



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de médecine et de pharmacie

L'art thérapie pour diminuer l'angoisse
de patients hospitalisés au long cours
en psychiatrie.

Technique choisie : les arts plastiques.

Mémoire de fin d'étude du diplôme universitaire d'art thérapie
présenté par Françoise Ragueneau

année 2023

Directrice de Mémoire

Mme Véronique Ménardi

Art thérapeute

Référent Universitaire

Pr Jean Jacques Giraud

Professeur honoraire à la faculté

de médecine et de pharmacie de Poitiers

Lieu de stage

Centre hospitalier de Niort

Psychiatrie adulte secteur 2

40 avenue Charles De Gaulle

79260 NIORT



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de médecine et de pharmacie

L'art thérapie pour diminuer l'angoisse
de patients hospitalisés au long cours
en psychiatrie.

Technique choisie : les arts plastiques.

Mémoire de fin d'étude du diplôme universitaire d'art thérapie
présenté par Françoise Ragueneau

année 2023

Directrice de Mémoire

Mme Véronique Ménardi

Art thérapeute

Référent Universitaire

Pr Jean Jacques Giraud

Professeur honoraire à la faculté

De médecine et de pharmacie de Poitiers

Lieu de stage

Centre hospitalier de Niort

Psychiatrie adulte secteur 2

40 avenue Charles De Gaulle

79260 NIORT

Remerciements

Au professeur Jean-Jacques Giraud et aux intervenants de ces deux années de formation.

A Mme Boizumeau cadre supérieure du secteur 2 où j'ai effectué mon stage, tutrice de mon stage et d'un grand soutien à chaque étape de ma formation.

Aux soignants des deux unités, qui malgré leur charge de travail ont toujours été disponibles et intéressés par mon projet.

A la psychiatre, Dr Christine Baudouin pour son investissement auprès des SIAM (Soins Intersectoriels à Médiations) et son soutien dans mes démarches pour la formation.

A Véronique Ménardi, art thérapeute référente de mon mémoire toujours stimulante, encourageante et à mon écoute.

A Eloïse Génauzeau qui s'est rendue disponible pour m'aider à l'analyse de ma pratique.

A Monsieur Pierre Luc Portron (ancien cadre supérieur du secteur) qui m'a donné confiance et a su m'encourager.

Aux psychiatres du secteur 2 et notamment aux Dr Shabou et Méchéri pour leur disponibilité et leur aide sur les pathologies et les effets secondaires des médicaments.

A mes collègues du CMP de Chef qui ont dû palier à mes absences. Ainsi qu'à mes collègues du CMP de Melle pour nos échanges et nos questionnements.

A Valérie Tournier qui a dû, elle aussi, composer avec mes absences.

A mon mari, mes enfants, mes parents ainsi qu'à mon frère, présents à mes côtés.

Chacun a contribué au bon déroulement de ma formation.

PLAN

Remerciements	4
Préambule	4
PREMIERE PARTIE	6
Introduction	6
I. Les pathologies rencontrées sont les suivantes :	6
I.1 La psychose.....	7
I.2 La schizophrénie :	7
I.3 Le trouble anxieux généralisé	9
I.4 Le handicap intellectuel.....	9
II. La problématique commune des patients pris en charge pour l'étude :	10
III. Conséquences d'une hospitalisation longue chez un sujet souffrant d'une pathologie psychiatrique.	10
IV. La technique choisie est les arts plastiques.....	11
V. L'art thérapie.....	12
V.1 Qu'est-ce que l'art et l'art thérapie ? Approche théorique	12
V.2 Pourquoi L'art thérapie auprès de patients souffrants de pathologies psychiatriques chroniques ?	13
V.3 Hypothèse de travail :	14
SECONDE PARTIE : Matériel et méthodes.....	15
II.1 Matériel	15
II.1.1 Le lieu du stage.....	15
II.1.2 Organisation du Secteur 2.....	15
Jusqu'au 12 Décembre 2022 (après cette date, fermeture de l'unité sud et répartition des patients comme des soignants sur d'autres services).....	15
II.1.3 Les soignants.....	16
II.1.4 Quelques précisions juridiques pour mieux comprendre la situation des personnes prises en charge :	16
II.1.5. Les objectifs de prise en charge	17
II.1.6 Les items et les échelles choisis pour l'évaluation de nos actions :	17
II.1.7 Choix des patients pour l'étude	19
II.1.8 Les stratégies thérapeutiques.....	19
II.1.9 La durée de la recherche.....	20

II.1.10 Les retombées attendues	20
II.1.11 L'organisation d'une séance	21
II.1.12 L'évaluation des séances	21
II.2 Méthodes.....	21
II.2.1 Etude de cas n°1 : Mme N.....	21
II.2.2 Etude de cas n°2 : M C	29
II.2.3 Etude de cas n°3 : M J	36
TROISIEME PARTIE : Les résultats et bilans	42
III.1 Etude de cas n°1 : Mme N.....	42
III.1.1 Evaluations des différents items sous forme de graphiques.....	42
III.1.2 Auto-évaluation de fin de prise en charge de Mme N.....	44
III.1.3 Bilan de Mme N.....	44
III.2 Etude de cas n°2 : M C.....	44
III.2.1 Evaluations des différents items sous forme de graphiques.....	44
III.2.2 Auto-évaluation de fin de prise en charge de M C	46
III.2.3 Bilan de M C	47
III.3 Etude de cas n°3 : M J.....	47
III.3.1 Evaluations des différents items sous forme de graphiques.....	47
III.3.2 Auto-évaluation de fin de prise en charge de M J	49
III.3.3 Bilan de M J	49
QUATRIEME PARTIE : Discussion	Erreur ! Signet non défini.
Parallèle avec l'hypothèse originelle décrite par Winnicott	50
L'approche systémique	51
-Des repères dans le temps :	52
-Des repères dans l'espace :	53
-Un lieu enveloppant physiquement	54
-Un lieu enveloppant psychiquement.....	54
Conclusion.....	58
Bibliographie	60
Webographie.....	61
Musiques de fond utilisées lors des séances.....	62
Glossaire	63

Les annexes :	67
Annexe n° 1 La dépression secondaire.....	67
Annexe n° 2 L'estime de soi	68
Annexe n° 3 Echelle d'estime de soi de Rosenberg	69
Annexe n°4 Echelle d'Hamilton.....	70
Annexe n° 5 Echelle SANS.....	75
Annexe n°6 Autorisation de diffusion et fiche d'auto-évaluation	77
Créations de Mme N.....	78
Créations de M C.....	79
Créations de M J	80
Résumé en français :	82
Summary in english :	82

Préambule

« L'art lave notre âme de la poussière du quotidien » Pablo Picasso (1)

Depuis toute jeune, j'ai vu mes deux grand-mères s'épanouir en créant. L'une écrivait des poèmes que parfois, elle nous récitait. Elle réalisait aussi de magnifiques créations au crochet et au tricot. L'autre, peignait et dessinait. Elles sont nées à une époque où la femme n'était pas très émancipée. D'une certaine manière par leur passion, elles montraient combien l'exercice de leur art pouvait leur apporter du plaisir et leur permettre de s'évader de leur quotidien. Par leur capacité de création, elles ont affirmé leur singularité et pu s'engager sur la voie de la liberté. Elles sont des références pour moi. Grace à elles, j'ai toujours été mise en valeur par ma famille, pour mes capacités créatrices et mon intérêt pour les arts plastiques. J'ai cette curiosité de découvrir de nouvelles techniques de création. Cet amour pour les arts m'a permis parfois de m'évader quand j'en avais besoin. Ainsi, inconsciemment, mon hypersensibilité a pu être préservée des traumatismes ou au moins des situations angoissantes rencontrées au cours de ma vie. Je suis infirmière en psychiatrie depuis 30 ans. J'ai toujours souhaité exercer ce métier. Ma première activité thérapeutique, je l'ai mise en place avec l'aide de ma collègue et amie Véronique. Nous exerçons toutes les deux à l'unité Sud : service fermé de psychiatrie adulte. Nous avons réfléchi ensemble pour remédier à cette impression pesante et mortifère que nous renvoyait l'ambiance de ce service qui devait peut-être, être ressentie par les patients et risquait de freiner leur amélioration psychique. L'idée d'une activité artistique, art plastique, nous est apparue évidente. Nous avons découvert avec plaisir, combien certains patients pouvaient apprécier et se surprendre de leur capacité à créer et à s'animer. Par la suite, ma collègue a suivi la formation d'art thérapeute et a mis en place un atelier d'art thérapie qui est devenu intersectoriel depuis une dizaine d'années. Je l'ai rejoint peu de temps après en tant que Co-thérapeute. Tous les mardis, je Co anime donc un atelier d'art thérapie, arts plastiques, auprès de patients suivis à l'hôpital pour des pathologies psychiatriques. Le reste du temps, j'interviens en tant qu'infirmière en psychiatrie au CMP (Centre Médico Psychologique) de chef Boutonne. Ma formation et mon expérience me permettent de mener un atelier à médiation thérapeutique. Mais, j'avais besoin d'une réflexion plus poussée et d'un travail d'approfondissement. Me former à l'art thérapie m'est apparu indispensable.

(1) GRAHAM-DIXON Andrew, Art : Histoire de l'art en images, Flammarion, 2021 P 61

J'ai fait ma demande de formation auprès de ma direction à plusieurs reprises. Ayant alterné entre des unités en extra hospitalier et intra hospitalier, je connais bien le travail dans les unités. C'est tout naturellement que j'ai choisi mon sujet d'étude auprès des patients hospitalisés au long cours dans les deux services de psychiatrie du secteur 2. La pathologie de ces patients est telle, qu'elle pénalise toute leur vie. J'ai choisi des prises en charge en individuel, en contraste avec leur quotidien qui n'est qu'en collectivité. Bien que dans les services les soignants soient attentifs et à l'écoute, l'unité reste une vie en groupe. Je souhaite transmettre un message fort : vous avez droit à ce que l'on vous consacre de l'attention : un moment privilégié et personnalisé. Mon travail sera le suivant : « Séances d'art thérapie, utilisant la technique des arts plastiques auprès de patients hospitalisés au long cours en service de psychiatrie à Niort afin d'encourager leur expression, pour diminuer leur angoisse et faciliter leur réadaptation sur l'extérieur »

J'ai parlé de mon projet avec la cadre supérieure du secteur 2, Mme Boizumeau, ainsi qu'avec le médecin chef du secteur le Dr Pachoud. Au cours d'une réunion du secteur, j'ai présenté à l'ensemble des professionnels ce que c'était que l'art thérapie. Puis, j'ai déposé un écrit dans chaque unité où j'ai évoqué les détails plus spécifiques que je souhaitais mettre en place pour mon stage. Un temps de concertation avec les soignants a permis de décider quels patients pourraient bénéficier de cette prise en charge. J'ai par la suite, vu avec les psychiatres référents pour qu'ils valident mon plan de soins. J'ai rencontré chaque patient en entretien thérapeutique, présenté le projet et leur ai fait visiter l'atelier (c'est la salle et le matériel qui est utilisé pour l'art thérapie du mardi). J'ai précisé que cette prise en charge se terminera mi-janvier et que c'était dans le cadre de mon stage de formation. Dans la première partie, je serai donc amené à développer certains points importants : l'histoire de la psychiatrie, les pathologies, le cadre juridique des différents modes d'hospitalisations, la protection des majeurs. Je détaillerai plus particulièrement la situation des patients au long cours. J'engagerai aussi ma réflexion quant au choix de l'utilisation des arts plastiques auprès des patients qui seront accueillis dans ce processus de soins en lien avec ma vision de l'art thérapie. J'expliquerai le rôle des médiums utilisés, puis, en seconde partie, le matériel et les méthodes utilisées. Je décrirai le lieu où j'ai effectué l'étude, les patients pris en charge avec leur histoire et les objectifs de travail. Je parlerai des séances d'art thérapie que je leur ai proposée et un bilan de prise en charge sera écrit pour chacun. La troisième partie portera sur les résultats de l'étude avec l'utilisation d'une évaluation faisant référence à trois échelles : L'échelle SANS, l'échelle d'estime de soi de

Rosenberg et l'échelle de l'anxiété de Hamilton. La dernière partie sera consacrée à la discussion autour de cette étude.

PREMIERE PARTIE

Introduction

Au cours de l'histoire, la psychiatrie a beaucoup évolué. Au moyen âge, les « fous » étaient brûlés, tout comme les personnes accusées de sorcellerie (2). Ce n'est qu'à la renaissance que la folie est vue comme une maladie et n'est plus considérée comme un envoutement maléfique ou une punition divine. Les fous sont alors placés en asiles mais ils sont enchaînés. Pinel (1745/1826) médecin aliéniste réputé et précurseur de la psychiatrie, retire leurs chaînes et tente une classification des maladies. C'est à partir de 1838, grâce à Esquirol (1772/1840) aliéniste successeur de Pinel, qu'une réglementation apparaît avec la création d'asiles dans chaque département. L'asile est remplacé par le terme hôpital psychiatrique en 1937. Pendant la seconde guerre mondiale quarante mille pensionnaires meurent. Il y a peu à peu une prise de conscience des conditions de vie inhumaines et dégradantes dans les hôpitaux psychiatriques. En parallèle, la découverte des neuroleptiques permet une avancée significative sur les soins. De plus, Freud (1856/1939), neurologue, fondateur de la psychanalyse, change le regard sur les maladies mentales et est à l'origine du développement des thérapies fondées sur l'écoute et la psychothérapie. La sectorisation et la réglementation sur les modes d'hospitalisation créés en 1960 facilitent l'accès aux soins. Les malades mentaux peuvent sortir des murs de l'hôpital et espérer vivre à l'extérieur. Ainsi, la psychiatrie s'étend sur plusieurs champs : diagnostic, traitement et prévention des troubles mentaux. Elle inclue des troubles cognitifs, comportementaux et affectifs.

I. Les pathologies rencontrées sont les suivantes :

- La psychose dont la schizophrénie paranoïde et le trouble schizo-affectif.
- Le trouble anxieux généralisé.

(2) SIVRY DE Sophie et MEYER Philippe, *L'Art et la Folie*, Collection les empêcheurs de penser en rond, 2016 P 62

-Le handicap intellectuel.

-La dépression secondaire qui vient s'ajouter aux troubles psychiatriques déjà présents, est décrite dans l'annexe n°1.

I.1 La psychose

La psychose (3) est un terme général qui signifie littéralement « anomalie de l'esprit » Il est utilisé en opposition avec la névrose et s'applique maintenant à des patients qui souffrent « d'une altération importante du sens de la réalité et de soi ». Schématiquement, il existe deux sortes de psychoses, la psychose chronique schizophrénique (schizophrénie) et la psychose chronique non schizophrénique (non développée ici).

I.2 La schizophrénie :

Elle (3) touche environ 1% de la population française. Les symptômes principaux sont les suivants :

I.2.1 symptôme positif ou productif : LE DELIRE

Définition : désordre de la pensée et des fonctions supérieures, faisant prendre pour réels des faits imaginaires. L'adhésion du patient c'est-à-dire si le patient croit en son délire est relative et fluctuante.

Son organisation :

Le délire est chronique avec des périodes de résurgence où il est plus présent. Il est paranoïde : c'est-à-dire polymorphe, mal organisé, n'ayant ni structure, ni liens cohérents entre ses thèmes.

Ses thèmes :

-Des idées délirantes d'influence : le patient croit être sous l'emprise d'une force étrangère qui dirige ses pensées et impose ses actes.

-Des idées de référence : certains éléments de l'environnement posséderaient une signification personnelle et inhabituelle.

-Des idées de persécutions, de possession, d'hypochondrie, mystiques, d'érotomanie et de mégalomanie.

(3) cours du Dr Mérouane Djellab

Ses Mécanismes :

Ils sont multiples, avec des hallucinations qui peuvent être auditives, visuelles, gustatives*, olfactives*, cénesthésiques* et/ou intrapsychiques.

On retrouve également de l'**automatisme mental** : la personne a l'impression que quelqu'un s'est emparé de sa conscience.

Cette impression de perdre son intimité psychique est presque constante. On peut aussi retrouver **un syndrome d'influence**, c'est-à-dire avoir l'impression d'être télécommandé à distance. Il se caractérise par des interprétations, des illusions*, des intuitions*. Ainsi qu'une **dépersonnalisation** : impression de transformation corporelle, dysmorphophobie*, trouble de l'identité, angoisse* (de morcellement*, de néantisation*, de mort*, d'effondrement*, de catastrophe*...)

I.2.2 Les symptômes négatifs ou déficitaires :

Une barrière opaque établie par le sujet entre son monde intérieur et le monde extérieur.

- **Absence d'émotion** : Froideur, détachement, indifférence, Anhédonie*
- **Avolition***, Apragmatisme*, Clinophilie*, Incurie*, Retrait social.
- **La désorganisation psychique** : Les idées ne s'enchainent plus de manière efficace et logique.
- **La désorganisation de la fonction intellectuelle** avec altération du cours de la pensée, du langage, illogisme*
- **La désorganisation de la fonction affective** : affects inadaptés au contenu du discours avec réactions affectives inappropriées, paradoxales et imprévisibles
- **La désorganisation du comportement** : avec un maniérisme gestuel*, des Para kinésies*, un syndrome catatonique* ou troubles du comportement (stéréotypies*, échopraxie*) possibles.

I.2.3 Signes associés

-Altérations des fonctions cognitives dans 70% des cas qui influencent les fonctions exécutives, la mémoire et l'attention.

-Trouble de l'humeur associée pour 80%

(3) cours du Dr Mérouane Djellab

Ce sont les troubles schizo-affectifs : présence conjointe de symptômes affectifs ou thymiques et de symptômes schizophréniques (épisode dépressif, de manie ou état mixte).

I.3 Le trouble anxieux généralisé ⁽³⁾

Définition de L'anxiété : sentiment confus d'insécurité indéfinissable.

Dans le cas d'anxiété généralisée l'insécurité est permanente.

C'est une anxiété chronique. Elle s'accompagne de trois de ces symptômes somatiques au moins :

- **Tension motrice** : fatigue, tensions musculaires, agitation, surexcitation.
- **Hypervigilance** : difficultés de concentration, troubles du sommeil, irritabilité.
- **Troubles associés** : mains froides et humides, bouche sèche, sueurs, nausées ou diarrhée, pollakiurie*, difficultés à avaler ou sensation de boule dans la gorge, tremblements, douleurs, endolorissement musculaire, syndrome du côlon irritable, céphalées.

I.4 Le handicap intellectuel

Définition : arrêt du développement mental ou développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales (OMS).

1. Le handicap léger correspond à un QI* entre 50 et 69. La personne connaît des difficultés scolaires mais est capable de s'intégrer à la société de façon autonome à l'âge adulte.
2. Le handicap moyen correspond à un QI entre 35 et 49. La personne a connu des retards de développement importants dans l'enfance mais a de bonnes capacités de communication et une indépendance partielle. A l'âge adulte une aide à différents niveaux est nécessaire pour s'intégrer à la société.
3. Le handicap grave correspond au QI entre 20 et 34. La personne a besoin d'un soutien prolonger.
4. Le handicap profond correspond à un QI inférieur à 20. La personne a peu de capacités à communiquer, à se déplacer et à prendre soin d'elle-même.

(3) cours du Dr Mérouane Djellab

II. La problématique commune des patients pris en charge pour l'étude :

Le point commun des patients choisis pour l'étude n'est pas leur pathologie mais le fait qu'ils soient hospitalisés au long cours, depuis au minimum cinq mois ou même plusieurs années pour la plupart, à l'unité Sud ou à l'unité Ouest.

Définition du terme hospitalisation longue (4) : selon l'IRDES (Institut de Recherche en Economie De la Santé) *Une hospitalisation supérieure ou égale à 292 jours dans l'année, continu ou non, associée à une présence en hospitalisation l'année précédente. En 2011, ces hospitalisations correspondaient à un quart des journées d'hospitalisation soit un quart des lits. Ce sont pour la majorité des personnes souffrants de schizophrénie (51,7%), des personnes ayant des « retards mentaux » (11,2%) et ensuite des patients atteints de troubles de l'humeur et névrotiques.* Ceci est contradictoire avec les durées moyennes d'hospitalisations qui ont à l'inverse tendance à diminuer avec le développement des soins ambulatoires. Ces hospitalisations longues sont à mettre en lien avec le fait que rien de spécifique pour ces patients n'ait été créé lors de la sectorisation. La politique psychiatrique de l'époque a considéré que les asiles et leur extinction viendraient « naturellement » grâce au développement de la psychiatrie dans la communauté, de la prévention et des actions de sensibilisation de la population. C'était ne pas prendre en compte l'aspect de la psychose qui ne se guérit pas mais dont les symptômes peuvent s'abriter seulement. On parle de « psychose **chronique** ».

III. Conséquences d'une hospitalisation longue chez un sujet souffrant d'une pathologie psychiatrique.

Une hospitalisation peut entraîner (5) :

-De l'anxiété : c'est un processus normal d'adaptation qui, s'il s'amplifie, peut devenir pathologique. (Voir chapitre précédent)

-Une attitude de régression et de dépendance. Elle peut se traduire par un manque des intérêts et un égocentrisme qui empêche l'implication active du patient dans sa thérapeutique.

(4) BAILLY-SALIN Pierre *Le soin et l'activité* Dans VST - Vie sociale et traitements 2007/1 (n° 93), pages 53 à 63. P 61

(5) univ.ency-education.com/.../psycho6an05-reaction_hospitalisation... P 62

-Une attitude de minimisation, de négation et de refus de la maladie qui entraîne un déni de sa pathologie.

-La dépression provoquée par le sentiment d'impuissance face à la maladie qui entraîne un sentiment de dévalorisation et d'incomplétude. Le patient ne peut plus se projeter dans le futur. (Voir annexe n°1)

-Une attitude agressive. C'est un mode relationnel en lien avec l'impression d'une menace ou d'un sentiment de persécution que le patient exprime par de l'hostilité vis-à-vis de l'hospitalisation.

IV. La technique choisie est les arts plastiques.

Définition du Larousse : ensemble des pratiques ou activités donnant une représentation artistique, esthétique ou poétique au travers de formes et de volumes.

Avec la pratique des arts plastiques, il y a une multitude de possibilités et donc une multitude de choix qui permettent de proposer des activités variées et adaptées à chacun en fonction des objectifs et des préférences du patient. De plus, c'est une activité concrète, on voit immédiatement ce que provoque l'action : la couleur, le toucher et parfois l'odeur pour la peinture à l'huile par exemple. Le patient par cette pratique s'inscrit dans le concret, dans la réalité et dans le moment présent.

(6) Pratique ancestrale, **le dessin** permet de s'exprimer par la trace. Le geste à travers le mouvement peut permettre de se réapproprier une certaine spontanéité, loin de la préoccupation normative de l'adulte. Chaque trace est un facteur d'ouverture métaphorique qui développe la créativité et peut surprendre son auteur. L'inattendu est source de transformation.

La peinture est couleur. Dans le cadre de l'art thérapie, elle consiste à laisser promener son pinceau ou à réaliser une construction par l'assemblage de formes, de traces et de couleurs. C'est aller vers un lâcher prise grâce aux différentes textures de la matière, plus ou moins fluide ou épaisse au gré de ses émotions.

Le modelage est un mode d'expression qui mobilise des instincts archaïques et rétablit la communication entre soi et soi et entre soi et l'extérieur.

(6) DIKANN Alain - L'art-thérapie - Grand Format Grancher (Editions) Collection ABC 2018 P 61

L'argile est une matière malléable aux pouvoirs projectifs infinis. Les échanges entre le bloc d'argile et soi-même sont puissants. On touche la terre autant qu'elle nous touche. Ce corps à corps avec la matière est une façon de se réapproprier son propre corps tout en stimulant son psychisme.

Le collage est l'assemblage d'images ou de phrases découpées ou déchirées. C'est une médiation artistique très ludique et accessible à tous. Elle permet la mise en forme d'un nouvel univers, une nouvelle image ou une création très abstraite : c'est aller de la déconstruction à la reconstruction. Les images ne sont pas choisies et assemblées au hasard.

Le coloriage, mise en couleur de dessins photocopiés peut être proposé pour des personnes un peu plus en difficulté par rapport au dessin libre. C'est un support rassurant pour amorcer la séance ou la terminer.

Le zentangle*, cette forme de dessin libre avec des motifs répétitifs peut stimuler la créativité et favoriser le lâcher prise.

V. L'art thérapie

Définition : C'est la thérapie par l'art : L'art est au service du soin.

V.1 Qu'est-ce que l'art et l'art thérapie ? Approche théorique

Freud (psychanalyste) s'est intéressé à l'art sur deux plans, du côté du créateur et du processus créateur et du point de vue du spectateur. (6) L'œuvre d'art est l'expression des pulsions les plus profondes, les plus intenses et les moins acceptables. L'artiste par le biais de sa création, les transforme en acceptable en utilisant le système de défense et d'adaptation de la sublimation.

La sublimation : L'artiste sublime ses fantasmes, il permet alors au spectateur de trouver une satisfaction à ses propres désirs inconscients réfrénés et refoulés. Ainsi l'artiste aide à rêver par ses créations et à sublimer nos propres pulsions.

Jung (psychiatre Suisse 1875/1961) parle aussi d'un puissant support de transformation et de tentatives inconscientes de remettre de l'ordre dans sa psyché. Il nous aide à soigner notre être intérieur lorsque l'on crée en utilisant le laisser faire, le laisser advenir lors de la réalisation d'un mandala par exemple : Laisser venir à soi les émotions, les perceptions et les sensations.

(6) DIKANN Alain - L'art-thérapie - Grand Format Grancher (Editions) Collection ABC 2018 P 61

Il y a aussi le phénomène transitionnel décrit par Winnicott (1896/1971) pédiatre psychothérapeute. Il fait un parallèle entre ce qui se passe dans la relation mère/enfant et ce qui se joue en art thérapie. L'atelier devient l'espace transitionnel, le jeu qui est un phénomène transitionnel et la création qui fait office d'objet transitionnel.

De plus, si l'on se situe du point de vue du courant systémique, cette prise en charge propose au patient de s'exprimer dans un contexte différent de celui qu'il rencontre habituellement en travaillant sur ses interactions avec les divers sous-systèmes avec lesquels il interagit. Ce qui peut lui permettre de vivre autre chose et de se voir différemment.

V.2 Pourquoi L'art thérapie auprès de patients souffrants de pathologies psychiatriques chroniques ?

Historiquement, c'est la médiation la plus fréquemment proposée dans les asiles. Les patients dits chroniques sont le plus souvent des personnes schizophrènes avec une gravité et une persistance de leurs troubles telle, que leur histoire est marquée par de nombreux échecs. Plusieurs essais ont été tentés dans différents lieux de vie, mais leurs pathologies sont si invalidantes qu'ils ont dû être ré hospitalisés ou bien ils attendent qu'une place se libère dans un établissement adapté pour eux. Au début, résistants et opposés aux soins, ils ont fini par être hyper adaptés au service et à tel point que l'extérieur est devenu effrayant. Ce peut être aussi des patients au parcours de vie chaotique dès leur petite enfance qui sont déficitaires intellectuellement. Leur handicap s'est accentué et il leur est impossible de continuer à vivre dans l'établissement où ils se trouvaient car ils présentent des troubles du comportement hétéro ou auto agressifs que ces lieux ne peuvent gérer. Stabilisés, ils sont en attente pour un établissement plus approprié. Dans tous les cas, le patient dit chronique se trouve dans un service d'entrées avec de nombreuses arrivées et sorties. Chaque nouveau patient arrive en crise, ce qui a pour effet de déstabiliser constamment l'équilibre du groupe de patients. Il règne inévitablement une certaine tension, ce qui est délétère pour ces patients qui ont besoin de stabilité. Trop de stimulation n'est pas forcément adapté à leurs difficultés, ils ont au contraire besoin de repères et d'un environnement rassurant et constant pour progresser et retrouver de l'autonomie. De plus, l'augmentation du nombre des admissions dans ces services accapare les soignants qui ne peuvent pas être aussi disponibles que nécessaire. La situation de l'hôpital est difficile depuis quelques années : les remplacements des soignants bien souvent au jour le jour apporte un sentiment d'insécurité, un manque de repère et fragilise la continuité des soins pour

les patients. Leur vie se résume à la routine du service : une vie en collectivité où le groupe prime sur l'individualité. L'isolement accentué par leur hospitalisation qui les « coupe » des éventuels liens sociaux déjà diminués par leurs symptômes, liés à leur pathologie, crée un appauvrissement de leur vie relationnelle. Certains symptômes sont toujours actifs malgré les traitements, ce qui entraîne un appauvrissement de la vie psychique, une désorganisation de la pensée, des troubles du langage. L'agir remplace la parole.

Les arts plastiques rassemblent les arts qui ont une action sur la matière. Ils représentent un langage qui permet de s'exprimer par les formes, les couleurs et les lumières. Ils entraînent et engagent le corps : on étale de la matière sur une toile ou une feuille. Il y a le bruissement du pinceau sur le papier. L'argile est assouplie, tapée, roulée, lissée, tout comme le papier mâché pour façonner un objet. Des traits et des courbes sont tracés. Des couleurs sont assemblées harmonieusement. Les grands livres de peintres sont feuilletés et commentés. Le papier est déchiré, plié, froissé ou découpé. C'est un moment où le temps peut être suspendu. On ne pense qu'à la forme que l'on représente, qu'au choix des couleurs. Un moment de présence à soi-même dans le plaisir. L'atelier est un lieu différent du service, un lieu de « possibles ». Un lieu identifiable avec une ambiance à part : un moment sans le groupe des patients du service. C'est aussi quitter ponctuellement un lieu bien souvent synonyme d'enfermement. Les contraintes du service sont oubliées. L'art thérapeute par sa présence s'adapte à la situation du moment. Il sait « porter » « border » la personne pour ne pas entraîner de flottement et d'incertitude propice à l'angoisse. Il peut aussi se faire discret mais il est là et bien là. Une présence attentive pour accompagner et encourager. Une attitude bienveillante et non étouffante pour rassurer et permettre la découverte. Grâce à ce dispositif, les patients sont en confiance. Ils peuvent accéder au lâcher prise. Ainsi, ils sont surpris et se découvrent des capacités insoupçonnées. Ils peuvent parvenir à un mieux-être et à une amélioration de l'estime d'eux même. L'angoisse qui sera moins forte leur permettra de se remobiliser et de se redynamiser physiquement et mentalement. Envisager des changements sera possible et la construction d'un projet de sortie pourra être préparée plus facilement avec le patient.

V.3 Hypothèse de travail :

L'art thérapie en utilisant les arts plastiques, médium malléable et adaptable à souhait, peut encourager à découvrir ou redécouvrir des sensations, favoriser l'expression des émotions, améliorer l'estime de soi et de manière générale remobiliser les capacités des patients

hospitalisés en psychiatrie depuis plusieurs mois, voire plusieurs années et ainsi diminuer l'angoisse et préparer à un projet de sortie qui sera moins effrayant et plus facile à envisager pour le patient.

SECONDE PARTIE : Matériel et méthodes

II.1 Matériel

II.1.1 Le lieu du stage

Ce stage s'est déroulé au centre hospitalier de Niort, au sein du secteur 2 de la psychiatrie adulte. Quelques explications sur l'organisation des soins en psychiatrie : Depuis la circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation et dans un souci d'équité des soins en santé mentale : Chaque département de France est divisé en secteurs géographiques psychiatriques : Les Deux Sèvres possèdent cinq secteurs de psychiatrie dont trois font partie du centre hospitalier de Niort. Le secteur 2 correspond au Sud-Est du département et une partie de Niort. Cela permet à toute personne domiciliée dans ce secteur géographique et ayant besoin de soins psychiatriques de bénéficier d'une prise en charge par les services et les soignants du secteur 2.

II.1.2 Organisation du Secteur 2

Jusqu'au 12 Décembre 2022 (après cette date, fermeture de l'unité sud et répartition des patients comme des soignants sur d'autres services).

- Deux services d'hospitalisations complètes :

-L'unité sud est un service fermé avec deux chambres d'isolement, deux chambres d'hypostimulation et 15 lits d'hospitalisation.

-l'unité Ouest un service ouvert avec 15 lits d'hospitalisation.

Ces deux services ont pour mission d'accueillir les patients en crise pour les protéger d'eux-mêmes et protéger autrui. Ils les aident à retrouver un équilibre mental à l'aide de la prise de traitements adaptés, d'un accompagnement pour les gestes du quotidien. Des entretiens infirmiers et médicaux sont proposés pour un soutien psychothérapique et favoriser l'insight* et préparer à la sortie. Le service fermé accueille des patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles. Ils ont été hospitalisés sous contrainte au moins dans un premier temps, il est même

possible qu'ils soient placés, sur prescription médicale, en chambre d'isolement pour une prise en charge intensive et une surveillance accrue.

- Un CMP*/CATTP* à Niort
- Deux CMP* ruraux : un à Melle, l'autre à chef Boutonne

Ces autres services ont une mission de prévention des hospitalisations et des rechutes en proposant des suivis ambulatoires (entretiens d'écoute, soutien psychologique, suivi des traitements médicamenteux, lien avec l'entourage).

II.1.3 Les soignants

Quatre psychiatres dont le Dr Pachoud, chef du secteur 2 et le Dr Bloch chef du pôle psychiatrique - Un Médecin généraliste - Un interne - Une cadre supérieure : Mme Boizumeau - Deux cadres de santé – Quatre psychologues – Deux assistantes sociales – Quatre secrétaires - Des infirmiers - Des aides-soignants – Des aide médico psychologiques et des agents d'entretiens.

II.1.4 Quelques précisions juridiques pour mieux comprendre la situation des personnes prises en charge :

Les différents modes d'hospitalisations

Il existe plusieurs modes d'hospitalisations spécifiques à la psychiatrie, encadrés strictement par la loi, pour faciliter l'accès aux soins pour des personnes qui n'ont pas conscience de leur trouble. Ces dispositifs permettent de protéger la personne souffrante ainsi qu'autrui.

Il existe trois modes principaux d'hospitalisations :

- SPL Soins psychiatriques libres : la personne est consciente de ses troubles. Elle consent à son hospitalisation.
- SPDT Soins psychiatrique à la demande d'un tiers : la personne a besoin de soins immédiats et d'une surveillance constante mais son consentement est impossible. Documents nécessaires : La demande manuscrite d'un proche, un premier certificat médical et un second rédigé par un psychiatre
- SPDRE Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état : Personne qui par ses troubles mentaux compromet l'ordre public et la sureté des personnes.

Documents nécessaires : certificat médical et un arrêté préfectoral.

Les mesures de protection des majeurs

- La sauvegarde de justice : mesure de protection temporaire qui permet de traiter une situation en urgence lorsqu'une personne majeure risque des actes contraires à ses intérêts, notamment sur son patrimoine, en raison d'une altération de ses facultés mentales et physiques.
- La tutelle : Elle concerne les personnes qui ne sont plus en mesure d'effectuer les actes de la vie civile et de veiller sur leurs propres intérêts. Le juge des tutelles désigne alors un tuteur qui représentera la personne protégée et prendra en charge certains actes précisés par la loi.
- La curatelle est plus souple que la tutelle, la personne a besoin d'être assistée dans certains actes de la vie civile mais elle reste autonome. Il existe plusieurs degrés de curatelle.

II.1.5. Les objectifs de prise en charge

Pour atteindre des objectifs, l'art thérapeute propose une stratégie par paliers. En effet, bien souvent un objectif général est trop difficile dans un premier temps et trop vaste à atteindre. Il pourrait être décourageant pour le patient (tout l'effet inverse de notre but) c'est pourquoi des objectifs intermédiaires sont nécessaires afin que le travail se fasse progressivement.

Dans son plan de soin, l'art thérapeute rédige ainsi un objectif général puis des objectifs intermédiaires. Puis, prépare des séances en fonction de ces objectifs et les réajuste en tenant compte de ce qui s'est passé pendant la séance, afin d'être au plus près des possibilités et de là où en est, la personne prise en charge.

Dans notre travail, l'objectif général est l'amélioration du bien-être du patient.

Pour se faire les objectifs intermédiaires sont les suivants :

- Améliorer l'estime de soi : Se prouver à soi-même qu'on est capable de réaliser un projet.
- Diminuer l'anxiété et les tensions internes.
- Favoriser la prise de conscience de son ressenti de ses émotions : s'autoriser à les exprimer.
- Favoriser l'autonomie : Développer sa prise d'initiatives
- Optimiser l'alliance thérapeutique : Encourager les échanges et la confiance en l'autre.
- Améliorer les relations sociales : sortir du repli.

II.1.6 Les items et les échelles choisis pour l'évaluation de nos actions :

Améliorer l'Estime de soi. (Définie dans annexe N°2)

Un item reformulé à partir de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (Item 6 : J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.) -Satisfait de ce qu'il (elle) a réalisé	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement
Deux items spécifiques à l'étude -A suffisamment confiance en lui (elle) pour manipuler les outils qu'il (elle) connaît sans aide. -Est capable de faire des choix (couleurs, support ...)	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement Pas du tout, un peu, moyennement, fortement

Encourager son expression

Trois items spécifiques à l'étude -Est capable de dire s'il a passé un bon moment. -Est capable de s'exprimer sur sa production. -Est capable de dire comment il se sent émotionnellement.	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement
--	---

Améliorer ses liens sociaux

Trois items reformulés à partir de l'échelle SANS	
(Item 4 dans le thème pauvreté affective : Pauvreté du contact visuel) -Regarde l'art thérapeute	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement
(Item 9 dans le thème alogie : pauvreté du discours) -les échanges sont spontanés	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement
(Item 10 dans le thème alogie : pauvreté du contenu du discours) -les échanges sont adaptés	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement

Aider au lâcher prise, diminuer les tensions internes

Trois items reformulés à partir de l'échelle de l'anxiété de Hamilton	
(Item 2 Tension nerveuse : incapacité à se détendre, nervosité, tension physique, tremblements, fatigue agitée) -Est souriant.	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement

(Item 7 Symptômes somatiques musculaires : faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, plus ou moins diffuses dans les muscles comme la douleur à la mâchoire et à la nuque) -Son visage est détendu.	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement
(Item 5 Trouble de la concentration et de la mémoire : difficultés de concentration mais aussi difficulté à prendre une décision dans les domaines quotidiens et problème de mémoire.) -Arrive à se concentrer	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement

Dynamiser, stimuler la curiosité

Deux items reformulés à partir de l'échelle SANS	
(Item 16 du thème avolition et apathie : Anergie physique) -Posture adaptée : son corps est tonique.	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement
(Item 23 du thème attention : inattention dans les activités sociales) -Porte de l'intérêt et est attentif aux propositions de l'art thérapeute.	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement
Un item spécifique à l'étude -Se met à créer spontanément sans avoir besoin d'être stimulé.	Pas du tout, un peu, moyennement, fortement

II.1.7 Choix des patients pour l'étude

Nous avons rencontré les équipes des deux unités où sont hospitalisés les patients au long cours. Les collègues de ces services ont proposé des patients pour qui l'art thérapie pourrait être bénéfique. Sur sept patients, un a refusé immédiatement ma proposition, un autre était encore très délirant et trop affaibli physiquement. Nous avons donc retenu cinq patients.

II.1.8 Les stratégies thérapeutiques

Tout d'abord, nous avons parlé du projet auprès du médecin chef du secteur 2 et de la cadre supérieure. Nous avons fait une présentation de ce qu'est l'art thérapie et la formation d'art thérapeute lors de la réunion institutionnelle. C'est une réunion qui est ouverte à l'ensemble des professionnels du secteur. Un peu plus tard, nous avons envoyé aux deux services d'intra (unité sud et ouest) l'écrit de la présentation de l'art thérapie avec des précisions sur le projet qui concerne les patients hospitalisés au long cours dans leur service. Nous avons demandé aux soignants de réfléchir à quel patient pourrait bénéficier d'une prise en charge en art thérapie, le

temps du stage. Nous avons ensuite rencontré les équipes et échangé sur les patients, l'organisation et la mise en place des séances (leurs fréquences, les horaires...). Puis, Nous avons rencontré les patients individuellement pour leur présenter le plan de soin, les lieux, les objectifs et connaître leurs attentes et leurs goûts. Pour la plupart, ce sont des patients que je connais et qui me connaissent puisque j'ai déjà travaillé dans ces services auparavant.

Notre première journée de stage a été consacrée à ces échanges et rencontres avec les équipes et les patients.

Dans un premier temps, nous décidons de nous déplacer dans les services pour venir chercher le patient et le raccompagner après la prise en charge. Ce lien avec les soignants qui s'occupent du patient dans son quotidien est précieux : C'est l'occasion d'échanger avec eux sur les faits importants qui se sont passés au cours de la semaine et aussi de parler de l'art thérapie. Nous avons eu de nombreux retours positifs de la part des équipes qui apprécient ces moments de partage. Ces informations orales sont complétées par la lecture des transmissions notées sur le dossier informatique de chaque patient. Nous même, nous écrivons dans ce dossier après chaque séance, pour noter l'essentiel sur le déroulement de la prise en charge.

Les séances ont lieu dans l'atelier qui est utilisé pour l'art thérapie du mardi mais aussi en tant que salle d'activité par les collègues du CATTP*. Nous avons donc aussi rencontré l'équipe du CATTP afin d'établir un planning d'utilisation de la salle. La personne qui est chargée de l'entretien a bien voulu revoir son organisation de ménage le temps de mon stage.

II.1.9 La durée de la recherche

140 heures en tout.

Une heure de prise en charge pour chaque patient, une fois par semaine, sur une durée de neuf séances. Ces séances sont programmées de novembre à mi-janvier avec une interruption de deux semaines fin décembre. Et des temps de préparation et de prise de notes avant et après chaque séance.

II.1.10 Les retombées attendues

Que les patients pris en charge améliorent l'image d'eux même : Renarcissisés, qu'ils ressentent moins d'anxiété. Ainsi plus apaisés qu'ils puissent envisager l'avenir ailleurs qu'à l'hôpital. Qu'ils se disent qu'une ouverture vers autre chose est possible, qu'ils en sont capables.

II.1.11 L'organisation d'une séance

- a) Préparation de la salle en début de journée.
- b) Lecture des consignes dans les dossiers de chaque patient et préparation du matériel.
- c) Rencontre avec les soignants du service et trajet vers l'atelier avec échanges avec le patient.
- d) Installation échanges plus approfondis sur les faits marquants de la semaine, l'état d'esprit, l'humeur du moment.
- e) Recherche d'une musique de fond si la personne le souhaite.
- f) Proposition de l'activité accompagnée des consignes.
- g) Temps de création.
- h) Boisson chaude et échanges autour de la création si le patient le souhaite.
- i) Rangement et trajet de retour dans le service avec une entrevue rapide avec les soignants.

II.1.12 L'évaluation des séances

Elle est réalisée aussitôt après chaque prise en charge pour être le plus fidèle possible à ce qui s'est déroulé. Une feuille d'évaluation avec chacun des items est remplie ainsi qu'un compte rendu détaillé du déroulement de la séance.

II.2 Méthodes

II.2.1 Etude de cas n°1 : Mme N

Née le 06/08/1958

Sa famille :

Elle est issue d'une famille de 8 enfants. Son père agriculteur, alcoolique dépendant et violent est décédé en 2016. Sa mère est partie jeune du domicile conjugal, elle est décédée aussi.

Mme N s'est mariée en 1979. Son mari était agriculteur. Ils vivaient dans un hameau isolé.

Elle a deux enfants :

-Jérôme né en 1981. Il refuse de rencontrer sa mère. Il a deux enfants qu'elle ne connaît pas.

-Emilie née en 1984. Elle a des contacts très réguliers avec elle et sa petite fille de 16 ans.

Ambiance de violence et situation incestueuse avec agressions sexuelles subies par sa fille de la part de son frère Jérôme.

Elle divorce de son premier mari en 1998. Il est décédé. Elle se marie avec M G en 2002. Puis, ils divorcent en 2015. A noter qu'elle a été victime de violences conjugales de la part de ses conjoints.

Anamnèse :

Elle est hospitalisée pour la première fois en 1986, pour apragmatisme, trouble du comportement, syndrome dépressif, agressivité verbale, interprétative avec idées de persécution puis de nouveau en 1988 en service libre. En 1992 et en 1998, elle est ré hospitalisée sur demande d'un tiers, à la suite d'un comportement agressif : elle frappe ses enfants. La cohabitation avec sa belle-famille et notamment sa belle-mère est très difficile. A sa sortie, elle bénéficie de visites à domiciles et d'une injection de neuroleptique retard mais elle reste très réticente. Elle est de nouveau hospitalisée en 1999 pour tentative de suicide médicamenteuse (découverte par sa fille) Après sa rencontre avec M G en 2001, elle est régulièrement hospitalisée puis plus longuement après son divorce en 2015. Un projet de vie à la MARPAHVIE* de Couture d'Argenson est envisagé mais se solde par un échec puis un autre en MAPHA* où elle bénéficie de nombreux séjours de ruptures qui se passent plutôt bien dans un premier temps. Malheureusement, elle est ré hospitalisée en urgence : sous l'influence de son délire, elle a tenté d'étrangler sa voisine de chambre.

Actuellement :

Mme N souffre d'une schizophrénie paranoïde. Sous tutelle aux biens et à la personne, elle bénéficie de l'allocation adulte handicapé (AAH*) Elle est hospitalisée en SPDT (Soins Psychiatrique à la Demande d'un Tiers) à l'unité Ouest, depuis avril 2019, sans beaucoup de perspective. Depuis peu, elle bénéficie d'un accueil temporaire de week-end en famille d'accueil.

Son traitement :

Tranxène 10 mg Anxiolytique benzodiazépine si besoin

Traitement symptomatique des manifestations anxieuses.

Effets secondaires fréquents : amnésie antérograde, risque de dépendance physique et psychique, modification de la conscience ; irritabilité ; agressivité.

Clopixol 25 mg Neuroleptique 1 comprimé matin, midi et soir.

Traitement de la schizophrénie.

Effets secondaires fréquents : sécheresse de la bouche, somnolence, sédation, constipation, hypotension orthostatique, indifférence, réaction anxieuse, dyskinésies, syndrome extrapyramidal, trouble endocriniens et métaboliques.

Loxapac 25 mg Neuroleptique 50 mg matin, midi et soir.

Traitement et effets secondaires identiques au clopixol.

Neuleptil 40 mg Neuroleptique 10 mg matin, midi et soir.

Traitement et effets secondaires identiques au clopixol.

Parkinane LP 5mg Antiparkinsonien 1 gélule le matin.

Traitement du syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques.

Effet secondaire fréquents : sécheresse de la bouche.

Depakine 200 mg Antiépileptique 1 comprimé matin, midi et soir.

Traitement de l'épilepsie.

Effets secondaires fréquents : problèmes hépatiques qui nécessitent une surveillance particulière (dépakinémi*), prise de poids, tremblements, perte d'audition, nausées, état confusionnel, hallucinations, agressivité, agitation, trouble de l'attention.

Ibuprofène 200 mg : Antalgique anti inflammatoire si douleurs à la jambe et au dos.

Effets secondaires fréquents : ulcères peptiques*.

Movicol : Laxatif. 1 sachet matin et midi.

Traitement de la constipation.

Effets secondaires fréquents : douleurs abdominales, distension abdominale, diarrhée, nausées.

Entretien d'ouverture avec le patient :

Mme N s'est immédiatement montrée intéressée par l'art thérapie. Lorsqu'elle a visité l'atelier, elle a tout de suite parlé de l'argile et de la terre. Elle a fait référence à cette activité qu'elle a pratiquée à la MAPHA* qu'elle évoque avec une certaine nostalgie. Elle aime les couleurs vives : le rouge, le rose fuchsia, les bleus. Elle exprime aussi à demi-mot sa souffrance de ne pas voir son fils qui l'a rejetée. Elle s'illumine lorsqu'elle parle de sa fille et de sa petite fille.

Présentation de la patiente :

Mme N est issue d'un milieu familial fruste. Sa vie est jalonnée de maltraitances dès son enfance et en tant que femme. Sa maladie s'est déclarée peu de temps après la naissance de son deuxième enfant. Limitée intellectuellement, elle s'exprime peu. Elle peut être interprétative et envahie par des hallucinations qui entraînent souvent des réactions violentes. Hallucinée et délirante, elle était persuadée que sa voisine de chambre voulait l'assassiner. Elle a tenté de l'étrangler. Tout espoir de sortie est très infime puisqu'elle reste malgré les traitements encore très peu stabilisée. Mme N se dévalorise. L'idéal pour elle est une activité qui lui plaise et donne lieu à un lâcher-prise. Elle peut se montrer moqueuse et dans l'humour. Il faudra qu'elle soit suffisamment en confiance pour que ce temps lui soit bénéfique.

Objectifs thérapeutiques de prise en charge

Objectif principal : améliorer son bien-être au quotidien.

Objectifs intermédiaires :

-l'aider à comprendre ses émotions et à les exprimer et notamment exprimer son mal-être autrement que par l'agressivité. Par nos échanges et l'écoute.

-améliorer son estime d'elle-même en lui consacrant de l'attention et en la revalorisant pour qu'elle accepte plus facilement les frustrations et en lui prouvant qu'elle est capable de mener un projet artistique.

-favoriser l'alliance thérapeutique et l'aider à repérer ses troubles délirants pour les exprimer et ne pas adhérer totalement à ses hallucinations en lui proposant notre présence attentionnée.

-l'aider à être dans le lâcher prise en proposant des exercices qui lui font plaisir.

Les séances d'art thérapie

Séance n° 1

DATE : 2/11/22

Objectif de la séance : prise de contact avec l'atelier. Faire connaissance

Activité(s) proposée(s) : proposition de feuilleter un livre d'art ; découverte de la manipulation de l'argile à sa demande lors de la première rencontre.

Elle se sent fatiguée et a parfois été un peu somnolente mais s'est montrée malgré tout intéressée et motivée pour découvrir le modelage. Nous lui montrons les gestes : assouplir, rouler la motte de terre entre ses mains, la taper ; Elle sourit quand « Nous lui disons qu'elle a le droit de la taper » Elle aplatit la terre au rouleau et dessine un bonhomme et sur une autre boule de terre, elle grave un cheval et une fleur. Nous lui proposons ensuite de la décorer avec des incrustations de perles. Nous évoquons la prochaine séance, elle nous demande de rechercher un coloriage de calèche.

Séance n° 2

DATE : 9/11/22

Objectif de la séance : se familiariser avec l'atelier et dans un premier temps proposer une activité qu'elle connaît déjà pour ne pas la mettre en difficulté

Activité(s) proposée(s) : coloriage d'une calèche avec des enfants et un cheval de trait.

Elle choisit un coloriage parmi plusieurs modèles photocopiés. Dans un premier temps, nous proposons qu'elle décalque le dessin mais cela demande beaucoup trop de précision et elle est en difficulté : réaction d'énervement contre les gouttes (traitement neuroleptique en solution buvable) qu'on lui donne qui provoqueraient ces difficultés. Nous lui proposons de colorier le dessin directement. La tension retombe, elle choisit ses couleurs et elle se montre assez précise et dans la maîtrise de son geste pour un rendu harmonieux. Nous colorions à ses côtés : Nous choisissons volontairement des couleurs différentes de la réalité (par exemple un cheval rose) pour l'inviter à s'autoriser à de la fantaisie : elle s'en amuse. Il y a beaucoup d'échanges lors des séances : sa parole se libère. Elle parle de sa petite fille, de sa famille, de son regret de ne plus voir son fils.

Séance n° 3

DATE : 16/11/22

Objectif de la séance : être dans le plaisir et la découverte de techniques d'art plastiques

Activité(s) proposée(s) : dessin libre

Dès son arrivée elle exprime ses inquiétudes envers sa fille dont elle n'a pas de nouvelle. Elle est contrariée, tendue et souffre d'une douleur à la hanche gauche. Elle tient des propos délirants. Elle est persécutée par deux patientes du service qu'elle accuse de vouloir la tuer. Elle n'a pas envie de créer, mais juste d'être là et écoutée. Nous lui proposons une boisson chaude qu'elle apprécie beaucoup. Elle remercie plusieurs fois et finalement dessine spontanément un poste de radio (en prenant modèle avec celui qui est dans la pièce) puis dessine un personnage et deux fleurs. Bien plus détendue ensuite, elle est dans la relaxation en suivant le fond musical.

Séance n° 4

DATE : 23/11/22

Objectif de la séance : mise en valeur : renarcissiser

Activité(s) proposée(s) : découpage et Collage de son coloriage sur une feuille d'un papier épais puis rencontre avec la peinture acrylique

Madame N arrive en boitillant. Elle souffre d'une douleur à la hanche gauche. Elle découpe (difficilement) le coloriage et le colle sur le support dont elle a choisi la couleur. Elle parle de sa fille, elle a dormi chez elle ce week-end mais elle s'inquiète car « elle boit ». Elle dit au passage qu'elle peut se montrer brutale. Puis elle tient un discours délirant. Nous essayons de l'aider à faire le tri entre ces propos, sa maladie et ses hallucinations. Elle manifeste son désaccord dans un premier temps puis elle dit : « je ne sais pas quand j'en verrais le bout de cette maladie, les traitements ne font pas d'effet » nous l'encourageons à en parler avec la psychiatre. Puis, nous lui proposons de faire des empreintes à partir de feuilles de plantes et d'arbres. Mais elle manque de dextérité et elle est en difficulté. Nous l'aidons beaucoup. Pour la prochaine fois, elle veut bien essayer la peinture sur une toile.

Séance n° 5

DATE : 30/11/22

Objectif de la séance : la renarcissiser et l'inviter à se découvrir des capacités insoupçonnées.

Activité(s) proposée(s) : peinture acrylique sur toile

Madame N arrive sans canne : Elle porte un patch antidouleur qui la soulage. Elle est souriante. Elle se souvient très bien de son projet. Elle choisit une toile de petit format, un pinceau et les couleurs qu'elle souhaite. Puis elle dessine un voilier bleu. Nous l'encourageons en lui faisant visualiser où pourrait se trouver ce bateau. Elle trace des vagues puis un personnage dans le bateau : nous commentons : c'est vous qui êtes dans le bateau « Il était une fois Mme N dans un bateau ... » Elle rit. Nous racontons un début d'histoire, elle me précise qu'elle va à Moscou. Elle est dans l'échange et le jeu. Un peu plus tard, Nous lui montrons sa création de loin. Elle regarde ses mains et dit « je ne savais pas que mes mains étaient capables de faire ça ! » Puis, elle parle de la météo et du brouillard d'hier et récite quelques vers en lien avec le brouillard. En nous aidant d'internet nous retrouvons ce poème de Maurice Carême que nous lui imprimons. Elle évoque ses bons souvenirs d'école.

Séance n° 6

DATE : 7/12/22

Objectif de la séance : être dans le plaisir de la création

Activité(s) proposée(s) : peinture acrylique sur toile

Elle signe son premier tableau puis en réalise un autre. Elle sait exactement ce qu'elle veut. Nous l'invitons à visualiser en commentant son dessin. Elle peint un tracteur, une remorque avec des sacs d'engrais. C'est en lien avec des souvenirs quand elle travaillait à la ferme avec son premier mari. Puis nous échangeons autour d'une boisson chaude, elle parle de ses deux jours de rupture avec la vie du service en famille d'accueil. Elle a beaucoup apprécié et leur a acheté des cadeaux. Puis, elle me demande de rechercher sur internet des poèmes : en lien avec les tracteurs et d'autres, avec les fleurs et l'hiver. Elle emporte son tableau avec elle.

Séance n° 7

DATE : 13/12/22

Objectif de la séance : être dans le plaisir de la création

Activité(s) proposée(s) : argile

Elle se sent moins bien ce jour car elle souffre de douleurs aux mains. Pour tenter de les atténuer, nous lui proposons une petite boule de terre souple à manipuler. Par le son adouci de notre voix, nous lui suggérons de fermer les yeux et de se concentrer sur le contact doux de l'argile. Elle réalise un nid avec deux oiseaux. Puis nous lui proposons une boisson chaude. Elle m'explique

qu'elle est préoccupée car « elle a du diabète » Elle est en quête de conseils nutritionnels. Nous l'invitons à demander un rendez-vous avec une diététicienne de l'hôpital. Puis elle est de nouveau dans la création, sur une feuille noire à gratter, elle dessine un sapin, des cadeaux et une personne devant. Elle évoque l'arrivée de trois nouveaux patients qui sont entrés hier à la suite de la fermeture de l'unité Sud.

Séance n° 8

DATE : 4/01/23

Objectif de la séance : être dans le plaisir

Activité(s) proposée(s) : peinture sur toile

Dès son arrivée Madame N se dit fatiguée. Elle termine sa peinture sur toile : elle écrit la marque du tracteur au feutre à l'acrylique puis signe son œuvre. Elle ne souhaite pas peindre. Nous lui proposons un exercice sous forme de jeu. Elle dessine des méandres au marker noir, puis nous l'invitons à les colorier. Nous lui montrons sur une feuille un exemple. Elle réalise finalement un dessin de chameau. Nous lui proposons de colorier le dessin que nous lui avons montré en exemple. Elle nous fait comprendre qu'elle voudrait que ce soit nous qui le fassions. Nous l'invitons à colorier chacun notre tour. Nous lui faisons découvrir les crayons de couleur aquarellable. Elle apprécie. Elle a fait travailler son imaginaire car dans ces formes, elle y a vu un animal assis. Nous suivons son idée en dessinant un œil et un museau. Elle apprécie et le formule en disant « qu'elle se sent bien ici dans l'atelier avec nous » Elle évoque des difficultés dans le service : Elle est envahie par l'idée qu'une patiente va la tuer. Nous pointons que c'est sa maladie qui lui provoque des hallucinations. Dans le déni, elle finit par l'admettre un peu plus tard. Elle quitte l'atelier en étant plus détendue.

Séance n° 9

DATE : 11/01/23

Objectif de la séance : fin de la prise en charge

Activité(s) proposée(s) : bilan

Arrive en retard elle avait oublié ; Nous faisons le bilan avec le questionnaire de fin de prise en charge (Cf. en troisième partie avec le bilan). Pas très bavarde, elle semble fatiguée et ralentie.

II.2.2 Etude de cas n°2 : M C

Né le 27/02/1974

Sa famille

Il a vécu dans le Pas de Calais avec ses parents. Son père était professeur de musique et souffre de bipolarité. Sa mère, atteinte de schizophrénie s'est suicidée par noyade dans son bain. M C avait 17ans et était présent. Ses parents se sont séparés en 1985. Il est resté proche du nouveau mari de sa mère. Celui-ci est décédé en 2009. Son père s'est remarié lui aussi et a un fils (demi-frère de M C) Ils n'ont aucun contact.

M C a eu un Bac scientifique. Il a travaillé jusqu'à l'âge de 27 ans.

Son anamnèse

Il a tout d'abord été suivi à Angoulême avec de multiples hospitalisations, de 2002 à 2014 et un temps d'incarcération de 18 mois pour l'agression à l'acide de son tuteur (il avait arrêté son traitement). En mai 2014, il arrive sur l'hôpital de Niort à l'unité Sud en service fermé à la suite d'une tentative de pendaison et de déféstration. Depuis, il a vécu quelques temps en appartement seul, mais très vite le logement est devenu insalubre. Il a donc été réhospitalisé et a dû être placé en isolements thérapeutiques plusieurs fois pour recrudescence de son délire, idées suicidaires, risque d'hétéro et d'auto-agressivité. Il a aussi bénéficié d'un relais en USIP* (Unité de soins Intensifs Psychiatriques) pour rééquilibrer son traitement, fin 2020. Un peu plus stable, un projet de vie en appartement à la résidence accueil d'un quartier de Niort a pu se concrétiser.

Actuellement

M C souffre de schizophrénie paranoïde.

Il est sous tutelle aux biens et perçoit l'allocation adulte handicapé (AAH*).

M C est hospitalisé de nouveau en service fermé (unité sud), depuis juillet 2022 à la suite d'une nouvelle décompensation délirante. Il est en SPDT (Soins Psychiatriques à la demande d'un Tiers) Aujourd'hui il va un peu mieux et retourne une journée par semaine dans son appartement.

Son traitement

Léponex 100 mg Neuroleptique 400 mg au coucher.

Traitement de la schizophrénie résistante aux traitements habituels.

Effets secondaires fréquents : agranulocytose* qui donne lieu à une surveillance particulière à l'aide d'un carnet de prescription et de bilans sanguins très réguliers. Prise de poids, vision floue, somnolence, constipation, sialorrhée, tachycardie, hypotension orthostatique.

Valium 10 mg Anxiolytique 1 comprimé matin, midi, soir et coucher.

Traitement des manifestations anxieuses sévères et invalidantes.

Effets secondaires fréquents : somnolence, dépendance physique et psychique, modification de la conscience, amnésie antérograde, trouble du comportement, modification de la conscience, sensation ébrieuse, céphalées, ataxie, irritabilité, agressivité, agitation.

Nozinan 40 mg Neuroleptique 100 mg matin, midi, soir et coucher.

Traitement de la schizophrénie.

Effets secondaires fréquents : sécheresse de la bouche, somnolence, sédation, constipation, hypotension orthostatique, indifférence, réaction anxieuse, dyskinésies, syndrome extrapyramidal, trouble endocrinien et métaboliques.

Risperdal 1 mg Neuroleptique 2 mg le matin.

Traitement des psychoses et en particulier schizophréniques.

Effets secondaires fréquents : trouble du rythme cardiaque, tremblements, contractures, prise de poids, insomnie, agitation, anxiété, céphalées.

Parkinane LP 5mg Antiparkinsonien 1 gélule le matin.

Traitement du syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques.

Effet secondaire fréquents : sécheresse de la bouche.

Forlax 1 sachet matin et midi et **Duphalac** 1 sachet matin et midi. Ce sont des laxatifs.

Traitement de la constipation.

Effets secondaires fréquents : douleurs abdominales, distension abdominale, diarrhée, nausées.

Entretien avec le patient :

M C a demandé un temps de réflexion et d'échanges sur ce qu'il pourrait faire ou pas, dans l'atelier. Puis il a accepté, en disant qu'il espérait pouvoir avoir un moment de lâcher-prise. Ses goûts : il aime les animaux, les couleurs primaires, le collage.

Réflexions autour du patient :

M C a vécu des moments traumatisants au cours de son enfance (suicide de sa mère) Il a pu faire des études et possède une grande culture musicale et artistique. Il peut être logorrhéique et se lancer dans des explications interminables pseudo délirantes. Il peut se montrer violent. Il peut se sentir très angoissé. Il est dans l'acceptation partielle de sa pathologie ce qui fait qu'il ne tient pas toujours compte des conseils des soignants et supporte très mal la vie dans le service.

Objectifs thérapeutiques de prise en charge

Objectif principal : améliorer son bien être pour une vie plus sereine et plus agréable.

Objectifs intermédiaires :

-améliorer son image de lui-même : le renarcissiser pour une meilleure estime de lui en lui proposant des exercices adaptés à ses goûts : autour des animaux par exemple.

-l'inviter à laisser place à ses ressentis, ses émotions, sans que ce soit vécu comme dangereux pour lui.

-favoriser le lâcher prise. Afin de diminuer son angoisse, son anxiété, son impulsivité et son agressivité.

-améliorer sa communication en l'invitant lors de nos échanges à être clair dans ses explications.

-favoriser la relation soignant/soigné pour l'instauration d'une relation de confiance et améliorer son insight*.

Les séances d'art thérapie

Séance n° 1

DATE : 2/11/22

Objectif de la séance : faire connaissance avec l'art thérapie et avec l'art thérapeute.

Activité(s) proposée(s) : libre en fonction de ses réactions et de nos échanges.

Il arrive seul à l'atelier. Il montre une certaine agitation psychomotrice. Il exprime son appréhension et sa peur de mal faire. Me demande où il doit s'installer et évoque le fait que sa journée est chargée. Nous l'écoutons attentivement mais ses explications sont confuses. Il s'assoit et nous commençons la séance. Nous l'invitons à feuilleter des livres de peintres. C'est ce qu'il fait consciencieusement, en prenant les livres par ordre alphabétiques. Nous proposons un fond musical, il refuse catégoriquement. Il choisit ensuite de réaliser un collage en s'excusant par avance du résultat. Il relie ces différents thèmes qu'il a collés par des traits. Il souhaite commenter sa réalisation, c'est sa logique, nous avons beaucoup de mal à suivre. A noté qu'au cours de l'atelier, il s'est absenté pour aller aux toilettes. Par erreur, il a gardé le tablier qu'il avait enfilé pour ne pas se salir. A son retour, il est rieur, il s'est imaginé rencontrer son médecin dans le couloir et lui dire « je suis le cuisinier » en montrant son tablier.

Il est sorti d'hospitalisation dans la semaine en sortie d'essai. Il reste sous contrainte de soins et peut être réhospitalisé plus rapidement s'il ne va pas bien.

Il est retourné dans son appartement de la résidence accueil. Il est indépendant dans son appartement mais il y a un dispositif autour avec la présence régulière d'éducateurs qui peuvent l'aider et le soutenir si besoin. Il a aussi un suivi CMP*. CATTP* et le passage journalier des infirmiers à domicile pour son traitement.

Il annule La **séance n°2** par téléphone. Nous avons un peu de mal à comprendre ses explications. Nous évoquons la situation avec l'équipe du service. Il est donc sorti de l'hôpital et il est de nouveau en appartement avec un étayage du CATTP* pour l'accompagner et le passage d'infirmiers au domicile pour la bonne observance du traitement. Il voulait arrêter toutes ses activités. Le point est fait avec le médecin qui repose le cadre de soins incluant la prise en charge en art thérapie. Le patient me rappelle pour m'informer qu'il continuera l'art thérapie.

Séance n° 3

DATE : 16/11/22

Objectif de la séance : lâcher prise

Activité(s) proposée(s) : activité inspirée du zentangle*

Il arrive un peu tendu n'a aucune idée de ce qu'il va pouvoir faire. Nous réexpliquons le principe de l'art thérapie. Nous lui proposons l'activité suivante : Tracer des courbes qui s'entrecroisent au marker puis remplir les espaces avec des motifs. Nous lui expliquons en faisant le geste sur notre propre feuille. Nous mettons à sa disposition des modèles de motifs. Il reste dans un raisonnement pseudo délirant et ne parvient pas à se détendre. Il semble être dans l'urgence de faire (agitation anxieuse ?) Par la suite, nous lui proposons de découvrir le modelage. Il choisit la terre de couleur rouge et réalise un visage qui rappelle un masque africain. Il enchaîne et demande une feuille et un crayon. Il dessine un pont, une rivière, un canard et un arbre qui ne lui plaît pas. (Il ne sait pas pourquoi) Il a prévu de peindre ce dessin la prochaine fois.

Séance n° 4

DATE : 24/11/22

Objectif de la séance : prendre plaisir à créer

Activité(s) proposée(s) : peinture / pastels

Il arrive un peu en avance et me demande de revoir l'horaire de l'activité afin qu'il soit rentré chez lui pour le passage de l'infirmier. Nous trouvons une solution à son problème. Il me demande d'augmenter le son de la musique que nous avons oublié d'éteindre et que finalement il apprécie. Il continue son dessin de la semaine dernière en le coloriant aux crayons de couleurs, puis nous lui suggérons de colorier le fond en utilisant des pastels secs et du coton. Il apprécie le contact doux et il le verbalise. Il a terminé après une demi-heure. Nous finissons par une boisson chaude et il feuillette des livres sur les animaux pour un projet de dessin pour la semaine prochaine.

Séance n° 5

DATE : 30/11/22

Objectif de la séance : prendre plaisir à dessiner

Activité(s) proposée(s) : libre

Dès son arrivée, il demande une musique relaxante et dessine un lapin en prenant modèle. Il réalise la tête et une partie de son corps. C'est un tout petit dessin au crayon au milieu d'une grande feuille A3*. Il dit « Je ne peux pas faire mieux. Je m'y connais en photographie mais pas en dessin » Il se met la pression sans que rien ne puisse l'apaiser. Nous l'invitons à imaginer

où pourrait se trouver ce lapin. Il dessine un arbre, des fleurs, de la nourriture. Et après avoir vérifié qu'il avait le droit. Il fait parler le lapin en allemand : La traduction en est « miam miam, c'est bon ici on se sent bien » Il s'amuse et se détend un peu. Il choisit un autre modèle pour la semaine suivante : un oiseau.

Séance n° 6

DATE : 7/12/22

Objectif de la séance : s'autoriser à être dans le plaisir

Activité(s) proposée(s) : libre

Il s'installe rapidement et dessine l'oiseau en s'aidant du modèle qu'il avait repéré la semaine dernière. Il s'encourage verbalement. Il a fait parler l'oiseau en allemand. Mais il n'est une fois de plus pas du tout satisfait et se dévalorise beaucoup. Il se confie et parle de sa déception et de sa colère du fait d'avoir été ré hospitalisé, il y a quelques mois ... Nous lui proposons d'aborder les choses différemment la semaine prochaine s'il veut bien nous faire confiance. Nous lui proposerons une activité qui pourrait l'aider au lâcher prise. Il accepte et nous confie le marque page qu'il devait utiliser pour mettre de côté le modèle initialement choisi pour la séance prochaine.

Séance n° 7

DATE : 14/12/22

Objectif de la séance : lâcher Prise

Activité(s) proposée(s) : encres et aquarelles

Il arrive en étant prêt à suivre nos consignes. Il humidifie sa feuille, mais pas assez, l'encre ne diffuse pas autant que prévu, il réhumidifie sa feuille et le résultat correspond à l'effet recherché. Il utilise la même technique sur une seconde feuille. Il termine très vite. Il explique qu'aujourd'hui, il est particulièrement inquiet. Il a une tension artérielle plutôt élevée. Son rendez-vous médical est le lendemain. Il a très peur et l'attente est angoissante. Il n'est donc pas vraiment disponible ce jour, nous terminons la séance en avance et nous l'invitons à aller se reposer.

Séance n° 8**DATE : 4/01/23****Objectif de la séance :** lâcher prise**Activité(s) proposée(s) :** libre

Il arrive un peu tendu mais content d'être là. Il évoque cette période qu'il qualifie d'horrible. Mais finalement, il a eu la bonne surprise de recevoir un appel d'une personne de sa famille. Il dit « au moins il ne m'a pas oublié lui ». Puis il s'installe rapidement. Ses gestes sont vifs comme s'il était pressé par le temps mais restent adaptés. Il sait tout de suite ce qu'il souhaite réaliser : Un collage avec des animaux. Il cherche dans des magazines. Nous l'aidons dans le tri, puis nous lui sortons le matériel et lui laissons choisir un format de feuille (A3*) Nous ne nous asseyons pas très loin de lui. Nous n'intervenons que très peu pour le laisser dans sa concentration en lui rappelant qu'il peut prendre le temps de choisir et pour le laisser s'imprégner de ses idées. Il choisit une musique qu'il souhaite relaxante. Il découpe de nombreux animaux. Nous avons en même temps quelques échanges sur sa santé et son problème d'hypertension. Nous lui proposons une boisson avec un chocolat. Il apprécie beaucoup ce moment de convivialité. « Merci de prendre soin de moi » Il s'apaise peu à peu et prend réellement plaisir à assembler les images en fonction des thèmes mais surtout en étant attentionné à l'harmonisation des couleurs : Il réalise un dégradé. Il est vraiment satisfait et se dit beaucoup mieux. Nous évoquons la dernière séance et je l'invite à apporter de quoi transporter ses œuvres : une poche un sac...

Séance n° 9**DATE : 11/01/2023****Objectif de la séance :** favoriser les échanges et la détente**Activité(s) proposée(s) :** libre

Il arrive en disant qu'il a un problème avec l'équipe du CATTP*. Il explique qu'il y a quelques jours, il a eu un entretien avec son psychiatre au cours duquel il lui a exprimé son souhait d'arrêter l'atelier cuisine qui ne lui apporte plus rien selon lui. Il demande à continuer l'art thérapie alors qu'il sait que mon stage et la prise en charge s'arrête la semaine prochaine. Il espérait que le Dr Pachoud m'avait fait parvenir une demande de suivi pour continuer. Je lui

explique qu'actuellement, je n'ai pas de détachement supplémentaire pour des prises en charges art thérapie. Nous commençons l'atelier : il souhaite faire des aquarelles avec diffusion des couleurs « j'ai bien aimé » dit-il, faisant référence à une séance précédente. Et en effet il s'amuse à déposer des gouttes de couleurs et à pencher la feuille...Il a apprécié ce moment.

Séance n° 10

DATE : 18/01/23

Objectif de la séance : bilan

Activité(s) proposée(s) : remplir le questionnaire

Il a rempli le questionnaire de fin de prise en charge. (Cf. en troisième partie avec le bilan) Il maintient son souhait de continuer l'art thérapie. Nous lui ré expliquons que notre stage se termine et la prise en charge sous cette forme également. Il y a de l'art thérapie les mardis, mais seulement en groupe, ce qui ne le dérange pas. Nous l'invitons à en parler avec son psychiatre qui pourra remplir une demande de prise en charge : Il est informé qu'il sera sur liste d'attente puisque pour l'instant les groupes sont complets.

II.2.3 Etude de cas n°3 : M J

Né le 12/09/1974

Sa famille

Il a une sœur, Marie Claire, qui est en foyer de vie « le Berceau ». Ils n'ont aucun contact. Son père était violent et alcoolo dépendant. Sa mère a été hospitalisée très souvent en psychiatrie. Victime de maltraitances de la part de ses parents, il est placé dans différentes structures : IME* (Institut Médico Educatif) et familles d'accueil.

Anamnèse :

Il est hospitalisé pour la première fois en psychiatrie en 1992, pour réactions violentes et intolérance à la frustration. A l'âge adulte, son histoire est aussi jalonnée de nombreux placements dans différentes familles d'accueil, entrecoupés d'hospitalisations. Il est à noter une période plus stable pendant 13 ans où il a vécu 4 ans dans une famille et 9 dans une autre. Il avait à ce moment-là pu acquérir une certaine autonomie puisqu'il pouvait voyager seul en bus

dans le département. Mais en 2019, il a dû, une fois de plus, être placé ailleurs puisque sa famille d'accueil prenait sa retraite. Par la suite, il a vécu dans plusieurs familles d'accueil mais n'a pas vraiment trouvé de stabilité. En juillet 2021, trop envahit par ses angoisses, son dernier placement n'a pas pu tenir. Depuis, il est hospitalisé.

Actuellement :

M J souffre d'un handicap intellectuel moyen avec une psychose non spécifiée. Sous tutelle aux biens et à la personne, il bénéficie de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH*).

Il est hospitalisé en SPL (Soins Psychiatriques Libres) à l'unité Ouest, depuis juillet 2021.

Une semaine par mois, il quitte le service d'hospitalisation. Il bénéficie de séjours de ruptures à la MARPAHVIE* (Maison d'accueil rurale pour personnes handicapées vieillissantes) de Périgné. Ce sont des séjours temporaires, dans l'attente d'un éventuel accueil à temps complet.

Son traitement :

Xanax 0,25 mg Anxiolytique Benzodiazépine Si besoin.

Traitement des manifestations anxieuses sévères.

Effets secondaires fréquents : somnolence, sédation, asthénie, vue trouble, constipations, nausées, irritabilité, perte de mémoire, confusion, dépression.

Léponex 100 mg Neuroleptique 100 mg le matin, 50 le midi et 200 le soir.

Traitement de la schizophrénie résistante aux traitements habituels.

Effets secondaires fréquents : agranulocytose* qui donne lieu à une surveillance particulière à l'aide d'un carnet de prescription et de bilans sanguins très réguliers. Prise de poids, vision flou, somnolence, constipation, sialorrhée, tachycardie, hypotension orthostatique.

Loxapac 25 mg Neuroleptique 1 comprimé matin, midi et soir

Traitement de la schizophrénie.

Effets secondaires fréquents : hypotension orthostatique, sédation, somnolence, indifférence, réaction anxieuse, dyskinésies, syndrome extrapyramidal, trouble endocriniens et métaboliques.

Norset 15 mg Antidépresseur 2 comprimés au coucher.

Traitement des épisodes dépressifs majeurs.

Effets secondaires fréquents : prise de poids somnolence, sédation, céphalées, sécheresse de la bouche, augmentation de l'appétit.

Xéroquel LP 50 mg Neuroleptique 800 mg à 16h

Traitement de la schizophrénie.

Traitement et effets secondaires identiques au Loxapac.

Lepticur 10 mg Antiparkinsonien 1 comprimé le matin.

Traitement du syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques.

Effets secondaires fréquents : sécheresse de la bouche, trouble de l'accommodation, hypertonie oculaire, troubles mictionnels, constipation.

Entretien avec le patient :

M J demande depuis plusieurs semaines à bénéficier d'une prise en charge art thérape. Il était plutôt intimidé lors de notre rencontre. Il s'est montré attentif à mes explications sur la présentation de l'atelier et des différentes activités artistiques possibles. Son idée : « dessiner »
Ses goûts : Difficile d'y répondre pour lui et pour l'instant

Réflexions autour du patient :

M J a vécu une enfance chaotique, faite de ruptures, de maltraitances physiques et psychologiques. Il n'a pu acquérir ni la lecture ni l'écriture. Son vocabulaire est restreint. L'expression et la compréhension de ce qu'il ressent est difficile. Limité par ses capacités d'élaboration, il peut se sentir dépassé et réagir de façon agressive. Il a appris à utiliser le contrôle de sa respiration pour parvenir à apaiser son angoisse. Souvent dévalorisé, il a une piètre estime de lui. Il a un tel souhait d'être conforme à ce qu'il croit qu'on attend de lui qu'il ne parvient pas à être lui-même. Toute la difficulté va être de lui proposer des activités qui ne le mettent pas en situation d'échec et lui permettent de s'exprimer sans influencer son attitude et ses choix.

Objectifs thérapeutiques de prise en charge

Objectif principal : améliorer son bien-être au quotidien.

Objectifs intermédiaires :

-l'aider à repérer et à diminuer ses tensions internes : favoriser le lâcher prise afin d'être dans le plaisir de créer.

- favoriser l'expression et la compréhension de ses émotions lors de nos échanges : L'inviter à exprimer son ressenti.

-renarcissiser en lui prouvant qu'il peut mener des projets artistiques et en l'aidant à retrouver de l'estime de soi.

Les séances d'art thérapie

Séance n° 1

DATE : 2/11/22

Objectif de la séance : faire connaissance : se familiariser avec l'atelier

Activité(s) proposée(s) : libre pour évaluer ses capacités

Nous venons le chercher dans le service. Il est un peu tendu. Il est inquiet de ce que l'on va faire. Nous commençons par feuilleter un livre de peintre. Nous abandonnons très vite cette activité, voyant que le patient n'est pas à l'aise. Nous lui demandons ce qu'il souhaite faire : un dessin sur une feuille A3*, des fleurs. Il demande ensuite s'il peut faire un collier de perle. Il s'agace vite lorsque certaines perles sont plus difficiles à enfiler : « je vais arrêter » Il demande à aller fumer et regarde sa montre plusieurs fois. Nous lui proposons d'arrêter pour aujourd'hui. Nous lui disons que nous allons trouver des perles moins petites pour la semaine prochaine. Il est tendu.

Séance n° 2

DATE : 9/11/22

Objectif de la séance : lâcher prise

Activité(s) proposée(s) : perles /argile

Nous venons le chercher dans le service. Il préfère. Pendant le trajet semble à l'aise. Dans l'atelier, il est ravi qu'il y ait les nouvelles perles que nous devons apporter. Il réalise immédiatement un bracelet sans difficulté et fait même le nœud pour le fermer avec dextérité. Nous avons mis un fond musical relaxant qu'il dit apprécier. Par la suite, nous enchainons :

nous avons compris qu'il doit être rassuré et que les temps d'incertitudes sont angoissants pour lui. Nous lui proposons l'argile : Il ne connaît pas et prend plaisir à la toucher, l'assouplir, la malaxer : Il prend le temps, il aplatit la terre et réalise un dessin (soleil) en s'aidant des outils en bois. Nous lui proposons une boisson chaude qu'il apprécie tout particulièrement. S'en suit un échange autour de son ancienne famille d'accueil. Veut me donner ses objets en terre : Nous lui expliquons qu'ils sont à lui et qu'il peut aussi faire quelque chose pour lui.

Séance n° 3

DATE : 16/11/22

Objectif de la séance : lâcher prise

Activité(s) proposée(s) : argile

« Qu'est-ce qu'on va faire ? » Cette question revient souvent : Il a besoin d'enchaîner les activités. Il parvient à se détendre lors de la manipulation de l'argile. Il prend en compte notre invitation à prendre le temps et même à fermer les yeux pour se concentrer sur ses sensations. Il réalise un objet puis passe rapidement à la confection d'un bracelet qu'il souhaite offrir à sa petite amie. Et enfin, il colorie un mandala*. Il utilise des couleurs douces.

Séance n° 4

DATE : 23/11/22

Absent Séjour de rupture à la MARPA de Périgné

Séance n° 5

DATE : 30/11/22

Objectif de la séance : lâcher prise – prendre plaisir à créer

Activité(s) proposée(s) : peinture acrylique

M J parle de son séjour à la MARPA il est particulièrement détendu et a participé à de nombreuses activités qu'il a apprécié. Nous lui proposons de peindre ses objets réalisés en terre les fois précédentes : choisit ses couleurs, son pinceau, dit à plusieurs reprises qu'il se concentre. Recherche nos encouragements et notre approbation. Pendant que nous rangeons le matériel, il boit une boisson chaude. Nous lui proposons de peindre sur une toile. Il en choisit une d'un

grand format. Nous lui expliquons les différentes étapes : le fond d'abord et ensuite les dessins quand la peinture est sèche. Pour l'aider nous l'invitons à visualiser ce qu'il veut dessiner des fleurs ? ok elles sont où ? donc il dessine un fond jusqu'à environ la moitié de la toile en vert. Il fera la suite la prochaine fois. Il a compris qu'il devait attendre que ça sèche.

Séance n° 6

DATE : 7/12/22

Objectif de la séance : lâcher prise

Activité(s) proposée(s) : peinture acrylique

Nous avons quelques échanges avec les soignants du service qui soulignent combien M J va bien actuellement. Dès notre arrivée dans l'atelier, il se met immédiatement à peindre le haut de sa toile en bleu. Il s'applique et est très concentré. Il peint ensuite la seconde couche sur ses objets en terre. Puis après une pause boisson chaud. Puis, il commence un coloriage.

Séance n° 7

DATE : 14/12/22

Absent journée à la MARPA pour fêter Noël.

Séance n° 8

DATE : 4/01/23

Objectif de la séance : lâcher prise – être dans le plaisir de créer

Activité(s) proposée(s) : peinture sur toile

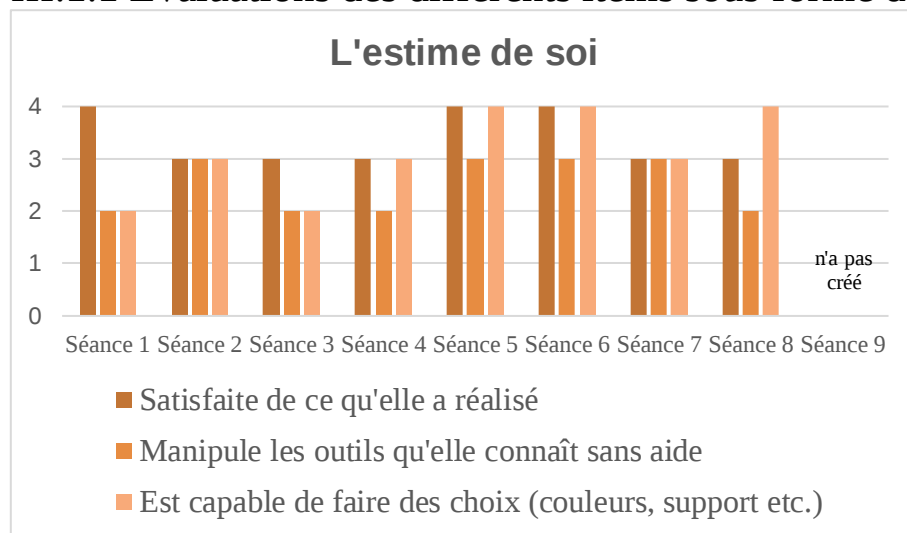
M J termine sa peinture sur toile : Il dessine trois fleurs avec minutie. Très concentré, il a choisi les couleurs et le pinceau. Il est satisfait de son tableau qu'il signe spontanément. Nous faisons le point sur ses différentes créations. Nous prenons une boisson chaude accompagnée d'un petit chocolat pour marquer la fin de la prise en charge. Il remercie plusieurs fois pour ces séances. Il est ravi et fier d'emporter ses œuvres avec lui. Nous réalisons ensemble le questionnaire de fin de prise en charge. (Cf. en troisième partie avec le bilan)

Absent séjour à la MARPA

TROISIEME PARTIE : Les résultats et bilans

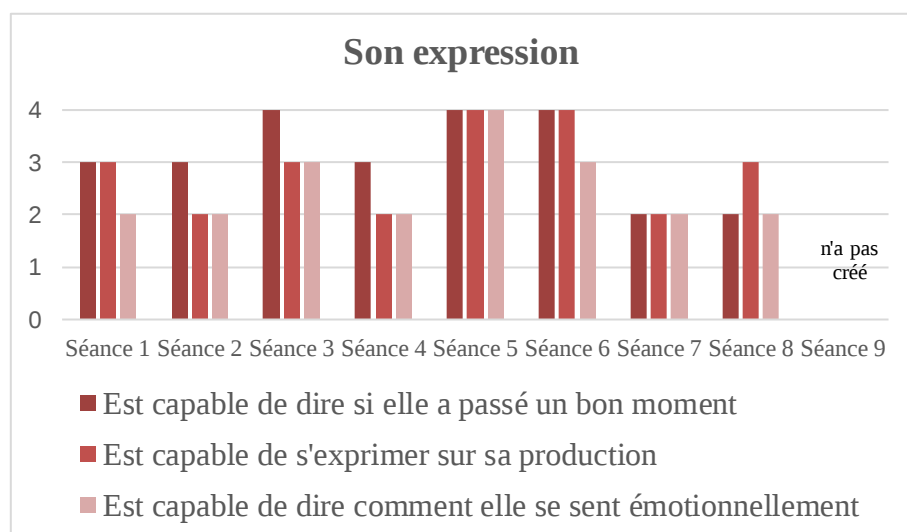
III.1 Etude de cas n°1 : Mme N

III.1.1 Evaluations des différents items sous forme de graphiques



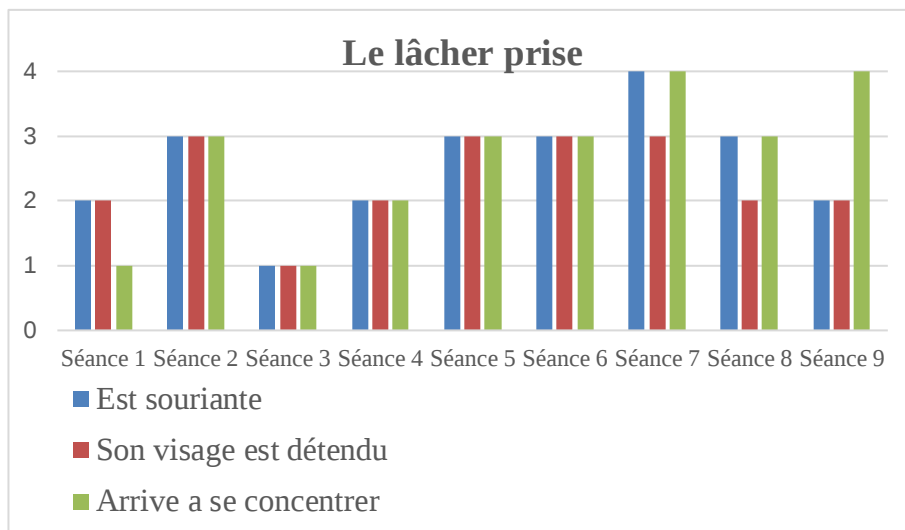
Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



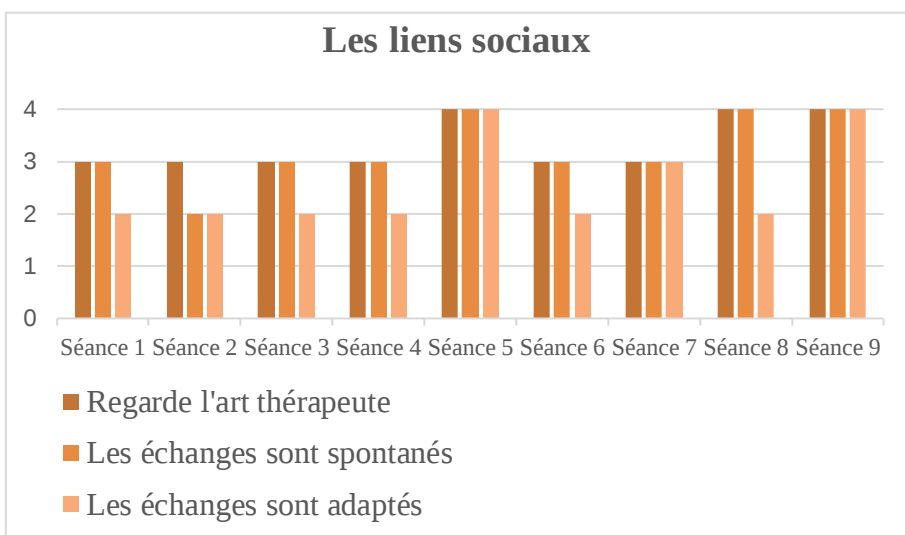
Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



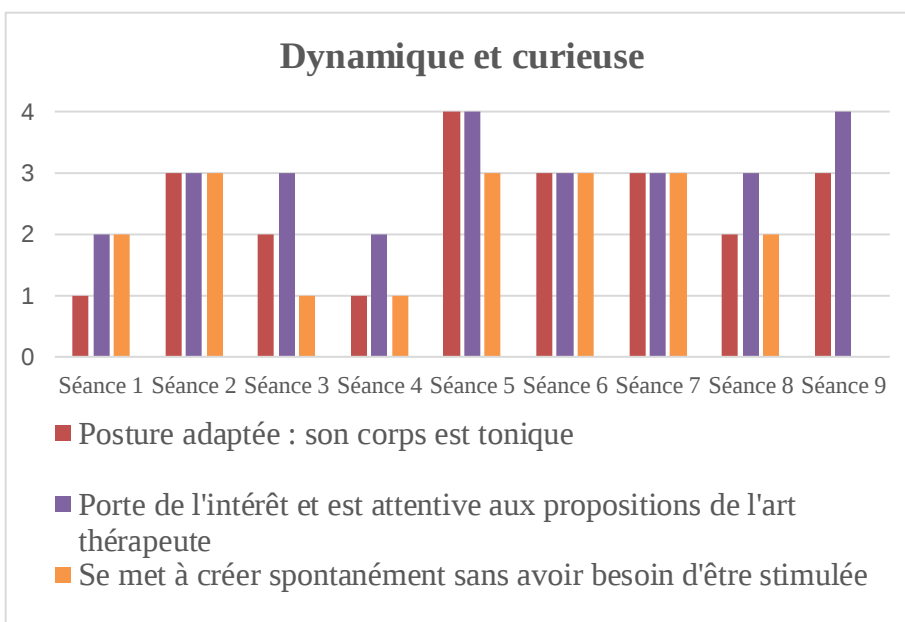
Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement

III.1.2 Auto-évaluation de fin de prise en charge de Mme N

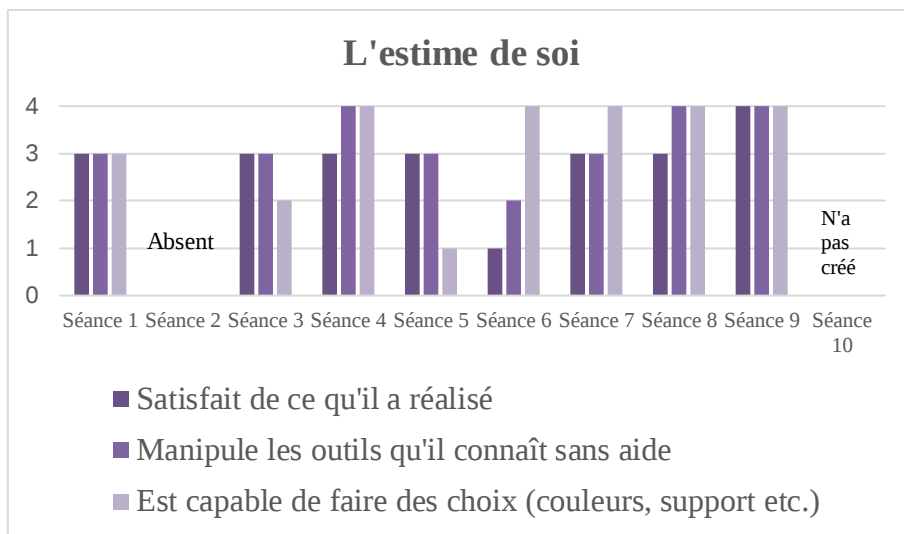
- Quelles sont vos productions préférées (es) ?** Les objets en terre
- Quelles productions ont été les plus agréables à réaliser ?** Les dessins libres
- Quelles sont celles qui ont été difficile ?** La peinture
- La réalisation qui vous a déçu ?** Aucune
- La réalisation qui vous rend fière ?** Toutes
- Distinguez-vous des points communs à vos productions ?** Les animaux
- Avez-vous des commentaires à faire de manière générale sur les séances ?** Rien de particulier

III.1.3 Bilan de Mme N

Mme N s'est rapidement habituée à l'atelier. Elle a utilisé ce temps qui lui était dédié pour s'exprimer et parler d'elle de façon spontanée. Elle a profité de moments de créations extrêmement riches et elle s'est ouverte à la poésie et à ses bons souvenirs. Son entrée en relation souvent un peu abrupte cache une réelle sensibilité qui, dans un cadre bien particulier peut se dévoiler. Son évolution a été fluctuante. Elle est bien souvent envahie par ses hallucinations et ses idées de persécutions dont elle n'a conscience que partiellement. Elle a pu apprécier ces moments de détente et d'échanges. Les graphiques montrent une progression plus marquée pour les séances 5 et 6, ce qui correspond à un moment où elle était moins envahie par ses idées délirantes.

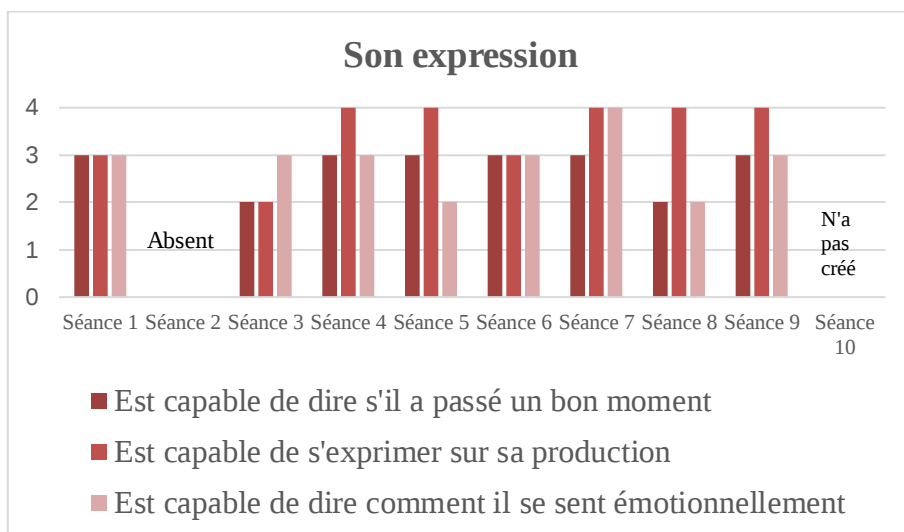
III.2 Etude de cas n°2 : M C

III.2.1 Evaluations des différents items sous forme de graphiques



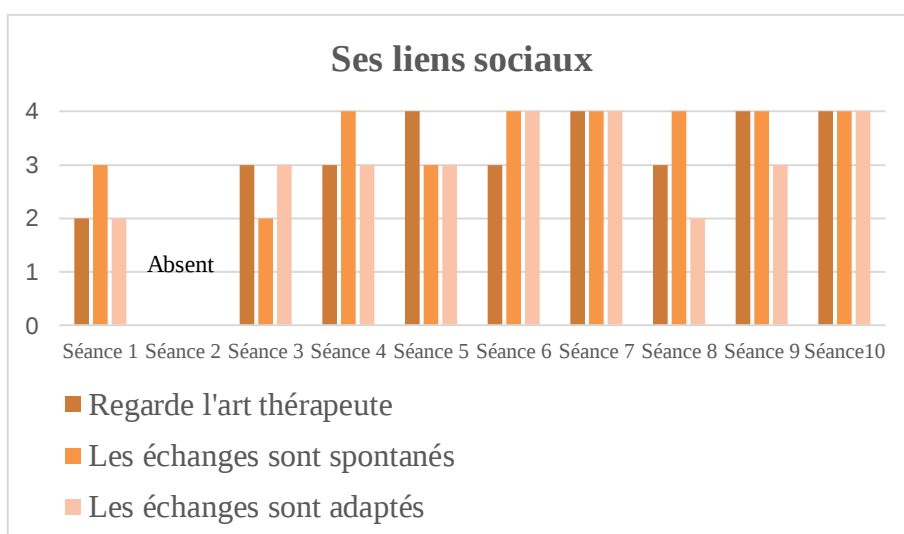
Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



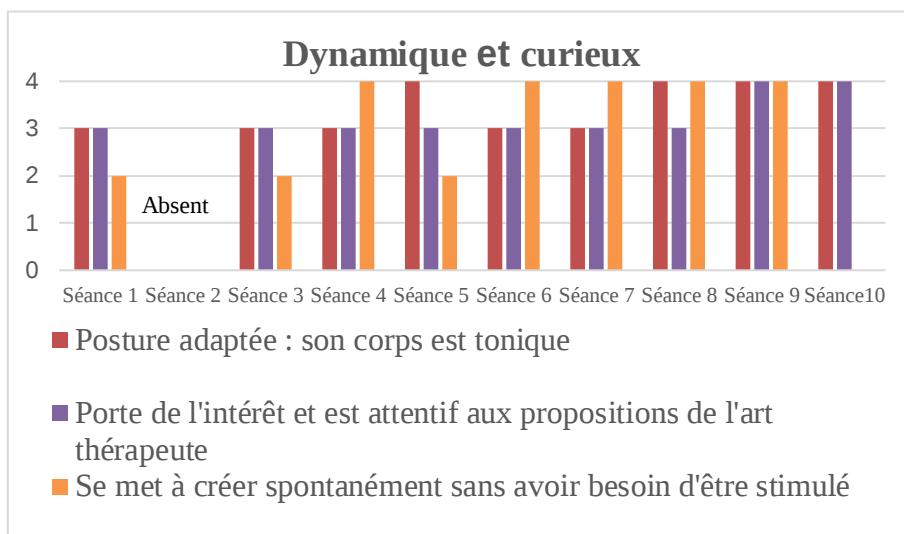
Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



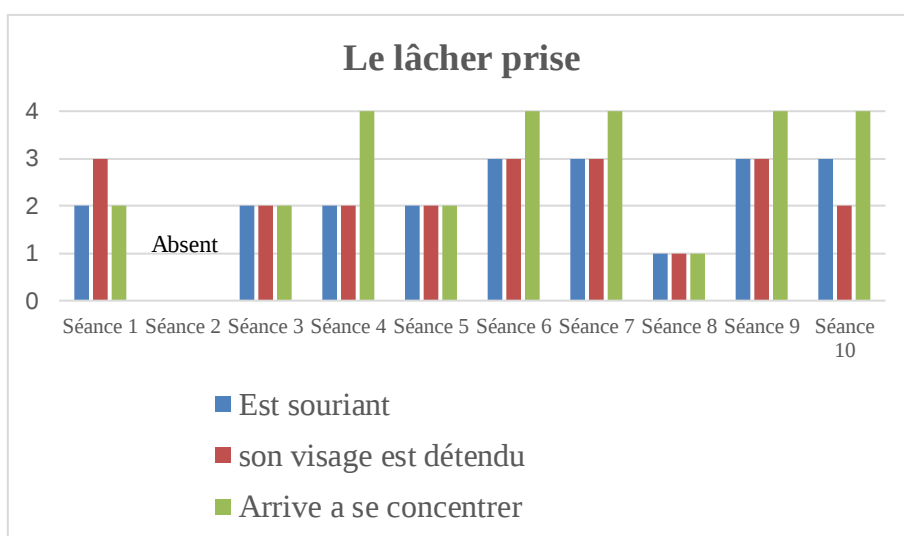
Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement

III.2.2 Auto-évaluation de fin de prise en charge de M C

- Quelles sont vos productions préférées (es) ?** Aucune distinction
- Quelles productions ont été les plus agréables à réaliser ?** Toutes ont été agréables
- Quelles sont celles qui ont été difficile ?** Aucune
- La réalisation qui vous a déçu ?** Aucune : les productions sont toutes belles (presque) accomplies ;
- La réalisation qui vous rend fière ?** Toutes. Même le modelage à l'argile m'a plu

-Distinguez-vous des points communs à vos productions ? Collages ou dessins, présence d'animaux et d'eau.

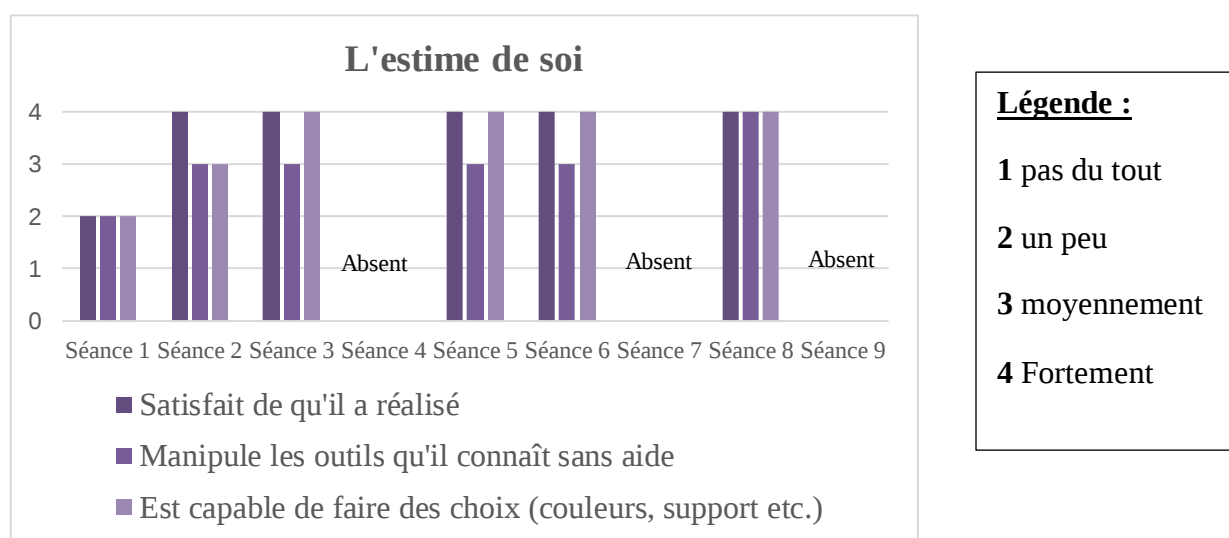
-Avez-vous des commentaires à faire de manière générale sur les séances ? RAS

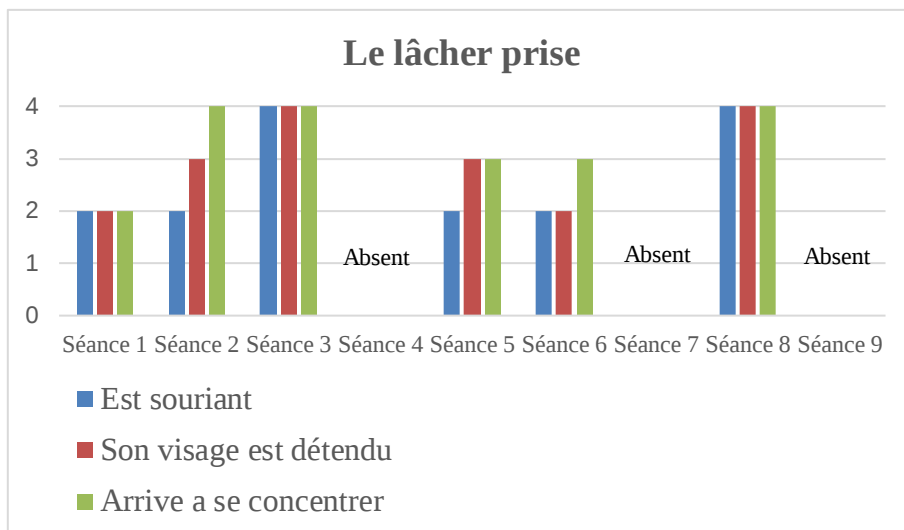
III.2.3 Bilan de M C

Le début de la prise en charge fut assez délicat : M C était tendu. Il arrivait dans l'atelier en présentant une certaine agitation anxieuse. Il avait du mal à se poser, à s'asseoir tout simplement, était plutôt logorrhéique. Son discours était parfois confus. Il était difficile à comprendre et supportait mal qu'on lui demande d'être plus clair. Il montrait un certain agacement. Cette agitation s'est peu à peu dissipée et la relation de confiance a pu s'instaurer. Il a pu s'apaiser et être disponible pour découvrir et apprécier de nouvelles techniques et supports artistiques. Sans être dans le lâcher prise total, peut-être trop déstructurant pour lui, il a pu être dans la détente. Il a pu aussi se détacher de l'évaluation qu'on peut comparer à une notation scolaire qu'il utilisait au début. D'ailleurs, Les graphiques d'évaluation montrent une progression dans tous les domaines. Il a apprécié ces temps d'échanges et l'ambiance bienveillante. A tel point, qu'il souhaite continuer l'art thérapie.

III.3 Etude de cas n°3 : M J

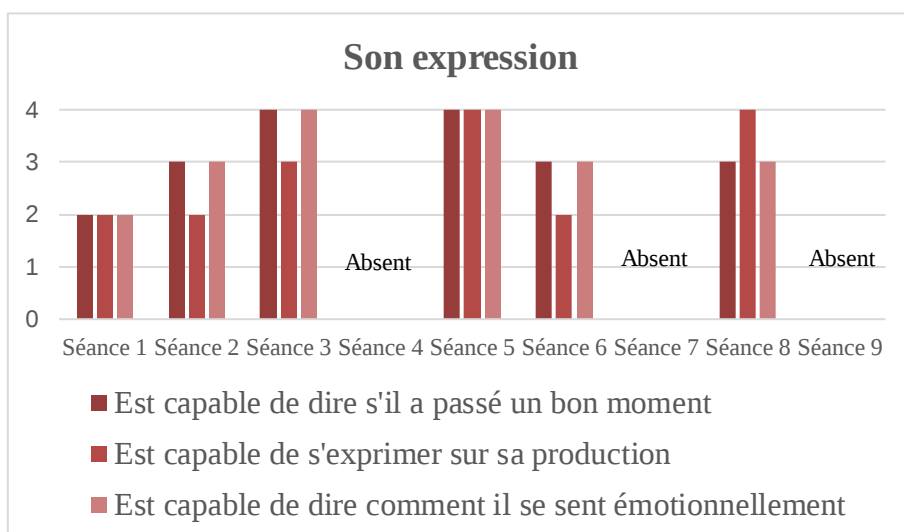
III.3.1 Evaluations des différents items sous forme de graphiques





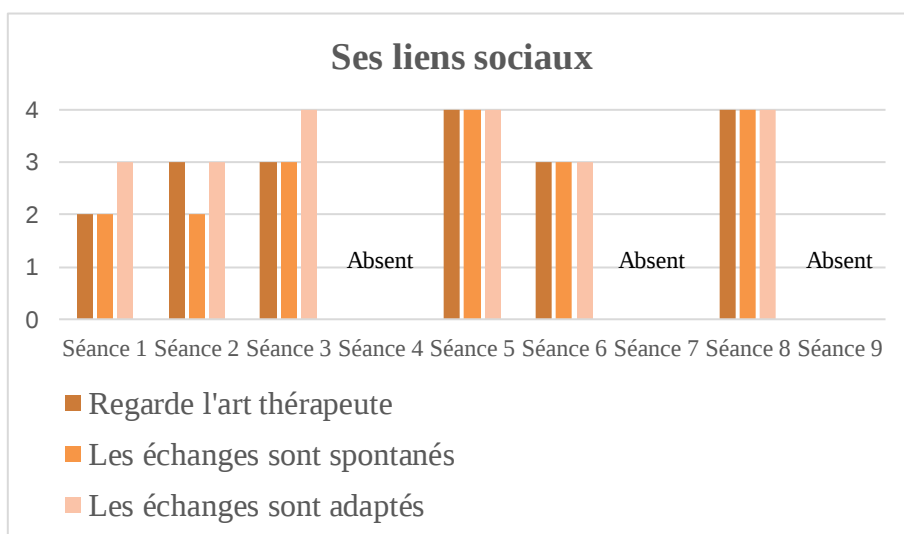
Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



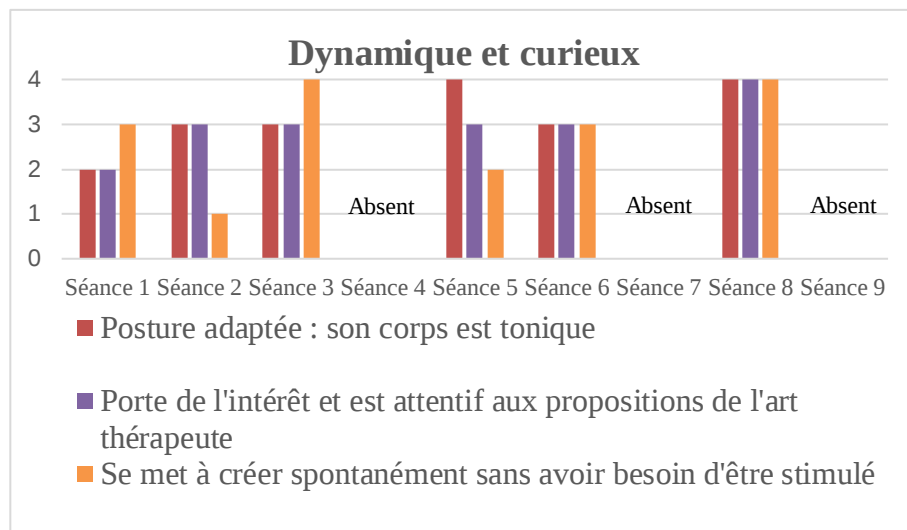
Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



Légende :

- 1 pas du tout
- 2 un peu
- 3 moyennement
- 4 Fortement



Légende :

- 1** pas du tout
- 2** un peu
- 3** moyennement
- 4** Fortement

III.3.2 Auto-évaluation de fin de prise en charge de M J

-Quelles sont vos productions préférées (es) ? Les peintures sur toiles.

-Quelles productions ont été les plus agréables à réaliser ? La peinture

-Quelles sont celles qui ont été difficile ? Réaliser des colliers.

-La réalisation qui vous a déçu ? Aucune

-La réalisation qui vous rend fier ? Les peintures

-Distinguez-vous des points communs à vos productions ? Non

-Avez-vous des commentaires à faire de manière générale sur les séances ?

Ça s'est bien passé. Je voudrais bien refaire des séances mais toujours en individuel

III.3.3 Bilan de M J

A l'observation des graphiques on constate que M J a progressé dans tous les items. Il était assez tendu durant les premières séances et ne parvenait pas à être dans le lâcher prise. Il a eu besoin d'un peu de temps pour se familiariser avec l'atelier. Il a pris progressivement de l'assurance et a pu être rassuré, ce qui lui a permis d'être peu à peu dans la détente et de prendre le temps de réaliser ses créations. Nous avons cherché ensemble quelles techniques, quels supports pourraient lui être favorable. La peinture lui a particulièrement été agréable ainsi que le modelage. Continuer cette activité pourrait lui apporter beaucoup. Il commence juste à en percevoir les bienfaits.

QUATRIEME PARTIE : Discussion

Notre réflexion autour de notre expérience lors du stage s'appuiera sur les écrits du pédiatre psychanalyste Winnicott (1896 -1970) et sur la théorie d'approche systémique.

Parallèle avec l'hypothèse originelle décrite par Winnicott

L'hypothèse originelle (8) correspond à un concept décrit par Winnicott (pédiatre psychanalyste), il parle de la relation spécifique qui s'instaure entre la mère et son bébé. Il décrit le Holding qui se définit par les soins apportés à l'enfant autant physiques (bercer, porter) que psychiques (le fait que la mère comprenne et décode les émotions que son enfant ressent) et le handling qui correspond aux soins prodigués (le fait de le laver, de le changer...) Tous ces soins, si la mère est « *suffisamment bonne* » c'est-à-dire adaptée aux besoins de l'enfant permettent le bon développement du bébé en lui donnant la capacité de pouvoir accéder au jeu, à la symbolisation et à la création d'une relation en dehors de sa relation avec sa mère. C'est un espace intermédiaire entre sa mère et lui qui est définie comme l'espace transitionnel. Il investit cette relation auprès d'un doudou qui devient l'objet transitionnel. Cette création lui permettra à plus long terme de se détacher de sa mère et de se subjectiver. Nous pouvons faire un parallèle avec le travail engagé autour des patients en art thérapie. Le lieu sécurisant de l'atelier, les repères de temps et d'espace, le fond musical, l'adaptabilité, la permanence de l'atelier, l'écoute sont autant d'éléments qui portent, qui enveloppent le patient comme le « Holding ». D'autre part, l'attention portée au confort du patient, la boisson chaude, correspondent plus aux « handling ». Tout comme l'enfant, le patient accède au « plaisir de jouer » de créer, de « symboliser » et ses dessins et peintures correspondent à l'objet transitionnel. L'atelier devient l'espace transitionnel. Dans ce contexte, le patient évolue dans un environnement « sécurisé » qui peut lui permettre d'être dans le plaisir de la création, dans le bien-être et à plus long terme dans l'élaboration de son psychisme.

(8) BOUDARSE Khalid *Psychose et soins une lecture à partir de Winnicott*- Ères | « Dialogue » 2012/1 n° 195 | pages 7 à 18 P 61

L'approche systémique ⁽⁹⁾

Elle est le résultat de rencontres de plusieurs scientifiques américains qui déploraient l'effet délétère de la division des connaissances et souhaitaient travailler en ayant une vision plus globale. Le personnage central est l'anthropologue Gregory Bateson (1904-1980). Il a créé l'école Palo Alto en 1952. Cette école par la réunion de plusieurs travaux effectués par des scientifiques (un chimiste, un étudiant en communication sociale et un psychiatre) a permis la rédaction de plusieurs concepts applicables à la santé mentale. Bien d'autres ont contribué au développement de cette approche, notamment, Nathan Ackermann psychiatre (1908-1971) en créant la thérapie familiale. La théorie d'approche systémique s'appuie sur trois principes : l'interaction, le contexte et le principe de totalité (« le tout est plus que la somme des parties ».) et sur deux théories : la théorie de la communication et la théorie des systèmes. Elle situe toute personne dans son contexte et notamment dans sa famille qui est vue comme un système toujours en quête d'équilibre (l'homéostasie). Cette approche place le « comment » en priorité plutôt que le « pourquoi ». Elle s'oriente plus sur les interactions entre des éléments alors que l'approche analytique qui nous est plus familière s'oriente sur un élément isolé. Il nous faut donc penser différemment.

Nous avons pu repérer l'importance de la période de l'année. Plusieurs patients n'ont que très peu ou pas du tout de visite de leur famille. La période des fêtes de fin d'année est bien souvent synonyme de tristesse et souligne encore un peu plus le délaissement dont ils sont victimes. Ceci a pour conséquence de générer un mal être et de l'anxiété plus présente que d'habitude. C'est d'ailleurs ce que nous avons observé. Lors de la dernière séance de l'année 2022, plusieurs patients n'allaient pas très bien. Un lien peut être fait avec la théorie systémique et le principe du patient désigné ⁽¹⁰⁾. Dans le courant systémique, la famille est vue comme un système avec des relations entre ses membres qui obéissent implicitement à des règles dans le but de préserver l'équilibre (l'homéostasie) du système de la famille. L'expression ou le fait qu'un des membres ait une réaction inhabituelle à un événement, est vu comme le signe d'une insatisfaction, d'un besoin de changement de ce membre qui remet en cause tout l'équilibre. Il peut être apparenté à un symptôme et comme le signal d'une perturbation d'une ou plusieurs des fonctions nécessaires à la survie de la famille.

(9) ESF sciences humaines WWW.esf-scienceshumaines.fr P62

(10) AUSLOOS Guy *La compétence des familles : Temps, chaos, processus*. Broché. ERES 173 pages - septembre 1995- p133 à 140 P 61

Au départ, il y a une famille qui rencontre des difficultés. En réponse à ses tensions un des membres adopte un comportement au hasard (pas consciemment) ou en raison de déterminants internes ou externes parmi une infinité de comportements. Par un mécanisme de rétroaction positive*, les autres membres du système vont par leur réponse à ce comportement aléatoire le sélectionner et l'amplifier. Cette première expression inhabituelle correspond à la phase de sélection/ amplification. Si le symptôme s'installe, ce comportement devient une habitude qui définit le sujet et l'identifie dans son système. C'est alors la phase de cristallisation / amplification. Ce second temps correspond à la réaction du système, qui toujours dans le but d'économie et d'homéostasie, participe à l'économie personnelle du sujet qui devient alors patient désigné. Plusieurs réponses sont possibles :

- La rétroaction négative* : renforcement de la cohésion familiale en cristallisant ses intérêts et ressources autour du patient désigné soit pour la guérison, soit pour le neutraliser ou le rejeter. C'est peut-être ce qui peut expliquer le délaissement observé pour de nombreux patients hospitalisés en psychiatrie (le rejet).

- La rétroaction positive* avec recherche d'une solution pour dépasser l'opposition entre les besoins de la famille et ceux du patient désigné. C'est ce que les familles tentent de trouver quand un suivi en thérapie familiale est mis en place.

C'est aussi ce que nous, en tant que thérapeute, devons mettre en place pour contribuer à l'amélioration de la santé mentale du patient. Nous devons prendre en compte l'ensemble du système et ses sous-systèmes (familial, unité de soins...) auquel il appartient et proposer une réponse différente qui peut lui permettre d'adopter un comportement plus en accord avec lui-même et donc moins chargé d'angoisse. C'est en ayant en tête ces concepts que nous devons adapter notre « sous-système » art thérapeutique. En proposant un nouveau fonctionnement, le patient pourra vivre autre chose, peut-être rétroagir différemment. Ceci peut contribuer à une évolution chez lui et l'aider à s'objectiver. Pour cela, il nous faudra donc recréer un environnement comparable à celui du holding et du handling. Nous devons donc être attentives à plusieurs éléments primordiaux pour répondre à ces objectifs.

-Des repères dans le temps :

Pour donner des repères autant aux patients qu'aux soignants, nous avons proposé, lors de la mise en place des séances, des jours et des horaires fixes, d'une semaine sur l'autre. Lors de l'interruption des deux semaines, fin décembre, les personnes étaient prévenues depuis le début.

Mais en plus, nous avons écrit l'information sur un papier pour le patient et un autre pour informer les équipes.

-Des repères dans l'espace :

L'atelier où se sont déroulées les séances lors de notre stage est la salle qui est utilisée pour l'art thérapie du mardi, de ce fait elle est déjà identifiée en tant que telle. C'est donc tout naturellement que nous l'avons choisie. Elle se situe à l'extrémité du bâtiment du secteur 2. Elle est reliée par un long couloir au secrétariat du secteur et elle à une porte vitrée qui donne directement sur l'extérieur. Son accès est donc facile pour les personnes hospitalisées dans les unités mais aussi, pour les personnes non hospitalisées qui peuvent venir directement, sans être obligées de passer par le secrétariat de psychiatrie. C'est un lieu aménagé et dédié aux arts plastiques avec de nombreuses étagères où le matériel est visible. Cette vue directe peut susciter le désir et donner des idées, ce qui est stimulant. C'est aussi un lieu qui nous est familier puisque nous l'utilisons les mardis. Nous connaissons le matériel, les outils. C'est une salle ouverte sur l'extérieur par des grandes baies vitrées et en même temps un cocon. C'est un lieu sécurisant avec un espace-temps différent, un moment à part, protégé de l'extérieur et des difficultés éventuelles du quotidien : un espace de liberté protégé.

Un autre repère important : Nous avons confectionné pour chacun une pochette à dessins nominative pour ranger leurs réalisations, à l'abri des regards et qu'ils retrouvaient d'une semaine sur l'autre. Un espace de stimulations sensorielles : Cet espace propose au patient un contexte différent avec de nouvelles interactions possibles. Les techniques d'art thérapie lui permettent de communiquer autrement grâce à ses créations. Il peut vivre des émotions à travers le ressenti éprouvé face à une œuvre, à la musique, aux échanges. Le corps est mis en mouvement pour venir jusqu'à l'atelier. Le corps est aussi sollicité pour peindre, colorier, manipuler... Ce qui n'est pas rien pour des patients bien souvent apragmatiques et dont le rapport à leur corps est si singulier. Le patient peut percevoir le dedans et le dehors quand il se déplace pour sortir et aller jusqu'à la salle d'art thérapie qui n'est plus le lieu clos du service. Toutes ces stimulations se font dans un cadre bien spécifique grâce à la présence de l'art thérapeute. Cet accompagnement est primordial. Il permet de « filtrer » les stimulations. Une stimulation trop puissante pourrait provoquer une angoisse massive pour un patient psychotique.

Dans cet exemple, un lien peut être établi avec la théorie évoquée par Freud sur le rôle de pare excitation (11) que la mère adopte pour protéger son bébé. En effet, à sa naissance le nourrisson éprouve une détresse originelle. C'est-à-dire qu'il doit faire face à de nombreux stimuli, autant internes qu'externes, sans qu'il ait encore les moyens d'agir sur celles-ci. Winnicott a complété cette théorie en soulignant qu'il appartient à la mère de préserver son enfant de trop d'excitations et donc de présenter ces stimuli de façon progressive jusqu'à ce que l'enfant acquière les capacités d'élaborations dans son propre appareil psychique. L'appareil psychique chez un schizophrène n'est bien souvent pas en capacité de filtrer les informations lui aussi. Par exemple, à son arrivée dans l'atelier, M C est souvent très envahi et agité par tout ce qu'il vit au dehors (il n'est plus hospitalisé). Il s'apaise peu à peu. Il est moins perturbé par les nombreuses informations de l'extérieur comme si l'espace de prise en charge le protégeait et jouait le rôle de pare excitation.

-Un lieu enveloppant physiquement

Nous avons la plupart du temps proposé un fond musical pendant les séances d'art thérapie. Ce fond musical était apprécié par les personnes prises en soins. Nous pouvons faire un lien avec un des concepts d'Anzieu auteur du livre « *le moi peau* » qui parle d'enveloppe corporelle. Edith Lecourt (psychologue, psychanalyste, musicienne, musicothérapeute : fondatrice de l'enseignement de la musicothérapie en France) dans le livre « *les enveloppes psychiques* » y fait référence page 201 et parle de bain sonore (12). La musique dans ce contexte fait plus référence à la cénesthésie*, elle enveloppe le corps, ce qui entraîne une impression d'apesanteur, de bercement comparable aux qualités du holding.

-Un lieu enveloppant psychiquement

Une écoute active

Ces séances d'art thérapie, nous demandent une attention de tous les instants pour être attentive aux signes non verbaux et aux paroles exprimés par le patient. Toute la difficulté consiste à être dans l'observation, dans l'écoute active*avec empathie* mais aussi, dans des propositions adaptées au plus juste, pour accompagner au mieux la personne prise en charge.

(11) BELOT Rose-Angélique (Apports théorico-cliniques) *Le système pare excitation parentale et ses liens avec l'expression somatique du bébé* - Êres | « Dialogue » 2012/3 n° 197 | pages 19 à 30. P 61

(12) ANZIEU Didier, HOUZEL Didier, MISSENARD André, ENRIQUEZ Micheline, ANZIEU Annie, GUILLAUMIN Jean, DORON Jack, LECOURT Edith, NATHAN Tobie – *Les enveloppes psychiques* – collection inconscient et culture- Dunod -1987. P 61

Cette observation doit être soutenue mais notre regard ne doit pas déranger le patient. Nous devons rester discrètes.

Nous avons choisi d'avoir une feuille avec un coloriage devant nous et des crayons de couleurs pour ne pas faire pression par notre regard.

Ce peut être aussi une façon d'entraîner une stimulation par mimétisme pour certains patients. Parfois, c'est aussi le moyen de montrer une technique. Par exemple, nous avons montré la technique de l'aquarelle sur un papier détrempe à M C en le réalisant sur une feuille à côté de lui.

Un rituel

La possibilité d'une boisson chaude est là pour proposer un temps de convivialité, un moment de partage avec l'art thérapeute, généralement à la fin d'un temps de production. Il ne s'agit pas de « casser » un moment d'inspiration mais plutôt de favoriser les échanges.

Au fil des séances, ce moment est devenu un rituel rassurant, apaisant, un moment concret apprécié tout particulièrement par des patients psychotiques hospitalisés.

Un travail de réflexion et d'auto-évaluation du thérapeute

L'autonomie pour mener des prises en charge est valorisante, mais se décaler, prendre du recul est indispensable. Travailler seul peut être dangereux tant pour le patient que pour soi. Avoir conscience de l'influence du transfert* et du contre transfert* qui peut se jouer dans une relation entre soignant et soigné est primordiale. S'interroger sur ses projections*, analyser les interactions qui sont en jeu sont un moyen d'avoir une vue globale du patient et d'être dans la capacité de réajustement. C'est pourquoi, nous avons mis en place une analyse de pratique, sous forme d'entretiens réguliers avec une des psychologues du secteur.

Nous avons pu évoquer la pression induite par le stage qui a probablement influencé notre attitude, au moins au début, et notamment face à un patient anxieux qui avait besoin de « remplir le temps » dans une sorte de frénésie de l'action. Avant d'en avoir conscience, est ce que nous ne nous sommes pas laissé envahir par ce sentiment d'anxiété que nous avons pu tempérer ensuite.

Nous nous sommes aussi beaucoup questionnées sur la façon de proposer des activités à des patients tellement vulnérables et influençables qu'il était difficile d'évaluer leur désir.

Notre crainte était qu'ils soient dans le désir de l'art thérapeute, dans le désir de l'autre, pour faire plaisir et aient difficilement conscience de ce qu'ils souhaitent en tant que sujet et ne soient pas, de ce fait, en mesure de refuser. Nous pensons notamment à M J dont le comportement évoque le faux self (13). C'est-à-dire qu'il semble se soumettre à ce qu'il croit deviner du désir de l'autre à son égard et par peur de déplaire, il se plie aux attentes de l'autre.

Winnicott a défini le faux self comme une défaillance dans le processus de personnalisation du nouveau-né. Il présuppose que l'intégration du corps et de l'esprit, pour qu'elle soit réussie, nécessite un environnement favorable. Lors de la préoccupation primaire maternelle, la mère peu à peu se désadapte de son bébé. Face à cette réalité, Le nourrisson passe de l'illusion d'omnipotence à la désillusion, c'est ce qui lui permet de construire sa psyché. Mais si l'attention de la mère est inconstante, l'enfant développe une défense intellectuelle. Il prend en charge la fonction défaillante de son environnement par son esprit. Il se maternelise lui-même. C'est à ce moment-là sans doute que l'observation non verbale est encore plus importante pour décoder par l'observation des gestes, de l'expression de son visage, ce que le patient n'a pas la capacité de verbaliser. Cet exemple souligne là encore combien la communication (verbale ou non verbale) a son importance.

Nous avons pris conscience que notre expérience en tant qu'infirmière avait aidée pour faciliter les échanges et l'abord du patient. Il nous a fallu cependant nous positionner différemment, dans un rôle plus détaché de la vie quotidienne et adopter le rôle d'art thérapeute. Ça n'a pas toujours été simple, d'autant plus quand les patients vous connaissent depuis de longues années.

D'autre part, nous avions prévu une fiche d'auto-évaluation de fin de séance. Pourtant, il nous a semblé inapproprié de la proposer sous sa forme initiale. L'évaluation s'est faite oralement à la fin des séances lors de nos échanges. Pour certains cette fiche écrite les aurait mis en difficulté. Pour Mr J c'était impossible au vu de ses difficultés avec l'écriture et la lecture. Pour Mme N, souvent interprétative et persécutée, bien qu'une bonne relation de confiance se soit instaurée, cette fiche risquait d'alimenter son délire. Il en va de même pour Mr C : au vu de son fonctionnement infantile et scolaire, le risque de l'utilisation de cette fiche aurait été de voir sa production délirante, basée sur la thématique de l'évaluation et la notation, s'accroître en même temps que ses idées de persécution.

(13) JAN Abram *La mère tentatrice. Réflexions concernant un aspect de la théorie de Winnicott sur la psyché soma* - Presses Universitaires de France « Revue française de psychosomatique » 2015/1 n° 47 | pages 37 à 50 P 61

Nous l'avions évoqué auprès de Mme S (non présenté dans cet écrit) Elle était tout à fait prête à l'utiliser mais son état mental s'étant beaucoup dégradé ce n'était plus possible. Mme Baleste Karine (14) a effectué, elle aussi, une recherche auprès de patients hospitalisés en psychiatrie adulte dans le cadre de son mémoire de fin d'année pour le DU d'art thérapie. Elle a pu proposer des auto-évaluations écrites à la fin des séances. Même si les items et le nombre de séances de nos études sont différents, il y a eu une progression au cours des semaines dans les deux cas. L'utilisation différente de la fiche ne semble pas avoir eu un impact sur l'évolution de la personne prise en soins.

Une attitude attentive

Nous avons été particulièrement attentives à bien préciser que cette prise en charge avait un début et une fin. En effet plusieurs patients ont vécu des ruptures et des abandons. Il ne s'agissait pas de produire un autre abandon. Dans le but de prendre en compte le patient dans sa globalité, notre venue régulière dans les services nous a permis de nous informer sur les événements concernant la personne prise en charge mais également de mesurer l'ambiance du service qui entraîne forcément une répercussion sur l'état psychologique du patient. Il est aussi primordial de tenir compte de ses événements de vie qui peuvent aussi beaucoup influencer le patient, par exemple un deuil (décès de la maman de Mme S), un changement de service...

La prise en charge en art thérapie prend en compte la personne dans sa globalité (lui-même, son entourage familial, les soignants, l'art thérapeute...) tous sont inclus dans le système et interagissent. Ses outils permettent un réajustement des interactions. Par nos observations, nous adaptons nos actions, nos propositions au plus près du patient et nous en tenons compte pour les évaluations à travers les items et pour l'étude de ce mémoire. La stratégie thérapeutique que nous avons mise en place permet de partir d'un système global autour de la personne pour aller au plus près du sujet.

Cette étude montre que l'art thérapie peut contribuer à améliorer le bien-être des personnes hospitalisées en psychiatrie adulte au long cours, à condition qu'elles ne soient pas trop envahies par les symptômes de leur pathologie. En effet, le patient doit être suffisamment « accessible » à la relation pour bénéficier pleinement des bienfaits de cette prise en charge art thérapeutique.

(14) Mémoire de fin d'étude pour le DU d'art thérapie de Mme BALESTE Karine en 2020. P 61

Conclusion

L'écriture de ce mémoire nous a demandé un travail de recherche sur l'art thérapie, ses différents courants ou approches, son histoire ainsi qu'un travail autour des maladies et de l'histoire de la psychiatrie. Ceci nous a permis d'aborder de façon différente le sujet puisque trente ans se sont passés depuis notre formation initiale d'infirmière de secteur psychiatrique. Nous avons veillé quotidiennement à nous remettre en cause, à réfléchir sur nos actions et à ajuster notre communication verbale ou non verbale. Nous connaissions l'art thérapie mais cette nouvelle approche était extrêmement enrichissante. En effet, proposer des prises en charge en individuel, être disponible pour le patient pendant une heure est un grand luxe. Nous avons pris plaisir à nous rendre disponible, prête à écouter et à accompagner. Les patients ne s'y sont pas trompés et ont saisi ce temps pour eux. Nous avons vécu des moments qui semblent anodins mais qui sont pourtant d'une grande importance. La réaction des patients parfois, face à la découverte de leur « talents » insoupçonnés, ont été des moments précieux, d'une grande émotion pour la personne mais aussi pour nous. Nous l'avons vécu comme un cadeau, un émerveillement qui nous a confortés dans l'idée que nous étions au bon endroit, dans la justesse.

D'autre part, contribuer à faire connaître l'art thérapie au sein du secteur auprès de nos collègues, nous a demandé de sortir de notre discrétion et de surmonter nos appréhensions puisque la confiance en soi n'est pas naturelle pour nous. Nous avons dû nous affirmer et expliquer nos choix et notre projet. Pourtant tous ces efforts ont été fructueux. Nous avons pris plaisir à rencontrer les équipes. En règle générale, les soignants étaient avides d'informations et demandeurs de nos échanges. Nous nous sentons plus légitimes et plus affirmés en tant que soignant art thérapeute. Et ce n'est que le début, Nous avons conscience que prendre confiance dans notre rôle est un travail de chaque instant : Un cheminement.

La recherche d'expériences artistiques nouvelles est primordiale pour se renouveler et alimenter son inspiration. C'est aussi pour cette raison que continuer à pratiquer son art et entretenir sa curiosité est indispensable. En cela la formation est une expérience très intéressante. Nous sommes dans une émulation, une dynamique tant sur le plan intellectuel qu'artistique, en quête de découvertes de pratiques, d'expositions et d'échanges. Nous avons pu aussi promouvoir l'art

thérapie dans un autre cadre, en proposant d'animer un atelier modelage dans le cadre d'un Week-end « Santé et art » organisé par une association d'aide. Nous espérons que des possibilités de développer encore plus l'art thérapie sur la psychiatrie vont voir le jour prochainement avec le développement des soins ambulatoires soutenu par l'agence régionale de la santé.

Bibliographie

- AUSLOOS Guy *La compétence des familles : Temps, chaos, processus*. Broché. Éditeur ERES (19 septembre 1995) 173 pages ; p133 à 140
- ANZIEU Didier. HOUZEL Didier. MISSENARD André. ENRIQUEZ Micheline. ANZIEU Annie. GUILLAUMIN Jean. DORON Jack. LECOURT Edith. NATHAN Tobie – *Les enveloppes psychiques* – collection inconscient et culture- Dunod -1987.
- BALESTE Karine « Séances d'art-thérapie au sein de l'hôpital psychiatrique de Niort, utilisant la pratique des arts-plastiques afin de stimuler l'expression verbale et non verbale auprès de personnes atteintes de schizophrénie. » Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'art-thérapie Année 2020
- BAILLY-SALIN Pierre *Le soin et l'activité* Dans VST - Vie sociale et traitements 2007/1 (n° 93), pages 53 à 63.
- BELOT Rose-Angélique (Apports théorico-cliniques) *Le système pare excitation parentale et ses liens avec l'expression somatique du bébé* - Ères | « Dialogue » 2012/3 n° 197 | pages 19 à 30
- BOUDARSE Khalid *Psychose et soins une lecture à partir de Winnicott*- Ères | « Dialogue » 2012/1 n° 195 | pages 7 à 18
- CHRISTOPHE André, LELORD François. « *L'estime de soi s'aimer pour mieux vivre avec les autres* » Odile Jacob, septembre 2008, 320 Pages.
- DELAY Jean et PICHOT Pierre, *Psychologie*, Abrégés, Masson, 1990
- DIKANN Alain - *L'art-thérapie - Grand Format* Grancher (Editions) Collection ABC 2018
- GRAHAM-DIXON Andrew, *Art : Histoire de l'art en images*, Flammarion, 2021
- JAN Abram *La mère tentatrice. Réflexions concernant un aspect de la théorie de Winnicott sur la psyché soma* - Presses Universitaires de France « Revue française de psychosomatique » 2015/1 n° 47 | pages 37 à 50
- JARREAU Gladys et PAÏN Sara, *Sur les traces du sujet Théorie et technique d'une approche art-thérapeutique*, Delachaux et Niestlé, 1994

- NESTRIGUE C, M COLDEFY et C Le NEINDRE. « *Analyse des pratiques et de la variabilité territoriale du recours à l'hospitalisation au long cours en psychiatrie* », s. d., 1.
- SIVRY de Sophie et MEYER Philippe, *L'Art et la Folie*, Collection les empêcheurs de penser en rond, 2016
- WINNICOTT Donald - *Jeu et réalité : l'espace potentiel* - Folio essais- 2016

Webographie

- BRECHAT B, J. ROGUET et F. de CHABALIER. « Choix d'un seuil pour le délai déterminant la prise en charge au long cours en psychiatrie lors de la mise en place d'un observatoire des populations long cours dans les secteurs sanitaire (psychiatrie) et médicosocial, Aquitaine, France ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, VII^e Congrès International d'Épidémiologie « Épidémiologie et santé publique » Rennes, 7–9 septembre 2016, 64 (1 septembre 2016) : S256. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.06.311>.
- CAPDEVIELLE D., K. Ritchie, D. VILLEBRUN, et J.-P. BOULENGER. « Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : facteurs cliniques de variations et leurs conséquences ». *L'Encéphale* 35, n° 1 (février 2009) : 90-96. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.06.012>.
- ESF sciences humaines WWW.esf-scienceshumaines.fr
- JAEGER Philippe Société Psychanalytique de Paris page 1 à 32 [https://www.spp.asso.fr/textes/textes-et-conferences/conferences-de-sainte-anne/winicott-etats-limite-et-psychoses/ Winnicott : états-limite et psychoses](https://www.spp.asso.fr/textes/textes-et-conferences/conferences-de-sainte-anne/winicott-etats-limite-et-psychoses/Winnicott : états-limite et psychoses)
- Réactions psychologiques liées au malade et sa famille face à l'hospitalisation univ.ency-education.com/.../psycho6an05-reaction_hospitalisation...
- L'insight en psychiatrie : concept et applications - www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/23098.pd
- Processus de conceptualisation d'empathie. Cairn.info www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers.2009

Musiques de fond utilisées lors des séances

- AXILDRUM « Minimal »
- ENSEMBLE ISTANBUL ORIENTAL « *Sultan's Secret Door* »
- ERIC SERRA « Le grand bleu »
- MULTI INTERPRETES « *Ambiance maison* » *le jardin*
- YODELICE « Cardioïde »

Glossaire

AAH : allocation adulte handicapé. C'est une aide financière d'un maximum de 971,37 euros, attribuée sous réserve de respect de critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources

A3 : c'est un format de papier d'impression très utilisé, il est aussi appelé moyen registre. Les dimensions sont les suivantes : 29,7 x 42 centimètres

Agranulocytose : Insuffisance de globules blancs polynucléaires (granulocytes).

Alogie : Appauvrissement de la pensée perceptible à travers le discours et le langage générant des difficultés de conversation. Le patient ne trouve plus ses mots, donne des réponses brèves, et évasives, et ne réussit plus à communiquer ses idées ou ses émotions.

Angoisse d'effondrement : la crainte de l'angoisse disséquante, se manifeste durant une période où l'individu est dans un état de dépendance absolue.

Angoisse de morcellement : Angoisse vécue par des sujets psychotiques comme une menace vitale due à la perte de l'unicité ou au sentiment de néantisation. Elle peut être ressentie sous la forme d'une rupture de l'image du corps et d'une désorganisation des sensations : les organes pouvant être l'objet d'actions extérieures, voire de transformations terrifiantes.

Anhédonie : correspond à l'incapacité à ressentir du plaisir et de l'envie.

Apathie : Incapacité d'être ému ou de réagir.

Apragmatique : Incapacité à entreprendre des actions.

Asthénie : L'asthénie, communément appelée fatigue, est un symptôme fréquent. Elle devient anormale lorsqu'elle perdure malgré le sommeil et le repos.

Athymhormie : perte de l'élan vital.

Avolition : Perte de la volonté et de l'initiative ; incapacité à parvenir à une décision et à agir en fonction. Aboulie a été choisie pour traduire le terme "d'avolition" du DSM V. Elle prend alors le sens d'une perte de la volonté, d'un manque général de dynamisme, ou de motivation à poursuivre un ou des objectif(s).

CATTP : centre activité thérapeutique à temps partiel.

CMP : centre médico psychologique.

Cénesthésie : Sensibilité organique, émanant de l'ensemble des sensations internes, qui suscite chez l'être humain le sentiment général de son existence, indépendamment du rôle spécifique des sens.

Clinophilie : La clinophilie est le fait de rester au lit, la journée, allongé, pendant des heures, tout en étant éveillé.

Dépakinémie : Dosage de Dépakine sanguin.

Dysmorphophobie : une préoccupation pour un ou plusieurs défauts de l'apparence physique inexistants ou légers qui entraîne une souffrance importante et/ou affecte le comportement.

Echopraxie : Tic qui consiste, pour une personne, à reproduire de façon automatique et involontaire des gestes ou des actes exécutés devant elle par autrui.

Ecoute active : Est une technique d'écoute centrée sur la personne, développée par le psychologue Carl Rogers, pour accompagner l'expression des émotions.

L'empathie : est un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui, qui permet de devenir sensible aux mouvements d'affects qui se produisent chez ce dernier, tout en gardant la conscience d'être une personne séparée de lui. (Carl Rogers)

Hallucinations gustatives et olfactives : le fait de percevoir des goûts et des odeurs sans objet.

Hallucinations cénesthésiques : hallucinations sensorielles.

Hallucinations intrapsychiques : Intrusion dans la conscience.

Hyperesthésie : caractérise une augmentation de la sensibilité de n'importe lequel des sens : vue, son, toucher, audition et odorat.

Identification : Elle est en quelque sorte l'opposé de la projection et consiste à adopter des caractéristiques appartenant à un autre individu.

Illogisme : Incohérence.

IME : Institut médico éducatif.

L'insight : est un terme anglais qui est traduit en français par "**la conscience du trouble**". Bien que ce terme soit anglais, le concept a sans aucun doute été élaboré en France. La meilleure preuve se trouve dans les publications des séances de la Société médico-psychologique de 1869 à 1870. Ces séances étaient consacrées à la psychiatrie légale et à la notion de la responsabilité du patient lors d'un passage à l'acte hétéro-agressif et à son degré de discernement. Ces séances très animées donnaient lieu, comme on le disait à cette époque, à des "disputations" vives car les aliénistes défendaient l'idée que certains patients pouvaient souffrir d'une absence totale ou

partielle de discernement au moment de passage à l'acte. Cette idée n'était pas forcément partagée par tous les participants à ces séances.

Mandala : C'est un dessin organisé qui gravite autour d'un point central. Il est constitué à la base, d'un cercle et d'un point. Le mot mandala vient d'une très ancienne langue indienne, le sanskrit, qui veut dire cercle, circonférence. Dans l'exemple c'est un dessin centré à colorier.

Maniérisme gestuel : En psychiatrie, tonalité générale d'affectation avec aspect artificiel, précieux et excessif de la mimique, du comportement, de l'expression verbale, voire de la tenue vestimentaire, donnant une impression de coquetterie et de "manières déplacées".

MARPAHVIE : Maison d'Accueil Rurale Pour Adultes Handicapés Vieillissants

MAPHA : Maison d'Accueil Pour Personnes Handicapées Agées.

Monoïdéisme : Concentration pathologique de la pensée sur un seul thème.

Para kinésies : Mouvements anormaux qui remplacent, caricaturent ou parasitent les mouvements normaux.

Pollakiurie : envie fréquente d'uriner : La pollakiurie correspond au fait d'aller aux toilettes plus de 7 fois par journée et/ou plus d'une fois par nuit pour uriner en petite quantité.

Projection : Consiste en l'attribution à autrui des pulsions inacceptables par l'individu. Exemple : la pulsion agressive qui s'exprime sous forme de l'idée : « je te déteste » est transformée en « il me déteste »

Le concept de **rétroaction** : désigne les boucles d'informations circulant entre les éléments d'un système, chacun étant à la fois émetteur de messages et récepteur des messages des autres éléments, messages qui influencent et modifient ses propres communications.

QI : Le Quotient intellectuel est le résultat d'un test psychométrique qui entend fournir une indication quantitative standardisée de l'intelligence humaine.

Rétroaction négative : Un processus qui minimise ou réduit un effet initial. Minimise l'ampleur de la perturbation initiale. Cela entraîne une diminution du changement initial, empêchant le système de sortir de son état d'équilibre

Rétroaction positive : tout processus intensifiant un effet initial. Une petite incitation qui finit par augmenter la perturbation initiale. Le changement initial prend de l'ampleur et fait sortir le système de son état d'équilibre initial.

Stéréotypies : Tendance à conserver la même attitude, à répéter le même mouvement ou les mêmes paroles.

Syndrome catatonique : La catatonie (ou syndrome catatonique) correspond à un syndrome psychomoteur souvent aigu qui touche, de façon plus ou moins complète, environ 10 % des patients hospitalisés en psychiatrie. En l'absence de traitement approprié, la mortalité associée peut atteindre 50 %.

Le syndrome catatonique caractérisé par des signes moteurs (difficulté au démarrage et à l'arrêt du mouvement) et des signes frontaux (attitudes d'aimantation, écho phénomènes).

Syndrome d'influence : automatisme mental : Phénomènes parasites vécus par le patient avec la conviction d'une action occulte qui dirige ses pensées, oriente ses sentiments, commande tout ou partie de ses actes et de ses comportements : "on me fait parler, on me fait penser, on me fait agir, etc." (J. Séglas et L. Barat, 1913).

Transfert / Contre transfert : Pour la psychanalyse le transfert est la répétition dans la vie actuelle du malade et particulièrement dans ses relations avec le médecin, (*ou le soignant*) des attitudes émotionnelles inconscientes développées pendant l'enfance vis à vis du groupe familial et particulièrement vis-à-vis des parents. Il représente un report sur le médecin des attitudes d'affection, d'hostilité ou d'ambivalence, que le malade avait eues antérieurement dans ses relations avec un parent ou avec la personne de son entourage qui en tenait lieu. Le malade réagit envers le médecin comme si celui-ci était ce parent ou cette personne. La psychanalyse envisage le transfert à la fois comme une méthode diagnostique et comme une thérapeutique. Dans cette perspective, il permet au malade de répéter dans des circonstances moins dangereuses les conflits qui ont été les siens dans son enfance.

Sous le nom de contre transfert, la psychanalyse décrit d'autre part certaines attitudes négatives du médecin (*ou soignant*) vers le malade. Elles seraient le résultat de l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin, et auraient leur origine dans les projections* et les identifications* irrationnelles de ce dernier. Comme ce contre transfert a une action défavorable sur l'action thérapeutique du médecin, l'école psychanalytique recommande que tout médecin qui doit traiter des sujets névrosés reçoive lui-même une psychothérapie de manière que ses propres problèmes ne le rendent pas aveugle à ceux du malade.

Ulcère peptique : Est une lésion, située sur la muqueuse digestive qui est au contact avec les sécrétions acides gastriques localisée à l'estomac ou au duodénum.

USIP : Unité de Soins Intensifs Psychiatriques

Zentangle : Méthode de relaxation inventée par Rick Roberts et Maria Thomas qui consiste à inviter à la concentration et à la méditation en dessinant des motifs structurés et répétitifs dans un carré de 9cm de côté. Dans l'exemple on utilise simplement les motifs répétitifs.

Les annexes :

Annexe n° 1 La dépression secondaire

C'est-à-dire d'origine organique ou venant s'ajouter à une autre pathologie psychiatrique.

C'est un trouble de l'humeur qui perturbe plusieurs aspects chez la personne :

- Les affects :
 - Tristesse intense.
 - Anhédonie*.
 - Aboulie*.
 - Athymhormie*.
 - Anesthésie affective.
 - hyperesthésie* : irritabilité, labilité émotionnelle, hyperthymie douloureuse.
- Le contenu de la pensée :
 - Le passé : reconstruction négative du passé et sentiment d'échec.
 - Le présent : culpabilité, honte et autodépréciation.
 - L'avenir : pessimisme, incurabilité, idée noires, idées de suicides.
- Symptômes somatiques :
 - Ralentissement moteur.
 - Ralentissement psychique. (Difficultés de concentration, troubles mnésiques)
 - Monoïdéisme*.
 - Discours ralenti.
 - Asthénie*.
- Perte de l'appétit ou hyperphagie.
- Insomnie.
- Troubles de la libido.

Annexe n° 2 L'estime de soi

Elle repose sur trois piliers : L'amour de soi, La vision de soi et la confiance en soi.

L'amour de soi : C'est l'élément le plus important. S'estimer implique de s'évaluer, mais s'aimer ne souffre aucune condition : on s'aime malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers, simplement parce qu'une petite voix intérieure nous dit que l'on est digne d'amour et de respect. Cet amour de soi « inconditionnel » ne dépend pas de nos performances. Il explique que nous puissions résister à l'adversité et nous reconstruire après un échec. Il n'empêche ni la souffrance, ni le doute en cas de difficultés, mais il protège du désespoir. On estime aujourd'hui que l'amour de soi dépend en grande partie de l'amour que notre famille nous a prodigué quand nous étions enfant et des « nourritures affectives » qui nous ont été prodiguées.

La vision de soi : Le regard que l'on porte sur soi, cette évaluation, fondée ou non, que l'on fait de ses qualités et de ses défauts, est le deuxième pilier de l'estime de soi. Il ne s'agit pas seulement de connaissance de soi ; l'important n'est pas la réalité des choses, mais la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations. En ce sens, c'est un phénomène où la subjectivité tient le beau rôle ; son observation est difficile, et sa compréhension délicate. C'est pourquoi, par exemple, une personne complexée – dont l'estime de soi est souvent basse – laissera souvent perplexe un entourage qui ne perçoit pas les défauts dont elle se croit atteinte. Positive, la vision de soi est une force intérieure qui nous permet d'attendre notre heure malgré l'adversité.

La confiance en soi : Elle s'applique surtout à nos actes. Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.

L'équilibre de l'estime de soi : Il y a des liens d'interdépendance entre ces trois piliers : L'amour de soi (se respecter quoi qu'il advienne, écouter ses besoins et ses aspirations) facilite incontestablement une vision positive de soi (croire en ses capacités, se projeter dans l'avenir) qui, à son tour, influence favorablement la confiance en soi (agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui).

Annexe n° 3 Echelle d'estime de soi de Rosenberg

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé

WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

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

Annexe n°4 Echelle d'Hamilton

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

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

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

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

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

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

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

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

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

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

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

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

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

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

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

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

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

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

6. Humeur dépressive

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

0 – Absente

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

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

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

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

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

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

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

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

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

0 – Absent

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

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

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

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

9. Symptômes cardio-vasculaires

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

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

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

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

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

10. Symptômes respiratoires

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

0 – Absents

1 – Présence peu claire

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

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

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

11. Symptômes gastro-intestinaux

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

0 – Absents

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

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

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

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

12. Symptômes urinaires et génitaux

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

0 – Absents

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

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

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

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

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges
0 – Absents
1 – Présence peu claire.
2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.
3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.
0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).
1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).
2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).
3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.
4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Remarque;

L'échelle d'hamilton est souvent suévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnel comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

De notre point de vue, elle est mise au pint à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques,

L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

Annexe n° 5 Echelle SANS

SANS

SANS

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen)

Traduction française : Lecrubier et Boyer

 <http://www.c-e-p.eu/>

Date

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom _____

Prénom _____

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

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

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

SANS

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

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

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

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

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

Annexe n°6 Autorisation de diffusion et fiche d'auto-évaluation

Documents signés par les patients qui le souhaitent et qui n'étaient pas sous curatelle ou par les tuteurs des patients qui étaient d'accord.

Autorisation de diffusion

Nom : _____

Prénom : _____

En application de l'article 121-2 du code de la propriété intellectuelle (L'auteur jouit du droit au respect de son nom, de sa qualité et de son œuvre. Ce droit est attaché à sa personne. Il est perpétuel, inaliénable et imprescriptible...) j'autorise Mme Ragueneau Françoise, sans contrepartie financière, à utiliser de manière anonyme les photos de mes œuvres, pour une publication dans un rapport de stage et d'un mémoire de fin d'étude dans le cadre de son DU en art thérapie au sein de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers. La prise en charge a eu lieu de novembre 2022 à mi-janvier 2023. (Sauf les deux dernières semaines de décembre) A raison d'une heure par semaine.

Ajouter la mention manuscrite « Lu et approuvé - Bon pour accord »

Date et Signature de la personne ou de son représentant légal.

Fiche d'auto-évaluation

Nom _____

Prénom _____

Date :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
Je me suis senti(e) bien pendant le temps de Création				
J'aime ma création				
Je me sens détendu(e)				

Commentaire éventuel :

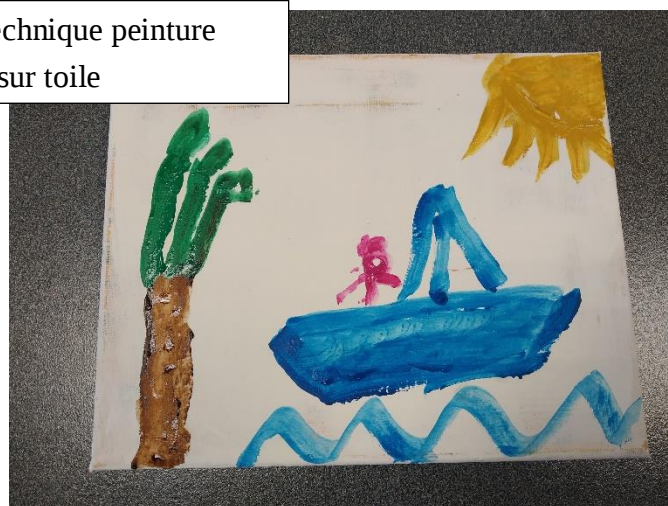
Créations de Mme N

Annexe n° 7

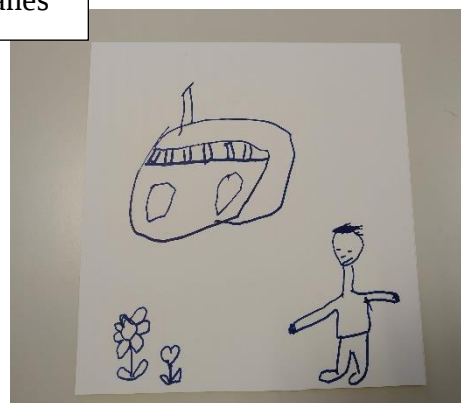
Début de prise en charge
avec du modelage



Découverte de la technique peinture
acrylique sur toile

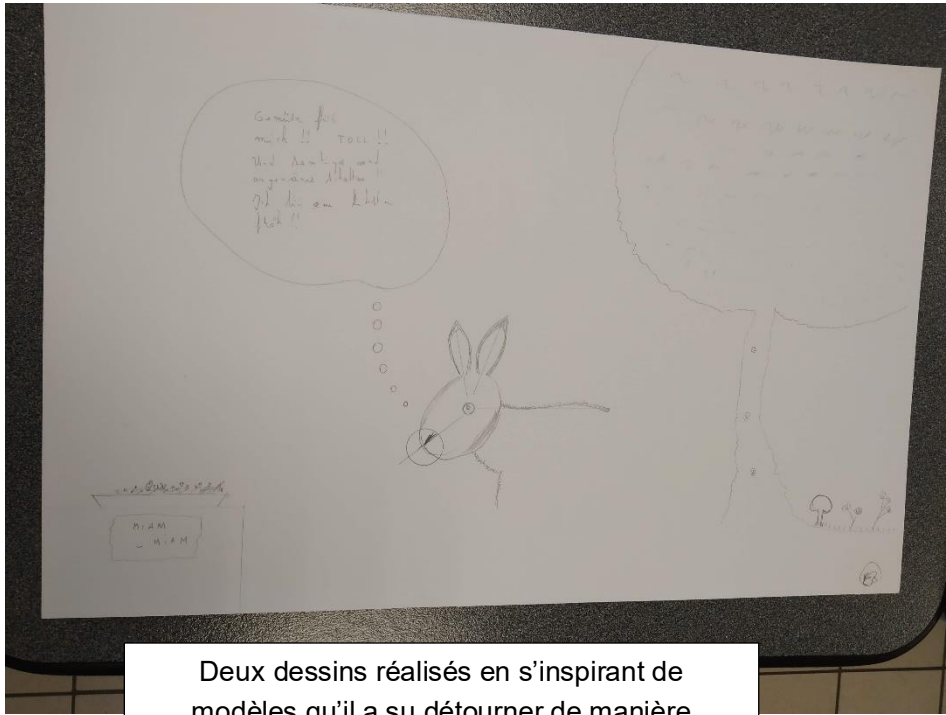


Dessins spontanés

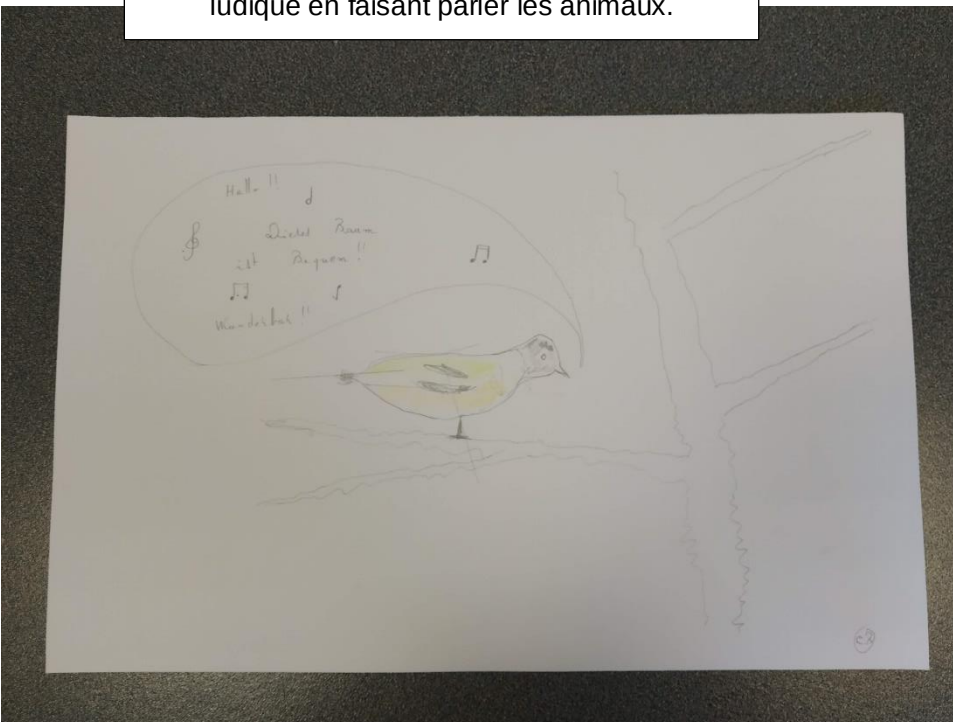


Créations de M C

Annexe n° 8



Deux dessins réalisés en s'inspirant de modèles qu'il a su détourner de manière ludique en faisant parler les animaux.



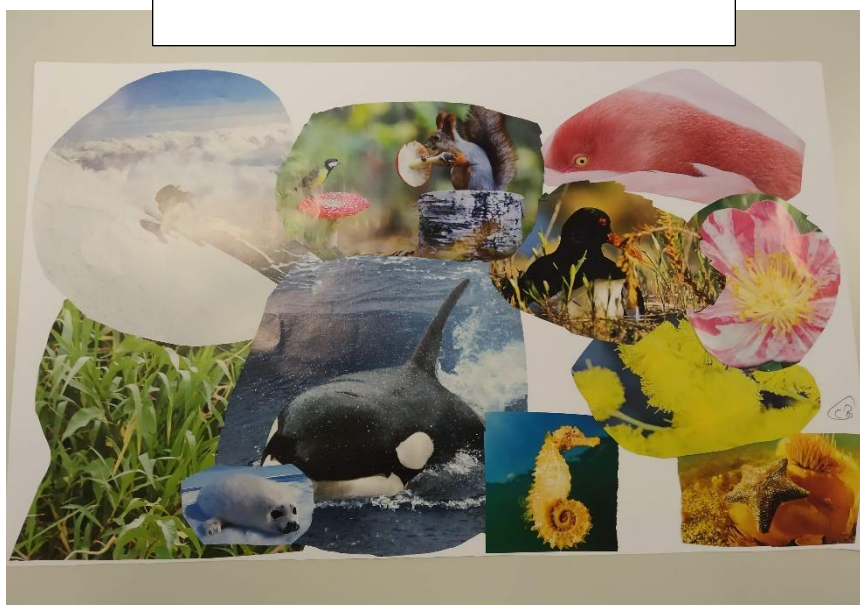
Découverte de la peinture aquarelle et de la technique des couleurs qui fusent.





Deux collages :
Celui d'en haut réalisé lors de la première
séance et
Celui d'en bas lors de la dernière séance

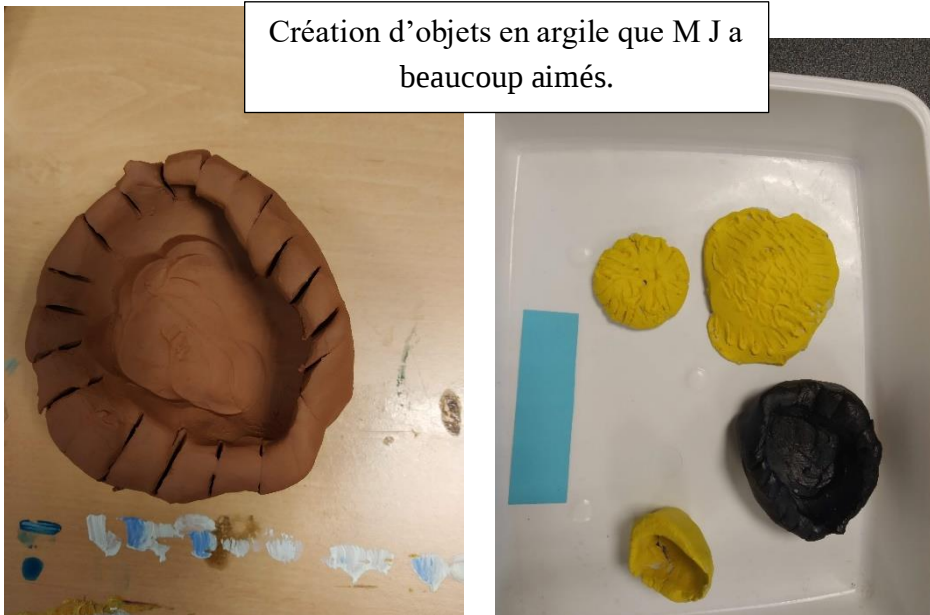
Découverte de l'argile
et du modelage



Créations de M J

Annexe n° 9

Création d'objets en argile que M J a beaucoup aimés.



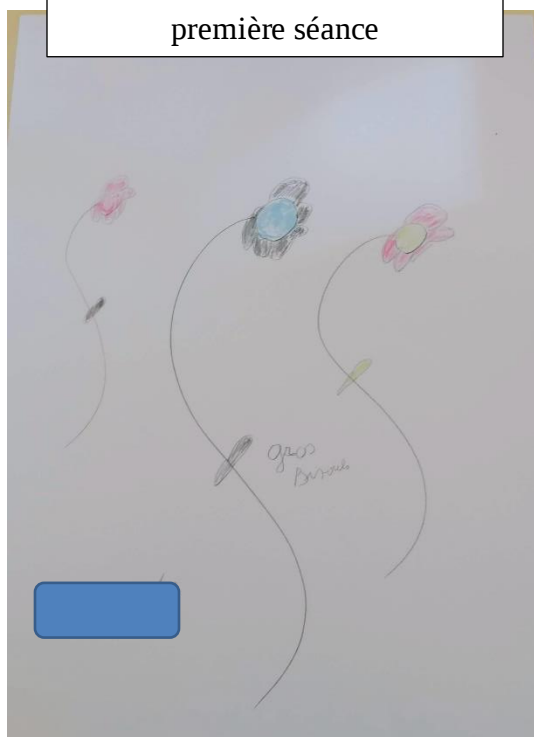
Réalisation d'un bracelet en perle un peu difficile pour

M J



Découverte de la peinture sur toile

Dessin libre réalisé pendant la première séance



L'art thérapie pour diminuer l'anxiété de patients hospitalisés au long cours en psychiatrie. Technique choisie : les arts plastiques

Résumé en français :

Ce travail a été effectué auprès de personnes souffrant de maladies psychiatriques dont nous avons décrit les symptômes. Leur point commun n'est pas leur pathologie mais le fait qu'ils soient hospitalisés au long cours. Nous parlons ensuite des multiples possibilités que les arts plastiques peuvent apporter et en quoi des séances d'art thérapie peuvent être bénéfiques pour ces patients. Puis, nous décrivons en détail les séances proposées pour ces patients, ainsi que les résultats des items évalués qui sont la confiance en soi, l'expression, les liens sociaux, le lâcher prise et la curiosité. Puis des bilans pour chacun ont été rédigés. Et enfin, nous avons noté un certain nombre de réflexions que cette recherche a entraîné en nous appuyant sur l'approche systémique et les travaux de Winnicott et combien ce travail nous a apporté sur notre posture de thérapeute.

Les mots-clés : Art thérapie - arts plastiques - hospitalisation long cours - Pathologies psychiatriques - posture de thérapeute- systémie - Winnicott.

Art therapy to reduce the anxiety of long-term hospitalized patients in psychiatry. Chosen technique : visual arts

Summary in english :

This work was carried out with people suffering from psychiatric illnesses whose symptoms we have described. Their common point is not their pathology but the fact that they are hospitalized for the long term. We then talk about the many possibilities that the plastic arts can bring and how art therapy sessions can be beneficial for these patients. Then, we describe in detail the sessions proposed for these patients, as well as the results of the items evaluated which are self-confidence, expression, social ties, letting go and curiosity. Then balance sheets for each were written. And finally, we noted a number of reflections that this research has led to by relying on the systemic approach and the work of Winnicott and how much this work has brought to our posture as therapists.

Keywords : Art therapy - long-term hospitalization - plastic arts - Psychiatric pathologies - therapist posture - System - Winnicott

Françoise Ragueneau Mars 2023