**. Certains facteurs communs sont observés, tels qu'une peur excessive de l'échec, du jugement des gens, des professeurs ou des autres élèves. Des situations de harcèlement ou de cyber harcèlement sont fréquemment impliquées. La phobie scolaire est aussi souvent liée à une peur ancienne de la mort et de la séparation, quelquefois réactivée par un traumatisme plus récent. » [Docteur Marie-France Le Heuzey, responsable de l'unité de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent de l'Hôpital Robert Debré à Paris]

Dans la **phobie scolaire**, on retrouve les Autres, concept de l'altérité. En philosophie, l'altérité est le caractère, la qualité de ce qui est autre. C'est aussi la reconnaissance de l'autre dans sa différence, qu'elle soit ethnique, sociale, culturelle ou religieuse. Ce peut être problématique pour le jeune dont l'**estime de soi est faible, car c'est une personne qui n'a pas pu exprimer qui elle est vraiment et qui n'a pas réussi à trouver sa place**. Ses manifestations anxieuses sont majeures : somatisations, détresse émotionnelle, agitation au moment de partir à l'école ou par anticipation. Elles ont pour conséquence des stratégies d'évitement voire d'errance*. **Une dépression est souvent associée à cette phobie, aggravée par l'appauvrissement des contacts sociaux**. On peut identifier plusieurs mécanismes à l'origine de ce symptôme : **angoisse de séparation, anxiété*, agoraphobie***. La prise en charge idéale est précoce et consiste en une psychothérapie, sous réserve d'une bonne collaboration familiale, associée à des aménagements scolaires. Les cas les plus sévères, avec déscolarisation évoluant depuis plusieurs mois, généralement avec une tolérance familiale, peuvent nécessiter une hospitalisation en pédopsychiatrie.

Le trouble anxieux de séparation de l'enfance ou de l'adolescence est une **anxiété* excessive concernant la séparation avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché**. Cette anxiété* dépasse en sévérité le niveau que l'on pourrait attendre compte tenu du niveau de développement. Chez l'adolescent, l'anxiété* concernant la séparation peut être niée, mais se traduire par un champ limité d'activités autonomes et une réticence à quitter la maison. **L'anxiété* de séparation se développe souvent suite à un événement traumatisant**. On constate aussi les dégâts collatéraux dans les fratries trop souvent oubliées, ce que nous verrons dans deux études de cas. L'attachement régule les hormones de stress, les études en imagerie montrent qu'il aurait une influence sur le développement du cerveau. **80% des enfants en psychiatrie ont un attachement insécuré*, responsable du trouble de l'anxiété* de séparation**.

2.1. Critères du DSM-V* pour l'établissement du diagnostic

- A. **Anxiété* excessive et inappropriée au stade de développement** concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent trois des manifestations suivantes (ou plus) :
1. **Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation** d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations ;
 2. **Crainte excessive et persistante concernant la disparition** des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver ;
 3. **Crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux** ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (par exemple, se retrouver perdu ou être kidnappé) ;
 4. **Réticence persistante ou refus d'aller à l'école**, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation ;
 5. **Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul** ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans adultes de confiance ;
 6. **Réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité** de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison ;
 7. **Cauchemars répétés à thèmes de séparation ;**
Plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations.
- B. La **durée** du trouble est **d'au moins quatre semaines**.
- C. Le trouble débute **avant** l'âge de **18 ans**.
- D. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire, ou dans d'autres domaines importants.
- E. **Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement**, d'une **schizophrénie** ou d'un autre **trouble psychotique** et, chez les adolescents et les adultes, **il n'est pas mieux expliqué par le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie***.

« *Le suicide* : Latin *sui*, de soi, et *caedere*, tuer. Acte de se donner volontairement la mort. Appelé aussi *autolyse*. » [Dictionnaire Larousse, 2019]

Émile Durkheim, (sociologue) classe le suicide en plusieurs catégories :

- « **Le suicide égoïste** : le suicide égoïste intervient lors d'un défaut d'intégration : l'individu n'est pas suffisamment rattaché aux autres. La société tient les individus en vie en les intégrant.
- **Le suicide altruiste** : à l'inverse du suicide égoïste, le suicide altruiste est déterminé par un **excès d'intégration**. Les individus ne s'appartiennent plus et peuvent en venir à se tuer par devoir (on peut avoir en tête les suicides dans l'armée, dans des sectes, etc.).
- **Le suicide anémique** : le suicide anémique intervient lors d'un **défaut de régulation** : la réglementation, les normes sont moins importantes, elles sont devenues plus floues. Les individus sont moins tenus, leurs conduites sont moins réglées, leurs désirs ne sont plus limités ou cadrés. Ils peuvent éprouver le « mal de l'infini ».
- **Le suicide fataliste** : le suicide fataliste, quant à lui, intervient dans les cas **d'excès de régulation** : la vie sociale est extrêmement régulée, les marges de manœuvre individuelles sont réduites. Le contrôle social, les normes sont trop importants. »

[Emile Durkheim *Le suicide étude de sociologie*, Les presses universitaires de France. 1967]

3. La nature et les caractéristiques des techniques artistiques choisies.

Sur ces séances, nous utiliserons les **arts plastiques : la peinture, le dessin, l'argile**, toujours en **musique**, que nous mettrons en lien avec le plaisir de **l'écriture**. Grâce à l'écriture, on se rencontre, on se répond, on communique, en respectant la souffrance qui est là, en la reconnaissant. **Les représentations d'argile seront mises en scène afin que le jeune puisse se protéger derrière elles**. Ainsi, il pourra **créer un lien sûr avec autrui**, et faire vivre son œuvre grâce à la prise de distance. Ce sera moins risqué pour lui que de s'impliquer directement. Dans une même conception que la marionnette, il pourra observer que l'objet vit et a une histoire, en lien avec les autres. Nous avons pu observer qu'il est très difficile pour certains adolescents de reconnaître qu'ils prennent du plaisir, comme si cela risquait d'annihiler leurs souffrances et de leur faire perdre une forme de reconnaissance.

3.1 Art plastique

Il utilise des matériaux de base sur lesquels sont exprimés les émotions et les sentiments. Il développe le sens esthétique dans un respect de soi et de sa créativité. Le dessin, le collage, la peinture, la craie grasse sont des supports visuels très bénéfiques pour les personnes sans envie de vivre, ayant des difficultés à « imaginer » leur avenir. La créativité avec des matériaux de

récupération permet d'aboutir à cette constatation : « Tout se transforme, même ce qui semble ne plus pouvoir servir à rien. Alors pourquoi pas moi ? ».

3.2 Argile

Elle agit comme des **marionnettes**. Le modelage est **régressif**, ici on s'autorise à retrouver le goût de l'enfance. Il **canalise les pulsions**, et est utilisé comme des marionnettes qui **favorisent l'expression des sentiments**, l'**extériorisation de conflits** conscients ou inconscients et l'apparition de contenus thérapeutiques qui, dans la communication directe, pourraient rester bloqués. L'argile est **protectrice**, car l'acteur est caché derrière elle. Révélatrice de l'inexprimé, elle permet une prise de conscience de sa place et de ses particularités, de ses difficultés et de ses craintes, de ses talents et de ses compétences. Elle propose un travail sur l'**identité et l'histoire** de chacun, une expérience de **socialisation**. Elle permet également d'investir de nouveaux modes relationnels et d'apporter un changement, une évolution, dans sa **relation au transfert**.

3.3 Écriture

Faire vivre «en corps» les mots qui définissent les maux, se retrouver en groupe et travailler ensemble ou à côté sur un projet commun. L'écriture peut être proposée aux personnes qui ont été en échec scolaire, pour dépasser cette angoisse et s'apercevoir qu'ici les fautes et les erreurs ont toutes leurs places. Un but commun avec un objectif à atteindre : l'**interaction sociale**, dont découlent le **dépassement de soi et la reconnaissance**. Elle laisse une trace, nous permettant l'échange. On écrit pour se faire lire. Ce médium est reconnu pour utiliser le plus de concentration et d'énergie, il est tel qu'il **diminue les symptômes de dépression**, le sujet est tellement concentré qu'il est moins obnubilé dans les syndromes envahissants de son ressenti dépressif. Écrire **libère du stress et améliore le sommeil**.

3.4 Musique

L'écoute passive de la musique est bénéfique pour le développement de la **concentration**, de la **réflexion** ou de la **méditation**. On va la proposer pour les **personnes anxieuses** avec des **passages de vie difficiles**. Elle **impulse l'action, l'élan créateur**, elle sera de concert tout au long de nos séances. Les jeunes ne voulant pas révéler ce qu'ils écoutent, nous observerons avec minutie leur langage corporel sur les morceaux proposés, nous permettant de faire notre sélection. Elle fait partie de l'alliance thérapeutique que le patient reçoit comme une pensée pour lui, quand le thérapeute trouve la musique qui lui fait plaisir.

4. L'art-thérapie

L'art-thérapie est un outil supplémentaire au sein d'une équipe pluridisciplinaire, permettant d'avoir un autre regard avec d'autres objectifs thérapeutiques sur une pathologie, mais aussi une **thérapie à part entière** qui a toute sa place. Là où l'on voit se développer l'obligation de parole de thérapie, douloureuse et longue, l'art-thérapie est un apaisement, **une autre façon de dire sa douleur, un soin pour soi**, un moment à soi, au yoga ont dit le « Namasté » qui est un bonjour à soi-même et non aux autres. Le pouvoir de l'inconscient : quand on dit aux jeunes : « Ici, on prend plaisir, on n'est pas obligé de parler de ce qui ne va pas », le jeune se met à parler à travers ses œuvres. Par exemple, on va dire : « On ne va pas parler de soi, mais faire le portrait d'une autre personne », les patients s'aperçoivent avec surprise que le portrait qu'ils ont fait, c'est celui d'eux-mêmes.

4.1. Le pouvoir du médium

Lors du stage en psychologie au GEM* de la Cordée de Poitiers, une patiente paraplégique et atteinte de schizophrénie nous avait demandé de dessiner une chapelle avec le *Saint-Nicolas*. Pendant que nous peignons ce tableau toutes les deux, elle me confie ce que représentait ce *Saint-Nicolas* : la violence de sa mère, ce qu'elle n'avait jamais dit. Elle exprime : « J'ai l'impression que tout ce qui tournait en rond dans ma tête est parti dans le tableau, je me sens soulagée maintenant ». Elle choisit alors de laisser ce tableau dans l'atelier de peinture alors qu'elle gardait les autres. Sur le plan physique, cette dame était arrivée au point où elle ne pouvait pas tenir un pinceau, elle peignait avec sa bouche, nous faisons ses mains et elle nous dictait comment faire, ce qui a créé tout de suite l'alliance thérapeutique. Au fur à mesure des séances, elle prit un pinceau dans la main pour peindre, ne s'en rendant compte qu'après. Aujourd'hui cette dame peint seule, avec des pauses, mais seule.

D.W.Winnicott, (pédiatre et psychanalyste), nous parle de « *l'objet transitionnel* » [Donald Woods Winnicott *Jeu et réalité* Gallimard. 1984] rassurant, maternant le premier « *non-moi* », mais aussi de « *l'espace potentiel entre l'imaginaire et le réel, une transition rassurante face à ce qui peut faire peur* ». **La créativité occupe une place primordiale dans la théorie de D.W.Winnicott**, chanteur et pianiste. On peut observer dans ses ouvrages qu'elle signifie **la vie, être vivant, se sentir réel ; ce qui pourrait être une définition de la bonne santé. La créativité a une influence sur la réalité et la qualité des relations, autant que sur l'envie de vivre et d'exister.**

Le psychiatre **J.P. Klein**, (directeur de l'Institut de Théâtre et Dramathérapie de Paris ; de la Escuela de Arte-terapia de Barcelone, et directeur de la Troupe du Théâtre de la Réminiscence), constatant les limites de la psychothérapie classique, basée sur l'introspection et le langage verbal, a **embauché des artistes dans son service** dès 1973. Il l'appelle «**la médecine douce**».

Nous emprunterons sa définition de l'art-thérapie : « **L'art-thérapie est une médiation artistique consistant en un accompagnement de personnes en difficulté psychologique, physique et sociale, mises en position de création artistique aboutissant à des œuvres plastiques, sonores, théâtrales, graphiques, corporelles et dansées. Cette thérapie subtile, qui prend la vulnérabilité comme matériau, cherche moins à dévoiler les significations inconscientes des productions qu'à permettre au sujet de se créer à nouveau dans un parcours de création en création.** » [Jean-Pierre Klein *L'art-thérapie*, Presses universitaires de France. 2017] Nous y ajouterons qu'elle est sans critères d'âges ou de pathologies, et encore moins de critères artistiques.

4.2. Intérêt de l'art-thérapie dans la pathologie choisie

Nous avons pu faire l'observation d'échanges avec l'équipe d'éducateurs et d'infirmières en psychiatrie, mais **entre jeunes, cet échange est resté très timide** voire inexistant pour certains, d'où l'idée de communication entre eux au travers des médiums utilisés en séance.

Le suicide étant relié à la fuite d'une situation intolérable, les jeunes n'arrivent plus à « créer » de contact vers l'extérieur. Ils restent dans leurs bulle, dans laquelle ils ne laissent personne entrer personne par croyance d'être incompris. Il se jouera alors au sein des prises en charge de groupe **l'enjeu de la relation de jeune à jeune**, dans le but thérapeutique de leur réaliser qu'ils ne sont pas seuls à vivre des deuils sous quelque forme que ce soit. Au sein de la cellule de crise, il y a aussi des groupes de paroles avec une psychologue. Nous avons pu observer qu'au sein de cette thérapie, la parole reste très timide et que les quelques personnes qui parlent n'expriment pas vraiment de leurs angoisses.

M. Klein, psychanalyste, interprète le jeu d'un enfant comme on interpréterait un rêve, elle **utilise le jeu comme « médiation thérapeutique »** [Mélanie Klein *La psychanalyse des enfants* Presses universitaires. 2013] : une façon de parler et d'associer librement. Elle le considère comme un moyen d'accès aux représentations internes, symboliques, de l'enfant. Le jeu apparaît tout à la fois comme une mise en scène des tensions psychiques de l'enfant et comme un moyen thérapeutique, dans le cadre du transfert. **D'où notre intérêt pour la mise en scène : de base contenue, il deviendra alors contenant pour le jeune.**

Deuxième partie : Trois études de cas. Arts plastiques divers avec un adolescent souffrant de phobie scolaire, une adolescente avec un trouble anxieux de séparation et une grande adolescente avec un passage à l'acte suicidaire

I Matériels

1. Lieu d'accueil : Hôpital psychiatrique Marius Lacroix de La Rochelle

1.1. Historique

Marius Lacroix, cheminot et syndicaliste militant, a payé de sa vie sa résistance, le 7 avril 1941, après avoir été incarcéré à St-Martin-de-Ré. Avant d'être rebaptisé, le site était connu depuis sa fondation, **le 1^{er} décembre 1829**, comme l'hôpital psychiatrique de Lafond. L'attribution du nom de **Marius Lacroix** à l'hôpital, qui **s'est battu pour le respect de la dignité humaine et de ses valeurs jusqu'au sacrifice**, est un témoignage puissant qui nous rappelle la chance que nous avons de pouvoir soigner en temps de paix et de participer à la modernisation et à l'humanisation des prises en charge en santé mentale.

1.2. Fonctionnement de la structure :

L'hôpital psychiatrique Marius Lacroix est le groupe hospitalier de La Rochelle-Aunis-Ré, il rassemble des **structures de soins en santé mentale**. Ces structures se répartissent entre différents secteurs psychiatriques. Ces secteurs correspondent à la prise en charge d'une population d'environ **130 000 à 140 000 personnes** :

- **Le secteur 1** : une partie de l'agglomération rochelaise, le nord du département, île de Ré
- **Le secteur 2** : le reste de l'agglomération Rochelaise et les alentours d'Aigrefeuille
- **Le secteur 3** : l'agglomération Rochefortaise, Marennnes et l'île d'Oléron

Les patients sont accueillis en fonction de leur lieu de résidence et de leur âge, toutes pathologies confondues :

- **Pédopsychiatrie : enfants de moins de 12 ans**
- **Intersecteur adolescent : de 12 à 18 ans**
- **Psychiatrie générale : adultes de plus de 18 ans**

Pour ce mémoire, nous nous concentrerons sur l'intersecteur adolescent : avec des adolescents de 12 à 18 ans, bien que nous ayons eu l'opportunité d'intervenir en psychiatrie générale adulte.

Avant 2001, les adolescents passaient de la pédopsychiatrie au secteur adulte à 16 ans. Depuis, au sein du site de Marius Lacroix, nous trouvons l'unité « Soléado » avec des soins en hospitalisation complète et un dispositif de soins ambulatoires « Eldor'Ado ».

Dispositif de soins ambulatoires d'Eldor'ado :

- Un **Centre Médico Psychologique** qui propose des consultations pluriprofessionnelles : médecins, psychologue, infirmières, éducateur, assistante sociale.
- Un **hôpital de jour**.
- Un **Centre d'Accueil Thérapeutique** à temps partiel, dont l'orientation porte sur des **soins ambulatoires «intensifs» centrés sur l'intervention de crise**.

1.3. Population

L'Eldor'ado accueille les adolescents de **12 à 18 ans**. C'est une **unité d'évaluation de crise sur 2 semaines minimum, qui seront reconduites par le psychiatre au maximum 4 semaines de plus**.

Admission :

- Médecin généraliste : **dépression, phobie sociale, comportement à risque**.
- Psychologue scolaire : **phobie scolaire, crise familiale, crise identitaire**.
- Urgences : **tentative de suicide**.

2. Équipe et outils pour l'évaluation de crise

La **psychologue clinicienne** fait régulièrement des **entretiens individuels** avec les jeunes, et organise aussi des **groupes de parole** à thèmes.

Une infirmière spécialement formée propose une thérapie multisensorielle dans une salle spécifique, la **salle Snoezelen** : matelas à eau, massage avec balle de contact, éclairage tamisé, musique relaxante, projecteur et module sensoriel.

L'Art-thérapie, en prise en charge de groupe avec le médium des **arts plastiques**, est exercée par les infirmières et un éducateur avec une formation interne d'art-thérapeute.

A l'issue des **six semaines** (ou avant ce terme en cas d'urgence), **et en fonction des résultats de l'évaluation thérapeutique menée par l'équipe pluridisciplinaire, le médecin pourra :**

- **diriger le jeune vers des soins de suite en hospitalisation de jour ou complète**
- **prescrire au jeune des thérapies complémentaires adaptées à sa problématique**
- **Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC*)**
- **Thérapie familiale**
- **Hospitalisation de jour ou complète**
- **Relaxation et Art-thérapie : théâtre et arts plastiques.**

2.1. Objectifs des prises en charge

L'objectif thérapeutique de l'établissement :

- 1. **Désamorcer l'ascension de la crise du jeune**
- 2. **Amorcer un soin adapté**
- 3. **Réactiver le système cognitif**

L'art-thérapie fonctionne avec des objectifs thérapeutiques. Pour les atteindre, il nous sera utile d'apposer des objectifs intermédiaires.

Nous nous baserons sur la force de chaque jeune, afin de lui permettre de se rendre compte de ses qualités, et nous ciblerons les difficultés l'impactent dans son quotidien, notre but étant d'améliorer celui-ci.

L'**objectif général** de notre étude est de **diminuer l'anxiété***. Pour cela, nous passerons par des **objectifs intermédiaires propres à chacun**, comme redonner l'envie, sociabiliser, qui sont **imbriqués aux objectifs thérapeutiques de l'établissement**.

2.2. Schémas utilisés : choix des items et grilles scientifiques validées

Quatre thèmes ont été choisis pour l'étude;

- **L'affirmation de soi, échelle de Rathus** (annexe 5 page 97)
- **L'estime de soi, échelle Rosenberg** (annexe 6 page 100)
- **La dépression générale, échelle de MADRAS** (annexe 7 page 102)
et la **dépression chez l'adolescent, échelle de ADRAS** (annexe 8 page 107)
- **Les capacités psychoaffectives**

2.3. Choix des patients retenus pour l'étude

Critère d'inclusion : prescription médicale du médecin ou psychiatre de 6 séances.

Critère d'exclusion : le patient a été transféré dans le service avant les 6 séances minimum pour l'étude.

Affirmation de soi — Échelle de Rathus

3 Items reformulés			
	Échanges avec les autres jeunes ⁽¹⁾	Sollicite l'aide ⁽²⁾	Arrive à dire non ⁽³⁾
Cotation	1 Aucun échange ni visuel ni verbal 2 Léger échange visuel 3 Échange moyen visuel et verbal 4 Échange avec l'aide du médium 5 Échange sans l'aide du médium	1 Langage corporel d'aide, mais reste tétanisé 2 S'aide en imitant les autres 3 Accepte après plusieurs propositions 4 Accepte après une proposition 5 Demande seul	1 Tétanisé 2 Dit oui à tout 3 Quelques «non» timides, à peine audibles 4 Oui, mais ... (sans dire « non ») 5 « Non » assumé et cohérent
1 Item gardé			
	Réaction au compliment ⁽⁴⁾		
Cotation	1 Tétanisé 2 Refus, persuadé que c'est faux 3 Accepte avec des signes de stress émotionnel 4 Sourit, sans réponse 5 Répond		

(1) J'ai du plaisir à entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances ou des étrangers. (Item 10)

(2) Il m'est arrivé de ne pas poser des questions par peur de paraître stupide. (Item 16)

(3) J'ai souvent un moment difficile lorsque je dois dire « non ». (Item 23)

(4) Souvent je ne sais pas quoi dire lorsque l'on me fait un compliment. (Item 26)

Estime de Soi — Échelle de Rosenberg

1 Item reformulé	
	Satisfaction de son travail ⁽¹⁾
Cotation	1 Ne s'exprime pas 2 Autodépréciation* 3 Dans la moyenne 4 Considère son travail aussi bien que les autres 5 Est content de sa production
1 Item propre à l'art-thérapie	
	Valeur esthétique de son travail
Cotation	1 Aucune 2 Faible 3 Moyen 4 Le considère aussi bien que les autres 5 Le trouve beau
Item spécifique à nos observations	
	Productions figuratives du référent ⁽²⁾
Cotation	5 Très Réaliste 4 Réaliste 3 Moyennement Réaliste 2 Faiblement Réaliste 1 Abstrait

(1) Dans l'ensemble je suis satisfait de moi. (Item 7)

(2) Intensité de réalisme dans les productions du référent. Lors de la première séance les patients adolescents ont ressenti un important blocage créatif au vu des productions figuratives de l'équipe activant leur autodépréciation*. Pour désamorcer le problème, le référent a donc trouvé plus judicieux de rediriger sa production vers des réalisations plus expérimentales (abstraites).

La dépression en général — Échelle de MADRAS

2 Items reformulés		
	Commence l'activité ⁽¹⁾	Maintenir l'activité ⁽¹⁾
Cotation	1 Reste figé 2 Stimulation permanente 3 Besoin d'être moyennement stimulé 4 En prenant le temps dont il a besoin 5 Pas de difficulté	IDEM

La dépression chez l'adolescent — Échelle de ADRAS

1 Item reformulé	
	Envahissement par le vécu dépressif ⁽²⁾
Cotation	1 Vécu dépressif encore contenu 2 Tristesse, cafardeux, mais se déride sans difficulté 3 Se déride avec difficulté 4 Sensation d'être débordé par le vécu dépressif 5 Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir
1 Item gardé	
	Perception négative de soi ⁽³⁾
Cotation	5 Désespoir envahissant, le figeant 4 Dévalorisation de soi 3 Tendance à se dévaloriser 2 Se perçoit aussi bien que les autres 1 Content de soi

(1) Lassitude (Correspond à une difficulté à se mettre en train ou à une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.) (Item 7)

(2) Envahissement par le vécu dépressif. (Item 2)

(3) Perception négative de soi. (Item 3)

Capacité psychoaffective

4 Items propres à l'art-thérapie				
Cotation	Investissement	Lâcher-prise	Signes de stress	Plaisir dans l'activité
	1 Aucun 2 Très léger 3 Léger 4 Moyen 5 Fort	IDEM	IDEM	IDEM

3. **Stratégies thérapeutiques : travail avec les personnels médicaux, paramédicaux et besoin des patients**

Les patients dans les soins de crise sont tous là pour un mal-être profond, en étant tous des individus à part entière avec des histoires différentes, il nous est donc obligatoire de les connaître au mieux.

Ne sachant que 10 minutes avant chaque séance quels jeunes seront présents, nous organisons des **réunions, appelées « temps cliniques » avec la psychologue clinicienne et les infirmières de soins et celles qui interviennent en TCC***. **Nous passons alors un à un tous les dossiers des jeunes**, et chaque professionnelle raconte sa dernière séance avec le jeune, son dernier groupe de parole et sa séance d'art-thérapie. Cet échange est essentiel pour le bon accompagnement du patient et nous permet de faire des liens utiles entre les différents soins que nous menons.

La structure ne permettant pas un premier entretien avec le jeune, c'est lors de ces réunions cliniques que nous établissons notre fiche d'ouverture (annexe 2 page 92), avec l'anamnèse*, la raison de l'hospitalisation, les médicaments/effets secondaires et intérêts du jeune.

3.1. **Durée de la recherche**

Sachant que les jeunes viennent pour 6 séances, nous avons prévu **8 séances de base**, que **nous adapterons au groupe** selon les retours de l'équipe pluridisciplinaire. Nous laisserons une grande place d'**improvisation** pour nous adapter au mieux à l'état des jeunes le jour J. La notion improvisation sera étayer dans la discussion. **Il est nécessaire d'agir vite en respectant la notion du « hic et nunc »* pour désamorcer la crise suicidaire. Certains patients font une nouvelle Tentative de Suicide pendant les cellules de crise, mais aussi des jeunes qui n'arrivent pas à venir à cause de leurs crises de panique ou d'angoisse.**

Le fait que la séance soit un espace sécurisant, avec la notion de plaisir, aidera le jeune à se conditionner pour venir, et ainsi la crise d'angoisse de protection contre l'agression extérieure n'aura pas lieu d'être.

La première séance est une séance de découverte, où notre objectif est de donner l'envie de rester et surtout de revenir, nous permettant par notre observation fine de cerner le comportement des jeunes. Chaque séance précédente donnera le nouvel objectif thérapeutique intermédiaire, pour nous donner l'idée de la séance suivante. Elle **est organisée de façon à créer notre alliance thérapeutique, n'ayant pas eu le premier entretien individuel qui l'amorce.**

Après notre temps clinique, nous allons chercher les jeunes dans la salle d'attente, avec les infirmières et parfois un éducateur. Les patients arrivent par le bus ou un taxi, peu sont accompagnés de leurs parents, l'angoisse se fait sentir dès la salle d'attente, plusieurs n'arrivent pas à la franchir. Notre alliance thérapeutique commence dès cette salle.

3.2. Retombées attendues

Cette étude devrait nous permettre de prouver que l'art-thérapie :

- **Peut être un outil d'évaluation psychiatrique, permettant de désamorcer une crise et d'amorcer les soins adaptés**
- **Diminue l'anxiété***
- **Redonne l'envie avec l'intermédiaire de l'affirmation de soi**
- **Est créatrice de lien social avec d'autres jeunes qui les comprennent**

3.3. Organisation des séances

Les séances sont organisées en prises en charge de groupe, avec **deux infirmières ou un éducateur**. Elles se décomposent en **4 temps, sur 1 heure**.

- **Connexion de groupe** : au vu de l'alliance thérapeutique, nous commençons en cercle, par nous présenter, jeunes et professionnels. Il s'agit ici de dire ce que l'on aime, nos goûts, intérêts, artistiques ou autres et notre « kiff* de la semaine » (moment de plaisir), aussi petit soit-il. Si le jeune ne trouve pas son petit plaisir de la semaine, il peut dire ce qu'il n'a pas aimé dans sa semaine. (Entre 5 à 10 min)
- **Création** : nous présentons la séance d'aujourd'hui avec ses consignes et contraintes thérapeutiques, et tous ensemble, personnel soignant compris, nous créons. (30 à 40 min)
- **Moment d'écriture**, de recul sur sa création, soit en groupe soit en individuel. (Entre 10 et 15 min)
- **Temps d'échanges** sur les ressentis de la séance avec deux systèmes d'auto-évaluation, la première par une réponse verbale devant le groupe, la deuxième par une demande de cotation d'une échelle de 0 à 9, représentant son ressenti sur la séance. L'évaluation de ces deux variables sera dans notre grille d'observation, affirmant ou infirmant la concordance entre les mots et les chiffres.

Nous avons choisi de donner un titre familier à nos bases de séance, afin de stimuler la motivation du jeune. Ses titres nous permettent de poser les jalons de la futur alliance thérapeutique en mobilisant les procédés de codage lexical par inversion de syllabes Verlan* aux adolescents. Exemple « N'importe nawak » (\nɛ̃.pɔʁt.na.wak\ inversion de N'importe quoi), ma « famille de ouf » (\uf\ inversion famille de fou) ...

3.4. Évaluation des séances

Les jeunes sont au courant de leurs soins et du nombre de séances, qu'on leur indique au fur et à mesure afin que l'arrivée de la séance finale ne soit pas violente pour eux. Nous leur rappelons qu'il s'agit de la fin des soins de crise, mais que d'autres soins débutent. L'art-thérapie continuera

avec de nouveaux médiums, comme le théâtre.

Après chaque séance, même si nous sommes en groupe, nous faisons une **évaluation** de chaque jeune, de **ses comportements et avancées au regard de nos objectifs** et de ceux de l'institution, transmis à l'équipe pluridisciplinaire et au **médecin prescripteur**.

Un **bilan de milieu de soin** est effectué par la psychologue clinicienne pour faire le point avec le jeune et ses parents.

Notre **bilan final** se fera à la fin de la 6^e séance où nous aurons un échange avec le jeune, fait de son retour sur les séances et de nos encouragements sur les objectifs thérapeutiques qu'il aura atteints. Il pourra alors, s'il le souhaite, récupérer ses œuvres. Ce bilan final sera suivi du bilan de **fin de soin de crise** par le médecin prescripteur, pour **prescrire les soins de suite**, en présence du jeune et ses parents.

II Méthodes

Sur les 8 adolescents accompagnés, **3 seront présentés dans les études de cas** ci-dessous.

A. Étude de cas de Pierre

A.1. Anamnèse*

Antécédents familiaux :

- Mère anorexique, pathologie résolue seule.
- Pierre est un enfant non désiré.
- Grand frère de 24 ans, parti de la maison et en rupture familiale pour des raisons inconnues

Situation actuelle :

Pierre, 13 ans, rentre dans l'Eldorado par le biais de son médecin traitant qui le dirige vers le Centre Médico-Psychologique, au vu d'une déscolarisation de 1 mois, en raison d'une phobie scolaire. Il présente des troubles digestifs (somatisation) depuis l'enfance en lien avec le stress procuré par l'école. Il souffre d'une angoisse de séparation dès la maternelle, qui n'a fait que s'aggraver. Il arrive avec des traces de scarification.

Ses parents sont très souvent absents de par leurs métiers.

Pierre semble soucieux et n'aime ni parler à ses parents ni parler de ses parents, il n'aime pas parler de ses difficultés en général, il n'a pas d'activité extérieure, ne sort pas.

Sa mère le conforte dans l'idée de rester à la maison.

Traitement :

- Pas de traitement médical

Intérêts / artistiques du jeune

Dessin/peinture : il connaît, mais n'aime pas cela : « Je suis nul ».

Collage et modelage : il veut bien découvrir

Écriture : il n'a pas envie de découvrir, trop de résonance avec l'école.

Goûts du jeune : La console de jeux et la nourriture

Goûts musicaux : « J'aime tout ». Il n'arrivera pas à nous dire un titre ou un chanteur.

On observera une affinité particulière avec le groupe de musique

«Frero Delavaga» qui se ressent dans son attitude comportemental.

Couleur préférée : Bleu Turquoise

Film/dessin animé préféré, pourquoi : « Les Pokémons, Avatar, car ça évolue tout le temps.»

A.2. Ressources & pénalités

Ses ressources :

- Parle facilement
- Bon contact avec l'adulte
- Tient le regard
- N'est pas contre la découverte

Ce qui le pénalise dans son quotidien :

- Anxieux
- Enfouissement de ses émotions
- Aucune activité à l'extérieur
- Solitude + rupture avec la fratrie

Ressenti personnel/autre observation :

- Pierre a un **faux sourire** tout au long de notre échange
- **Il parle de son grand frère : brièvement, fuite du sujet, diminution de la voix :**
« il me manque », sans réussir à dire pourquoi il ne le voit plus.

A.3. Objectifs thérapeutiques

Soin de crise :

- **1. Désamorcer l'ascension de la crise du jeune.**
- **2. Amorcer un soin adapté.**
- **3. Remettre le système cognitif en route.**

Objectif thérapeutique général d'art-thérapie : **Diminuer l'anxiété*, resocialiser**

Objectif thérapeutique intermédiaire d'art-thérapie : **Délier la parole, affirmation de soi**

A.4. Les séances de Pierre

Séance 1 — Pierre	
Date	Jeudi 19 décembre 2019 de 10h30 à 11h30
	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*	
Musique	COCOON « Baby seal » 2007 METRONOMY « The look » 2011 DELUXE « My word » 2016 (live) FRERO DELAVEGA « Le coeur éléphant » (lyrics) 2015
Titre de séance : «N'importe nawak»	
Proposition	
	Sur une fresque collective, par 2, nous allons faire des gribouillis, l'un de gauche à droite, l'autre de droite à gauche, ainsi 2 jeunes vont se croiser. Quand tous les groupes sont passés, y compris l'équipe de professionnels, il faudra accentuer avec de la peinture les figures, objets réels ou abstraits que l'on voit.
«Brainstorming»	Exposition de la fresque. « Brainstorming »/ Remue-ménages : Chacun des participants sont invités à partager des mots-clés, en réaction du sujet exposé. Contrainte thérapeutique : Écrire individuellement une histoire sur un thème libre en utilisant le plus de mots possible à l'issue du «Brainstorming»
Déroulement de la séance	
Début	Pierre est le seul garçon dans le groupe de filles, ce qui ne semble pas le mettre mal à l'aise, il arrive à dire son «kiff* de la semaine = jouer à la console», parle librement avec l'équipe, observe en détails la fresque avant de se lancer avec un peu d'aide. Le groupe étant extrêmement fermé, ce n'est pas aidant.
Milieu	Il s'empare de la proposition assez bien , en commentant plusieurs fois. Il dit qu'il ne sait pas dessiner, que cela ne ressemble à rien, il refuse nos compliments . Nous lui rappelons l'intitulé de la séance pour le dérider, il sourit.
Fin	Il arrive à écrire une histoire en respectant la contrainte thérapeutique. On peut apprécier ses traits d'humour , un début et un milieu logiques, mais sans fin . Non à l'aise à la lecture, mais accepte de le lire. Il nous confie en individuel sa déception liée au manque d'échanges avec les jeunes.
Ressenti du futur art-thérapeute	
Ressenti du futur art-thérapeute	Nous trouvons ce jeune sociable, la question se pose sur le réel pourquoi de sa venue.
Auto-évaluation du patient	
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : super. Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 8
Objectif de la prochaine séance :	Objectif de la prochaine séance : Délivrer la parole au travers du médium

Séance 2 — Pierre

Date	Jeudi 26 décembre 2019 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Délivrer la parole, affirmation de soi		
Musique	ANGUS & JULIA STONE «Heart beats slow» (2016) PEP'S «Liberta» 2001 COCOON «Comets» Cover By Natalia Doco & Jérémy Frérot Delavega 2012 (live) FRERO DELAVEGA «Le chant des sirènes» 2014 (live) TASH SULTANA «Jungle» Live 2018	
Titre de séance : «Dans ma valise»		
Proposition		
	Tu pars en voyage où tu veux et avec qui tu veux, que mets-tu dans ta valise ? Dessin d'une valise à plat, puis découpage dans différents magazines et collage.	
Brainstorming	Chacun des participants sont invités à partager des mots-clés, en réaction du sujet exposé. Tous les mots qui viennent en voyant les expositions des valises de tous ou de la sienne. En mettant le plus de mots possible du Brainstorming, faire l'histoire de sa destination, sous forme de lettre ou de carte postale que l'on envoie à qui l'on veut.	
Déroulement de la séance		
Début	Pierre semble heureux d'être là, il est euphorique . Son «kiff* de la semaine» : il a revu son grand frère , qui lui a beaucoup manqué (rupture familiale) avec l'accord de ses parents qui ont cédé au vu des soins de crise.	
Milieu	Il s'empare de la proposition facilement, est à l'aise dans la pièce et corporellement, il parle avec les adultes, sait ce qu'il veut mettre dans sa valise et le cherche. L'histoire de destination est construite avec des liens logiques et avec le sens de l'humour où il décrit un voyage sur Mars, une carte postale destinée à ses parents. Rougissant aux compliments sur son histoire.	
Fin	À un peu plus de mal à partir, recherche la complicité, le regard, la parole de l'adulte. Il nous dit être content de son histoire. Pierre surinvestit toute relation, surtout avec les adultes, il trouve que toutes les relations sont très importantes et qu'il faut faire attention tout le temps.	
Ressenti du futur art-thérapeute		
	Pierre surinvestit toute relation, surtout avec les adultes, il trouve que toutes les relations sont très importantes et qu'il faut faire attention tout le temps.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : super. Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 8	
Objectif de la prochaine séance :	Lui proposer quelque chose de plus individuel à l'intérieur du groupe	

Séance 3 — Pierre

Date	Jeudi 2 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Délivrer la parole		
Musique	POMME «Umbrella» (Reprise acoustique de Rihanna) 2016 L.E.J «Get Lucky» (2015) HOCUS POCUS « Conscient» 2002 OLDELAF «La Tristitude» (2011) A. DE LA SIMONE, J. CHERHAL, V. DELERM «Les gens qui doutent» 2015	
Titre de séance : «Carnet SOS»		
Proposition		
	« Le petit carnet qui fait du bien » Après le pliage d'une feuille où le jeune choisira le format et la couleur, ce qui fera le carnet, il le décorera de dessins de son choix et de mots doux qui font du bien sur chacune des pages.	
Déroulement de la séance		
Début	Kiff* de la semaine : il a vu une série chez son frère. Comme d'habitude, Pierre est heureux, il dit que tout va bien, il rigole, il respecte les règles , le temps de parole de chacun, fait particulièrement attention au temps de parole des autres, lève la main pour s'exprimer, parlant quand personne ne veut parler.	
Milieu	Demande de l'aide pour le pliage, en rougissant, mais il demande. Remplit toutes ses pages blanches de couleurs vives en notant dedans le nom des Pokémon qu'il aime.	
Fin	Redit que tout va bien, qu'il aime venir aux séances, mais ce n'est pas parce que cela va mal, car tout va bien.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : super Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 6	
Objectif de la prochaine séance :	Faire une séance sur le sujet de la famille avec l'éducateur. Nous nous attendons à une retombée de l'humeur trop joyeuse de Pierre, qui signifierait une amélioration, abandonnant le déni.	

Séance supplémentaire (+) avec l'éducateur — Pierre

Date	Mardi 7 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Délivrer la parole, affirmation de soi		
Musique	JAMES HORNER «BO Film Avatar» (Film préféré de Pierre) 2009	
Titre de séance : «Ma famille de ouf»		
Proposition		
	Dessiner sa famille, avec pour seule consigne de lui donner un titre en lien avec d'un des critères du dessin, par exemple la famille tortue. Présenter sa famille de ouf en racontant ce dont on a envie d'elle	
Déroulement de la séance		
Début	Pierre est heureux , il l'exprime et nous le montre beaucoup, il exprime son «kiff* de la semaine» qui est d'avoir été au Mc do.	
Milieu	Moins à l'aise à l'annonce de la consigne, perd son sourire , il hésite, tourne autour de sa feuille, ne tient pas en place, puis se lance. Sa famille : «la famille patate». Il fait son père avec de grandes dents en train de crier, son grand frère qui porte le drapeau gay est plus loin (rupture familiale), sa mère est toute petite et lui a plein d'acné, mais avec des biscotos.	
Fin	Il nous explique le lien entre le drapeau gay que porte son frère et la colère de son père, cause de la rupture familiale d'avec celui-ci et par dégât collatéral le manque de son grand frère. On s'aperçoit, au niveau des dates, que cela correspond à sa déscolarisation et à son repli sur lui-même. Pour le rassurer, la futur art-thérapeute lui exprime que sa sœur est gay aussi, ainsi que plusieurs de ses ami(e)s et que tout va bien, qu'on a le droit et que ce n'est pas un choix pour embêter les parents ou autre, mais que c'est en soi. Ces confidences et ces échanges renforcent notre alliance thérapeutique, déjà installée.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Ce n'était pas facile, mais bien. Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 5	
Objectif de la prochaine séance :	Trouver un moyen pour que le groupe de jeunes se parle (si 4 ados minimum), faire du lien, que Pierre se rende compte qu'il n'est pas seul.	

Séance 4 — Pierre

Date	Jeudi 9 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Délivrer la parole, affirmation de soi		
Musique	HOCUS POCUS «Beautiful Losers» 2010 GRAND CORPS MALADE & L.E.J. «Pocahontas» Remix (2016) TONES AND I «Dance on monkey (2020) ED SHEERAN & JUSTIN BIEBER «I Don't Care» 2019 ANGELE feat. ROMEO ELVIS «Tout Oublier» 2018 SHAWN MENDES, CAMILA CABELLO «Señorita» 2019 MAROON 5 «Memories» 2019	
Titre de séance : «Argile en marionnette»		
Proposition		
	Découvrir l'argile et faire quelque chose avec, selon l'envie de chacun, en discutant autour de la table. Sur une grande feuille de papier, en imaginant une scène de théâtre, chacun disposera sa représentation, il faut donc se mettre d'accord. Chacun se mettra devant son œuvre et écrira un mot, une phrase devant celle-ci, puis on tournera pour écrire quelque chose d'autre sous celle du voisin, nous ferons deux tours.	
Brainstorming	Nous ferons une histoire incluant les personnages de nos choix.	
Déroulement de la séance		
Début	«Kiff* de la semaine» : il a dit à ses parents qu'il avait envie de retourner à l'école , et ces derniers étaient contents. De plus, il a fêté son anniversaire et a eu des cadeaux. Pierre semble plus discret, il fait attention aux autres dans le groupe.	
Milieu	Il fait un bonhomme de neige et, à travers celui-là, parle pour la première fois à une autre jeune, qui a fait aussi un bonhomme de neige, ils échantent en prenant la voix de leurs productions. Ce qui fait rire tout le monde. Nous lançons des questions, dans les tours d'écriture devant les œuvres, telles que : «Bonjour ? Ça va ? Que fais-tu là ?». Pierre les voit et répond avec plaisir et jeux, ainsi les jeunes suivent ce mouvement et tous se répondent.	
Fin	Pierre semble fatigué, il nous dit que cette séance lui a demandé plus d'énergie, mais avec un sourire plus vrai que les séances précédentes.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Super génial Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 10	
Objectif de la prochaine séance :	Lui proposer « le masque »	

Séance 5 — Pierre

Date	Jeudi 16 janvier 2020 de 11h30 à 12h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Délivrer la parole, affirmation de soi		
Musique	LEJ «Le verbe» 2018 ED SHEERAN «Perfect» 2017 ALAN WALKER «Faded» 2015 MARSHMELLO & ANNE-MARIE – «Friends» 2018 SUEÑO EN PARAGUAY (El Búho Remix) 2018	
Titre de séance : «Le masque»		
Proposition		
	C'est carnaval, nous sommes à Rio, on choisit un masque. Faire un masque en peinture, Posca, feutre, craie ou fusain, à plat sur une feuille de dessin, accrochée au mur, les uns à côté des autres.	
Brainstorming	Chacun des participants sont invités à partager des mots-clés, en réaction du sujet exposé. Avec ces mots, faire la petite histoire de ce masque	
Déroulement de la séance		
Début	Pierre est plus distant aujourd'hui, il participe, mais moins dans le «je vais bien, tout va bien», il a plus de mal à trouver son kiff* de la semaine qui sera de jouer à la console.	
Milieu	Il fait un clown, mais triste. Plus en retrait, pensif , quelques traits d'humour, mais beaucoup moins. Son histoire est plus triste que d'habitude : «c'est un clown qui fait rire tout le monde, il voyage beaucoup, il est très fatigué.»	
Fin	Il dit toujours aimer les séances, et que cela lui fait du bien de venir. Il nous dira en individuel, à la fin de la séance, qu'il n'a pas réussi à retourner à l'école, mais qu'il a une réelle envie d'y retourner, il a peur des moqueries, du harcèlement, d'être obligé de dire la raison de son absence (pourtant pas victime).	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : C'était chouette Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 8	
Objectif de la prochaine séance :	Pour faire plaisir à Pierre, si le nombre d'adolescents le permet, refaire une séance en étant cachés derrière le médium pour communiquer. Préparer son bilan.	

Séance 6 (dernière séance) — Pierre

Date	Jeudi 23 janvier 2020 de 11h30 à 12h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Délivrer la parole, affirmation de soi		
Musique	MAÎTRE GIMS «Sapé comme jamais» 2015 LEJ «Poupées russes» 2018 MARSHMELLO «Alone» 2016 JOSE LARRALDE «Chancha via Circuito» 2010 GRAND CORPS MALADE « Les voyages en train» 2006 DIRE STRAITS «Sultans Of Swing» (Ukulele Solo Acoustic Cover) Overstyle 2019	
Titre de séance : « Fresque commune »		
Proposition		
	Sur un grand rouleau de papier, fixé au mur, coller un personnage découpé préalablement dans les magazines à disposition. Puis faire des liens entre ces personnages, leur permettant une rencontre, à l'aide de feutre, Posca, peinture et craie grasse.	
Brainstorming	Chacun des participants sont invités à partager des mots-clés, en réaction du sujet exposé. Avec tous ces mots, faire une histoire drôle ou pas.	
Déroulement de la séance		
Début	Plus nerveux que d'habitude, appréhende le bilan avec ses parents et la psychologue, qui a lieu juste après notre séance. «Kiff* de la semaine» : une tartiflette Sourit à notre proposition de fresque commune.	
Milieu	Choisit le personnage d'un homme en costard, il dit que son personnage est sexy et sûr de lui. Il le colle au milieu et en haut de la fresque. Il dessine des escaliers pour aller de son personnage à un autre. A fait une histoire qui a fait rire tout le groupe, a réussi à trouver des liens logiques avec le maximum de mots utilisés, ce qui n'était pas évident.	
Fin	La fin de séance n'est pas évidente pour lui, on prend notre temps pour son bilan final et pour le réassurer. Il nous montre de nouveau fièrement sa production de la séance + «Ma famille de ouf» et nous rappelle que son frère porte le drapeau gay.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : J'adore quand on fait des choses où on se répond Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 10 000	

Étude de cas de Sandra

B.1. Anamnèse*

Antécédents familiaux :

- Les deux parents souffrent de dépression, ils se sont rencontrés dans un hôpital psychiatrique.
- Sa grande sœur de 24 ans, dont elle est la plus proche, a fait une Tentative de Suicide au même âge qu'elle et souffre de dépression chronique.
- Sandra a un premier suivi psychiatrique au divorce de ses parents, au vu de ses nombreuses crises de panique.

Situation actuelle :

- Sandra a 17 ans $\frac{1}{2}$ (18 ans dans 2 mois)
- Elle a des origines japonaises de ses grands-parents.
- Elle a des idées suicidaires, des attaques de panique et une angoisse abandonnique. C'est la deuxième d'une fratrie de 4 enfants de parents différents. Sandra a une grande culpabilité de ne pas avoir empêché le geste de sa sœur.
- À l'annonce du départ de cette sœur en Inde pour être fille au pair, elle fera une tentative de suicide par ingestion de substances médicamenteuses.
- Après un deuxième suivi psychiatrique et un retour au lycée, elle éprouve des difficultés avec son amoureux, étant persuadée qu'il ne l'aime pas et va la quitter, malgré ses preuves du contraire. Cette quête affective engendre beaucoup de disputes entre eux. Ses nombreuses crises d'angoisse l'empêchent d'avoir une scolarité suivie.
- L'infirmière de son lycée nous contactera, à la demande de Sandra, qui souhaite être mise en distance de ses idées suicidaires grandissantes, ayant peur d'une deuxième hospitalisation en milieu fermé et ne sait plus comment faire.

Traitement :

- Norset 15 mg, 1 au coucher.
(Ce médicament est utilisé comme antidépresseur, il a un effet sédatif.)

Effets secondaires : (Source Vidal 2018)

Les effets indésirables les plus fréquemment observés au cours des études : augmentation de l'appétit, prise de poids, maux de tête, bouche sèche, somnolence, étourdissement, fatigue.

Fréquents (1 à 10 % des patients) : nausées, diarrhées, vomissements, constipation, sensation vertigineuse, tremblements, hypotension orthostatique, rougeur cutanée, douleurs articulaires ou musculaires, œdème, rêves anormaux, confusion des idées, anxiété*, insomnie.

Peu fréquents (moins de 1 patient sur 100) : cauchemars, agitation, hallucinations, perte de sensibilité, fourmillements des extrémités, besoin de bouger souvent accompagné d'une incapacité à rester assis ou debout sans bouger, syndrome des jambes sans repos, malaise

Rares (moins de 1 patient sur 1 000) : agressivité, pancréatite, élévation des transaminases

Fréquence indéterminée : somnambulisme, convulsions, diminution des globules blancs dans le sang (voir Attention), réaction allergique cutanée potentiellement grave, baisse du taux de sodium dans le sang.

Intérêts / artistiques du jeune :

— Pratique et aime le dessin, peinture, collage, modelage, écriture.

Goûts du jeune :

— Elle aime le Japon, les paysages, la culture et la nourriture.

— Elle aime tout ce qui est créatif, joue du piano et chante dans un groupe, mais nous exprime qu'elle n'arrive plus à faire toutes ses activités, sans savoir pourquoi.

Ses goûts musicaux : « Je sais plus ». À l'observer dans son comportement corporel, on voit qu'elle aime les instruments à cordes, tels que le violoncelle, aux résonances classiques, mais pas trop. Nous cherchons des musiques pour elle.

Couleur préférée : jaune soleil

Film/dessin animé préféré, pourquoi : Les séries, car il y a des suites (ne nous dira pas lesquelles) et les mangas.

B.2. Ressources & pénalités

Ses ressources :

- Parle facilement
- Bon contact avec l'adulte
- Bon raisonnement
- Créativité

Ce qui la pénalise dans son quotidien :

- Anxiété* avec crise de panique
- N'a plus d'envie
- Trop cérébrale
- Solitude

Ressenti personnel/autre observation :

Sandra a un langage/vocabulaire particulièrement soutenu pour son âge.

B.3. Objectifs thérapeutiques

Soins de crise :

- **1. Désamorcer l'ascension de la crise du jeune.**
- **2. Amorcer un soin adapté.**
- **3. Remettre le système cognitif en route.**

Objectif thérapeutique général **art-thérapie** : **diminuer l'anxiété***, **retrouver l'envie**

Objectif thérapeutique intermédiaire **art-thérapie**: **lâcher-prise, affirmation de soi**

B.4. Les séances de Sandra

Séance 1 — Sandra	
Date	Jeudi 2 janvier 2020 de 10h30 à 11h30
	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*	
Musique	POMME «Umbrella» (Reprise acoustique de Rihanna) 2016 L.E.J «Get Lucky» (2015) HOCUS POCUS « Conscient» 2002 OLDELAF «La Tristitude» (2011) A. DE LA SIMONE, J. CHERHAL, V. DELERM «Les gens qui doutent» 2015
Titre de séance : «Carnet SOS»	
Proposition	
	«Le petit carnet qui fait du bien» Après le pliage d'une feuille où le jeune choisira le format et la couleur, ce qui fera le carnet, il le décorera du dessin de son choix et de mots doux qui font du bien sur chacune des pages.
Déroulement de la séance	
Début	Sandra a le visage fermé . Avec une grande tristesse , elle n'arrive pas à trouver son kiff* de la semaine . Le pliage est compliqué pour elle, mais elle ne demandera pas d'aide , elle regarde sur les autres discrètement, le refaisant plusieurs fois, elle finira par forcer le pliage.
Milieu	Une fois le pliage fait, elle n'arrivera pas à écrire de mots dessus , quelques dessins discrets représentant un cadre tout autour de la première page. Cadre qui restera vide , elle ne fera pas les autres pages.
Fin	Elle dit qu'elle dessine beaucoup habituellement, mais n'y arrive plus, sans savoir pourquoi , elle s'exprime très bien devant le groupe, mais n'a aucun contact visuel, ne parle qu'aux professionnels, ignore totalement les jeunes .
Auto-évaluation du patient	
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : super. Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 4
Objectif de la prochaine séance :	Retrouver l'envie

Séance 2 — Sandra

Date	Jeudi 9 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Retrouver l'envie		
Musique	HOCUS POCUS «Beautiful Losers» 2010 GRAND CORPS MALADE & L.E.J. «Pocahontas» Remix (2016) TONES AND I «Dance on monkey (2020) ED SHEERAN & JUSTIN BIEBER «I Don't Care» 2019 ANGELE feat. ROMEO ELVIS «Tout Oublier» 2018 SHAWN MENDES, CAMILA CABELLO «Señorita» 2019 MAROON 5 «Memories» 2019	
Titre de séance : «Argile en marionnette»		
Proposition		
	Découvrir l'argile et faire quelque chose avec, selon l'envie de chacun, en discutant autour de la table. Sur une grande feuille de papier, en imaginant une scène de théâtre, chacun disposera sa représentation, il faut donc se mettre d'accord. Chacun se mettra devant son œuvre et écrira un mot, une phrase devant celle-ci, puis on tournera pour écrire quelque chose d'autre sous celle du voisin, nous ferons deux tours.	
Brainstorming	Nous ferons une histoire incluant les personnages de nos choix.	
Déroulement de la séance		
Début	«kiff* de la semaine» avec notre aide : a vu un film sympa dont elle ne se rappelle plus le titre.	
Milieu	Silencieuse, ne rit pas aux blagues des autres, se met en retrait corporellement, évite le contact visuel de tous, parle uniquement à l'adulte, elle hésite beaucoup, ne sait pas quoi faire, puis fait une assiette avec des boulettes de riz dedans accompagnées de baguettes chinoises. Elle est plus dans le lâcher-prise au moment de l'écriture, se prend au jeu et sourit.	
Fin	Elle fera une histoire construite avec du vocabulaire très riche et des phrases complexes. Elle est à l'aise à la lecture devant le groupe. Sandra a eu du mal à démarrer, mais nous dit avoir aimé et que c'est vraiment chouette de tous se répondre.	
Auto-évaluation du patient		
	Auto-évaluation : Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Génialissime Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : A +	
Objectif de la prochaine séance :	Retrouver l'envie, lâcher prise.	

Séance supplémentaire (+) avec éducateur — Sandra

Date	Vendredi 10 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Retrouver l'envie		
Musique	Pas de musique	
Titre de séance : «Photolangage sur les émotions»		
Proposition		
	Le photolangage est un outil qui facilite la communication autour de thématiques choisies. C'est un médium qui permet à chaque participant d'élaborer et de structurer sa pensée puis de la communiquer au groupe, via l'image. Sur le thème des émotions, chacun choisira 2 photos disposées préalablement sur une table, puis nous dira à quelles émotions cela lui fait référence et pourquoi. Ensuite, les autres membres du groupe pourront dire si ça leur fait écho ou non. Par bienveillance, nous faisons attention à ce qu'il y ait des photos neutres, comme un champ de blé, une pomme, pour les jeunes qui ne sont pas prêts à parler de leurs sentiments de manière frontale.	
Déroulement de la séance		
Début	Sandra semble rêveuse , elle n'est pas vraiment dans la pièce, elle a un visage inexpressif . Son kiff* de la semaine est le moment où elle dort, car «enfin elle ne pense plus» , dit-elle, «Ça tourne trop dans ma tête, je réfléchis tout le temps, ça me fatigue».	
Milieu	Elle prend 2 photos assez facilement, l'une représentant deux parents faisant un câlin à leurs enfants, et l'autre un couple dont la femme est enceinte. Elle nous parlera de sa famille en disant : «On est un peu faibles» . Elle s'exprime beaucoup, avec un langage non courant pour son âge, elle fait des liens logiques entre ses souffrances et son histoire de famille. Elle écoute et arrive à intervenir par écho des histoires des autres.	
Fin	Elle exprime que la séance lui a fait du bien et que c'est plus facile pour elle de parler avec un support qu'au groupe de parole avec la psychologue, où le lancement est un thème donné.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : C'était vraiment bien Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 8	
Objectif de la prochaine séance :	Retrouver l'envie	

Séance 3 — Sandra

Date	Jeudi 16 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Titre de séance : «Le masque»		
Absente : sa mère a prévenu, crise d'angoisse +++		

Séance 4 — Sandra

Date	Jeudi 23 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Retrouver l'envie		
Musique	MAÎTRE GIMS «Sapé comme jamais» 2015 LEJ «Poupées russes» 2018 MARSHMELLO «Alone» 2016 JOSE LARRALDE «Chancha via Circuito « 2010 GRAND CORPS MALADE « Les voyages en train» 2006 DIRE STRAITS «Sultans Of Swing» (Ukulele Solo Acoustic Cover) Overstyle 2019	
Titre de séance : «Fresque commune»		
Proposition		
	Sur un grand rouleau de papier, fixé au mur, coller un personnage découpé préalablement dans les magazines à disposition. Puis faire des liens entre ces personnages, leur permettant une rencontre, à l'aide de feutre, Posca, peinture et craie grasse.	
Brainstorming	Chacun des participants sont invités à partager des mots-clés, en réaction du sujet exposé. Avec tous ces mots, faire une histoire drôle ou pas.	
Déroulement de la séance		
Début	«kiff* de la semaine» : s'est promené avec ses parents et ses deux frères.	
Milieu	Difficultés à choisir son personnage, difficulté à relier son personnage aux autres.	
Fin	Fin vite et ne voudra pas lire son texte , ni qu'on le lise à sa place, tout en sachant qu'elle nous le donne à la fin et qu'on le lira. Texte d'apparence joyeuse avec un vocabulaire complexe, comme à son habitude.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Super Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 5	
Objectif de la prochaine séance :	Retrouver l'envie, aller dans l'imaginaire. Bilan	

Séance 5 — Sandra

Date	Jeudi 30 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Musique	HANG MASSIVE «The Secret Kissing of the Sun and Moon» 2018 MATTHIEU CHEDID & FATOUMATA DIAWARA «Cet air» 2017 BEIRUT «Nantes» 2007 TRYO «L'hymne de nos campagnes» 1998 AGNES OBEL «Under Giant Trees» 2017	
Titre de séance : «L'arbre de vie»		
Proposition		
	Et si on était un arbre ? Peinture, craie grasse, pastel, Posca, crayon de couleur, collage, à disposition sur la table. Exposition des œuvres.	
Brainstorming	Chacun des participants sont invités à partager des mots-clés, en réaction du sujet exposé. Puis à partir de cette liste de mots, nous écrivons l'histoire de notre arbre.	
Déroulement de la séance		
Début	«kiff* de la semaine» : promenade jusqu'à la plage avec ses parents.	
Milieu	Sérieuse avec quelques sourires. Son arbre est fait comme un arbre généalogique avec des paliers et une multitude de racines.	
Fin	Elle refusera de lire ses écrits, mais acceptera qu'on les lise à sa place.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Oui Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 9	
Objectif de la prochaine séance :	Lâcher la tête avec les pensées parasites trop nombreuses.	

Séance 6 (dernière) — Sandra

Date	Jeudi 6 février 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Objectif thérapeutique intermédiaire : Retrouver l'envie		
Musique	LEJ «EL Dulce de Leche» 2018 STROMAE - Défiler (bande originale de la capsule n°5 Mosaert) 2018 MIRANDO EL FUEGO Feat. JOAQUIN CORNEJO & MINUK «El Búho» 2018 BEIRUT «Elephant Gun» 2007 LES FO'PLAFONDS » Misirlou» 2019 AGNES OBEL «Dorian» 2013	
Titre de séance : «Portrait les yeux fermés»		
Proposition		
	À l'aide d'un fusain, dessiner son portrait les yeux fermés, sur les feuilles accrochées au mur, les uns à côté des autres. Ouvrir les yeux et écrire le premier mot qui nous vient sur une deuxième feuille accrochée en-dessous. Choisir de modifier ou de s'adapter au portrait, le remplir ou non, le colorier ou pas, une fois fini. Écrire un mot sous le portrait de notre voisin de gauche, faisant deux tours jusqu'au retour à sa place. Avec les mots sous notre portrait, ou en empruntant ceux des autres, nous raconterons l'histoire de ce personnage.	
Déroulement de la séance		
Début	«kiff* de la semaine» : a de nouveau chanté dans son groupe.	
Milieu	Sandra ne respecte pas la consigne, elle triche et ne ferme pas les yeux. Son premier écrit, non impliqué, est : «screugneugneu». Son deuxième est : «LOL»*. Elle s'implique plus pour les mots sous les portraits des autres. Nous remarquons un lavage de mains excessif et injustifié à cette séance.	
Fin	Sandra dit qu'elle aime quand on se répond avec les mots, que c'est plus facile pour elle de répondre que d'avoir une idée toute seule. Elle lira son histoire avec beaucoup de signes de stress.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Super Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 10	

C. Étude de cas de Lucie

C.1. Anamnèse*

Antécédents psychiatriques :

— Non

Situation actuelle:

- Lucie a 12 ans, elle a une névrose d'angoisse avec des crises de panique accompagnées de phobie sociale et d'angoisse de séparation avec sa maman, elle a une petite sœur de 9 ans et leurs parents sont séparés.
- Elle vient de la part de son médecin traitant, au vu de son angoisse de séparation, qui l'a déscolarisée depuis 1 mois. Elle se sous-alimente, présente une IMC* de 16,7, dans l'idée de « prendre moins de place».

Traitement :

— Pas de traitement médical

Intérêts / artistiques du jeune :

- Veut bien découvrir le dessin, la peinture, le collage et l'écriture.
- A fait une fois du modelage et cela lui a plu.

Goûts du jeune :

— Le cheval

Goûts musicaux :

— «J'aime tout»

Couleur préférée :

— «Je ne sais pas»

Film/dessin animé préféré, pourquoi :

— «Je ne sais pas», d'une voix à peine audible, rougissement + sueur.

C.2. Ressources et pénalités

Ses ressources :

- Activité à l'extérieur
- Douceur
- Bonne relation avec sa mère et sa petite sœur

Ce qui la pénalise dans son quotidien :

- Grosse anxiété*
- Crise d'angoisse/panique
- Communication

Ressenti personnel/autre observation :

Le **tableau des intérêts artistiques est peu significatif**, puisqu'elle nous **dit «oui» aux quatre questions**. Il faudra lui demander plusieurs fois d'une voix aussi basse qu'elle avec des exemples, en prenant le temps. Elle n'a pas d'a priori sur les arts plastiques, elle a fait une fois de l'argile et a trouvé cela bien.

Lucie a une voix tremblante et on l'entend à peine. Sur le plan corporel, elle est complètement repliée sur elle-même. Ses crises d'angoisse/panique sont plus que fréquentes, c'est une **enfant en détresse. La question d'une personnalité timide ou d'un stress post-traumatique se pose**. Son contact visuel complètement figé nous interpelle. À voir par la suite si ce n'était pas l'effet du stress de la prise de contact.

C.3. Objectif thérapeutique

Soin de crise :

- **1. Désamorcer l'ascension de la crise du jeune**
- **2. Amorcer un soin adapté**
- **3. Remettre le système cognitif en route**

Objectif thérapeutique général art-thérapie : **Diminuer l'anxiété***

Objectif thérapeutique intermédiaire art-thérapie: **Re sécuriser, affirmation de soi**

C.4. Les séances de Lucie

Séance + avec l'éducateur — Lucie

Date	Vendredi 17 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Titre de séance : «Photolangage sur les émotions»*		
<p>Accompagnée de sa mère. Elle n'a pas réussi à sortir de la salle d'attente, avec une très grosse angoisse, incontrôlable, et des pleurs. La maman était aussi angoissée qu'elle. Nous avons alors pris le temps de rassurer, d'expliquer l'art-thérapie, le groupe. Et de discuter tout simplement, de la pluie et du beau temps, faisant notre alliance thérapeutique. Nous avons attendu que ses larmes s'arrêtent et qu'elle retrouve une respiration calme, pour la laisser repartir avec sa mère, ne voulant pas créer de conditionnement négatif qu'elle pourrait inconsciemment lier aux séances.</p>		

Séance 1 avec l'éducateur — Lucie

Date	Jeudi 16 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Musique	LEJ «Le verbe» 2018 ED SHEERAN «Perfect» 2017 ALAN WALKER «Faded» 2015 MARSHMELLO & ANNE-MARIE – «Friends» 2018 SUEÑO EN PARAGUAY (El Búho Remix) 2018	
Titre de séance : «Le masque»		
Proposition		
	C'est Carnaval, nous sommes à Rio, on choisit un masque. Faire un masque en peinture, Posca, feutre, craie ou fusain, à plat sur une feuille de dessin, accrochée au mur, les uns à côté des autres.	
Brainstorming	Chacun des participants sont invités à partager des mots-clés, en réaction du sujet exposé. Avec ces mots, faire la petite histoire de ce masque	
Déroulement de la séance		
Début	«kiff* de la semaine» : son cours de cheval Lucie répond quand on lui demande en rougissant très fortement et avec une voix à peine audible , elle se fige sur un adulte et le fixe du regard. Corporellement, elle est complètement raide.	
Milieu	Elle respecte la consigne au mot près et fait un masque réaliste avec le vide à la place des yeux, elle le réalise très vite.	
Fin	Lucie abrège la séance rapidement , et se fixe à côté d'un adulte en le fixant sans rien dire. La petite histoire de son masque, ne fait qu'une ligne, qu'elle a faite à grande vitesse.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Oui Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 9	

Séance 2 — Lucie

Date	Jeudi 23 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Titre de séance : «Fresque commune»		
Absente : dispute avec sa mère, crise d'angoisse		

Séance 3 — Lucie

Date	Jeudi 30 janvier 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Musique	HANG MASSIVE «The Secret Kissing of the Sun and Moon» 2018 MATTHIEU CHEDID & FATOUMATA DIAWARA «Cet air» 2017 BEIRUT «Nantes» 2007 TRYO «L'hymne de nos campagnes» 1998 AGNES OBEL «Under Giant Trees» 2017	
Titre de séance : «L'arbre de vie»		
Proposition		
	Et si on était un arbre ? Peinture, craie grasse, pastel, Posca, crayon de couleur, collage, à disposition sur la table. Exposition des œuvres.	
Brainstorming	Chacun des participants sont invités à partager des mots-clés, en réaction du sujet exposé. Puis à partir de cette liste de mots, nous écrivons l'histoire de notre arbre.	
Déroulement de la séance		
Début	«kiff* de la semaine» : a réussi un saut d'obstacle à cheval. Lucie nous parle un peu plus et un peu plus fort lors du tour de parole	
Milieu	Elle observe où les autres se placent. Se met entre la porte et la futur art-thérapeute , nous la rassurons, nous lui faisons voir les différents outils, que l'on essaie devant elle, sur des brouillons, dans l'idée de prendre son temps. Elle choisit les craies grasses, fait un arbre avec plein de branches et sur chacune, dessine un oiseau en détails.	
Fin	Elle prend le temps qu'il lui faut et va jusqu'à la fin de la séance. Elle produit un écrit d'une page sans se presser et arrive à le lire devant le groupe.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Oui Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 9	
Objectif de la prochaine séance :	prendre son temps , s'emparer du lieu, voir si une place la mettrait plus en sécurité qu'une autre dans la salle (porte dans le dos négatif). Faire la demande au médecin de 2 séances de plus au vu de ses absences, prévoir le bilan en cas de refus.	

Séance 4 — Lucie

Date	Jeudi 6 février 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Musique	LEJ «EL Dulce de Leche» 2018 STROMAE - Défiler (bande originale de la capsule n°5 Mosaert) 2018 MIRANDO EL FUEGO Feat. JOAQUIN CORNEJO & MINUK «El Búho «2018 BEIRUT «Elephant Gun» 2007 LES FO'PLAFONDS » Misirlou» 2019 AGNES OBEL «Dorian» 2013	
Titre de séance : «Portrait les yeux fermés»		
Proposition		
	<p>Et si on était un arbre ? À l'aide d'un fusain, dessiner son portrait les yeux fermés, sur les feuilles accrochées au mur, les uns à côté des autres. Ouvrir les yeux et écrire le premier mot qui nous vient sur une deuxième feuille accrochée en-dessous. Choisir de modifier ou de s'adapter au portrait, le remplir ou non, le colorier ou pas, une fois fini. Écrire un mot sous le portrait de notre voisin de gauche, faisant deux tours jusqu'au retour à sa place. Avec les mots sous notre portrait, ou en empruntant ceux des autres, nous raconterons l'histoire de ce personnage.</p>	
Déroulement de la séance		
Début	«kiff* de la semaine» : son cours de cheval. Idem à la séance 1.	
Milieu	Elle respecte la consigne des yeux fermés, se laisse surprendre par le rendu et se dépêche de finir, elle écrit les mots sans difficulté.	
Fin	Lucie abrège la séance rapidement, et se fixe à côté d'un adulte en le fixant sans rien dire. (Idem à la séance 1) Son portrait de femme fait 4 lignes et est réalisé rapidement. Elle dira que c'était amusant.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Oui Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 9	
Objectif de la prochaine séance :	Prendre son temps	

Séance 5 — Lucie

Date	Jeudi 13 février 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Stagiaire absente semaine de cours au DU*		
Séance maintenue par les deux infirmières, sans la stagiaire d'art-thérapie.		
Lucie absente : A fait une crise de panique.		

Séance 6 — Lucie

Date	Jeudi 20 février 2020 de 10h30 à 11h30	Durée : 1h
Les autres adolescents étant absents, nous nous sommes retrouvée seule avec Lucie, ainsi nous lui avons laissée le choix de faire la séance ou non.		
Objectif thérapeutique général : Diminuer l'anxiété*		
Musique	LAURA PERGOLIZZI «Lost on You' 2015 EMILIE SIMON «Opium» 2009 NATALIA DOCO (Georges Brassens) «Je me suis fait tout petit» 2014 (Nous laissons défiler Nathalia Doco, elle n'est pas contre l'envie de découvrir cette chanteuse inconnue.) NATALIA DOCO & FLO DELAVEGA «Siempre me quedará» 2012 NATALIA DOCO & FLO DELAVEGA «Natural Mystic» (Bob Marley) NATALIA DOCO - El Buen Gualicho (LIVE) 2017 NATALIA DOCO «Le temps qu'il faudra» 2019	
Titre de séance : «Le petit carnet qui fait du bien ou l'argile qui fait du bien aussi»		
Proposition		
	Choix de Lucie «le petit carnet qui fait du bien» Après le pliage d'une feuille où le jeune choisira le format et la couleur, ce qui fera le carnet, elle le décorera de dessins de son choix et de mots doux qui font du bien sur chacune des pages.	
Déroulement de la séance		
Début	«kiff* de la semaine» : son cours de cheval. Il a été très difficile pour Lucie de choisir parmi les 2 propositions. Elle répond «oui», sans développer davantage à toutes nos questions, et sans expression. Elle est appliquée dans son pliage.	
Milieu	Avec l'équipe des 2 infirmières psy, nous faisons des blagues et chantons sur la musique, dans cette ambiance chaleureuse et bienveillante, Lucie se met à parler, pendant qu'elle dessine soigneusement une multitude de plumes de paon sur sa première page de carnet. Elle nous livrera la raison de ses angoisses et la peur de sa séparation d'avec sa maman.	
Fin	Lucie ne s'arrête plus de dessiner et de parler, nous devons l'arrêter, pour effectuer son bilan de fin de séance.	
Auto-évaluation du patient		
	Question : la séance était bien pour toi : oui, moyen, non ? Réponse : Oui Peux-tu lui donner une note de 0 à 9 ? Réponse : 9	

Troisième partie : Résultats : «L'art-thérapie peut être aussi un outil pour l'évaluation psychiatrique»

A. Résultat de l'étude de cas de Pierre

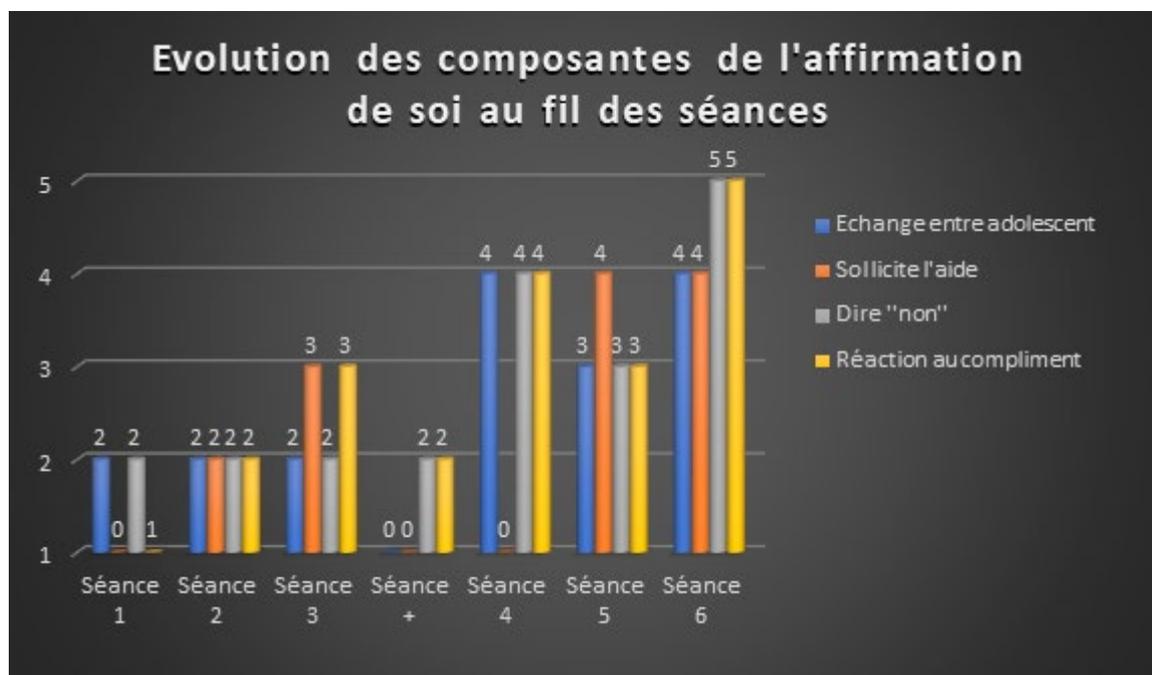
A.1. Grille d'Observation et sélections des items

Thème		Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance +	Séance 4	Séance 5	Séance 6
Affirmation de soi								
Échange avec adultes	A	5	5	5	5	5	4	4
Contact visuel avec adultes	B	OK						
Échange entre ados	C	2	2	2	1	4	3	4
Sollicite l'aide	D		2	3			4	4
Arrive à dire non	E	2	2	2	2	4	3	5
Lire ses écrits au groupe	F	3	3	3	Pas d'écrit	4	4	4
Concordance Question d'évaluation/chiffre	G	4	4	3	5	5	5	5
Accepte un compliment	H	1	2	3	2	4	3	5
Estime de soi								
Satisfaction de son travail	I	2	5	2	2	5	2	4
Valeur esthétique de son travail	J	1	1	3	1	5	4	4
Productions figuratives du référent	K	5	4	3	1	3	1	2
Dépression								
Commencer l'activité	L	2	3	3	1	4	4	4
Maintenir l'activité	M	2	3	5	5	5	5	5
Finir l'activité	N	2	4	4	4	5	4	4
Envahissement par le vécu dépressif	O	1	1	1	5	2	3	2
Perception négative de soi	P	4	4	3	4	1	3	2
Caractéristique psychoaffective								
Respect des consignes	Q	4	4	4	4	4	4	4
Concentration	R	3	3	5	5	4	2	4
Investissement	S	2	2	5	5	5	5	5
Lâcher-prise	T	2	2	4	1	5	5	4
Signe de stress	U	4	4	4	5	2	3	4
Plaisir	V	2	2	4	2	5	4	5

Un certain nombre de ces items seront repris et explicités dans l'analyse des graphiques, il s'agit ici de la présentation de l'ensemble des items qui sont apparus lors des séances, la cotation d'un à cinq représentant les améliorations.

A.2. Analyse des graphiques

Graphique représentant l'évolution des composantes de l'affirmation de soi de Pierre au fil des séances



Explication des items retenus :

Échange entre adolescent :

- 1 = Aucun échange, ni visuel ni verbal
- 2 = Léger échange visuel
- 3 = Échange moyen visuel et verbal
- 4 = Échange avec l'aide du médium
- 5 = Échange sans l'aide du médium

Dire «non» :

- 1 = Tétanisé
- 2 = Dit oui à tout
- 3 = Quelques «non» timides, à peine audibles
- 4 = Oui, mais... sans dire «non»
- 5 = «Non» assumé et cohérent avec sa pensée

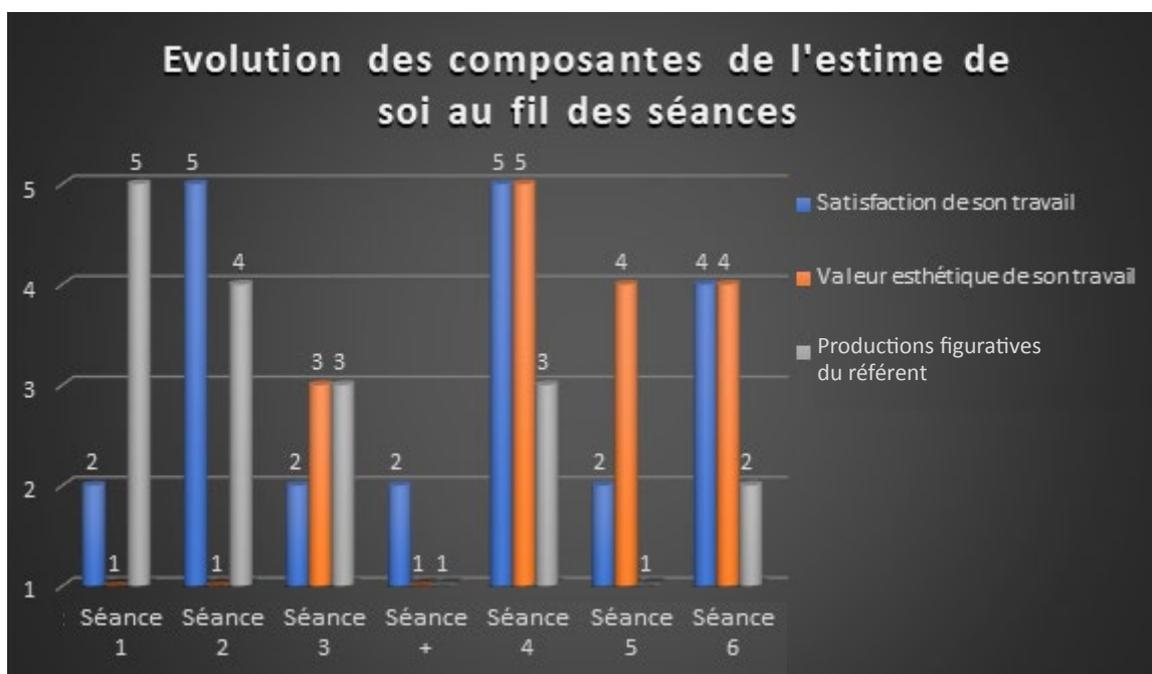
Sollicite l'aide : (0 n'a pas besoin d'aide)

- 1 = Langage corporel d'aide, mais reste tétanisé
- 2 = S'aide en imitant les autres
- 3 = Accepte après plusieurs propositions
- 4 = Accepte après une proposition
- 5 = Demande seul

Réaction au compliment :

- 1 = Tétanisé
- 2 = Refus, persuadé que c'est faux
- 3 = Accepte avec signe de stress émotionnel
- 4 = Sourit, sans réponse
- 5 = Répond

Graphique représentant l'évolution des composantes de l'estime de soi de Pierre au fil des séances



Explication des items retenus :

Satisfaction de son travail :

- 1 = Ne s'exprime pas
- 2 = Autodépréciation*
- 3 = Dans la moyenne
- 4 = Considère son travail aussi bien que les autres
- 5 = Est content de sa production

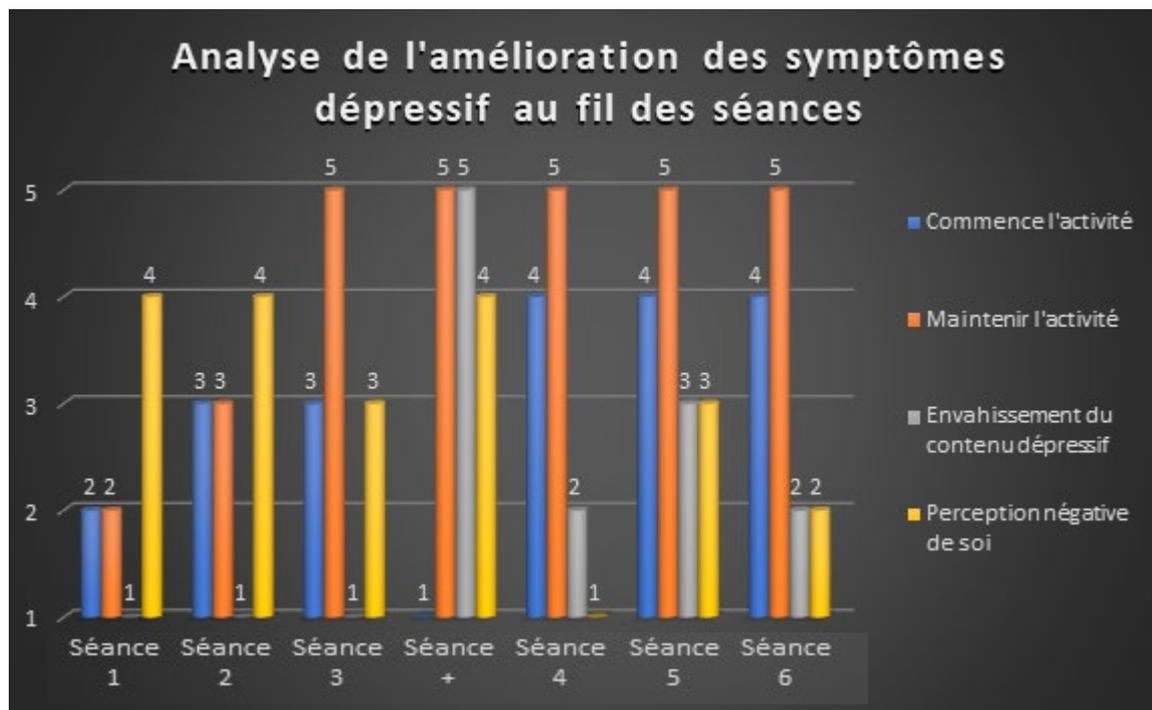
Productions figuratives du référent :

- 5 = Très Réaliste
- 4 = Réaliste
- 3 = Moyennement Réaliste
- 2 = Faiblement Réaliste
- 1 = Abstrait

Valeur esthétique de son travail :

- 1 = Aucun
- 2 = Faible
- 3 = Moyen
- 4 = Le considère aussi bien que les autres
- 5 = Le trouve beau

Graphique représentant l'analyse de l'amélioration des symptômes dépressifs de Pierre



Explication des items retenus :

Commence l'activité :

- 1 = Reste figé
- 2 = À besoin d'une stimulation pour commencer
- 3 = Besoin d'être moyennement stimulé pour commencer
- 4 = Commence en prenant son temps dont il a besoin
- 5 = Pas de difficulté

Maintenir l'activité :

- 1 = Ne maintient pas l'activité
- 2 = A besoin d'une stimulation pour le bon maintien de l'activité
- 3 = Besoin d'être moyennement stimulé
- 4 = En prenant son temps
- 5 = Pas de difficulté

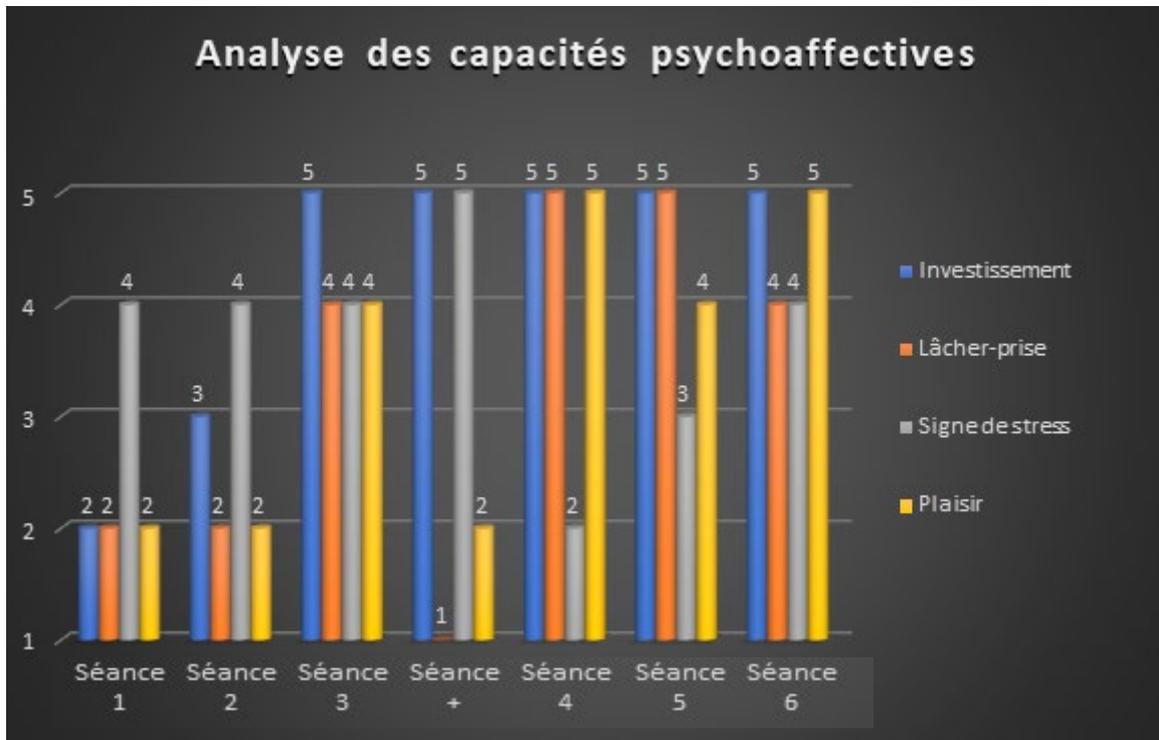
Envahissement du contenu dépressif :

- 1 = Vécu dépressif encore contenu
- 2 = Triste, cafardeux, mais se déride sans difficulté
- 3 = Se déride avec difficulté
- 4 = Sensation d'être débordé par le vécu dépressif
- 5 = Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir

Perception négative de soi :

- 5 = Désespoir envahissant, le figeant
- 4 = Dévalorisation de soi
- 3 = Tendence à se dévaloriser
- 2 = Se perçoit aussi bien que les autres
- 1 = Content de soi

Graphique représentant l'analyse des capacités psychoaffectives de Pierre au fil des séances



Explication des items retenus :

Investissement - Lâcher-prise - : Signe de stress - Plaisir

- 1 = Aucun
- 2 = Très léger
- 3 = Léger
- 4 = Moyen
- 5 = Fort

A.3. Conclusion et bilan de la prise en charge

Bilan de Pierre

Nous lui rappelons ses forces, sa progression et la joie que nous avons eu à l'accompagner.

Pierre a **bénéficié de 6 séances, plus une supplémentaire avec l'éducateur spécialisé** au vu de ses blocages émotionnels, sur le thème de la famille. Les séances d'art plastique variées ont duré en moyenne 1 heure.

Pierre a toujours été **bienveillant dans le groupe**, il a été l'un des **meneurs** de celui-ci. Il s'est **investi** dans les propositions, même la séance de «ma famille de ouf» qui a été très difficile pour lui, mais qui l'a débloqué et où il a pu poser des mots sur sa souffrance. Il a un **besoin d'étayage* de l'adulte, surinvestit les relations** et a su nous dire son importance pour lui dans ses retours sans qu'on le sollicite. **Nous nous rendons compte que le souci n'est pas la sociabilisation ou sa phobie scolaire, mais une crainte d'un attachement insécure*** avec ses parents. Son frère fut éloigné de sa famille en raison de son orientation sexuelle, ce qui a complètement angoissé Pierre, qui s'est rendu compte que l'amour parental n'était pas inconditionnel.

— Pierre nous a **exprimé, dès la première séance, le manque d'échanges entre les jeunes**, il a été le seul à trouver cela «dommage». La communication avec ses pairs reste difficile. Grâce au médium de la séance 4 «Argile en marionnette», les échanges ont pu se faire, ce qui a amené une nouvelle dynamique de groupe qui lui a beaucoup apporté.

Demander de l'aide pour lui n'a pas toujours été facile à verbaliser, malgré son langage corporel exprimant la difficulté et son regard nous sollicitant, il a été souvent incapable de nous répondre. Nous avons pu remarquer l'amélioration de cet item en accord avec les deux suivants.

Pierre dit oui à tout et à tout le monde, ce qui va avec son sourire de façade et ses angoisses, le «non» demandant plus d'énergie et de prendre le risque d'être moins aimé par les autres. **Il a su au fur et à mesure dire quelques «non» de manière cohérente et assumée, sans agressivité.**

Pierre a refusé nos compliments les premières séances, se retournant vers un autre jeune, pensant qu'on parlait à celui-ci, comme si cela était impossible à accepter. **Les retours de notre part ont été progressivement entendus, puis reconnus pour être enfin acceptés.**

Pierre a commencé à s'affirmer, progressivement, dès qu'il a réussi à nous parler de l'éloignement de son grand frère.

— Pierre a été **satisfait de son travail** surtout quand on lui a fait des retours. L'esthétisme de ses œuvres ne lui a souvent pas convenu, mais **les rires du groupe en réponse à ses**

histoires fantastiques ont augmenté sa satisfaction. Nous avons fait le choix de l'art abstrait, lorsque nous peignons à côté de lui. **Soit l'art figuratif le figeait, soit il comparait les deux, selon ses critères esthétiques qui l'amenaient à se rabaisser davantage. Plus le travail du thérapeute était abstrait, sans valeur esthétique pour Pierre, plus il était à l'aise.** En étant à l'aise, la main s'est lâchée, son trait était moins crispé, pour arriver au mécanisme de la création qui fait du bien, sans penser uniquement au résultat.

- **Pierre n'a pas été facile à cerner dans la dépression, gardant le sourire tout le temps,** en revendiquant que tout allait bien. Nous nous attendions à une diminution de cette carapace, grâce au travail réalisé conjointement avec l'éducateur spécialisé, Pierre a pu assumer sa tristesse, la mettre en mots, et revenir à un **état normal au vu des événements extérieurs.** Il a eu besoin de stimulation pour commencer les 4 premières séances puis a eu seulement besoin de temps pour retrouver ses repères dans l'atelier, d'observer le matériel proposé et les autres autour de lui, mais une fois lancé, il n'a pas eu de difficulté pour les maintenir. Pierre avait une **perception très négative de soi. Au fil des séances, il s'est aperçu que le groupe ressentait la même chose que lui, ce qui a amélioré sa perception et l'a amené à se dire qu'il n'était pas si mal,** surtout compte tenu de sa situation qui le faisait souffrir. Il a compris grâce à nos retours que sa souffrance était « normale ».
- Pierre s'est beaucoup investi dans ses séances en s'emparant des propositions. Pour autant, il n'a pas toujours été en capacité de lâcher-prise, étant énormément dans la comparaison, pensant les autres meilleurs que lui. Plus il y avait d'échanges dans le groupe, plus il parvenait à lâcher prise, et moins il était stressé. **Il a éprouvé un intérêt certain à échanger avec les patients de son âge.**

Lors des **temps cliniques,** il a été évoqué que lors du **bilan de mi-parcours,** Pierre est venu seul, ses **parents étant absents,** ne jugeant pas nécessaire de venir. **Pierre veut retourner au collège, mais n'y arrive pas. Il appréhende les questions et l'explication du motif de son absence, ce qui lui provoque chez lui des crises d'angoisse.**

Rappel de ses forces, de sa progression et de la joie que nous avons eu à l'accompagner.

Retour général de Pierre :

- Souhaite que ses camarades soient au courant de son motif de déscolarisation, mais ne s'en sent pas capable pour le moment. À la proposition de l'aide d'un professeur, il nous dira : «**non,** je veux le faire seul».

- Les séances d'art-thérapie lui ont fait du bien. C'étant le seul lieu où il se sentait à l'aise, pouvait parler de tout, sans jugement. « **Ici je peux être moi** ». Il récupère toutes ses œuvres, y compris ses écrits.
- Il insiste sur la séance avec l'éducateur spécialisé, « ma famille de ouf », durant laquelle il s'est autorisé à dire que son père criait, chose qu'il n'avait jamais dite. Cette séance lui a donné l'envie de parler à son père, mais, dit-il, « je n'avais pas la force ».
- **Après les 6 séances, il se pense plus fort pour «affronter» son père en vue d'une révélation, néanmoins, il appréhende beaucoup sa réaction.**
- On lui propose « l'affrontement » pendant le bilan avec la psychologue et son infirmière référente. On le rassure en le préparant à cet entretien et fait remonter son appréhension à l'équipe.
- **Retour de Pierre sur le collège :** Pierre voudrait un **aménagement d'études**, pour aller au collège seulement pour les matières principales, car il a peur de redoubler, et aimerait une «habitué à l'école» et ne sait pas comment dire son retour à sa classe, comment faire face aux questions, ce qui l'angoisse énormément, provoquant un cercle vicieux*.
- **Bilan avec la psychologue :** les deux parents sont là, le père a peur du ridicule s'il est plus décontracté, mais veut bien suivre les conseils de la psychologue clinicienne, ce qui soulage Pierre.

Nous pensons avoir désamorcé la crise de Pierre au vu de nos résultats et de ses dires, et amorcé des soins de suite de prise en charge adaptés à lui.

Suggestion :

- **Le théâtre :** prise de parole devant le public, «se mettre sur le devant de la scène», prendre sa place, se positionner et jouer «son propre rôle», avec autodérision, humour, tout en restant attaché à la «vérité de soi», l'objectif étant de se découvrir. **Pierre a une vraie force comique** qu'il ignore. Mise en place de TCC*, pour l'aider à couper le cercle vicieux* de la peur de revenir au collège.

Prescription de suivi en ambulatoire par le médecin :

- Aménagement d'étude, TCC*, groupe de parole, et thérapie familiale. Accès à l'art-thérapie théâtre et à la relaxation.

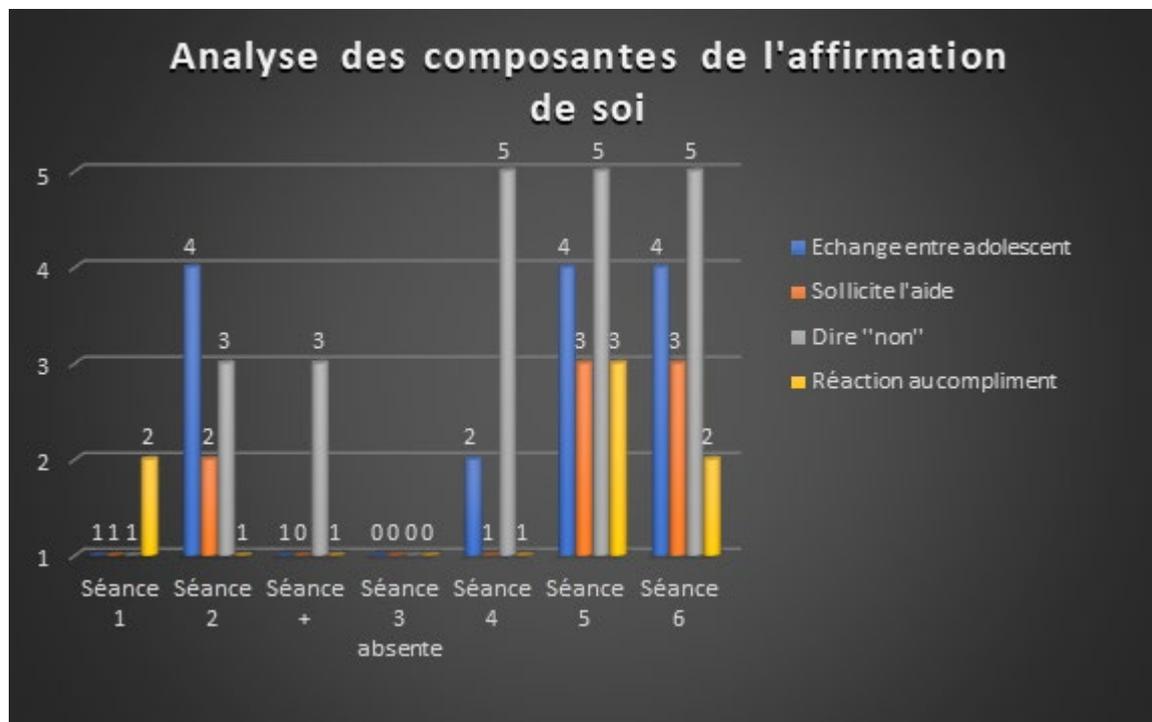
B. Résultat de l'étude de cas de Sandra

B.1. Grille d'Observation et sélection des items

Thème		Séance 1	Séance 2	Séance +	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6
Affirmation de soi								
Échange avec adultes	A	OK						
Contact visuel avec adultes	B	OK						
Échange entre ados	C	1	4	1		2	4	4
Sollicite l'aide	D	1+	2			1	3	3
Arrive à dire non	E	1	3	3		5	5	5
Lire ses écrits au groupe	F	Pas d'écrit	5	Pas d'écrit		1	2	3
Concordance Question d'évaluation/chiffre	G	1	5	5		1	5	5
Accepte un compliment	H	2	1	1		1	3	2
Estime de soi								
Satisfaction de son travail	I	2	1	3		3	3	1
Valeur esthétique de son travail	J	2	2			3	3	2
Productions figuratives du référente	K	3	3			2	2	1
Dépression								
Commencer l'activité	L	3	2	4		2	4	3
Maintenir l'activité	M	2	4	5		2	4	3
Finir l'activité	N	Ok	4					
Envahissement par le vécu dépressif	O	5	3	4		4	3	3
Perception négative de soi	P	4	3	3		2	1	2
Caractéristique psychoaffective								
Respect des consignes	Q	1	4	4		4	4	1
Concentration	R	2	5	5		2	5	2
Investissement	S	4	5	5		2	5	1
Lâcher-prise	T	1	2+	1		1	3	1
Signe de stress	U	4	2	3		3	2	5
Plaisir	V	1+	5	1		2	5	3

B.2. Analyse des graphiques

Graphique représentant l'évolution des composantes de l'affirmation de soi de Sandra au fil des séances



Échange entre adolescents :

- 1 = Aucun échange, ni visuel ni verbal
- 2 = Léger échange visuel
- 3 = Échange moyen visuel et verbal
- 4 = Échange avec l'aide du médium
- 5 = Échange sans l'aide du médium

Dire «non» :

- 1 = Tétanisé
- 2 = Dit oui à tout
- 3 = Quelques «non» timides, à peine audibles
- 4 = Oui, mais... sans dire «non»
- 5 = «Non» assumé et cohérent avec sa pensée

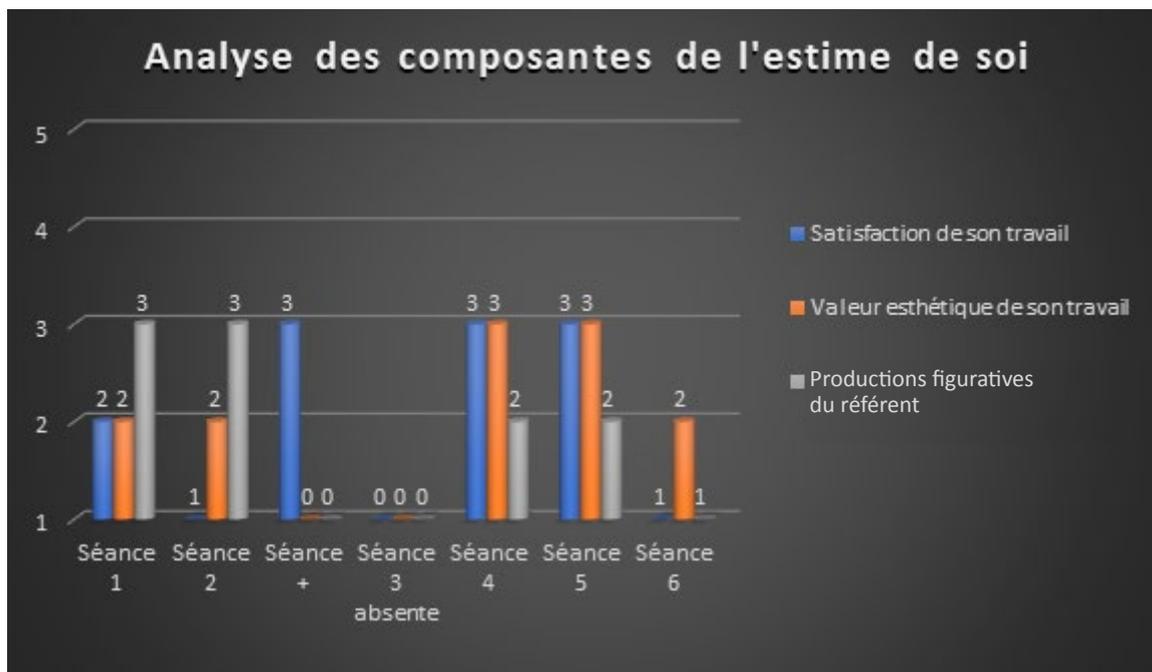
Sollicite l'aide : (0 n'a pas besoin d'aide)

- 1 = Langage corporel d'aide, mais reste tétanisé
- 2 = S'aide en imitant les autres
- 3 = Accepte après plusieurs propositions
- 4 = Accepte après une proposition
- 5 = Demande seul

Réaction au compliment :

- 1 = Tétanisé
- 2 = Refus, persuadé que c'est faux
- 3 = Accepte avec signe de stress émotionnel
- 4 = Sourit, sans réponse
- 5 = Répond

Graphique représentant l'évolution des composantes de l'estime de soi de Sandra au fil des séances



Explication des items retenus :

Satisfaction de son travail :

- 1 = Ne s'exprime pas
- 2 = Autodépréciation*
- 3 = Dans la moyenne
- 4 = Considère son travail aussi bien que les autres
- 5 = Est content de sa production

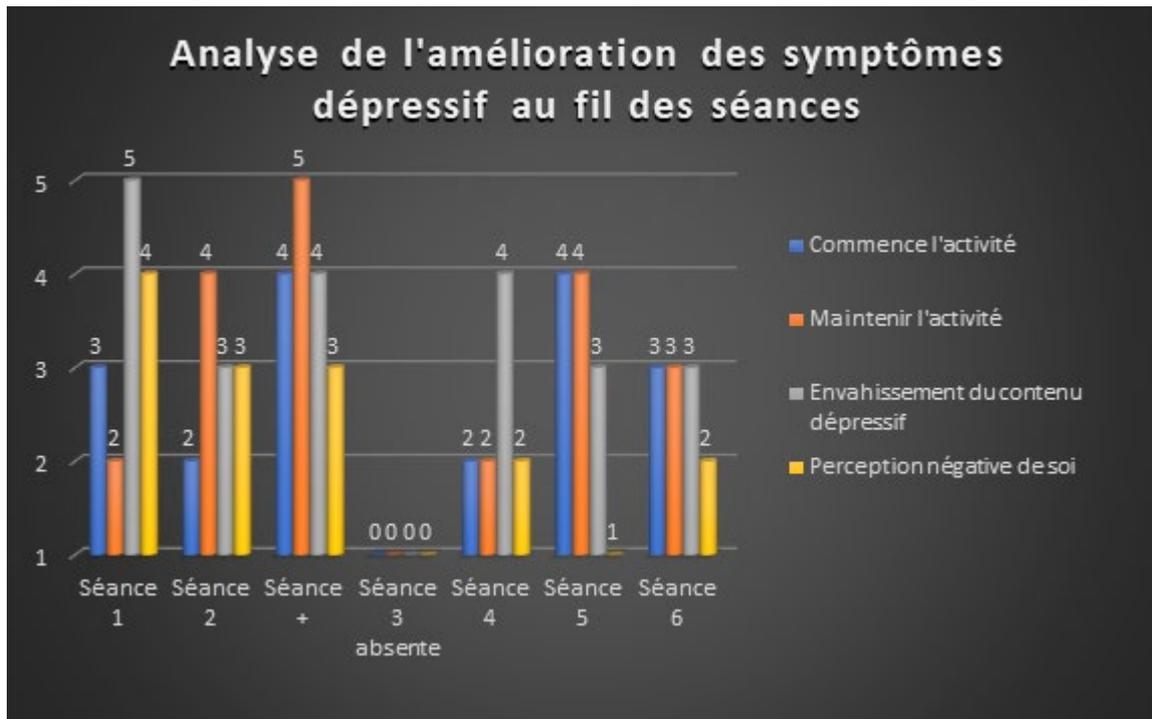
Productions figuratives du référent :

- 5 = Très Réaliste
- 4 = Réaliste
- 3 = Moyennement Réaliste
- 2 = Faiblement Réaliste
- 1 = Abstrait

Valeur esthétique de son travail :

- 1 = Aucun
- 2 = Faible
- 3 = Moyen
- 4 = Le considère aussi bien que les autres
- 5 = Le trouve beau

Graphique représentant l'analyse de l'amélioration des symptômes dépressifs de Sandra



Explication des items retenus :

Commence l'activité :

- 1 = Reste figé
- 2 = À besoin d'une stimulation pour commencer
- 3 = Besoin d'être moyennement stimulé pour commencer
- 4 = Commence en prenant son temps dont il a besoin
- 5 = Pas de difficulté

Envahissement du contenu dépressif :

- 1 = Vécu dépressif encore contenu
- 2 = Triste, cafardeux, mais se déride sans difficulté
- 3 = Se déride avec difficulté
- 4 = Sensation d'être débordé par le vécu dépressif
- 5 = Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir

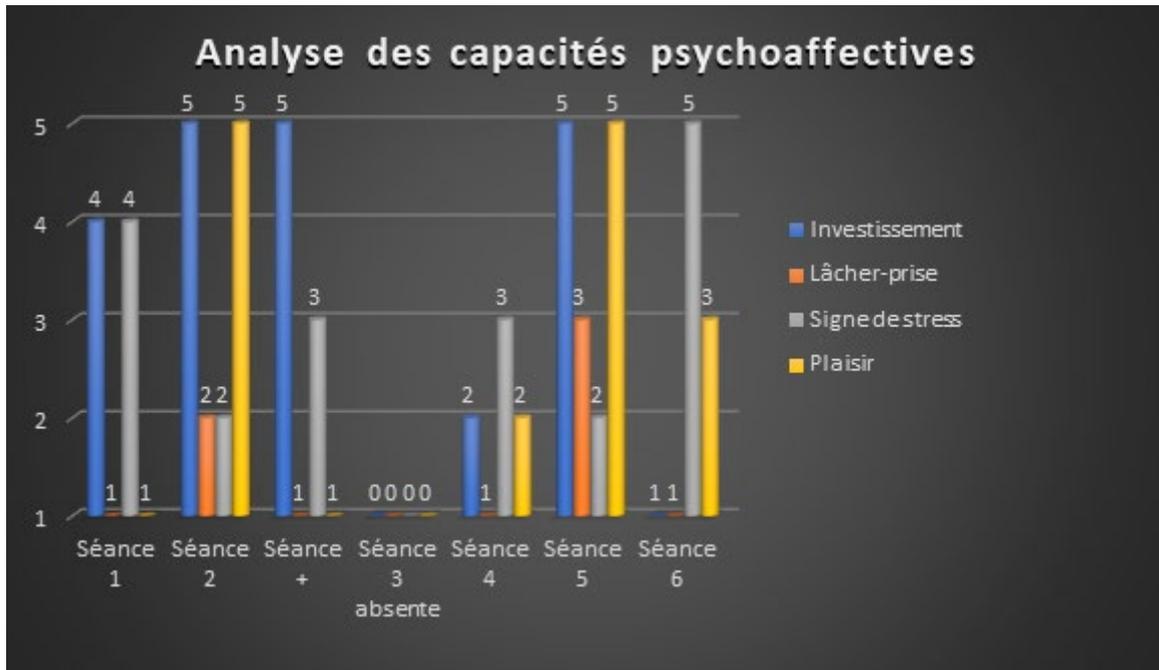
Maintenir l'activité :

- 1 = Ne maintient pas l'activité
- 2 = A besoin d'une stimulation pour le bon maintien de l'activité
- 3 = Besoin d'être moyennement stimulé
- 4 = En prenant son temps
- 5 = Pas de difficulté

Perception négative de soi :

- 5 = Désespoir envahissant, le figeant
- 4 = Dévalorisation de soi
- 3 = Tendance à se dévaloriser
- 2 = Se perçoit aussi bien que les autres
- 1 = Content de soi

Graphique représentant l'analyse des capacités psychoaffectives de Sandra au fil des séances



Explication des items retenus :

Investissement - Lâcher-prise - Signe de stress - Plaisir

- 1 = Aucun
- 2 = Très léger
- 3 = Léger
- 4 = Moyen
- 5 = Fort

B.3. Conclusion et bilan de la prise en charge

Sandra a **bénéficié de 5 séances au lieu des 6 prévues, en raison d'une crise de panique qui l'a contrainte à s'absenter**. Elle a eu une séance supplémentaire avec l'éducateur spécialisé en photolangage sur les émotions, séance durant laquelle Sandra a été particulièrement à l'aise pour parler de ses émotions faisant du lien avec sa famille, qu'elle dit «un peu faible», et ses souffrances.

Au vu de sa maîtrise du dessin, de la peinture, de l'argile, du chant et du théâtre, il a été très compliqué pour nous d'observer un lâcher-prise chez elle. C'est une jeune extrêmement cérébrale, qui pense tout le temps, comme elle le dit souvent : «ma tête ne se repose jamais ça m'épuise».

— Le groupe de ses pairs, beaucoup plus jeune qu'elle, avec une moyenne d'âge de 13 ans, alors qu'elle va avoir 18 ans et qu'elle est déjà très mature pour son âge, ne l'a pas aidée dans les échanges. **Elle s'est souvent montrée condescendante, ne regardant même pas les autres jeunes. Malgré ce comportement, elle exprimera son plaisir sur les échanges cachés derrière le médium et en redemandera. Nous avons remarqué que Sandra ne demande jamais d'aide seule**, elle copie sur les autres quand elle ne sait pas, mais de façon très discrète comme si cela n'était pas permis «de prendre exemple». Elle **ne respectera pas les consignes sur plusieurs séances.**

Plus les séances passent, plus Sandra s'affirme, en refusant de lire par exemple et en nous donnant son avis; il ne semble pas qu'elle rencontre des difficultés à s'affirmer.

— Malgré son travail que nous avons trouvé riche, elle ne sera **ni satisfaite de celui-ci, ni en capacité de reconnaître son esthétisme**, se trouvant souvent «moyenne», se comparant toujours au travail des autres. Ce qui nous fait penser que son **estime de soi négative n'est pas passagère. Elle est sans doute beaucoup plus présente que ce que l'équipe a évalué lors de leur premier entretien avec elle.**

— On observe une **fluctuation des symptômes dépressifs de Sandra**. Ses sensations d'être débordée par la tristesse, le cafard, sont nombreuses, même lorsqu'elle est contente de son travail ou de la séance, elle a beaucoup de difficultés à lâcher-prise, à se décontracter. Elle a gardé un visage triste voire inexpressif, même en exprimant un retour positif où une phrase joyeuse dans «les kiffs* de la semaine».

— **Ses signes de stress restent très nombreux, malgré son investissement sur ses œuvres et quelques plaisirs éprouvés.** Elle surinvestit ses oeuvres, ne lâchant prise que très moyennement sur une seule séance. Elle a toujours cette **notion ancrée de faire du beau, du parfait, d'être la meilleure.**

Retours de Sandra

Elle nous a dit que **certaines séances d'art-thérapie lui ont fait du bien et on éloigné ses idées suicidaires. Elles reviennent dès que la séance se termine.** Elle a particulièrement aimé les séances où les jeunes communiquaient au travers du médium.

Concernant sa scolarité, Sandra a demandé à sa grand-mère de décider à sa place.

« J'avais besoin qu'on décide pour moi ». Elle arrêtera le lycée pour passer son BAC à la fin de l'année par correspondance.

Elle n'a pris que les œuvres qu'elle trouvait esthétiques.

Il ne nous semble pas avoir désamorcé la crise de Sandra, pensant que cette adolescente n'est pas en crise passagère, mais a un fond dépressif depuis longtemps bien installé. Nous lui proposons une Psychothérapie individuelle, où elle pourra explorer cela.

Suggestion :

- Il aurait été intéressant de lui proposer des ateliers d'**art corporel**, vu qu'elle ne maîtrise pas ce médium, ce qui lui aurait ainsi permis de lâcher la tête.

Prescription des soins de suite en hospitalisation de jour, par le médecin :

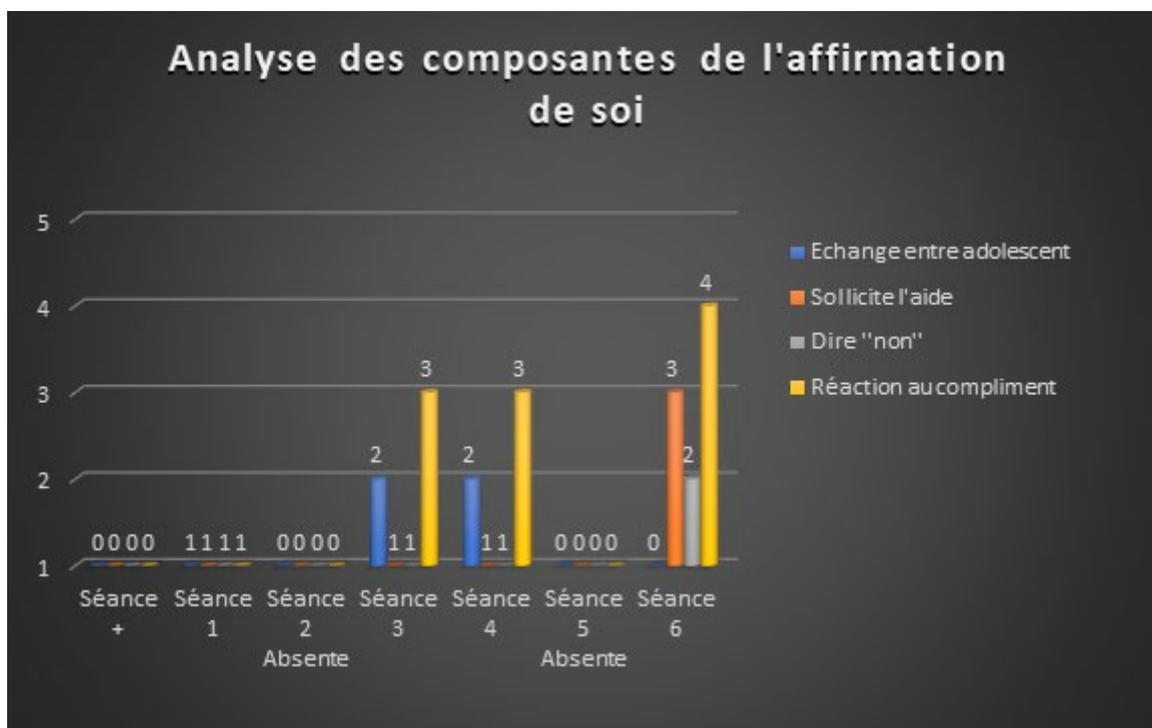
- Thérapie individuelle et TCC*, accès à l'art-thérapie théâtre et relaxation.

C. **Résultat de l'étude de cas de Lucie**
C.1. Grille d'observation et sélection des items

Thème		Séance+	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6
Affirmation de soi								
Échange avec adultes	A	1	2		2	2		4 +
Contact visuel avec adultes	B	5	5		5	5		5
Échange entre ados	C		1		2	2		
Sollicite l'aide	D		1		1	1		3
Arrive à dire non	E		1		1	1		2
Lire ses écrits au groupe	F		3		3	3		
Concordance Question d'évaluation/chiffre	G		1		5	5		5
Accepte un compliment	H		1		3	3		4
Estime de soi								
Satisfaction de son travail	I		1		2	5		5
Valeur esthétique de son travail	J		2		2	5		5
Productions figuratives du référent	K		1		1	2		5
Dépression								
Commencer l'activité	L		1		2	2		2
Maintenir l'activité	M		2		2	5		5
Finir l'activité	N		1		1	5		5
Envahissement par le vécu dépressif	O		5		4	4		3
Perception négative de soi	P		5		5	1		1
Caractéristique psychoaffective								
Respect des consignes	Q		5		4	4		4
Concentration	R		Ok					
Investissement	S		4		4	5		3
Lâcher-prise	T		1		1	5		3
Signe de stress	U	5	5		5	3		4
Plaisir	V		1		1	5		4

C.2. Analyse des graphiques

Graphique représentant l'évolution des composantes de l'affirmation de soi de Lucie au fil des séances



Explication des items retenus :

Échange entre adolescents :

- 1 = Aucun échange, ni visuel ni verbal
- 2 = Léger échange visuel
- 3 = Échange moyen visuel et verbal
- 4 = Échange avec l'aide du médium
- 5 = Échange sans l'aide du médium

Dire «non» :

- 1 = Tétanisé
- 2 = Dit oui à tout
- 3 = Quelques «non» timides, à peine audibles
- 4 = Oui, mais... sans dire «non»
- 5 = «Non» assumé et cohérent avec sa pensée

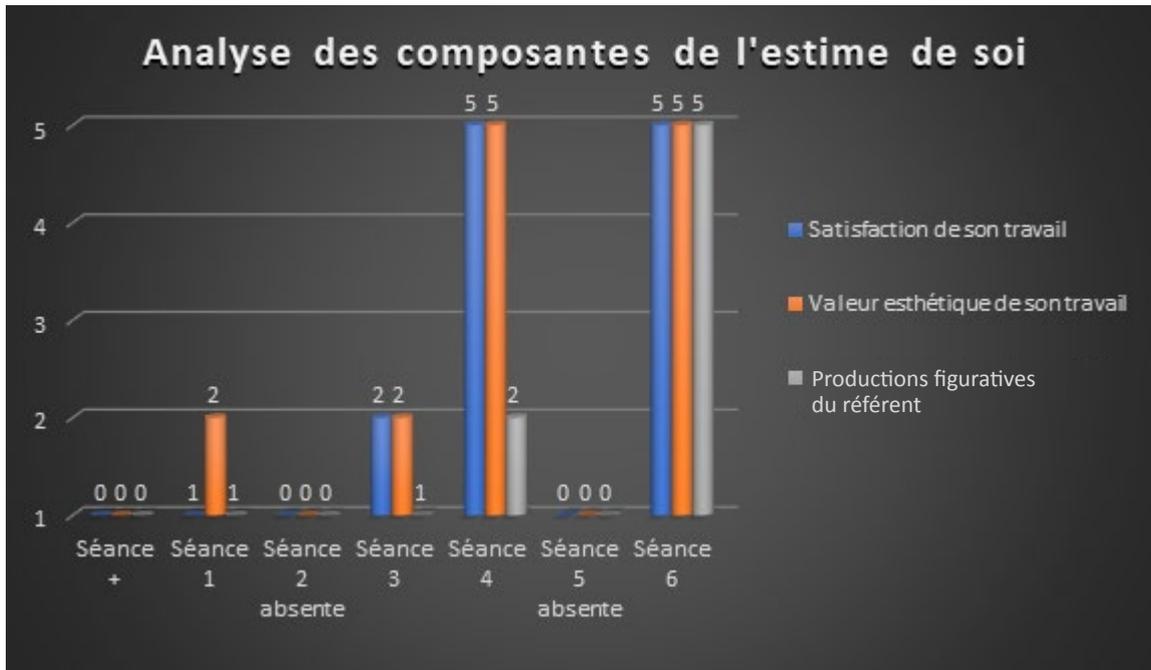
Sollicite l'aide : (0 n'a pas besoin d'aide)

- 1 = Langage corporel d'aide, mais reste tétanisé
- 2 = S'aide en imitant les autres
- 3 = Accepte après plusieurs propositions
- 4 = Accepte après une proposition
- 5 = Demande seul

Réaction au compliment :

- 1 = Tétanisé
- 2 = Refus, persuadé que c'est faux
- 3 = Accepte avec signe de stress émotionnel
- 4 = Sourit, sans réponse
- 5 = Répond

**Graphique représentant l'évolution des composantes de l'estime de soi de Lucie
Au fil des séances**



Explication des items retenus :

Satisfaction de son travail :

- 1 = Ne s'exprime pas
- 2 = Autodépréciation*
- 3 = Dans la moyenne
- 4 = Considère son travail
aussi bien que les autres
- 5 = Est content de sa production

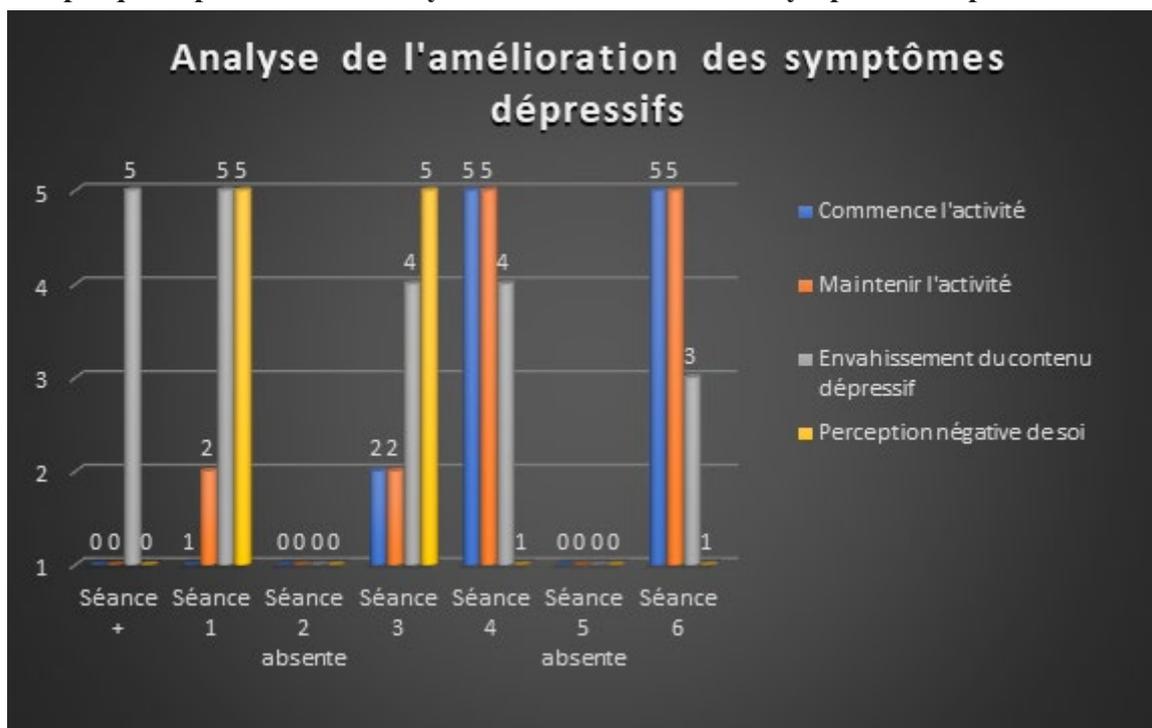
Productions figuratives du référent :

- 5 = Très Réaliste
- 4 = Réaliste
- 3 = Moyennement Réaliste
- 2 = Faiblement Réaliste
- 1 = Abstrait

Valeur esthétique de son travail :

- 1 = Aucun
- 2 = Faible
- 3 = Moyen
- 4 = Le considère aussi bien que les autres
- 5 = Le trouve beau

Graphique représentant l'analyse de l'amélioration des symptômes dépressifs de Lucie



Explication des items retenus :

Commence l'activité :

- 1 = Reste figé
- 2 = A besoin d'une stimulation pour commencer
- 3 = Besoin d'être moyennement stimulé pour commencer
- 4 = Commence en prenant son temps dont il a besoin
- 5 = Pas de difficulté

Envahissement du contenu dépressif :

- 1 = Vécu dépressif encore contenu
- 2 = Triste, cafardeux, mais se déride sans difficulté
- 3 = Se déride avec difficulté
- 4 = Sensation d'être débordé par le vécu dépressif
- 5 = Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir

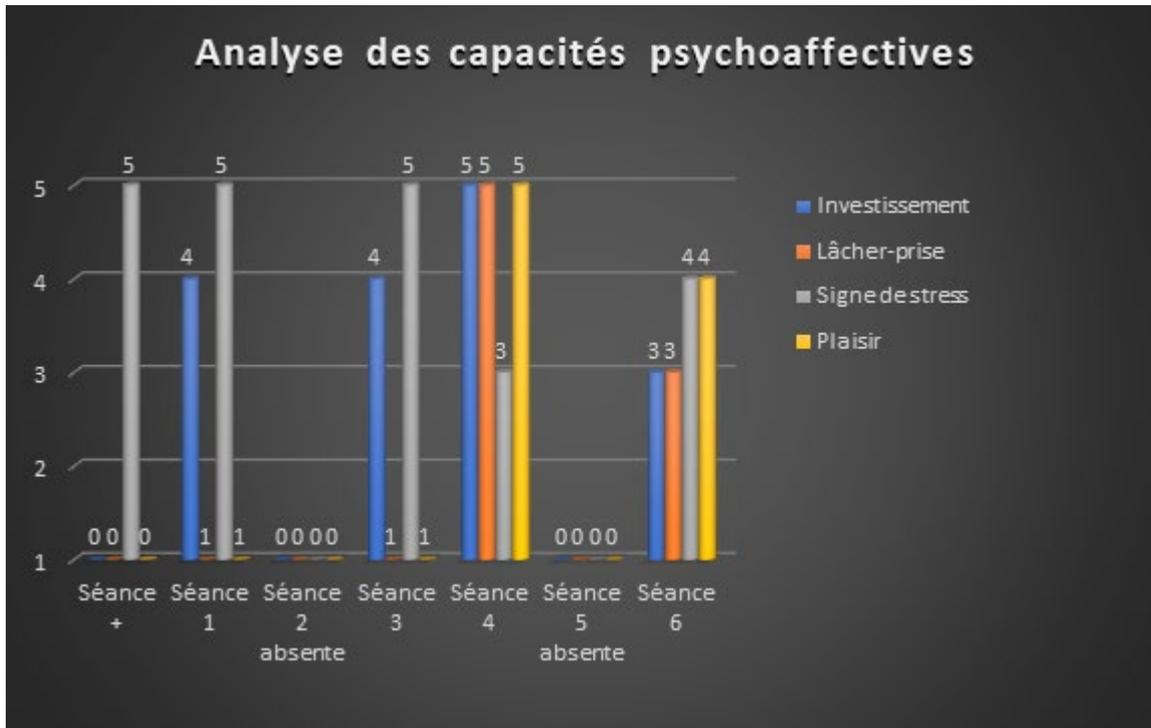
Maintenir l'activité :

- 1 = Ne maintient pas l'activité
- 2 = A besoin d'une stimulation pour le bon maintien de l'activité
- 3 = Besoin d'être moyennement stimulé
- 4 = En prenant son temps
- 5 = Pas de difficulté

Perception négative de soi :

- 5 = Désespoir envahissant, le figeant
- 4 = Dévalorisation de soi
- 3 = Tendance à se dévaloriser
- 2 = Se perçoit aussi bien que les autres
- 1 = Content de soi

Graphique représentant l'analyse des capacités psychoaffectives de Lucie au fil des séances



Explication des items retenus :

Investissement - Lâcher-prise - Signe de stress- Plaisir

1 = Aucun

2 = Très léger

3 = Léger

4 = Moyen

5 = Fort

C. 3. Conclusion et bilan de la prise en charge

Nous rappelons à Lucie le courage dont elle a fait preuve pour venir aux séances et le plaisir que nous avons eu à la rencontrer. **Nous lui rappelons aussi que les soins de crises sont là pour elle, pour les adolescents, et qu'ils ne s'arrêtent pas comme cela, sans rien derrière, et qu'on ne la lâche pas dans la nature ainsi. Il s'agit de désamorcer une situation compliquée, voire traumatique, afin d'amorcer une solution adaptée. Nous insistons sur le fait que l'équipe est là pour elle.**

Lucie a réussi à venir à 4 séances sur 6 ce qui fut un exploit pour elle et sa mère. Il y a eu avec cette jeune tout un travail de réassurance et d'accueil, qui a fait notre alliance thérapeutique.

- Nous avons pu observer le travail sur l'**affirmation de soi** de Lucie, au niveau de sa dernière séance en individuel, durant laquelle elle parvient à nous dire la cause de ses angoisses. Elle accepte avec soulagement que nous transmettons cette information et exprime son souhait que la situation change. Elle communique, tout ceci sans faire de crise d'angoisse.
- La **satisfaction de son travail** a été en cohésion avec la valeur esthétique qu'elle a estimée de celui-ci. La production figurative du thérapeute l'a beaucoup moins gênée en séance 6, car elle était tellement concentrée sur son discours qu'elle n'a pas porté attention à la réalisation de l'équipe. Lors des séances où elle a comparé sa production à celle des deux infirmières en psychiatrie, et qu'elle a estimé que cette dernière était supérieure en esthétisme, elle est restée complètement figée devant les œuvres, sans rien dire, ni montrer de comportement corporel de plaisir.
- Nous avons remarqué assez vite qu'**il fallait plus qu'une stimulation pour commencer les séances, mais une sécurité installée avec l'adulte lors des séances**. Elle n'a pas réussi à maintenir les 2 premières séances, à cause de ses comportements d'alerte permanents, comme si elle était en prévention d'un danger extérieur. Elle avait donc des difficultés à démarrer sa production, créait vite en respectant toujours les consignes sans s'emparer de la proposition et finissait tout aussi vite. Elle faisait toujours attention de finir avant les autres puis restait figée en contact visuel avec le thérapeute. On la retrouvera sur les 2 dernières séances dans l'extrême, lui rappelant plusieurs fois que la séance est finie.
- Malgré un contact visuel et langage corporel complètement figés, elle a réussi à trouver sa place dans l'atelier à la **séance 4** (3^e séance pour elle) entre la porte et l'adulte avec qui elle avait développé le plus d'alliance thérapeutique. Sur cette même séance, nous observons un **plaisir au maximum avec un réel lâcher-prise et un investissement qui fait qu'elle arrive à s'emparer de la proposition, en accord avec des signes de stress**

diminués. Tous ses comportements révèlent une hypervigilance de sa part. Un état d'alerte confirmé par ses dires lors de sa dernière séance qui fut individuelle, en raison des absences des autres. Nous faisons remonter l'information à la psychologue en prévenant Lucie, qui acquiesce complètement tout en étant résignée par sa situation.

Il faudra l'arrêter à la dernière séance puis à son bilan, où l'on retrouve avec étonnement une Lucie bavarde, à la limite de la logorrhée*.

Elle a récupéré toutes les œuvres qu'elle avait faites, nous ne sommes pas en mesure de savoir si elle voulait vraiment toutes les récupérer, ne sachant pas si elle nous dit un vrai: « oui ».

Nous avons fait la demande au médecin pour qu'elle ait deux séances de plus pour pallier de ses absences. Nous n'avons pas eu de retour positif à notre demande, les absences et leurs motifs font partie de l'évaluation des soins de crise.

Retours de Lucie :

« C'était bien » avec une voix d'intensité faible, elle a préféré la séance 3: « Et si j'étais un arbre », et cette dernière séance, car elle était seule avec nous.

Nous pensons avoir désamorcé la crise de Lucie et la dirigeons vers l'aide sociale à l'enfance. Eldor'ado continuera à l'accompagner dans les soins de suite parallèlement.

Suggestion :

— Au vu de son angoisse de séparation, nous suggérons de l'art-thérapie en individuel et en duo maman/enfant pour rassurer ces deux personnes extrêmement angoissées et les faire ensuite évoluer en douceur chacune de leur côté, dans le but de réaliser la non-mise en danger de la séparation.

Prescription des soins de suite hospitalisation de jour par le médecin :

— Poursuite d'une hospitalisation de jour voire de nuit avec art-thérapie art-plastique et accès à la relaxation ; une thérapie individuelle sera mise en place au sein de l'hôpital.

— Nous sollicitons un accompagnement éducatif par l'aide sociale à l'enfance pour elle et sa sœur.

Quatrième partie : Discussion : Étude critique de l'expérience de l'art-thérapie. L'art-thérapie bien plus qu'une unique utilisation des bénéfices de l'art et de la création pour améliorer le bien-être des sujets, en mobilisant leurs capacités créatives « pour soulager les maux hors des mots »

«[...] Le plus dur, dans l'enfance blessée, c'est de devoir paraître plus grand, plus fort, plus mûr que ce que l'on est en réalité. Alors qu'on a seulement l'âge d'être un enfant. Recevoir sur ses épaules frêles la veste quotidienne de la violence quand on aimerait porter le manteau de la tendresse.[...]» Tim Guénard, (écrivain) [Tim Guénard «Plus fort que la haine» Presses de la renaissance. 1999.]

1. Exploration des résultats

Les résultats de cette étude ont dépassé nos attentes, au-delà des objectifs atteints de la diminution de l'anxiété*, de l'augmentation de l'affirmation de soi, de l'estime de soi et de la re socialisation.

— **Les bienfaits de la création et le pouvoir du médium** chez Pierre : nous avons pu observer un déclic lors d'une séance qui l'a mis face à sa problématique, **ses non-dits, où les mots étaient impossibles pour lui, et qu'il exprimera dans sa peinture avec une clarté sans faille.** Le transfert en psychanalyse désigne un processus au cours duquel des sentiments ou des désirs inconscients envers les premiers objets investis dans l'histoire d'un sujet, le plus souvent les parents, se trouvent reportés sur une autre personne. **Au cours des séances, Pierre mettra en oeuvre ce qu'on appellera le "transfert-artistique", processus dans lequel il mit toute sa colère inconsciente envers ses figures d'attachement, sur sa toile.**

«Je n'avais jamais dit ça ... et je ne savais pas comment le dire, c'est drôle, ce sont mes peintures qui le disent à ma place, c'est plus facile comme ça ... et en fait on s'en fiche que je ne sache pas dessiner. Ici, je peux être qui je veux, personne ne juge.» Pierre, 14 ans

— **Mise en lumière du cadre et l'alliance thérapeutique**, qui en séance individuelle a été l'élément déclencheur. Ils nous montrent que le processus de création ne suffit pas à

lui-même **pour atteindre les objectifs art-thérapeutiques fixés. Chez certains patients, tels que Lucie, plus qu'un ensemble, le cadre et cette alliance thérapeutique qui s'est tissée vont suffire pour la libérer de son mutisme.** Nous constatons qu'ils répondent à sa carence. Il est donc important de cibler au plus vite les besoins généraux, mais aussi les besoins émotionnels du jeune, d'où l'intérêt du premier entretien. Nous voyons aussi, dans deux études de cas, que **l'art-thérapie peut également faire jaillir des révélations, qu'il faudra accueillir, accompagner et transmettre en toute bienveillance.**

«Je me sens en sécurité, dans l'atelier avec vous ... je crois que ça me fait du bien dedans le corps, de voir du beau ...» Lucie, 12 ans

— **Là où on aurait pu penser que l'art-thérapie avait atteint sa limite** sur l'étude de cas de Sandra, où les résultats sont plus fluctuants que positifs, **nous avons constaté que cette thérapie peut être aussi un outil pour l'évaluation psychiatrique.** La fluctuation de ses résultats, au regard des objectifs thérapeutiques, concorde avec son humeur. **Grâce à nos observations sur ses comportements, son langage verbal et corporel, et nos échanges, nous avons pu réfuter l'hypothèse de la crise pour émettre la possibilité d'une dépression bien installée.** De même pour l'étude de cas de Pierre, qui est arrivé pour motif de phobie scolaire, notre accompagnement en art-thérapie, incluant une évaluation fine, a démontré que ce n'était pas la cause de son anxiété*.

« Mon moment préféré de la semaine, c'est quand je m'endors, car c'est le seul moment où je ne réfléchis pas... L'atelier c'est le seul endroit où j'arrive parfois à reposer ma tête ... j'aime quand on se répond avec le groupe en étant cachés à l'abri de nos œuvres » Sandra, 18 ans

Nous ressortons de cette étude avec certaines vigilances, notamment l'importance de garder un **regard objectif sur les patients et de ne pas rester figée sur les motifs d'admission d'un dossier.** Notre regard neuf a été le bienvenu au sein des équipes.

Les bénéfices de la recherche sur les comportements, les attitudes, les dires et les non-dits, en plus du résultat de l'attachement insécure*, seraient comme une **notice inconsciente**, que l'on donnerait à l'inconnu. D'où notre **diligence sur cette étude à faire du bien en urgence, où lorsqu'il est nécessaire de couper ce cercle vicieux*** : atteindre une relation plus confortable à soi et aux autres, allant dans les bienfaits du cercle vertueux*.

Nous pouvons donc témoigner à ce stade **des avantages de l'affirmation de soi** :

- On se respecte mieux. Parallèlement, on obtiendra le respect des autres.
- Une confiance en soi et estime de soi augmentée.
- On obtient de façon plus efficace ce que l'on désire.
- On renforce le sentiment d'efficacité personnelle et de contrôle sur soi : valorisation de soi.

Les temps d'échanges sur les ressentis de la séance ont fait partie de l'évaluation de l'affirmation de soi. Une première auto-évaluation de celle-ci, partant de la question : « As-tu vécu une bonne séance ? ». Les réponses attendues étant : « Oui, moyen, non ». Tous les jeunes nous répondent : « Super ». Pour éviter l'effet de groupe (décision prise qui peut parfois n'être finalement qu'un pseudo consensus consenti par le groupe en tant qu'entité. Si chacun avait dû prendre une décision de manière individuelle, cela n'aurait très certainement pas été celle-ci.) nous procédons à une seconde auto-évaluation, avec des cotations allant de 0 à 9, évitant ainsi l'effet de la tendance centrale ; (notion de psychologie sociale désignant le fait de ne pas prendre de risques en choisissant systématiquement la valeur médiane). Ainsi, il est préférable d'utiliser une échelle impaire, afin d'affiner les réponses et de repérer les dissonances, par exemple, lorsque la réponse "Super" n'est pas en adéquation avec le chiffre de la cotation.

1.1. Regard critique de l'étude

Le soin, l'accompagnement commence dès la porte que l'on pousse. **Nous avons trouvé que la salle d'attente avait été oubliée**, il serait avantageux que cet espace soit optimisé pour les jeunes. Ce temps est nécessaire pour certains, représentant l'entre-deux et qu'il n'est pas toujours évident d'aller de l'avant. **La notion de douceur de cette thérapie face à des jeunes mis à mal, avec un temps informel autour d'un rituel de distribution de boissons chaudes, sans forcément discuter, serait le bienvenu et permettrait quelque chose de plus progressif entre l'extérieur traumatique et l'intérieur thérapeutique.**

Nous avons constaté également l'influence du changement d'équipe entre les soins de crise et les soins de suite, s'effectuant dans le même bâtiment et proposant toutes deux de l'art-thérapie. **Il nous semble important, pour un meilleur accompagnement, que l'art-thérapeute en soin de crise intervienne aussi en soins de suite sur au moins un médium, ainsi**

le jeune de prime abord abandonnique ne revivra pas cet événement.

Il aurait été intéressant, d'avoir **plusieurs formes de prises en charge**, telles que l'art-thérapie en individuel, en fratrie, duo en mère-enfant, mais aussi d'explorer d'autres médiums comme la musicothérapie et l'art corporel.

1.2. Comparaison avec d'autres travaux de recherche

Les séances collectives développent le lien social, l'identification à l'autre, et aideraient à détecter certains mécanismes défaillants, comme la phobie sociale et le trouble du comportement. **Des séances individuelles nous semblent tout aussi importantes pour les 3 études de cas présentées. En expérimentant un autre lien avec l'art-thérapeute, le jeune pourrait trouver une valorisation de son identité en tant qu'être unique dans son parcours de soin. Nous pourrions ainsi l'accompagner (l'emmener) vers un nouvel objectif art-thérapeutique de revalorisation de lui-même, comme base d'éducation.**

La participation à l'étude sur la faisabilité « **Educ'Art-Ped** », d'Hippolyte Maurel, (doctorant à la faculté de médecine de Poitiers et intervenant au DU* d'art-thérapie) [*Étude de faisabilité «Educ'Art-Ped»: Évaluation de l'impact de l'art-thérapie sur la qualité de vie des aidants d'enfants diabétiques. 2019*], **démontre l'impact de l'art-thérapie** sur la qualité de vie des aidants d'enfants diabétiques. Nous pouvons apprécier les **bénéfices d'une prise en charge parents/enfants**. Les art-thérapeutes ont rapporté l'**amélioration progressive des compétences de communication des parents, l'acquisition du lâcher-prise, l'occultation ponctuelle du diabète et les bienfaits par résonance sur l'enfant**. Cette recherche a permis la rédaction d'un nouveau protocole qui sera élargi à d'autres pathologies. Les résultats ont été tellement riches, qu'une deuxième étude «Educ'Art-Ped2» au sein de «Vie la santé», à Poitiers, sera entreprise pour mesurer les bénéfices de l'Art-thérapie de fratries d'enfants malades.

Nathalie Nader-Grosbois (professeur, responsable à l'université de psychologie de l'éducation et du développement à Louvain). publie sa recherche **sur les fratries d'enfants porteurs de handicaps, mettant en avant les bénéfices d'ateliers d'art-thérapie** (dessin, photographie, théâtre ...) **favorisant : « le transfert et le contre-transfert régulés par la médiation, les conflits inconscients, l'expression émotionnelle. Ces ateliers favoriseraient l'accès aux mécanismes de défense (sublimation, humour, affiliation)»** [Nathalie Nader-Grosbois *Régulation, autorégulation,*

dysrégulation : Pistes pour l'intervention et la recherche. Mardaga. 2013].

Nous estimons qu'**il aurait été plus profitable à Sandra d'avoir un médium qu'elle ne contrôle pas** déjà de par ses loisirs, qui ne la mettrait pas devant ce système d'autocompétition. **«Pour être plutôt que penser», comme le suggère Eckhart Tolle**. Nous pourrions ainsi engager de nouveaux objectifs, face à une jeune complètement perdue.

Dans le mémoire de **Thibaut Trilles**, art-thérapeute, danseur et professeur en sport adapté, nous pouvons apprécier à la fois les bienfaits de séances individuelles mais aussi du médium de la danse, je cite : **« nous pensons que mieux se (re)connaître (se connaître à nouveau, retrouver des parties de soi) autorise à mieux appréhender l'autre. Mais l'inverse ne semble pas dénué de sens, en effet, avoir des rapports plus harmonieux avec les autres ne nous permet-il pas d'être plus en paix avec nous-mêmes, et donc plus à même de nous retrouver ?»** [Thibaut Trilles *Intervention en danse et en graffiti dans des appartements de coordination thérapeutique avec une perspective de valorisation et de reconstruction identitaire*, 2016]. **Ses résultats positifs sur la gestion des émotions et la capacité de se relâcher, qu'amène ce médium d'art corporel, auraient été intéressants à explorer avec Sandra.**

1.3. Discussions sur certains points de nature évolutifs

Il a été **impossible aux jeunes de nous dire les musiques qu'ils écoutent**. Nous avons observé que cette incapacité allait au-delà de l'affirmation de soi. **Nous émettons l'hypothèse de partage trop intime pour eux, la musique révélerait trop de choses de soi. Il y a aussi la notion de jugement, des autres jeunes, ne pas être à la mode, faire trop bébé, musique de fille.** Ils ont tous répondu individuellement : *«c'est un secret»*.

Nous pensons qu'il serait intéressant d'avoir un temps de jeu en groupe, telle une introduction qui permettrait au jeune de s'abandonner davantage dans le groupe, qui serait alors complice au moment de l'art-thérapie. Par exemple, pour en revenir à la connaissance des goûts musicaux de chacun, de façon plus détournée qu'une question devant tout le groupe, qui les met à mal, le jeu du « Petit Bac* » ou un « Blind-Test* » pourraient faire une introduction de séance ludique et sans prise de risque de trop s'exposer. Puisque leurs choix musicaux révéleraient leurs «moi-intérieur», il serait important d'y accéder pour un meilleur accompagnement, et **ainsi éviter de passer des musiques qui pourraient être un frein plus qu'un inducteur.**

1.4. Cadre conceptuel de l'art-thérapeute

Le groupe est demandeur du cadre, même si l'on s'attendait à ce qu'il soit constitué d'adolescents rebelles, avec des sautes d'humeur, des comportements d'opposition, défiant les limites. Ce stéréotype ne s'est pas retrouvé dans notre groupe d'adolescents en mal de vivre. Ce passage entre l'enfance et l'âge l'adulte est une période qui réactive les mouvements pulsionnels de l'enfance. Affrontant l'inconnu que représente la bascule entre un corps et un monde adultes et une régression liée au besoin de retrouver la sécurité des mode de pensées enfantins face au sentiment de perte de repères.

Le cadre en art-thérapie est l'outil qui met en valeur ce qui est au centre de celui-ci, c'est-à-dire nos patients. Le sujet pourra enfin se reposer dans un confort douillet tel un cocon. Ceci fait écho avec le Holding développée par D. W. Winnicott (pédiatre et psychanalyste): le holding désigne l'ensemble des soins donnés à l'enfant par la mère et sa capacité à contenir ses angoisses à la fois sur le plan physique (le fait de porter dans les bras, de bercer etc.) et psychique (la capacité de la mère à penser les émotions de son enfant). **Le cadre thérapeutique, la posture bienveillante de l'équipe et nos propositions des séances ont permis aux jeunes de s'autoriser à s'exprimer. Tout cela a contribué à leur offrir un véritable lieu d'expression**

Le respect de ce cadre thérapeutique et nos connaissances des outils nous permettent de faire place à l'improvisation. Celle-ci serait le fait de faire sans aucune préparation, ce qui n'est pas le cas, derrière ce mot nous voyons le fait de s'ajuster à l'autre face à une situation non prévue. Telle une création sans écriture préalable, qui ferait partie de notre qualité d'art-thérapeute, montrant notre adaptation. S'adapter, ne serait-ce pas aussi la capacité de s'ajuster à l'autre qui aurait besoin de plus de temps, par exemple ? « [...]La Tortue arriva la première. Eh bien, lui cria-t-elle (...) De quoi vous sert votre vitesse ? (...) et que serait si vous portiez une maison ? » Jean de La Fontaine, (poète français) [Jean de La Fontaine *Le lièvre et la tortue* 1694].

1.4.1. L'Adaptation

En théâtre d'impro la première règle que l'on apprend est « **Accepte ce qu'il y a dans ta tête, accepte ce qu'il y a autour, accepte ce que les gens te donnent** ». Une philosophie de vie : « On fait avec ». Il nous semble à la fois essentiel de prévoir des bases de séances avec des possibilités alternatives et à la fois essentiel de nous laisser porter par ce que le patient amène. Il n'y a pas de séance figée, on s'ajuste. Cette thérapie avance avec le patient qui en est l'acteur,

à son rythme incluant les frustrations que cela peut lui amener. **En rhétorique, « adapter » exprime la convenance à une situation (1578), sens repris au XIX^e siècle pour indiquer la transformation d'une œuvre à une forme nouvelle.**

Alors *«Peut-être que la patience est d'accepter les choses, dans un ordre différent que ce que l'on espérait.»* David G. Allen, (écrivain).

1.4.2. Secret professionnel

Le secret professionnel est l'interdiction faite à celui qui y est soumis de divulguer les informations dont il a été dépositaire. Pour être intervenue dans différents pavillons, sur une même structure, nous avons pu observer que **selon l'équipe, nous n'avons pas pu avoir l'accès aux mêmes informations concernant les traitements des patients, pour raison de confidentialité, n'étant ni stagiaire infirmière ni interne en médecine, sur l'intervention d'adultes. Par contre nous avons été autorisée à recevoir davantage d'informations dans l'intersecteur adolescent du fait de l'impact tout à fait compris, des effets secondaires des traitements sur les jeunes, et afin de favoriser un meilleur accompagnement.** Quand les jeunes semblent ne plus avoir le choix entre vivre et mourir, il nous a paru essentiel de respecter le fait que ce moment, leurs moments, restera à leur demande entre nous. Ainsi, nous n'avons pas eu l'autorisation de diffusion des œuvres, l'essentiel étant de coller le plus possible à la structure d'accueil, de nous adapter à leurs besoins et aux besoins sécurisés des adolescents, confortables, et contenant, sans le poids de savoir qu'on allait leur prendre quelque chose.

1.4.3. L'autorité du thérapeute

Lors de notre passage à l'Hôpital psychiatrique Marius Lacroix, nous avons eu la chance de suivre plusieurs patients, nous avons pu observer que le groupe des adolescents est bien différent de celui des adultes. **Chez l'adulte, il nous a fallu être validée par le groupe sur nos savoir-faire artistiques,** affirmant ainsi pour eux notre légitimité d'art-thérapeute. **La confiance alors accordée au thérapeute passerait par la reconnaissance de ses capacités artistiques.**

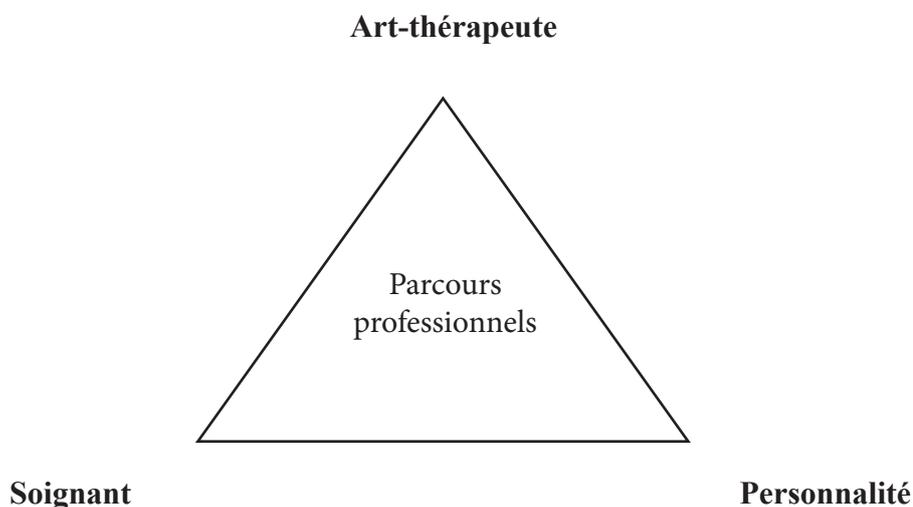
Sur le groupe d'adolescents, les jeunes étaient tétanisés devant ce qu'ils jugeaient « beau », cette image ne faisant que rabaisser leur estime de soi. Nous avons donc fait le choix thérapeutique et artistique de passer de la figuration à l'abstraction. Ce basculement leur a permis de désamorcer

leur comparaison avec le thérapeute et ainsi de muter de spectateur à acteur. Au fur et à mesure des séances cette stratégie a porté ces fruits leur permettant de tendre vers une meilleure auto-appréciation.

La notion de confiance accordée au thérapeute, pour les jeunes, n'est pas passée par nos compétences artistiques, mais par notre savoir-être : les notions de leur monde, leurs séries, leurs langages, leurs maux. La similitude des interrogations adolescentes, le fait que nous nous rappelions de notre propre adolescence, les a rassurés, et leur a permis de nous reconnaître comme alliée. La confiance de secret de chansons écoutées nous indiquait la progression de notre alliance thérapeutique. Nous avons passé des musiques du même style, en disant au groupe et aux professionnels que c'était nos musiques, sans mentionner quel titre de chanson nous avait été confié. Nous avons ainsi respecté le cadre sécurisant de l'atelier et la confidentialité. Cette démarche a été totalement approuvée par l'équipe.

1.4.4. Posture soignante de l'art-thérapeute

Ces notions de confiance éclaire notre réflexion sur la posture soignante et nous ont apporté le savoir de trois dimensions :



L'art-thérapeute : Connaissance et pratique artistique, connaissance de la thérapie, Lien entre l'art et la thérapie, médium, boîte à outils et médiateur, astuce, solution, improvisation, regard neuf

Soignant : Cadre, alliance thérapeutique, connaissance de la pathologie, pharmacologie, public, travail d'équipe.

Personnalité : Ce que la vie a fait de nous, nos forces et faiblesses, une bonne santé psychique pour accompagner ceux qui l'ont moins. Savoir-être et savoir-faire. **Le vécu personnel** que l'on oublie, qui fait de nous ce que nous sommes, car chaque art-thérapeute est unique. Quand nous exerçons dans un métier de soin à la personne, nous avons tout intérêt à savoir comment prendre soin de nous-mêmes et à bien nous connaître. Dans cette étude, nous avons eu la joie d'éprouver que nos faiblesses de dyslexiques ont été un atout dans l'accompagnement d'ateliers d'écriture, notamment, en ôtant aux participants leur incapacité à cet atelier.

L'apport de notre parcours professionnel : Les compétences issues de notre formation initiale d'aide-éducatrice à l'aide sociale à l'enfance : écouter avec bienveillance, détecter un éventuel enfant en danger, récolter des informations pour faire évoluer une situation, faire preuve de patience, s'adapter, l'individualité de chacun (le cas par cas). La richesse du travail d'équipe.

2. L'apport de la Thérapie Comportementale et Cognitive dans la structure

C'est une **thérapie individuelle, brève, validée scientifiquement, sur les interactions entre pensées, émotions et comportements**. Nous allons nous concentrer sur les problèmes actuels du jeune, tout en prenant en compte la cause historique. Nous lui proposerons des exercices l'aidant à identifier les mécanismes à l'origine de ses difficultés afin de sortir progressivement du cercle vicieux* aggravant sa souffrance psychique. **C'est une thérapie basée sur la correction des fausses croyances et schémas de pensées automatiques qui sont à l'origine de comportements inadaptés et d'évitement, sources de détresse psychique.**

La TCC* intervient dans les troubles anxieux, attaque de panique, TOC*, phobies, PTSD*, trouble dépressif, trouble du sommeil, les addictions et certains aspects des troubles psychotiques.

2.1. Étude des comportements

Carnet remis aux jeunes avec tableaux à remplir une à deux semaines :

A	B	C
Situation précise	Comportement	Conséquence
Date Lieu :	Cognitifs « mes pensées » :	Ce que j'ai fait juste après :
Personne :	Corporels :	
Récit :	Émotionnels :	

2.2. Travail actif : 4 types d'exercices

- **Exercices comportementaux** : Lors de jeux de rôle, nous mettrons en scène les situations posant problème dans le quotidien, en expérimentant de nouveaux comportements. Dans un premier temps lors des séances, pour ensuite l'appliquer à l'extérieur. Objectif thérapeutique : **l'affirmation de soi**. Il est déterminant que ce nouveau comportement convienne au jeune, **une bonne alliance thérapeutique** est essentielle, toute cette thérapie repose sur celle-ci.
- **Exercices cognitifs** : **Actions sur les pensées automatiques**, de manière ludique sous forme de jeu. En creusant ensemble les phrases automatiques négatives, nous arrivons à une fausse croyance générale : «je suis nul», «personne ne m'aime»... **Nous allons apprendre au jeune, et ce de façon tout aussi automatique à avoir des contre-pensées**. Avec des exemples concrets, solides et positifs.
- **Exercices émotionnels** : Avec des jeux de cartes et des échelles des émotions, le jeune apprendra les différentes émotions et à quoi elles servent. **Objectif thérapeutique : apprendre à les reconnaître pour mieux les appréhender afin de les réguler**.
- **Exercices corporels** : **Relaxation, méditation, exercice de yoga, respiration guidée**. Selon l'adolescent.

Les TCC* et l'art-thérapie ont des similitudes, tant dans la connaissance des émotions, par exemple, que dans l'utilisation de médiums comme le théâtre. Ce qui nous permet leur utilisation dans un cadre d'art thérapeutique, augmentant ainsi nos outils d'accompagnement.

Conclusion : La place de la faute, l'erreur, le juste.

« *La pensée progresse à coups d'erreurs corrigées ; la science procède de même ; il n'y a pas de vérités premières, mais seulement des erreurs premières* » Bachelard

Depuis l'Antiquité, l'homme a toujours été considéré comme responsable de ses actes, même quand il s'agit d'erreurs involontaires. C'est « *œil pour œil, dent pour dent* ».

Une différence est à noter, entre **la faute** qui est **une violation délibérée des règles**, et l'**erreur** qui est **involontaire**.

Le droit à l'erreur abaisse le niveau d'anxiété* des patients à cette simple règle, en révélant notre humanité derrière la « casquette » de soignant stéréotypé qui nous est attribuée en premier lieu. La place de la faute; lorsqu'un patient enfreint volontairement quelques consignes, il nous montre qu'il dispose des capacités cognitives pour les moduler et qu'il se les approprie. Sa façon de transformer cette consigne va nous apporter des renseignements précieux à son sujet.

La « **culture juste** » est « *une culture dans laquelle les agents de première ligne ne sont pas punis pour leurs actions, omissions ou décisions lorsqu'elles sont proportionnées à leur expérience et à leur formation, mais dans laquelle les négligences graves, les manquements délibérés et les dégradations ne sont pas tolérés.* » [Définition donnée dans le règlement européen (UE) N° 376/2014 de l'aviation civile, concernant les conduites inacceptables.]

L'adolescent instable navigue entre les conduites inacceptables et les comportements à risques (absentéisme scolaire, fugues, consommations d'alcool, de produits illicites, etc.). Il est parfois pluristigmatisé : « cancre », « paumé », « délinquant ». Un adolescent qui se cherche, mais ne se trouve pas peut avoir tendance à « chercher l'autre » lors de conflits. La violence des jeunes ne serait qu'une contre violence, une réponse considérée comme inadaptée à une violence qui s'exerce à leur encontre de façon omniprésente, une réponse aussi à leur incompréhension et à leurs difficultés d'adaptations à un monde complexe et ambigu.

La « culture du juste » est de mettre en oeuvre **un environnement de confiance au bénéfice de la sécurité**, sans émettre de jugement. *Pour maintenir ou améliorer le niveau sécurisé, disposer d'informations sur les situations à risque et ainsi mettre en place des solutions efficaces* [Idem.]. Ce même environnement de confiance qui ne peut que passer par le cadre et l'alliance thérapeutique.

Alors l'erreur serait de penser que le rôle du thérapeute serait uniquement d'utiliser les bénéfices de l'art et de la création pour améliorer le bien-être des sujets, en mobilisant leurs capacités créatives « pour soulager les maux hors des mots ».

Définition qui nous paraît réductrice, oubliant les bienfaits du cadre, l'analyse et l'accueil

de l'échange verbal pour que le travail thérapeutique soit complet. Nous nous permettrons de d'envisager plus largement le terme « créativité », qui ne serait pas seulement nos références artistiques et nos critères de justesse de représentation figuratif, mais aussi la nécessité d'entretenir sa créativité et sa capacité à s'adapter en proposant des situations nouvelles. Telles que l'atelier avec l'éducateur auprès de Pierre, où nous nous sommes appuyés sur le schéma de la famille nucléaire (papa, maman, enfant). Nous avons utilisé cette relation triangulaire, où Pierre avait confiance dans les deux professionnels, mais aussi la confiance observée par le jeune de l'éducateur vers la stagiaire et vice-versa.

La rédaction de ce mémoire nous a poussée à explorer plusieurs sujets, que nous ne pouvons pas tous aborder. Néanmoins, lors des séances d'écriture adultes, nous avons observé un pic de stress intéressant procuré par les contraintes thérapeutiques, nous permettant l'accès à l'inconscient. La question se pose d'avoir les mêmes résultats positifs sur des sujets adolescents ? Il semblerait en tout état de cause que le lâcher-prise apparaisse comme une réponse adaptative de l'humain lorsque la possibilité de contrôle nous échappe. Cependant, placer volontairement les individus en situation de stress pour atteindre le lâcher-prise, est-ce du sadisme* ou de la philanthropie*?

Sujet qui amènerait probablement la question de l'éthique du thérapeute. L'important ne serait-il pas de prendre conscience des bienfaits du lâcher-prise qu'il soit choisi ou subi ?

Nous finirons cette étude par l'impact du pouvoir du mémoire sur nous-même. L'exercice du mémoire, stressant, en lien avec notre propre rapport à l'écriture. Cette angoisse dépassée grâce au fait d'y apporter du sens avec un autre regard qu'un seul exercice didactique. Avant tout, nous tenions à produire un mémoire qui nous ressemble. Notre vécu sur ce travail fut telle une gestation de 9 mois: l'imaginer d'abord, puis le ressentir, le vivre, le pleurer. Il nous a fallu aussi passer par le deuil du mémoire rêvé, pour l'accepter aussi tel qu'il est en réalité, le sourire, l'aimer, en prendre soin, pour éprouver la coupure du cordon ombilical et de le voir faire sa vie de mémoire en allant à la rencontre d'autres personnes que soi. L'idée d'écrire ce mémoire seule derrière une page blanche s'envola au fur et à mesure de ce travail, découvrant un mémoire pluriel, fait de partages humains, d'échanges d'expériences, de rencontres d'auteurs au travers les nombreuses lectures, de conseils, d'écoute rassurante, des traces laissées par les uns et les autres gardés.

«Agrandis-moi, force la ferveur

Réponds-moi, inspire mes peurs

Donne-moi la foi, juste quelques heures

Excuse mes fautes, dis que c'était pas si grave (...)

Dis à ceux qui bravent l'important c'est pas de toucher la cible

Mais c'est de la viser (...)

Change, invente, arrache, crée, charge, cogne, balafre-les

Dès qu'ils te disent que c'est foutu, que c'est foutu

Tu les fais taire

Attends-moi le monde

J'arrive, j'arrive, j'arrive

Je réveillais l'espoir

J'arrive, j'arrive, j'arrive...» Ben Mazué, auteur, compositeur, interprète

[Ben Mazué *J'arrive*, 2017]

Bibliographie

- Bowlby, J., & Kalmanovitch, J. (1984). *Attachement et perte*. Presses universitaires de France.
- Dolto, F. (1985). *La cause des adolescents*. Robert Laffont.
- Doron, R., Parot, F., Anzieu, D., & Bronckart, J.-P. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Presses universitaires de France.
- Guédeney, N., Guédeney, A., & Cyrulnik, B. (2010). *L'attachement : Approche clinique : Du bébé à la personne âgée*. Paris : Elsevier Masson.
- Guénard, T. (1999). *Plus fort que la haine*. Presses de la renaissance.
- Klein, J.-P. (2017). *L'art-thérapie*. Presses Universitaires de France.
- Klein, M., & Boulanger, J.-B. (2013). *La psychanalyse des enfants*. Presses universitaires de France.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5^e édition Quadrige, p. 1 vol. (XIX-523 p.)). Presses universitaires de France.
- Laval, V. (2019). *La psychologie du développement*. Dunod.
- Maupassant (De), G. (1880). *Suicide*, Le Gaulois.
- Mercier, S. (2007). Sénèque, La vie heureuse. Traduction par Pierre Pellegrin. La brièveté de la vie. Sénèque. *Revue Philosophique de Louvain*, 105(1), 254-257.
- Nader-Grosbois, N. (2007 ;2013;). Régulation, autorégulation, dysrégulation : Pistes pour l'intervention et la recherche. Sprimont [Belgique] : Éditions Mardaga.
- Ouazzani, H. E., Fontaine, E., Morlet, S., Braud, P., Szymczak, V., Robin, C., & Albouy-Llaty, M. (2019). Étude de faisabilité « Educ'Art-Ped » : Évaluation de l'impact de l'art-thérapie sur la qualité de vie des aidants d'enfants diabétiques. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 11(2), 20204.
- Souriau, É., & Souriau, A. (2010). *Vocabulaire d'esthétique*. Presses universitaires de France.
- Trilles, T. (2016). *Intervention en danse et en graffiti dans des appartements de coordination thérapeutique avec une perspective de valorisation et de reconstruction identitaire*. Éditeur inconnu.
- Winnicott, D. W., Monod, C., & Pontalis, J.-B. (1984). *Jeu et réalité*. Gallimard.

Webographie

<https://www.cnrtl.fr>

Nicole Guédeney «Conférence de la théorie de l'attachement». 2012

<https://youtu.be/Vg04KWHWH5o>

Musicothèque

- A. de la Simone, J. Cherhal, V. Delerm** «Les gens qui doutent» 2015
- Agnes Obel** «Dorian» 2013
- Agnes Obel** «Under Giant Trees» 2017
- Alen Walker** «Faded» 2015
- Angèle feat. Roméo Elvis** «Tout Oublier» 2018
- Angus And Julia Stone** «Heart beats slow» (2016)
- Beirut** «Elephant Gun» 2007
- Beirut** «Nantes» 2007
- Cocoon** «Baby seal» 2007
- Cocoon** «Comets» Cover By Natalia Doco & Jérémy Frérot Delavega 2012 (live)
- Deluxe** «My word» 2016 (live)
- Dire Straits** «Sultans Of Swing» 2019 (Ukulele Solo Acoustic Cover)
- Ed Sheeran & Justin Bieber** «I Don't Care» 2019
- Ed sheeran** «Perfect» 2017
- Emilie Simon** «Opium» 2009
- Fréro Delavega** «Le chant des sirènes» 2014 (Live)
- Fréro Delavega** «Le coeur éléphant»(Lyrics) 2015
- Grand corps malade** « Les voyages en train» 2006
- Grand Corps Malade & L.E.J.** «Pocahontas» 2016 (Remix)
- Hang Massive** «The Secret Kissing of the Sun and Moon» 2018
- Hocus Pocus** «Beautiful Losers» 2010
- Hocus Pocus** « Conscient» 2002
- James Horner** «BO Film Avatar» 2009
- José Larralde** «Chancha via Circuito « 2010
- Laura Pergolizzi** «Lost On You» 2015
- LEJ** «El Dulce de Leche» 2018
- LEJ** «Get Lucky» 2015
- LEJ** «Le verbe» 2018

LEJ «Poupées russe» 2018

Les Fo'Plafonds » Misirlou» 2019

Maître Gims «Sapés comme jamais» 2015

Marron 5 «Memories» 2019

Marshmello «Alone» 2016

Marshmello & Anne-Marie «Friends»2018

Matthieu Chedid & Fatoumata Diawara «Cet air» 2017

Metronomy «The look» 2011

Mirando el Fuego Feat. Joaquin Cornejo & Minuk «El Búho «2018

Natalia Doco «Je me suis fait tout petit» 2014 (Remix de Georges Brassens)

Natalia Doco & Flo Delavega «Siempre me quedará» 2012

Natalia Doco & Flo Delavega «Natural Mystic» 2012 (Remix de Bob Marley)

Natalia Doco «El Buen Gualicho» 2017 (Live)

Natalia Doco «Le temps qu'il faudra» 2019

Oldelaf «La Tristitude» 2011

Pep's «Liberta» 2001

Pomme «Umbrella» 2016 (Reprise acoustique de Rihanna)

Shawn Mendes & Camila Cabello «Señorita» 2019

Stromae «Défiler» 2018 (bande originale de la capsule n°5 Mosaert)

Sueño En Paraguay «El Búho» 2018 (Remix)

Tash Sultana «Jungle» 2018 (Live)

Tones And I «Dance on monkey « 2020

Tryo «L'hymne de nos campagnes» 1998

Glossaire

Agoraphobie : Peur panique des lieux publics, foules, endroits isolés. Peur reliée à la difficulté de s'échapper ou d'être secouru.

Anamnèse : Est le récit des antécédents d'un malade. L'anamnèse retrace l'histoire du patient, ses antécédents familiaux, médicaux. L'histoire de sa plainte, sa douleur actuelle ainsi que les résultats des différentes explorations déjà faites et les traitements entrepris.

Anxiété : Est une réaction normale qui devient une maladie lorsqu'elle survient alors qu'aucun événement ne la justifie vraiment. On parle alors de troubles anxieux, incompatibles avec la vie quotidienne.

Attachement insécuré (ambivalent/ anxieux) : « Les interactions entre la mère et son bébé se passent sans heurts mais sans véritable partage affectif non plus. Les capacités de l'enfant ne seront pas nécessairement respectées, ce qui le conduira à ne se sentir aimé qu'en cas de réussite... »

Attachement insécuré (évitant) : « L'enfant maîtrise ses émotions et est très indépendant avec peu d'interactions avec sa mère (surtout pas affectives). Il arrive même que l'enfant se montre plus enjoué avec un inconnu qu'avec sa mère,... » Guédeney, N., Guédeney, A., & Cyrulnik, B. (2010). *L'attachement : Approche clinique : Du bébé à la personne âgée*. Paris : Elsevier Masson.

Autodépréciation : Comportement d'un sujet qui émet, sincèrement ou non, des jugements défavorables à son propre égard.

Blind-Test : nom masculin : (anglais blind, aveugle, et test) [<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/blind-test/9863>]

Blind-Test (jeu) : est un jeu dont le but consiste à deviner l'interprète, le titre ou l'année d'un morceau à partir d'un enregistrement musical [<http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Blind%20test/fr-fr/>]

Cercle vicieux : Est un raisonnement faux, où l'on donne pour preuve la supposition dont on est parti ; situation dans laquelle on est enfermée.

Cercle vertueux : Est un ensemble de causes à effets qui améliore le système entier. C'est l'inverse d'un cercle vicieux.

Dramaturge : Auteur d'ouvrage destiné au théâtre.

École stoïcienne : Le stoïcisme est une école philosophique de la Grèce antique, fondée par Zénon de Kition (*Citium* en latin) en 301 av. J. -C. C'est ensuite un courant philosophique hellénistique qui a traversé les siècles, subi des transformations (surtout avec Chrysippe en Grèce ainsi qu'à Rome avec Cicéron, Sénèque, Épictète, Marc Aurèle), puis exercé diverses influences, allant de la période *classique* en Europe (en particulier au XVII^e siècle, chez René Descartes) jusqu'à nos jours.

Errance : Action d'errer, vagabonder.

Étayage : Le concept d'étayage en pédagogie renvoie à la théorie de l'américain Jerome Bruner, psychologue. Intervention de l'adulte dans l'apprentissage de l'enfant : « L'étayage (désigne) l'ensemble des interactions d'assistance de l'adulte permettant à l'enfant d'apprendre à organiser ses conduites afin de pouvoir résoudre seul un problème qu'il ne savait pas résoudre au départ »

Hic et nunc : Ici et maintenant (avec une simple valeur spatio-temporelle)

Kiff : ou Kiffer est un terme argotique pour exprimer l'idée selon laquelle on apprécierait une chose ou une personne. C'est une notion de plaisir.

Logorrhée : Flux de paroles incontrôlable dû à un besoin irrésistible de parler.

Moratoire : Est un terme juridique qui désigne une décision d'accorder un délai ou une suspension volontaire d'une action.[Laval, V. (2019). *La psychologie du développement*. Dunod.]

Oncologie : Science qui étudie les cancers et leurs traitements

Petit-Bac : Le jeu du baccalauréat ou jeu du bac, plus familièrement petit bac, est un jeu de société et de lettres familial. On tire une lettre au hasard, avec les difficultés que cela représente : A étant à-priori plus facile que K pour la majorité des catégories. Chaque joueur a un temps délimité (le premier à avoir trouvé, ou un sablier) pour inscrire un maximum de mots commençant par cette lettre, et ce dans chaque catégorie : (Katmandou, Karlsruhe, Kaliningrad, ...), (Karl, Karen, ...), (Kaki, ...). Il est également possible de terminer la manche une fois qu'un des joueurs a une série de mots complète. Afin que les plus jeunes ne perdent pas systématiquement, on peut créer des handicaps. Le décompte des points varie selon les versions : deux points par mot

inédit, un point par mot trouvé par plusieurs personnes, zéro point pour un mot faux, mal orthographié (phare au lieu de far par exemple), ou non trouvé. Le gagnant est celui qui a le plus de points au bout de 26 lettres. [<http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Jeu%20du%20baccalauréat/fr-fr/>]

Philanthropie : Acte désintéressé, d'amour. Désigne en premier lieu une attitude de bienveillance doublée de bienfaisance de certaines personnes à l'égard d'autres personnes qu'elles ne connaissent pas, mais qu'elles considèrent comme démunies matériellement et par conséquent nécessiteuses.

Sadisme : Perversion dans laquelle le plaisir ne peut être obtenu que par la souffrance infligée.

[Doron, R., & Parot, F. *Dictionnaire de Psychologie*, 2011]

[Laplanche, J., & Pontalis, J-B. *Vocabulaire de la Psychanalyse*, 2014]

[Larousse. (2018). *Le grand Larousse illustré*: 2019]

[Souriau, É., & Souriau, A. *Vocabulaire d'esthétique* (2010) Presses universitaires de France.]

Sigles

ALEPA : Activités et Loisirs Educatifs pour Personnes avec Autisme

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 11 : « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

DU : Diplôme Universitaire

DSM V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM pour « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ») est publié par l'American Psychiatric Association (traduction française par Elsevier-Masson). Il est utilisé internationalement comme référence pour les diagnostics des troubles mentaux (ou psychiatriques).

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnel

GEM : Groupes d'Entraide Mutuelle, sont des associations portées par et pour des usagers en santé mentale ; ils reposent sur le principe de pair-aidant. Souvent implantés au cœur de la ville, ils permettent de se retrouver, de s'entraider, d'organiser des activités visant au développement personnel, de passer des moments conviviaux et de créer des liens. Ce sont des espaces pensés et organisés au quotidien par les adhérents eux-mêmes, avec l'aide d'un psychologue et d'animateurs salariés et bénévoles. Par ailleurs, ils n'ont pas vocation à informer ou à soigner. Même s'ils permettent souvent de renseigner ou d'orienter les usagers ou les proches.

IMC : Indice de Masse Corporelle



De 16,5 à 18,5 on parle de maigre.

En-dessous de 16,5 il y a dénutrition.

En dessous de 14 - 15, l'IMC nécessite une hospitalisation.

En dessous de 11, cette IMC représente 30% de mortalité.

(Sabrina Ingrand, docteur et professeur, intervenante au DU* de Poitiers, cours sur les Troubles du Comportement Alimentaires)

LOL : Les lettres « LOL » sont les initiales de « Laughing Out Loud », « rire à gorge déployée »

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PEC : Prise En Charge

PTSD : Stress-Post-traumatique : est une affection de la catégorie « Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress ». Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles en étant victime ou observateur.

TCC : Thérapies Comportementales et Cognitives

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif : se définit dans les classifications internationales (DSM V ou CIM 11) par la présence soit d'obsessions, soit de compulsions, chacune d'elles devant entraîner un état de détresse, de l'anxiété*, une perte de temps ou une interférence significative avec les activités quotidiennes.

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales.

UNAFAM : Union Nationale des Amies ou Familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Annexes

1. Les modèles de Nicole Guédeney

Le modèle/attachement sécure :

- J'ai le droit de ressentir que cela ne va pas
- Je vaudrais la peine d'aller mieux
- Je peux supporter de chercher pourquoi je souffre
- Il existe des personnes à l'extérieur qui pourront supporter de me voir allant mal ou vulnérable ou dans le besoin de réconfort ou d'aide, sans indifférence, rejet ni rétorsion
- Ce sera moins difficile si j'ai cette aide pour explorer pourquoi je vais mal et pour trouver des solutions

Le modèle/attachement évitant :

- Je ne ressens jamais la tristesse
- Je cherche à me débrouiller par moi-même, car je ne peux pas compter sur l'autre
- Je porte mon attention sur tout ce qui m'éloigne de ma détresse
- Je ne demande jamais rien
- Je ne compte que sur moi-même

Le modèle/attachement du résistant/ambivalent :

- Je ne sais jamais si je peux compter sur les autres : ils sont tellement imprévisibles et décevants ; je me sens tellement dans le besoin des autres et tellement en colère contre eux quand ils m'infligent de la déception ;
- Je me concentre seulement sur la manière dont je peux attirer leur attention, mais je n'ai plus de disponibilités pour explorer et je ne sais que je ne peux rien faire par moi-même.

2. Fiche d'Ouverture



Date d'ouverture :

I. Renseignement général :

Météo

Adolescent	Institution	
Nom :	Arrivé le :	
Prénom :	Dirigé par :	
Anniversaire : 	Motif :	
Âge :	Référénte infirmière :	
Nationalité : 	Horaire et bureau de la référénte :	
Classe : Nom de l'école :	Autre thérapie :	
Parents : ensemble / séparés...		
Fratrie :		
Gaucher ou Droitier		

II. Antécédents familiaux

III. Anamnèse* :

IV. Traitements médicaux/soins :

Traitement médical :	Soin Appareillage/ Suivi par autres spécialistes
Allergie :	Médecin traitant /Autres médecins :

V. Intérêt artistique du jeune :

	Ne connaît pas et n'a pas envie de découvrir <input type="checkbox"/> (pourquoi ?)	Connait, mais n'aime pas cela (Pourquoi ?)	Veux bien découvrir	Pratique et aime cela <input type="checkbox"/>
Dessin				
Peinture				
Collage				
Modelage				
Écriture				

Goûts généraux du jeune : _____

Goûts musicaux : _____

Couleur préférée : _____

Film/dessin animé préféré, pourquoi : _____

VI. Ressources & pénalités :

— —
— —
— —

Autre observation :

VII. Objectifs de l'établissement : _____

Prescription médicale en Art-Thérapeute	
Nombre de séances	

Objectifs thérapeutiques généraux : _____

Objectifs thérapeutiques intermédiaires : _____

3. Fiche d'observation

A. Générale

Météo

Élément perturbateur :

Nom : Humeur à l'arrivée : Est venu avec 😞

Prénom : Humeur pendant : Pendant il était 😊

Âge : Humeur en partant : Est reparti avec 😊

Gaucher ou Droitier

Rappel : OG/OI

B. La séance :

Date	N° de la séance	Heure prévue	Heure réelle	Durée de la séance	Individuel ou Groupe	Technique Artistique

Absence	
Motif	
Nombre d'absences total	

C. Dynamique de la séance :

Type d'activité : <input type="checkbox"/> Dirigée <input type="checkbox"/> Semi-dirigée <input type="checkbox"/> Libre	Proposé par : <input type="checkbox"/> L'Enfant <input type="checkbox"/> L'Art-Thérapeute	Équipe professionnelle :
Proposition :		
Contrainte thérapeutique :		
Déroulement		
Début :	Milieu :	Fin :

E. Auto-évaluation du patient :

Retour sur la séance, sans sollicitations	
Question : La séance s'est bien passée pour toi ?	
Échelle de 0 à 9	

F. Bilan de la séance :

.....
.....
.....
.....

Ressenti personnel :

.....
.....
.....
.....

4. Bilan d'accompagnement en Art-Thérapie

Date : / /

1. Identification du jeune

Nom :

Prénom :

Âge :

2. Séance :

Période d'accompagnement	Nombre de séances estimé	Nombre de séances réelles	Absence Motif	Jour de la séance	Durée	Individuel Ou groupe	Technique Artistique

3. Objectifs thérapeutiques travaillés :

.....
.....

4. Évaluation au regard des objectifs :

.....
.....
.....
.....

5. Bilan :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Suggestion :

.....
.....

5. Échelle d'affirmation de soi de Rathus

Du nom du psychologue américain Spencer Rathus qui l'a publié, est très utilisé dans la recherche en psychologie.

Les habiletés d'affirmation de soi, qui peuvent s'apprendre, sont importantes pour être respecté(e), faire respecter ses droits et prendre part aux décisions, autant dans les relations avec ses proches que dans une multitude de situations sociales.

1. La plupart des gens me semblent être plus agressifs et défendre mieux leurs droits que moi.

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

2. Il m'est arrivé d'hésiter par timidité au moment de donner ou d'accepter un rendez-vous.

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

3. Quand la nourriture dans un restaurant ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur ou à la serveuse.

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

4. Je fais attention à ne pas heurter le sentiment des autres, même lorsque l'on m'a blessé(e).

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

5. Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal à me montrer une marchandise qui ne me convient pas parfaitement, j'ai un moment difficile lorsque je dois dire « non ».

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

6. Lorsqu'on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en savoir la raison.

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

7. Il y a des moments où je cherche une bonne et vigoureuse discussion.

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

8. Je me bats pour arriver aussi bien que les autres dans ma profession.

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

9. À vrai dire, les gens tirent souvent profit de moi.

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

10. J'ai du plaisir à entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances ou des étrangers.

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

11. Souvent je ne sais rien dire à des personnes séduisantes du sexe opposé.

- o Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

12. J'hésiterais à téléphoner à un grand établissement de commerce ou à une administration.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

13. Je préférerais poser ma candidature pour un autre travail par lettre plutôt que par un entretien personnel.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

14. Je trouve embarrassant de renvoyer une marchandise.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

15. Si un parent proche et respecté est en train de m'ennuyer, j'étoufferais mes sentiments plutôt que d'exprimer cette gêne.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

16. Il m'est arrivé de ne pas poser des questions par peur de paraître stupide.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

17. Pendant une discussion serrée, j'ai souvent peur d'être bouleversé(e) au point de tremble de tout mon corps. 18. Si un conférencier réputé et respecté dit quelque chose que je pense inexact, j'aimerais que le public entende aussi mon point de vue.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

19. J'évite de discuter les prix avec les représentants et les vendeurs.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

20. Lorsque j'ai fait quelque chose d'important et de valable, je m'arrange pour le faire savoir des autres.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

21. Je suis ouvert et franc au sujet de mes sentiments.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

22. Si quelqu'un a répandu des histoires fausses et de mauvais goûts à mon sujet, je le vois aussi vite que possible pour une explication.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

23. J'ai souvent un moment difficile lorsque je dois dire « non ».

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi

24. J'ai tendance à contenir des émotions plutôt que de faire une scène.

- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi
- 25. Je me plains lorsque le service est mal fait dans un restaurant ou ailleurs.**
- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi
- 26. Souvent je ne sais pas quoi dire lorsque l'on me fait un compliment.**
- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi
- 27. Au cinéma, au théâtre, ou lors d'une conférence, si un couple près de moi est en train de parler à voix haute, je lui demande se taire ou d'aller autre part.**
- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi
- 28. Quiconque cherche à passer devant moi dans une queue risque une bonne explication.**
- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi
- 29. Je suis rapide dans l'expression de mes opinions.**
- Me ressemble beaucoup, moyennement, légèrement, très différent de moi
- 30. Il y a des moments où je ne sais pas quoi dire.**

6. Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi.

Cotation

1 = Tout à fait en désaccord

2 = Plutôt en désaccord

3 = Plutôt en accord

4 = Tout à fait en accord

Interprétation :

Comment évaluer votre estime de soi ? Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions 1, 2, 4, 6 et 7.

Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un score inférieur à 25, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un score entre 25 et 31, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un score entre 31 et 34, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un score compris entre 34 et 39, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un score supérieur à 39, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

1 - Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre 1-2-3-4

2 - Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1-2-3-4

3 - Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté 1-2-3-4

4 - Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens 1-2-3-4

5 - Je sens peu de raisons d'être fier de moi. 1-2-3-4

- | | |
|---|---------|
| 6 - J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même. | 1-2-3-4 |
| 7 - Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. | 1-2-3-4 |
| 8 - J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même | 1-2-3-4 |
| 9 - Parfois je me sens vraiment inutile. | 1-2-3-4 |
| 10 - Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. | 1-2-3-4 |

1.

7. Échelle de dépression MADRS

S. Montgomery et M. Asberg, 1979

Traduction française : T. Lemperiere

Objectif du test : Le Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) est une échelle employée pour évaluer la sévérité de la dépression chez des patients souffrant de troubles de l'humeur. Elle est également fréquemment utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide. L'échelle MADRS constitue un bon complément à l'échelle de dépression de Hamilton.

Cotation et interprétation :

L'échelle comporte 10 items cotés de 0 à 6.

De 0 à 6 points : le patient est considéré comme sain.

De 7 à 19 points : le patient est considéré comme étant en dépression légère.

De 20 à 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression moyenne.

> 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression sévère.

CONSIGNES :

La cotation doit se fonder sur l'entretien clinique allant de questions générales sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un point nettement défini de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5).

Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations d'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique.

Cocher pour chaque item la case qui correspond au chiffre le plus adéquat.

1- Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé, mais peut se dérider sans difficulté.
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2- Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.

Coter selon l'intensité, la durée à laquelle l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression ; l'humeur est encore influencée par les circonstances extérieures
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuations.

3- Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.

Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continus de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4- Réduction de sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5- Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel.

Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6 - Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer.

Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficultés de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7- Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8- Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

9- Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine.

- 0 Pas de pensée pessimiste.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes ou inébranlables.

10 - Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas le peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.

1

2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.

3

4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.

5

6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

8. Repérage de la dépression de l'Adolescent – ADRS

Auto questionnaire pour les adolescents : ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) version patient en 10 items

Consigne : Je coche « vrai » si la phrase correspond à ce que je vis, ou « faux » si elle ne correspond pas.

1 – Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail	VRAI/FAUX
2 – J'ai du mal à réfléchir	VRAI/FAUX
3 – je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment	VRAI/FAUX
4 – Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse	VRAI/FAUX
5 – Ce que je fais ne sert à rien	VRAI/FAUX
6 – Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir	VRAI/FAUX
7 – Je ne supporte pas grand □ chose	VRAI/FAUX
8 – Je me sens découragé (e)	VRAI/FAUX
9 – Je dors très mal	VRAI/FAUX
10 – À l'école, au boulot, je n'y arrive pas	VRAI/FAUX

Cotation :

Le score d'ADRS compris entre (10 □ 10), permet l'identification d'un risque de dépression

- Modéré pour une valeur < 4 et < 8
- Ou important pour un score > 8

L'ADRS est ici utilisée comme une variable qualitative, décrivant un risque de dépression au seuil >4

9. Repérage de la dépression de l'Adolescent – ADRS

pour les adolescents : ADRS (Adolescent Depression Rating Scale)

Version clinique

1. Irritabilité

- 0 Absence d'irritabilité, ressentie par le sujet ou perçue par l'observateur
- 2 Irritabilité perceptible ou ressentie dans la relation, le patient peut néanmoins se contenir
- 4 Irritabilité importante dans la relation, source de conflits, de difficultés relationnelles rapportées.
- 6 Irritabilité intense, envahissante, rendant les relations et échanges quasi impossibles

2. Envahissement par le vécu dépressif

- 0 Pas d'élément dépressif (cafard, désespoir, tristesse)
- 2 Vécu dépressif encore contenu
- 4 Sensation d'être débordé par le vécu dépressif
- 6 Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir

3. Perceptions négatives de soi

- 0 Absence de perceptions négatives de soi.
- 2 Tendance à la dévalorisation de soi et de ses réalisations
- 4 Dévalorisation de soi et de ses réalisations.
- 6 Perception de soi totalement dévalorisée, disqualifiée, ou avec désespoir envahissant.

4. Idées de mort

- 0 Absence de préoccupation concernant la mort ou le suicide
- 2 Préoccupations occasionnelles à propos de la mort ou du suicide
- 4 Préoccupations occasionnelles à propos de la mort ou du suicide
- 6 Idées de mort ou de suicide envahissantes

5. Ralentissement psychique

- 0 Aucun signe de ralentissement psychique, fluidité de la pensée et du discours
- 2 Difficulté occasionnelle à rassembler ses idées, inertie de la pensée qui gêne la concentration
- 4 Difficulté récurrente pour se concentrer, retentissement manifeste sur le quotidien ou le scolaire
- 6 Inertie massive de la pensée pouvant se traduire par une concentration impossible ou par un entretien difficile

6. Sommeil

- 0 Aucun trouble du sommeil, ni en durée ni en qualité.
- 2 Troubles du sommeil occasionnels mais inhabituels (insomnie, hypersomnie, cauchemars, sommeil non réparateur).
- 4 Troubles du sommeil importants, persistants.
- 6 Troubles majeurs du sommeil, insomnie envahissante.

7. Investissement de la scolarité, du travail, ou de la recherche d'emploi

- 0 Motivation maintenue pour la scolarité ou des activités professionnelles.
- 2 Perte de motivation pour les activités scolaires avec maintien de ces activités.
- 4 Perte de motivation marquée avec désinvestissement des activités scolaires ou professionnelles.
- 6 Perte totale de motivation avec désinvestissement majeur des activités scolaires ou professionnelles.

8. Investissement des activités non scolaires (ANS)

- 0 Intérêt et plaisirs préservés avec bon investissement des ANS habituelles.
- 2 Diminution du plaisir et de l'intérêt pour les ANS habituelles. Rétrécissement possible du champ des activités, mais maintien des activités.
- 4 Perte de plaisir et de l'intérêt avec absences répétées pour les ANS habituelles. Rétrécissement marqué des activités.
- 6 Absence d'intérêt et de plaisir pour les ANS, arrêt total des ANS habituelles.

9. Retrait relationnel

- 0 Pas de retrait relationnel.
- 2 Retrait relationnel.
- 4 Retrait relationnel jusqu'à l'isolement.
- 6 Isolement total.

10. Perception empathique du clinicien

- 0 Entretien perçu dans une ambiance tranquille.
- 2 Perception d'une tristesse diffuse en entretien.
- 4 Sensation de débordement émotionnel, et/ou d'une tristesse incoercible.
- 6 Perception d'une détresse intense silencieuse.

Interventions variées en art plastique avec une résonance en écriture et en manipulation des œuvres auprès d'adolescents suicidaires sous la diligence de faire du bien en urgence.

Résumé : Eldor'ado est un espace de soin de crise en ambulatoire pour adolescents, qui y sont admis pour des motifs allant de la phobie scolaire à la tentative de suicide. Sous cette stratification en couches de symptômes nous arriverons au trouble anxieux de séparation, pour découvrir des jeunes en crise familiale, sociale, psychologique ou identitaire ...

C'est une unité d'évaluation de la crise, le but étant de la désamorcer dans un premier temps, pour ensuite commencer les soins adaptés à chacun. Remettre le système cognitif, la « machine à penser » en route, de jeunes sans envie, sans élan, sans plaisir. On y trouve des groupes de parole avec une psychologue clinicienne, des Thérapie Comportementale et Cognitive, de la relaxation, des groupes de photolangage et de l'art-thérapie. L'adolescent est vu par F. Dolto, comme « le homard sans carapace », à vif, évoluant dans un monde qui n'est pas le sien : « D'où je viens? Où je vais ? ». D.Winnicott, J.Bowlby, M. Guédény, notamment approfondiront cette vision.

Nous explorerons la théorie de l'attachement qui forge le futur individu et l'annihilation de l'affirmation de soi.

Nous montrerons la spécificité ainsi que les bienfaits de l'art-thérapie au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Face aux tumultes de l'adolescence, les capacités d'adaptation et l'improvisation du futur art-thérapeute seront de rigueur.

Mots clés : Adaptation - Adolescent - Affirmation de soi - Argile - Art plastique - Art-thérapie - Écriture - Mise en scène - Soins de crise - Suicide - Théorie de l'attachement - Urgence

Various interventions in plastic art with a resonance in writing and manipulation of works with suicidal adolescents in urgent need of doing good.

Summary : Eldor'ado is an ambulatory crisis care space for adolescents, who come to us, first of all, for school phobias going so far as suicide attempts. Under this stratification of layers of symptoms, we will get to a separation anxiety disorder, and discover that these young people suffer from family, social, psychological or identity crises...

Eldor'ado is a crisis assessment unit, whose aim is to first defuse the crisis before providing care that is adapted to each individual. The aim is to restart the cognitive system or the « thinking machine » of these young people who have lost all desire, all momentum and all pleasure in life. There are discussion groups with a clinical psychologist, Cognitive Behavioral Therapy, relaxation, photolanguage groups and art therapy. Françoise Dolto's teenager, the « lobster without a shell », evolves, emotionally raw, in a world that is not his and asks : « Where do I come from? Where am I going? » F. Dolto, J. Bowlby, M. Guédény and others will help further develop this vision. We will explore attachment theory which forges the future individual and leads to the annihilation of self-assertion. We will show the specificity and the benefits of art therapy as part of a multidisciplinary team. Faced with adolescent turmoil, the adaptability and improvisation skills of the future art therapist will be crucial.

Key words : Adolescent - Art therapy - Attachment theory - Clay - Crisis care - Emergency - Plastic art - Self-assertion - Staging - Suicide - Writing