



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine & de Pharmacie
6 rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 Poitiers - France

Le modelage de l'argile en séance d'art thérapie favorise l'expression des émotions positives chez des militaires souffrant d'un état de stress post-traumatique et présentant une alexithymie

Mémoire de fin d'étude pour le diplôme universitaire d'art thérapie

Présenté par Marine GUILLOU

Année universitaire 2020

Stage réalisé du 03.02.2020 au 06.03.2020

Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué

551 Route de Toulouse

CS80002

33882 Villenave d'Ornon – France

Directrice de stage : Madame
Angélique DELUBRIAC BESNARD,
ergothérapeute et art thérapeute

Directrice de mémoire : Madame
Elodie PY-LEROY, médecin en chef
et psychiatre



Référent universitaire : Monsieur
Jean-Jacques GIRAUD, professeur
honoraire et directeur du diplôme
universitaire d'art thérapie à la
faculté de médecine et de pharmacie
de Poitiers.

Plan

Plan	2
Remerciements	5
Préambule	6
PREMIERE PARTIE	8
1 Introduction	8
1.1 L'état de stress post-traumatique	8
1.1.1 La notion de stress	8
1.1.2 Le traumatisme	8
1.1.3 Le stress aigu	9
1.1.4 L'anxiété	9
1.1.5 L'épidémiologie	9
1.1.6 Les comorbidités	10
1.1.7 L'alexithymie	10
1.1.8 La santé	10
1.1.9 L'histoire.....	11
1.1.10 Le tabou.....	11
1.1.11 La reconnaissance	11
1.1.12 La neurobiologie	12
1.2 La technique du modelage	13
1.2.1 Les caractéristiques du modelage.....	13
1.2.2 L'intérêt du modelage pour les patients en ESPT.....	14
1.3 L'art thérapie et l'ESPT	14
1.3.1 L'art.....	14
1.3.2 L'art thérapie	15
1.3.3 L'intérêt neurobiologique.....	16
1.3.4 La résilience	16
1.4 Les modèles théoriques du coping dans l'ESPT	17
1.4.1 La théorie de Lazarus et Folkman	17
1.4.2 La théorie de Frederickson.....	17
1.4.3 Le coping et les émotions.....	18
1.5 L'hypothèse de travail	19

DEUXIEME PARTIE..... 20

2 Matériel et méthode.....	20
2.1 Le matériel	20
2.1.1 La structure.....	20
2.1.2 L'équipe	21
2.1.3 La patientèle	21
2.1.4 Le fonctionnement.....	21
2.1.5 Les activités.....	22
2.1.6 Le déroulement du stage	22
2.1.7 Le choix des patients	22
2.1.8 L'analyse qualitative par observation directe.....	23
2.1.9 La Toronto Alexithymia Scale : TAS-20	24
2.2 La méthode	25
2.2.1 La première étude de cas : Monsieur Q.....	25
2.2.1.1 Le dossier clinique.....	25
2.2.1.2 L'entretien d'ouverture.....	26
2.2.1.3 Le protocole.....	26
2.2.1.4 Les objectifs généraux et intermédiaires	27
2.2.1.5 Les séances d'art thérapie.....	27
Séance 1.....	27
Séance 2.....	30
Séance 3.....	32
2.2.2 La deuxième étude de cas : Monsieur M.....	35
2.2.2.1 Le dossier clinique.....	35
2.2.2.2 L'entretien d'ouverture.....	36
2.2.2.3 Le protocole.....	37
2.2.2.4 Les objectifs généraux et intermédiaires	37
2.2.2.5 Les séances d'art thérapie.....	37
Séance 1.....	37
Séance 2.....	40
Séance 3.....	43

Séance 4.....	45
Séance 5.....	48
Séance 6.....	51

TROISIEME PARTIE 54

3 Bilan et résultats54

3.1 Les résultats	54
3.1.1 Les résultats de Monsieur Q.....	54
3.1.2 Les résultats de Monsieur M	56
3.2 Les bilans	58
3.2.1 Le bilan de Monsieur Q.....	58
3.2.2 Le bilan de Monsieur M	59

QUATRIEME PARTIE 60

4 Discussion 60

4.1 Les objectifs et les résultats de l'étude	60
4.2 Les limites de l'étude	61
4.3 La discussion du cadre conceptuel de l'art thérapie	63
4.4 La comparaison à une autre étude.....	64
4.5 Les bénéfices de l'étude.....	65
4.6 La discussion de la posture soignante en tant que futur art thérapeute.....	66

Conclusion 67

Bibliographie..... 69

Webographie.....72

Glossaire 73

Annexes..... 75

Résumé et Abstract

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de formation Jean-Jacques Giraud, sans qui le DU d'art thérapie à la faculté de médecine et de pharmacie n'existerait pas.

Je souhaite chaleureusement remercier ma directrice de stage Angélique Délubriac Besnard, qui m'a donné la chance de réaliser un stage des plus enrichissants, et qui a su me guider et m'accompagner dans cette première expérience de prise en soin.

Je suis très reconnaissante envers ma directrice de mémoire Mme Py Leroy, qui a pu me conseiller et m'orienter dans la rédaction de ce travail, malgré son emploi du temps chargé.

Le personnel soignant ainsi que les patients de l'Hôpital R. Picqué, je vous remercie tous pour votre accueil et pour nos échanges.

Également, un grand merci à :

Mon conjoint, Clément Coutelier, qui m'a encouragé dans la reprise de mes études et qui m'a vu évoluer au quotidien

Une amie, Laurie Veremes, qui m'a généreusement apporté ses précieux conseils ainsi qu'un soutien moral infaillible durant la rédaction du mémoire

Une amie, Roxane Villeneuve, qui a su m'aiguiller dans la rédaction de ce travail grâce à sa grande expérience des mémoires et des thèses

Ma famille, mes parents, ma sœur et ma grand-mère, qui m'ont encouragé et qui ont cru en moi tout au long de mon parcours étudiant et professionnel

Mes collègues de DU, avec qui j'ai pu échanger tout au long de ces deux années de formation, elles ont été d'un grand soutien

« Je suis en proie à une étrange sensation. Si ce n'est pas une indigestion, ça doit être de la gratitude ! » (Benjamin Disraeli)

Préambule

L'art-thérapie est selon la définition du Larousse, une « méthode utilisant des modes d'expression artistiques à des fins psychothérapeutiques »¹. Elle est composée de deux mots, « art » et « thérapie ». Chacun de ces mots résonnent en moi avec beaucoup de force et de sens, en lien avec ma propre histoire et mon propre cheminement.

L'être humain est, pour une grande partie de ce qui le caractérise, un animal comme les autres². Il est principalement motivé par des besoins comme ceux de rechercher les sensations de plaisir, de fuir les sensations douloureuses, de manger, de se reproduire et de dormir. Ce qui le distingue un peu des autres animaux, c'est le fort développement de son cerveau, notamment au niveau du lobe frontal. Cette particularité lui permet une réflexion très élaborée, ainsi que la possibilité d'imaginer et de créer, et d'être donc en mesure à la fois de produire et d'admirer « l'art ».

L'art, toujours selon le Larousse, est la « création d'objets ou de mises en scène spécifiques destinées à produire chez l'Homme un état particulier de sensibilité, plus ou moins lié au plaisir esthétique ». L'art varie selon les lieux et les époques, et se transmet plus ou moins en fonction de l'environnement culturel de l'individu. J'ai personnellement eu la chance d'avoir des parents m'ayant donné la possibilité de développer mon imagination, au travers des jeux, des livres, et des activités que nous faisons à la maison. Ils m'ont aussi permis de participer à plusieurs cours artistiques périscolaires. J'ai ainsi pu découvrir le dessin, la danse, la poterie, et le chant dès mon plus jeune âge. L'idée de vivre une vie dépourvue d'activités artistiques ne m'est pas envisageable.

Aussi, depuis toujours, j'aspire à aider les autres et à leur apporter le maximum de réconfort possible. Je souhaite très spontanément réduire la souffrance que je perçois chez autrui, qu'elle soit physique ou psychologique. Je ne compte plus le nombre d'oiseaux blessés ramenés à la maison ! Cette empathie, cette compassion, sont des valeurs centrales chez moi, et je les considère comme une grande chance dans la vie.

¹ LAROUSSE en ligne, www.larousse.fr

² DORTIER J-F, *L'Homme cet étrange animal : Aux origines du langage, de la culture et de la pensée*, p.15 à 55, 2013

A l'adolescence, à l'âge où l'on pense au métier que l'on souhaite exercer plus tard, j'hésitais entre vétérinaire et psychologue. Après le baccalauréat, j'ai finalement opté pour la faculté de psychologie à Bordeaux, où j'ai obtenu ma Licence. Je suis ensuite partie à Terre-Neuve au Canada, afin d'y enseigner le français le temps d'une année scolaire. Cette expérience m'a donné le goût pour la pédagogie et l'enseignement. Revenue en France, j'ai travaillé un an dans une école maternelle comme animatrice périscolaire, et à nouveau, j'ai pu ressentir cette joie de pouvoir transmettre des connaissances dans la bienveillance.

J'ai ensuite suivi un parcours d'orientation à Pôle Emploi, je cherchais un métier qui me permettrait de concilier mon expérience et mes compétences. Après de nombreux entretiens avec un conseiller et plusieurs heures de recherche sur Internet, je suis finalement tombée sur un article concernant l'art thérapie et le métier d'art thérapeute. Ce fût comme une révélation, j'ai eu le sentiment qu'enfin je trouvais ma place dans le monde du travail. Enfin un métier qui semblait répondre à toutes mes aspirations, et où mon énergie positive, ma compassion naturelle, ma sensibilité artistique, mon intérêt pour la médecine et mes connaissances en psychologie pourraient être un atout dans ma pratique professionnelle.

J'entrepris alors des recherches pour déterminer l'endroit où j'allais réaliser ce retour aux études. Après avoir comparé différentes écoles et formations, il m'apparut évident que le diplôme universitaire (DU) d'art thérapie de la faculté de médecine de Poitiers était celui qui me convenait le mieux. Complet, scientifique, diplômant et le plus sérieux de tous selon moi. En première année de DU, je fis mon stage à Emmaüs, auprès de bénéficiaires éprouvant des difficultés d'ordre principalement économique. C'était un stage dans le domaine social. A l'inverse, cette année j'ai effectué mes 140 heures de stage dans un domaine très médical, au sein du service de psychiatrie de l'Hôpital des Armées Robert Picqué, à Villenave- d'Ornon en Gironde. Dans ce service, la très grande majorité des patients sont des militaires, et la grande majorité de ces militaires présentent un état de stress post-traumatique.

La vocation première de ce mémoire est d'expliquer ce qu'est l'art thérapie, ses possibles bénéfices pour des patients en état de stress post-traumatique, et l'intérêt que peut comporter le modelage de l'argile pour cette patientèle en particulier. Une autre ambition est celle d'essayer de démontrer que l'art thérapie peut favoriser l'expression d'émotions positives. Si c'est le cas, explorer lesquelles. Pour ce faire, j'analyserai et discuterai de deux études de cas.

Première Partie

1. Introduction

1.1 L'état de stress post-traumatique

1.1.1 La notion de stress

L'état de stress post-traumatique, comme son appellation l'indique, est intimement lié à la notion de « stress ». La notion de stress fut introduite par le physiologiste canadien Hans Selye en 1936³. Il le définit comme un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque. Selon Richard Lazarus, un psychologue américain, le stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement qui est évaluée par la personne comme dépassant ses ressources et mettant en danger son bien-être⁴. Ces deux définitions établissent le fait que l'état de stress perturbe l'état de base d'une personne. Aujourd'hui, « stress » est un mot passé dans le langage courant, et il s'emploie désormais communément pour désigner divers degrés d'intensité de tension ou d'angoisse.

1.1.2 Le traumatisme

Dans l'état de stress post-traumatique (ESPT), le stress est apparu après un ou plusieurs évènements traumatiques, c'est-à-dire un évènement violent, brutal et inattendu, menaçant sévèrement l'intégrité corporelle de la personne et provoquant une peur intense. L'évènement provoque la peur de mourir ou alors l'impression de vivre un film d'horreur⁵. Les catastrophes naturelles, les agressions physiques, les agressions sexuelles, les viols, les accidents, les attentats sont tous des exemples d'évènements potentiellement traumatogènes.

Une personne peut réagir en concordance avec l'évènement, et avoir le réflexe de fuir, de se cacher, ou de combattre. Mais il peut également arriver qu'elle soit en état de sidération, ou bien qu'elle présente des agitations incohérentes, comme une fuite panique ou des comportements automatiques. La sidération et les agitations incohérentes, qui sont par ailleurs des réactions incontrôlables, peuvent être en lien avec des formes de « dissociations péri-traumatiques », et pourraient prédire une évolution vers un ESPT* plus tard.⁶

³ Larousse médical en ligne, www.larousse.fr/archives/medical, édition 2006

⁴ LAZARUS R. et FOLKMAN S. *Stress, Appraisal, and Coping*, p.19, 1984

⁵ EL HAGE W., conférence à Poitiers, 3 septembre 2019

⁶ COLLAS et LAHUTTE, *Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique*, p.402, 2009

1.1.3 Le stress aigu

Durant la phase de stress aigu, pouvant durer de quelques jours à quelques semaines, la personne ayant vécu un évènement traumatique peut présenter des insomnies, des tachycardies, de l'irritabilité, de la tristesse, des sursauts, de la stupeur, de la sidération, une anesthésie des émotions, des obsessions, des cauchemars, des flashes, etc. Si ces symptômes persistent au-delà d'un mois et que s'y ajoutent les symptômes de la reviviscence, de l'évitement, de l'hyper-réactivité et de l'altération négative des cognitions et des humeurs, il est alors possible de poser le diagnostic d'un ESPT*⁷.

1.1.4 L'anxiété

L'ESPT* était classé jusqu'en 2013, dans le DSM-4*, dans la catégorie des troubles anxieux. L'anxiété est considérée comme un dérèglement du système d'alerte physiologique de la peur face au danger⁸. En effet, dans le cas de l'ESPT*, le patient est en état d'alerte constant, comme s'il était face à un danger imminent. Selon l'OMS*, l'Organisation Mondiale de la Santé, plus de 260 millions de personnes présentent des troubles de l'anxiété dans le monde.⁹ L'ESPT* ne se résume cependant pas qu'à la problématique de l'angoisse, et dans le DSM-5*, il a été déplacé dans la nouvelle catégorie des traumatismes et troubles liés au stress.

1.1.5 L'épidémiologie

Dans l'étude de Kulka et al.¹⁰ (USA, 1990) les chercheurs ont trouvé une prévalence de 30% d'ESPT* sur la vie entière chez les vétérans du Vietnam. En ce qui concerne les combattants de la guerre du Golfe, Southwick et son équipe (1993) ont retrouvé des scores d'ESPT* moins importants, peut-être en raison d'une exposition plus limitée. La prévalence d'ESPT* pour ces soldats était de 9 %, six mois après être rentrés chez eux. En comparaison, l'enquête « Santé mentale en population générale¹¹ » (France, 1999-2003), montre que 5% de la population générale souffre d'un ESPT* complet ou partiel. Ces chiffres concordent avec l'étude ESEMeD (Europe, 2004), qui avance le chiffre de 3.9% pour l'ESPT* complet. A titre d'exemple concret, près de 580 militaires de l'armée de terre française¹² n'étaient plus opérationnels en 2016, pour cause de blessure psychique.

⁷ DSM-5

⁸ BOULANGER J-P et LEPINE J-P *Les troubles anxieux*, p.86, 2014

⁹ Journée Mondiale de la santé mentale le 10 octobre 2017

¹⁰ CHNEIWESS L. *Neurobiologie des états de stress post-traumatique*, p.150, 2000

¹¹ VAIVA G. & al. *Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine* 2008

¹² LUCAS A., Chef du bureau réinsertion de la CABAT Interview de 2016

1.1.6 Les comorbidités

En plus des symptômes cités précédemment, l'ESPT* est susceptible d'entraîner plusieurs comorbidités. Il peut y avoir des troubles du caractère, des troubles des conduites (addiction à des substances psychoactives, passages à l'acte auto ou hétéro agressifs), des maladies psychosomatiques, des troubles dépressifs, ainsi qu'un déficit des capacités émotionnelles : l'alexithymie*. Etant donné qu'un certain nombre d'études prospectives montrent que les difficultés de régulations émotionnelles entravent le rétablissement des autres symptômes liés à l'ESPT*¹³, l'alexithymie* semble particulièrement importante à prendre en considération dans la prise en charge du patient atteint d'ESPT*.

1.1.7 L'alexithymie

L'équipe de recherche de l'université de Toronto au Canada¹⁴ (Graeme Taylor, Michael Bagby et James Parker), a fait émerger une définition de l'alexithymie* selon quatre dimensions :

- Une difficulté à identifier et à distinguer ses émotions
- Une difficulté à verbaliser ses émotions à autrui
- Une vie imaginaire réduite
- Un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs (pensée opératoire)

Concrètement, les personnes alexithymiques ont des difficultés à gérer les expériences (internes) des émotions et les expressions (externes) de ces émotions.

1.1.8 La santé

Selon l'OMS*, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En terme général, les personnes souffrant d'ESPT* ne connaissent le bien-être dans aucun des trois domaines mentionnés. Elles ne sont donc pas en santé. Il fallut pourtant attendre la sortie du DSM 3, en 1980, pour que l'ESPT* soit officiellement reconnu comme un trouble psychique à part entière. Bien que depuis toujours les humains soient confrontés à des symptômes psychiques et comportementaux graves après l'expérience d'évènements traumatiques, l'ESPT* n'a été décrit précisément et pris en charge que récemment. En effet, toute pathologie préexiste à sa description médicale, à la découverte de son origine, ainsi qu'à sa reconnaissance sociale.

¹³ MCLEAN C., *Emotions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder*, p.74, 2017

¹⁴ LUMINET O., VERMEULEN N., GRYNBERG D., *L'alexithymie*, p.44, 2013

1.1.9 L'Histoire

Tout au long de l'Histoire, des textes et des récits relatent les conséquences pathologiques d'un traumatisme. La mythologie grecque notamment, recèle de métaphores évoquant le traumatisme psychique, comme lorsqu'Achille subit des cauchemars répétés dans lesquels il revoit les batailles et les hommes qu'il a tués. Un autre exemple, c'est lorsque Méduse pétrifie pour l'éternité tout mortel osant croiser son regard, de la même façon que voir la mort en face peut sidérer. Au Moyen-âge, dans la chanson de Roland, certains passages relatent les rêves traumatiques de Charlemagne¹⁵. Au 16^e siècle, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy, Charles IX confie au chirurgien Royal Ambroise Paré : « Il semble à tout moment, aussi bien veillant que dormant, que ces corps massacrés se présentent à moi, les faces hideuses et couvertes de sang¹⁶ ». Puis au cours du 19^e siècle apparaissent différentes expressions pour désigner l'ESPT*, telles « le syndrome du vent du boulet » et « le délire nerveux des blessés ».

1.1.10 Le tabou

C'est au 20^e siècle, particulièrement marqué par les guerres, notamment la Première et Deuxième Guerre mondiale, la guerre d'Indochine, la guerre d'Algérie et la guerre du Golfe, que le monde médical a commencé à s'intéresser sérieusement aux blessés psychiques. Un phénomène très peu étudié jusque-là, et surtout très mal compris, à une époque où l'on parlait peu de ses émotions intimes. L'homme devait se montrer particulièrement « fort » et invulnérable, et le militaire devait l'être plus encore¹⁷. De nos jours, un certain tabou pèse toujours sur ce mal invisible, empêchant bien souvent les langues de se délier, et les blessés d'être soulagés.

1.1.11 La reconnaissance

La blessure psychique que représente l'ESPT* peut être vécue comme une double peine pour les patients. Ils redoutent de rencontrer l'incrédulité et le scepticisme au regard de leurs souffrances morales, et ont donc plus de mal à demander de l'aide que ceux qui souffrent d'une blessure physique. Grâce aux avancées technologiques, il est maintenant possible d'explorer le cerveau humain in vivo et de constater les dommages engendrés par le psycho-traumatisme. La blessure invisible devient alors visible. Du moins le temps que dure la neuro-imagerie. C'est déjà un grand pas sur le chemin vers la reconnaissance sociétale de l'ESPT*.

¹⁵ JOSSE E., *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, p.17, 2019

¹⁶ TOMASELLA S., *Renaitre après un traumatisme*, p.20, 2014

¹⁷ DE MONICLOS V., *A la recherche du mâle perdu*, 2011

1.1.12 La neurobiologie

L'imagerie cérébrale a permis de confirmer la présence d'anomalies structurales chez les patients souffrant d'ESPT*¹⁸, en particulier une atrophie de l'hippocampe gauche. On observe ainsi une augmentation du flux sanguin cérébral dans les cortex droits orbitaire, insulaire, temporo-limbique et occipital, et une diminution dans la région de l'aire de Broca gauche. Au moment du déclenchement des angoisses, les aires limbiques et para-limbiques droites sont impliquées et lors des reviviscences, l'amygdale fonctionne à plein régime.

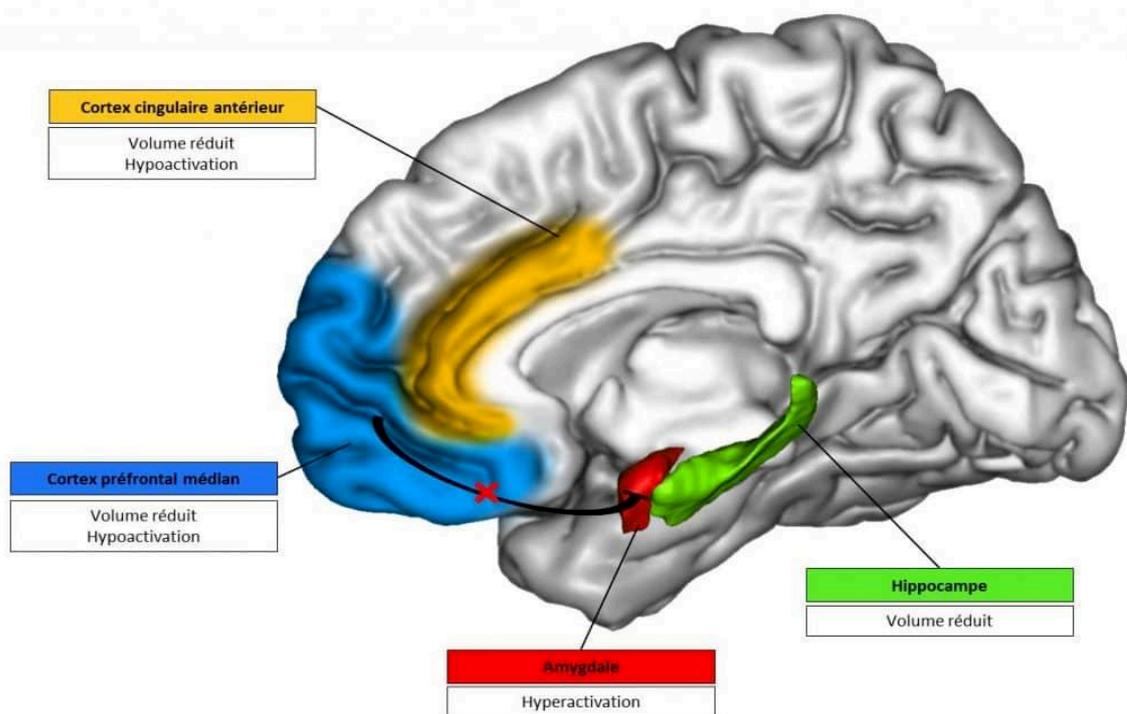


Schéma d'un cerveau en ESPT

La neuro-imagerie fonctionnelle permet aussi de montrer qu'après un évènement traumatisant, l'aire de Broca, cette aire du cerveau dédiée au langage parlé, se bloque.¹⁹ C'est notamment ce qui pourrait expliquer l'alexithymie* des personnes psycho-traumatisées, et leur incapacité à mettre des mots sur leurs émotions. Grâce à l'utilisation de techniques artistiques, telles que la danse, le chant, le dessin, la peinture, la musique, etc., il est possible de mettre en route le processus créatif des patients. C'est possible car celui-ci ne fait pas appel à l'aire de Broca, il permet de contourner le problème du langage, et de laisser au patient en ESPT* la possibilité de s'exprimer à nouveau, via d'autres trajectoires.

¹⁸ CHNEIWEISS L. *Neurobiologie des états de stress post-traumatique*, p.151, 2000

¹⁹ DIKANN A. *Expression créatrice et résilience*, p.113, 2019

1.2 La technique du modelage

1.2.1 Les caractéristiques du modelage

Le modelage est sans doute l'une des plus anciennes pratiques humaines, c'est un mode d'expression archaïque, ne nécessitant que de la terre et de l'eau.²⁰ A notre époque, le modelage peut aussi être réalisé avec d'autres matériaux, comme l'argile, la cire, la pâte à modeler, la pâte Fimo, le plâtre et tout autre matériel malléable ayant des caractéristiques similaires. L'argile est très souvent utilisée pour le modelage avec les adultes. Il existe différentes sortes d'argile, de la blanche, de la grise, de la rouge, et de la marron. Chacune possède ses caractéristiques propres, telles que sa texture, son odeur et son temps de séchage. Avec la terre, les champs des possibles sont ouverts. A partir d'un bloc, il est possible de creuser, découper, enlever des morceaux, recoller des morceaux. C'est un objet que l'on peut frapper, jeter, malaxer, caresser, griffer, lisser, rouler, écraser, presser, étirer...

L'argile peut se modeler en étant debout ou assis, idéalement sur une surface assez large pour y disposer un bol d'eau et différents outils, comme le fil à couper la terre, les spatules, les couteaux, les aiguilles, les rouleaux, les ébauchoirs, etc. La barbotine, un mélange d'eau et d'argile, est utilisée comme liant pour fixer deux morceaux d'argile entre eux. Le modelage se fait avec les outils cités plus haut, les mains, et finalement avec n'importe quel objet susceptible de permettre l'évolution souhaitée de l'œuvre en cours. Le modelage, à la différence d'autres techniques d'arts plastiques, oblige à engager pleinement le corps au cours de l'activité, puisque le contact avec la matière est nécessaire. Il permet d'éprouver divers stimuli sensoriels au niveau du toucher, tels que les variations de température, de « douceur » et d'humidité de la terre, en plus des stimuli des autres sens également impliqués ; la vue, l'odorat et l'ouïe.

Une autre particularité du modelage, c'est qu'il permet de créer une œuvre en trois dimensions. Cela peut donner un caractère plus personnalisé, plus vivant à l'œuvre, puisqu'elle semble se transformer en fonction des points de vue que l'on adopte pour l'observer. De plus, le modelage permet de mobiliser les capacités perceptivo-motrices du patient grâce à l'aspect tridimensionnel de la technique.²¹

²⁰ DIKANN A., *L'art thérapie*, p.184, 2018

²¹ BOYER-LABROUCHE A., *Pratiquer l'art thérapie*, p.88

1.2.2 L'intérêt du modelage pour les patients en ESPT

En art thérapie, c'est à partir des difficultés repérées que l'on construit les objectifs thérapeutiques, en s'appuyant sur les capacités préservées du patient. C'est pourquoi au lieu de baser la thérapie sur la parole, il est tout à fait judicieux dans le cas d'un ESPT*, de faire un détour, et de baser le soin sur les capacités préservées du patient, par l'intermédiaire du processus créatif. D'après l'art thérapeute Alain Dikann, le modelage est fortement recommandé pour la prise en charge des patients souffrant d'ESPT*.²² Selon lui, l'argile étant un matériau archaïque, il renvoie inconsciemment aux origines, ce qui facilite le lâcher prise et l'entrée dans le processus de création. Cette technique permet de remettre en mouvement à la fois le corps et l'esprit, de redynamiser les systèmes sensoriels, et par conséquent, redynamiser le système émotionnel. Que les patients en ESPT* présentent un gel de leurs émotions, ou inversement des débordements émotionnels, l'argile demeure un excellent support, étant donné son caractère malléable, elle est en mesure de recevoir toutes les émotions, qu'elles soient positives ou négatives. Elle permet de faciliter leur élaboration, de les contenir, de les absorber, de les épouser. Puis, une fois l'objet créé et terminé, elle permet leur mise à distance.

« Nul n'a jamais écrit ou peint, sculpté, modelé, construit, inventé, que pour sortir en fait de l'enfer. » (Antonin Artaud)

1.3 L'Art thérapie et l'ESPT

1.3.1 L'art

Tout d'abord, l'art est une activité spécifiquement humaine, comme l'est la peinture, l'architecture, la cinématographie ou la musique. L'art est aussi le résultat de cette activité, c'est-à-dire l'œuvre. Ce peut être une toile, un monument, un film, une composition musicale, etc. Elle est destinée à provoquer chez l'individu qui la produit ou qui l'admire un état particulier de sensibilité, plus ou moins lié au plaisir esthétique.

Dès la Grèce Antique, avec Pythagore, Socrate, Platon et Aristote tout particulièrement, l'importance de l'art comme soin était connue et reconnue. Il faut cependant attendre le 19^e siècle, avec la naissance de la psychiatrie en Europe, pour que l'art soit à nouveau considéré dans le domaine médical.

²² DIKANN A., *Expression créatrice et résilience*, p.126, 2019

1.3.2 L'art thérapie

L'art thérapie, en s'appuyant sur le processus de création, s'est peu à peu construite pour être ce qu'elle est aujourd'hui : une méthode thérapeutique comportant des particularités et des caractéristiques qui la rendent particulièrement opérante dans l'accompagnement de patients en ESPT*²³. L'acte de créer est central dans le processus de soin, et amène la possibilité au patient de se soulager, d'exprimer l'ineffable, de renouer avec ses émotions, de retrouver la joie de vivre, de socialiser avec les autres, et de se transformer sans nécessairement avoir un recours direct à la verbalisation.

L'art thérapie n'est pas une psychothérapie, et elle n'a pas la prétention de pouvoir la remplacer. Pour soigner efficacement une personne en souffrance, il est de toute façon nécessaire d'avoir recours à une approche pluridisciplinaire. L'art thérapie s'inscrit néanmoins dans plusieurs courants psychothérapeutiques tels l'approche psychodynamique*, l'approche cognitivo-comportementale, l'approche systémique et enfin l'approche humaniste. L'art thérapie est complexe et possède plusieurs définitions selon les auteurs.

Elle peut se définir comme un accompagnement paramédical fait par un art thérapeute au profit d'une personne dont la santé est affectée, grâce à l'utilisation de l'action de l'art, à des fins thérapeutiques. En d'autres mots et du point de vue du patient, c'est la possibilité de prendre soin de soi grâce au processus de création impliqué lors de la pratique d'une activité artistique. Ce processus amène aussi la possibilité pour le patient de vivre l'« art I », l'« art II » et idéalement, les deux à la fois. L'art I correspond aux sensations archaïques, à la gratification sensorielle et l'art II, aux mécanismes faisant appel aux savoir-faire artistiques. L'art thérapie est un accompagnement de plus en plus pratiqué en tant que soin complémentaire pour les vétérans militaires présentant des symptômes de l'ESPT* (Nanda, Gaydos, Hathron, & Watkins, 2010).²⁴ Cette approche permet un accès privilégié aux émotions des patients, et semble donc tout indiquée dans le protocole de prise en charge pour des patients en ESPT*, la plupart d'entre eux étant aux prises avec des difficultés de régulation émotionnelle.

²³ DIKANN A., *Expression créatrice et résilience*, p.85, 2019

²⁴ WALKER M & al., *Active-duty military service members' visual representations of PTSD and TBI in masks*, 2016

1.3.3 L'intérêt neurobiologique

Chez un patient en ESPT*, la communication entre le système limbique (siège des émotions) et le néocortex (siège du langage et de la cognition) est en général perturbée. Les différentes médiations artistiques, comme celle du modelage, ainsi que le processus de création lui-même, permettent de stimuler les aires somato-sensorielles, visuelles et motrices. Cette stimulation a pour effet de réactiver les mémoires implicites et de débloquent le processus émotionnel. Cette forte stimulation se produit dans l'hémisphère droit, et va progressivement créer des connexions avec l'hémisphère gauche, siège de la parole. Cela peut alors aider la personne à parler de son traumatisme ou lui permettre d'exprimer les émotions qui y sont associées. Il est donc possible de stimuler le système limbique, qui va lui-même réactiver le néocortex et enfin, favoriser la reconnexion entre les deux hémisphères²⁵.

1.3.4 La résilience

L'art thérapie favorise aussi la résilience, cette capacité à faire face avec succès à une situation stressante, nocive ou traumatisante. La résilience permet de s'adapter, de réussir à vivre et même de se développer. Selon Boris Cyrulnik, un neuropsychiatre français, trois facteurs principaux favorisent la résilience chez un individu après un traumatisme. D'abord son tempérament (souplesse, faculté d'adaptation, confiance en soi, estime de soi), ensuite le milieu affectif dans lequel il se trouve, et finalement l'environnement soutenant ou non dans lequel il évolue. Au cours des ateliers d'art thérapie, le patient est amené à développer son estime de lui-même grâce aux projets artistiques qu'il entreprend, et cela dans un cadre bienveillant et sécurisant. Toujours selon Boris Cyrulnik, l'acte de créer peut également directement optimiser le processus de résilience en permettant à l'individu de se découvrir « autre », avec d'autres croyances, d'autres valeurs, et en lui permettant de laisser une empreinte qui n'existait pas auparavant.²⁶

« La souffrance est probablement la même chez tout être humain traumatisé, mais l'expression de son tourment, le remaniement émotionnel de ce qui l'a fracassé, dépend des tuteurs de résilience que la culture dispose autour du blessé²⁷. » (Boris Cyrulnik)

²⁵ DIKANN A., *Expression créatrice et résilience*, p.100-102, 2019

²⁶ DIKANN A., *Expression créatrice et résilience*, p.189, 2019

²⁷ CYRULNIK B., *Autobiographie d'un épouvantail*, p.16, 2008

1.4 Les modèles théoriques du coping dans l'ESPT

1.4.1 La théorie de Lazarus et Folkman

La théorie du coping*²⁸ (to cope en anglais signifie faire face) est un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux que déploie une personne afin de répondre à des demandes internes ou externes évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives. Plus simplement, c'est un processus d'adaptation pour faire face à un stress (interne ou externe) afin de gérer ou de réduire les états d'aversion. Les personnes ayant vécu des événements traumatiques ont eu recours au coping*.

1.4.2 La théorie de Frederickson

Plus récemment, la théorie de l'élargissement et de la construction des émotions positives²⁹ montre que les émotions positives ne sont pas une fin en soi, mais surtout le début d'un processus permettant à l'individu de faire face (coping*). D'abord, ressentir des émotions positives va lui permettre d'élargir ses horizons, de s'ouvrir, et d'essayer de nouveaux modes de pensées, de nouvelles activités et de nouvelles relations. Dans un deuxième temps, il sera en mesure de construire des ressources personnelles durables, comme de nouveaux savoirs, de nouvelles capacités, de nouveaux amis, et s'ensuivra une amélioration de la santé et de l'épanouissement de cet individu. Tout ceci entraîne alors encore plus d'émotions positives et le cercle vertueux peut s'auto-entretenir.

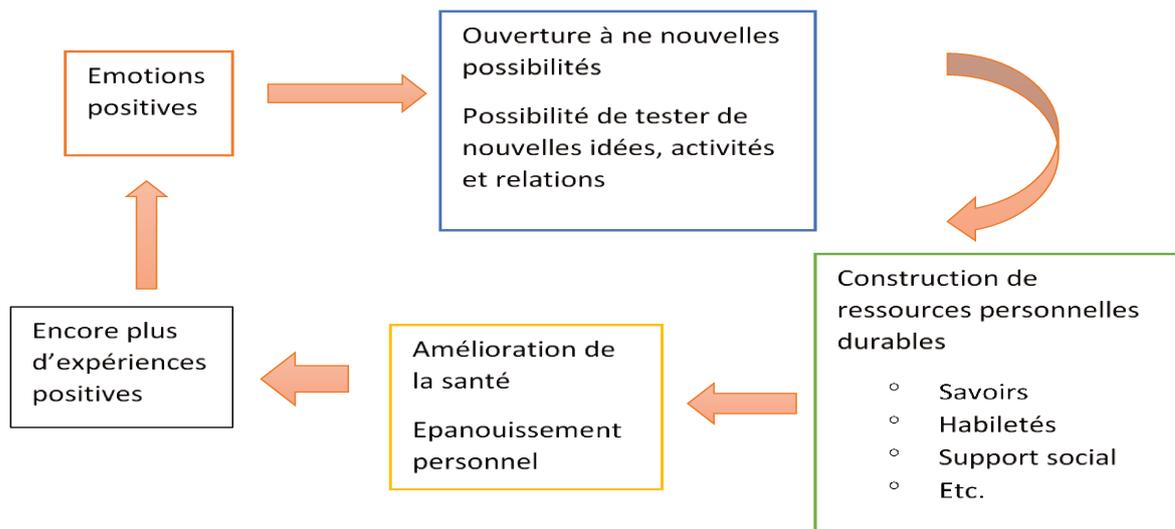


Schéma de la théorie de Fredrickson

²⁸ LAZARUS et FOLKMAN, *Stress, Appraisal and coping*, 1984

²⁹ FREDRICKSON B, *The Role of Positive Emotions in Positive Psychology*, p. 220, 2011

1.4.3 Le coping et les émotions

Depuis les commencements de la médecine et de la philosophie, des écrits relatent les conséquences du dysfonctionnement des émotions, sur la santé mentale et physique de l'Homme. Qu'elles soient intenses et non maîtrisées, ou à l'inverse réduites au silence et écartées de la vie, elles engendrent des pathologies psychiques et somatiques non négligeables.³⁰

Les fonctions des émotions négatives et celles des émotions positives sont très différentes. Les émotions négatives focalisent l'attention sur des éléments précis d'une situation, et limitent les comportements à ceux strictement en lien avec ce qui a provoqué l'émotion négative. Inversement, les émotions positives élargissent la façon de penser, ainsi que le répertoire de comportements. De fait, elles sont définies comme des expériences d'adaptation souhaitables, qui permettent au sujet de se sentir comme subjectivement bien, et qui signalent que ses besoins sont satisfaits ou en bonne voie de l'être.

Selon un article de Jordi Quoidbach, quatre domaines sont directement impactés par les émotions positives : les pensées, les comportements, les relations sociales et la santé.³¹ En effet, les émotions positives aideraient la personne qui les vit à faire des liens entre ses idées, à intégrer et organiser les informations, à imaginer des solutions créatives face aux problèmes ainsi qu'à augmenter sa capacité de résilience. Les émotions positives apporteraient également de nombreux avantages sur le plan social. Elles augmenteraient l'engagement de la personne dans des activités variées et la pousseraient à interagir, à jouer et à explorer son environnement. Par ailleurs, les émotions positives faciliteraient les comportements d'aide et de coopération. Les gens plus heureux sont aussi plus appréciés des autres. L'expression des émotions positives fournit à autrui des informations sur les intentions amicales, l'invitant à se rapprocher. Dans le monde du travail, les émotions positives seraient même l'une des raisons de la réussite professionnelle. Enfin, les émotions positives renforceraient le système immunitaire : les gens heureux sont en meilleure santé et vivent plus longtemps.

« L'émotion n'est pas un accident, c'est un mode d'existence de la conscience, une des façons dont elle comprend son être dans le monde » (Jean Paul Sartre)

³⁰ AMBROSINO, M., *Alexithymie et comorbidités psychiatriques des états de stress post-traumatique en lien avec l'exercice des fonctions militaires*, p.64, 2013

³¹ QUOIDBACH, J., *Les émotions positives : à quoi servent-elles et comment les savourer ?* p.17-32, 2014

1.5 L'hypothèse de travail

La revue de littérature en ce qui concerne les grands concepts de notre étude, soit l'ESPT*, l'alexithymie*, l'art thérapie, et la technique du modelage, met en évidence que ces concepts tournent tous autour de la notion des émotions. En effet, elles sont d'abord ce qui fait principalement défaut aux patients souffrant d'ESPT*, notamment en raison de l'alexithymie* dont la plupart sont atteints. Il est également montré que les séances d'art thérapie sont susceptibles de favoriser le ressenti et l'expression d'émotions positives³². Enfin, le modelage, qui de par sa matière et de par sa technique, permet un accès privilégié aux émotions. Celles-ci semblent véritablement constituer le fil d'Ariane de notre travail.

Aussi, après avoir effectué notre stage et pris en charge des patients, après nous être confrontés à la réalité du terrain, nous sommes désormais convaincus que les émotions positives sont au cœur du soin art thérapeutique. Étonnamment, très peu d'études à ce sujet ont été menées jusqu'à présent, malgré le fait que ce soit un concept clé, et qu'il sous-tende le fondement même de la profession d'art thérapeute³³. Si peu d'études existent sur un aspect positif comme celui des émotions positives, c'est sans doute parce que l'être humain a évolué de façon à toujours focaliser son attention sur les aspects négatifs³⁴. En termes d'évolution, pour la survie de l'espèce, c'était nécessaire. En revanche, qu'en est-il pour la vie de l'individu ?

Nous souhaitons ajouter notre humble pierre à l'édifice que constitue la recherche en art thérapie. L'une des pistes de recherche pourrait être l'exploration des émotions positives exprimées en séance d'art thérapie, en fonction de la médiation utilisée et de la patientèle ciblée. Notre hypothèse de travail est donc la suivante : Le modelage de l'argile en séance d'art thérapie favoriserait l'expression des émotions positives chez des militaires souffrant d'un état de stress post-traumatique et présentant une alexithymie*.

« Le moyen de surmonter les pensées négatives et les émotions destructrices consiste à développer des émotions positives opposées, plus fortes et plus puissantes » (Dalaï Lama)

³² DIKANN A., *Expression créatrice et résilience* p.98, 2019

³³ CHILTON G. et al., *L'art des émotions positives* p.12, 2015

³⁴ BAUMEISTER, R. F., BRATSLAVSKY, E., FINKENAUER, C., & VOHS, K. D. *Bad is Stronger than Good*, p. 323–370, 2001

Deuxième partie

2. Matériel et méthode

2.1 Le matériel

2.1.1 La structure

Nous avons choisi d'effectuer nos 140 heures de stage au sein du service psychiatrique de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Robert Picqué, à Villenave d'Ornon, en Gironde. Sept autres hôpitaux de ce genre existent en France, permettant d'offrir des soins aux militaires engagés dans les forces armées partout sur le territoire³⁵. Contrairement à la plupart des hôpitaux qui sont chapeautés par l'agence nationale de santé, du ministère de la santé, les HIA* dépendent du Service de Santé des Armées (SSA), du ministère de la défense. L'Hôpital Robert Picqué accueille prioritairement les militaires, mais il est également ouvert aux civils.

Le service psychiatrique où nous étions stagiaire accueille des patients en consultation externe ou en hospitalisation pour des pathologies aiguës ou des prises en charge à long terme.³⁶ L'hospitalisation est libre. Ce service est spécialisé dans la prise en charge de l'ESPT* chez les militaires, mais l'on y rencontre aussi des patients présentant des troubles thymiques, des troubles addictifs et des états psychotiques. Régulièrement, à l'occasion de journées de formation, il est demandé à l'équipe soignante du service de transmettre ses connaissances et savoirs-faires à d'autres soignants, venus de toute la France pour apprendre ou mieux comprendre la façon de prendre en charge l'ESPT*, un trouble surreprésenté chez les militaires.

Le service de psychiatrie comporte 16 chambres individuelles dont la plupart possède sa propre salle de bain. Plusieurs salles sont consacrées aux patients : salle à manger, salle de sport, salle de soins socio-esthétiques, salle de psychomotricité, salle d'ergothérapie, salle de lecture, salle de bain et cabinets. Un patio arboré et aménagé, avec bancs et tables offre aux patients la possibilité de sortir dehors tout en étant protégé par les murs du service. C'est un lieu d'échanges apprécié. Les psychiatres et psychologues reçoivent les patients en consultation dans leur propre bureau. Le personnel dispose d'une salle à manger, d'un local infirmier, d'une salle des archives et d'une salle de réunion. Tous les locaux se trouvent en rez-de-chaussée.

³⁵ <https://www.defense.gouv.fr/sante/sante-publique/hopitaux-militaires>

³⁶ DELUBRIAC BESNARD A., *Une expérience en art-thérapie moderne à dominante arts-plastiques auprès de militaires présentant un état de stress post-traumatique en lien avec leurs missions*, 2018

2.1.2 L'équipe

L'équipe pluridisciplinaire des soignants du service de psychiatrie de l'Hôpital Robert Picqué est composée d'infirmiers, d'aides-soignants, d'un psychomotricien, d'une ergothérapeute, d'une assistante sociale, d'un psychologue et de psychiatres. Régulièrement, des stagiaires, des étudiants et des internes empruntent également les couloirs du service. Pour les soignants paramédicaux, les psychologues et les psychiatres, la plage horaire de travail se déroule généralement entre 8h45 et 16h45. Les infirmiers et les aides-soignants travaillent soit du matin (7h-15h), soit de jour (9h-17h), soit du soir (15h-23h) soit de nuit (23h-7h). Des réunions de transmission entre les différents soignants sont régulièrement organisées afin d'assurer aux patients la qualité et la continuité de leurs soins.

2.1.3 La patientèle

Les patients hospitalisés sont majoritairement des militaires souffrant d'ESPT* après une ou plusieurs opérations extérieures (OPEX*). Plus ce trouble lié à un traumatisme est détecté et pris en charge rapidement, plus les chances de rémission sont grandes³⁷. En cas inverse, le processus de résilience sera beaucoup plus ardu. Il peut néanmoins se produire petit à petit sur plusieurs années. Les patients sont en général hospitalisés pour la durée d'une semaine. Parfois la durée d'hospitalisation se prolonge sur deux semaines, mais rarement au-delà. Selon les cas, ils reviendront pour une prochaine hospitalisation quelques semaines ou quelques mois plus tard. Ces hospitalisations séquentielles permettent l'alternance de moments intra et extra hospitaliers, créant des impulsions, des changements de rythmes dans la vie de la personne. Cela peut s'avérer bénéfique sur une pathologie chronique comme celle de l'ESPT*. Ce type d'hospitalisation permet également au patient d'être plus impliqué dans sa prise en charge.³⁸

2.1.4 Le fonctionnement

Une hospitalisation permet au patient de recevoir des soins adaptés à sa situation actuelle, avec des professionnels de santé qu'il connaît et en qui il a confiance. Comme le patient reste sur place quelques jours, le psychiatre qui le suit peut évaluer sa progression et ajuster la médication si nécessaire. Les infirmiers et les aides-soignants contrôlent au quotidien son moral et son état de santé, et s'assurent de la bonne prise des médicaments prescrits. Les autres professionnels de santé rencontrent le patient en fonction de la prescription faite par un psychiatre du service.

³⁷ EL HAGE W., conférence à Poitiers, 3 septembre 2019

³⁸ THOMAS G. *Intérêts et limites des hospitalisations séquentielles dans la prise en charge des états de stress post-traumatique*, p.512, 2018.

2.1.5 Les activités

Chaque semaine sont proposés un groupe de parole animé par un psychologue ainsi qu'un groupe d'expression à médiation artistique, animé par le psychomotricien et l'ergothérapeute. Ce dernier consiste à faire jouer un morceau de musique particulièrement éloquent pour les patients souffrant d'ESPT* (ex : « Résiste » de France Gall), à recueillir les impressions de chacun tout en leur laissant l'opportunité d'exprimer ce qu'ils ressentent grâce à des stylos, des feutres et des feuilles de papier laissés à disposition. Deux écoutes de la chanson et deux tours de paroles permettent d'exhorter l'expression de leurs émotions souvent difficiles d'accès, de mobiliser leurs capacités de réflexion et de les inciter à partager entre eux ce qu'ils vivent.

En plus des soins thérapeutiques, le patient a le choix de participer ou non à différentes activités occupationnelles, telles la marche nordique (qui consiste à marcher avec des bâtons à la manière des skieurs de fond), l'atelier de cuisine, le footing, les jeux de société, etc. Cette semaine en dehors de la vie quotidienne lui permet de s'apaiser, car il se sent souvent plus en sécurité dans le service que chez lui, et arrive de ce fait à mieux dormir. Il retrouve également d'autres militaires souffrant de symptômes similaires aux siens, et se sent moins seul dans le combat qu'il mène au quotidien contre son état de stress post-traumatique.

2.1.6 Le déroulement du stage

Notre stage s'est déroulé sur quatre semaines de 35 heures, du 3 février au 6 mars 2020. Notre directrice de stage est ergothérapeute et depuis deux ans, art thérapeute également. La première semaine nous sommes restés en observation, pour nous familiariser avec le milieu, le personnel et les patients. La deuxième semaine nous avons commencé à être plus actifs lors des séances avec les patients, et à mieux cerner le fonctionnement global de l'hôpital. C'était pour nous une première expérience de travail en milieu hospitalier. Nous avons préparé les différents outils nécessaires (fiches d'ouverture, fiches d'observation, grilles, évaluations) pour la troisième et quatrième semaine de stage, où nous avons pris en charge des patients de façon autonome. Nous avons suivi en séance d'art thérapie trois patients : Monsieur M, Monsieur Q et Madame T.

2.1.7 Le choix des patients

Pour chacun de ces trois patients, nous avons étudié le dossier clinique et consulté les autres professionnels du service, afin de prendre connaissance de l'anamnèse*, des objectifs généraux de prise en charge et des prescriptions médicales. Ce travail en amont nous a permis de mieux appréhender les patients dans leur globalité, pour leur proposer un accompagnement le plus utile et le plus adapté possible.

M. M, M. Q et Mme T ont bénéficié de 3 à 6 séances individuelles d'art thérapie, d'un entretien d'ouverture et d'un entretien de clôture (bilan). Ces trois patients souffrent d'ESPT* suite à des OPEX* où ils ont été confrontés directement à la violence et à la mort. Nous avons choisi de décrire dans ce mémoire les études de cas de Monsieur M et de Monsieur Q, car tous les deux présentent des traits d'alexithymie* particulièrement marqués, et tous les deux ont choisi la technique du modelage en séance d'art thérapie. Madame T présente essentiellement des symptômes dépressifs et a préféré quant à elle, découvrir la technique du dessin et du pastel.

2.1.8 L'analyse qualitative par observation directe

Afin d'explorer au mieux les émotions vécues durant les séances d'art thérapie, nous avons minutieusement observé les émotions exprimées par le corps ainsi que celles exprimées par les mots. Nous avons choisi la technique de l'observation directe dans le but de ne pas réduire la diversité des émotions exprimées, ce qui aurait pu être le cas avec l'usage de grille ou d'échelle préexistantes. Directement après chaque séance individuelle, nous avons décrit les émotions perçues, exprimées physiquement ou verbalement.

Afin d'avoir une référence stable sur l'évolution du patient au fur et à mesure des séances, nous avons coté 5 items sur une échelle de Likert* (voir ANNEXES p. 76) Ces items sont ceux de la concentration, de l'imagination, de la dextérité, du plaisir et de la valorisation. Ces items sont des items phares, très régulièrement utilisés dans les études en art thérapie. Premièrement en raison de leur relative facilité d'observation, deuxièmement car ils se retrouvent obligatoirement dans chaque séance proposée, et troisièmement, car tous les patients, peu importe la médiation artistique choisie, peuvent être notés sur ces items. Nous les utilisons afin d'être en mesure d'apprécier l'évolution personnelle de chaque patient, ainsi que de pouvoir comparer l'évolution des patients entre eux.

Les objectifs art-thérapeutiques ont principalement été élaborés au moment de l'entretien d'ouverture avec le patient, qui a pu lui-même exprimer ce qui le met le plus en difficulté, et ce sur quoi il aimerait travailler en priorité. Nous nous sommes aussi inspirés des réunions entre soignants pour relever certains faits et les intégrer aux objectifs. Enfin, notre directrice de stage qui connaît bien les patients nous a permis de préciser certains des objectifs pour qu'ils soient les plus pertinents possibles au regard des problématiques de chaque patient.

« L'observation est au fondement de tout travail clinique, elle en est l'aspect le plus fondamental et essentiel » (Ciccone)

2.1.9 La Toronto Alexithymia Scale : TAS-20

Dans les études actuelles sur l'alexithymie*, cette échelle est la plus utilisée³⁹. Elle a été traduite et validée en français. Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 20 questions, permettant d'évaluer le degré d'alexithymie* du patient. (Voir ANNEXES p. 76) Chaque question appelle à une réponse graduée sur une échelle de Likert, selon le degré d'accord en cinq points : 1=désaccord complet 2= désaccord relatif 3= ni accord ni désaccord 4= accord relatif 5= accord complet

Les notes seuils permettent de distinguer trois niveaux :

TAS-20 < 51 : pas d'alexithymie

51 < TAS-20 < 61 : possible alexithymie

TAS-20 > 61 : alexithymie

Cet outil comporte trois sous-catégories liées à l'alexithymie :

- ▶ DDF (Difficulty Describing Feeling) : mesure la difficulté à décrire ses émotions
- ▶ DIF (Difficulty Identifying Feeling) : mesure la difficulté à identifier ses émotions
- ▶ OEF (Externally-Oriented Thinking) : mesure la tendance à porter son attention sur l'extérieur

Pour calculer le score, il faut prendre en considération le fait que 5 items sur les 20 sont codés négativement. La TAS-20* montre une bonne fiabilité, validité et sensibilité. Cet outil a également montré une stabilité et une reproductibilité à travers les populations cliniques et non cliniques. Chaque patient a rempli l'auto-questionnaire TAS-20* au cours de l'entretien d'ouverture.

Alexithymie⁴⁰ :

A = absence

Lexis = mot

Thymos = humeur, affectivité, sentiment, émotion

³⁹ BAGBY M., PARKER J. and TAYLOR G., *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)* (site internet : ACBS-Association for contextual behavioral science)

⁴⁰ JOUANNE C., *L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif*, p.195, 2006

2.2 Méthodes

2.2.1 Première étude de cas : Monsieur Q

2.2.1.1 Le dossier clinique

Circonstances d'hospitalisation : hospitalisation séquentielle d'une semaine programmée en accord avec le patient dans le cadre de la prise en charge d'un état de stress post-traumatique sévère, associé à des addictions à l'alcool, au cannabis et à la cocaïne.

Anamnèse* : Monsieur Q est né en 1985. Il a grandi en Guadeloupe, il a deux frères et une sœur. Il a un enfant en bas âge, il est séparé de sa compagne. Il était sous-officier dans l'Armée de l'air. Il décrit plusieurs événements traumatiques survenus en 2013, au cours d'une OPEX* en République Centrafricaine. Il aurait assisté à des agressions d'enfants et de jeunes adolescents, à des fusillades, des tueries. Lui-même aurait tué hommes, femmes et enfants en visant une cachette où devait se trouver l'ennemi, mais où se trouvait en réalité des civils.

Symptômes : Forte anxiété avec un retentissement sur sa vie sociale, il s'isole. Trouble de l'usage de la cocaïne et trouble de l'usage de l'alcool. Reviviscences diurnes et nocturnes, sous la forme de flashbacks, cauchemars traumatiques, troubles du caractère avec forte irritabilité, hypervigilance. Ne consomme plus de cocaïne depuis le début de l'année 2020.

Antécédents : Aucun antécédent familial. Antécédents personnels : paludisme, luxation de la clavicule, discopathies cervicales et phlébite.

Suivi et traitement médical : La première prise en charge à l'HIA* Robert Picqué a eu lieu en octobre 2019. Une prochaine hospitalisation est prévue pour le 18.05.2020. Les médicaments qu'il prend et leurs effets secondaires fréquents :

PRAZOSINE LP 5 mg : 1 comprimé au coucher -> **Antihypertenseur**.

QUETIAPINE 50 mg : 4 comprimés au coucher-> **Neuroleptique atypique**. Somnolence, sensations vertigineuses, fatigue, maux de tête, syndrome extrapyramidal, bouche sèche, élévation du taux de cholestérol ou de triglycérides dans le sang, prise de poids, syndrome de sevrage.

SERESTA 50 mg : 0.5 comprimé matin, midi, soir et coucher-> **Anxiolytique**. Sensation d'ivresse, maux de tête, somnolence (en particulier chez la personne âgée), ralentissement des idées, fatigue, sensation de faiblesse musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaisons, vision double.

LOXAPINE 25 mg/ml : 5 gouttes à midi, 10 gouttes au coucher et 25 gouttes si besoin si anxiété-> **Neuroleptique**. Somnolence, mouvements involontaires ou inadaptés, tics, pouvant survenir lors de la première prise (notamment en cas de surdosage) ou plus tardivement, lors d'un traitement prolongé, raideur musculaire et difficulté à coordonner les mouvements, constipation, bouche sèche.

SELINCRO 18 mg : 1 comprimé le soir-> **Médicament du sevrage alcoolique**. Nausées, insomnie, vertiges, maux de tête.

PAROXETINE 20 mg : 1 comprimé le matin-> **Antidépresseur**. Nausées, troubles sexuels, diminution de l'appétit, somnolence ou au contraire insomnie, rêves anormaux, cauchemars, sensations vertigineuses, tremblements, maux de tête, manque d'attention, vision trouble, bâillements, vomissements, constipation, diarrhée, sécheresse buccale, transpiration excessive, fatigue, prise de poids.

LEPTICUR 10 mg : 1 comprimé le matin-> **Antiparkinsonien**. Troubles de l'accommodation, bouche sèche, constipation, difficultés à uriner.

2.2.1.2 L'entretien d'ouverture

Date : Mardi 25 février-11h

Contact : Durant cet entretien d'ouverture, Monsieur Q parle très lentement, avec beaucoup d'hésitations. Il cherche ses mots longtemps, bafouille parfois. Il est un peu perdu dans le temps, se trompe dans les heures et les jours. Pour cet entretien, nous avons dû aller le chercher dans sa chambre, car il ne savait plus quel jour nous étions.

Echange verbal : Il fait état de ses difficultés, le fait de sortir lui fait peur. Marcher en ville l'angoisse, il est en état constant d'hypervigilance et cela le fatigue. Il ressent parfois énormément d'émotions à la fois, et évoque la difficulté de les gérer. Il parle de sa vie d'avant le traumatisme, quand il sortait avec ses amis, faisait du camping en plein air, des festivals et des concerts. Il faisait aussi du vélo, de la musculation et de la boxe. Il adore la lecture et la culture. Avant, il visitait des musées. Il aime lire la poésie, des livres de développement personnel. Plus jeune, il a fait partie d'un groupe de rap, il était compositeur interprète.

Difficulté : Monsieur Q évoque le fait que ce qui le handicape le plus au quotidien c'est la peur de sortir, et les angoisses qui l'empêchent de vivre normalement. Il aimerait aussi pouvoir reprendre contact avec ses amis.

Intérêts artistiques : Aucun intérêt pour la danse et le collage, faible intérêt pour la musique et le dessin, moyen intérêt pour la peinture, fort intérêt pour le modelage et l'écriture

Main préférentielle : droite

TAS-20* (Voir ANNEXES p. 76) : DIF* : 28 DDF* : 20 OEF* : 20 **Total** : 68

Score de la TAS-20* > 61, Monsieur Q est donc alexithymique. La dimension qui semble particulièrement poser un problème est la DIF* (Difficulty Identifying feeling), soit la difficulté à identifier ses émotions.

2.2.1.3 Le protocole

Les séances : 3 séances d'art thérapie d'une heure chacune en salle d'ergothérapie, les 25, 26 et 27 avril 2020, à 16h. A chaque séance, le patient décidera ou non de mettre un fond musical. En fin de séance, le patient choisit un mot pour décrire la séance qu'il vient de vivre. Ce petit rituel peut l'aider à faire un retour sur ce qu'il a vécu durant la séance.

Technique artistique : Modelage

2.2.1.4 Les objectifs généraux et intermédiaires

Les OG* et les OI*

- ▶ OG1 : Apaiser l'angoisse
 - OI1 : vécu d'émotions positives : ressentir des émotions positives
 - OI2 : Baisse du niveau de vigilance : se sentir en confiance, interagir dans un cadre bienveillant
 - OI3 : Focus sur l'instant présent : être dans le présent, ni dans le passé, ni dans le futur
- ▶ OG2 : Retrouver l'élan vital
 - OI1 : réduction de l'apathie* : ressentir des sensations agréables, éprouver du plaisir
 - OI2 : réduction de l'aboulie* : trouver un projet qui donne envie, retrouver la motivation

2.2.1.5 Les séances d'art thérapie

n° de séance: 1 Le 25.02.2020 à 16h en salle d'ergothérapie

Objectifs de la séance :

- ❖ Choisir le sujet de l'œuvre (penser à des sujets qui lui font plaisir-> éprouver du plaisir -> réduction de l'apathie* -> retrouver l'élan vital)
- ❖ Découvrir la matière de l'argile et les outils (focus sur l'instant présent -> Apaiser l'angoisse)
- ❖ Entamer un projet motivant (réduction de l'aboulie* -> retrouver l'élan vital)
- ❖ Vivre des émotions positives (apaiser l'angoisse)

Déroulement de la séance

Divers : Temps plutôt ensoleillé, doux (14 degrés). 16h, fin de journée. Atelier d'art thérapie juste après une séance riche en émotions avec le psychomotricien, il dit avoir pleins d'idées et d'images en têtes, et qu'elles ne sont pas positives. Souhaite se changer l'esprit.

Consigne : Déterminez ce que vous aimeriez faire comme modelage et commencez à donner une forme approximative à la terre, apprenez petit à petit comment elle se travaille.

Méthode : directive, dirigée, semi dirigée, ouverte, libre

Fond sonore : Pas de musique

Enchaînement des évènements : M. Q arrive avec un quart d'heure de retard, car il était avec le psychomotricien et la séance s'est prolongée. Il a l'air plutôt angoissé. Il s'excuse de son retard, et dit que ça ne va pas. Nous lui demandons s'il veut tout de même faire la séance d'art thérapie, il répond oui, que ça lui changera les idées. Il touche la terre, en prend un bout, la roule, et dit que c'est salissant, que ça lui assèche les mains. Il émet l'envie de faire une pièce d'échec géante, celle du cavalier. Nous allons alors chercher un jeu d'échecs pour qu'il puisse s'aider d'un modèle en trois dimensions. Après avoir comblé les fissures d'une boule d'argile, il l'écrase pour en faire le socle de sa pièce d'échec. Elle se fissure et cela l'impatiente. Après réflexion il trouve que ces fissures donnent un air de « bois ou de liège » à la terre, et qu'au final il veut reproduire cet effet sur toute la pièce. En fin de séance, nous lui demandons ce qu'il a ressenti durant l'atelier. Il dit qu'à part la frustration ponctuelle, il a beaucoup aimé, qu'il compte même se procurer de la terre pour pouvoir en faire chez lui. L'argile lui procure des sensations agréables (malgré la première impression), et il aime la travailler et donner forme à quelque chose qui n'en n'a pas au départ. Il compte déjà peindre sa pièce en bleue.

Mot de fin choisi : « Echec et mat »

Analyse de la séance

Appréciation d'ensemble de la séance : Au début M. Q était tendu. Au fur et à mesure que la séance passait, ses épaules se sont déroulées, ses traits ont retrouvé un peu de vie, et il a pu esquisser des sourires. Plus d'échanges verbaux en fin de séance qu'en début. Il s'est bien emparé à la fois de l'outil, l'argile, et à la fois du projet, modeler une pièce d'échec géante.

Retour sur les objectifs de la séance : Objectifs atteints. Durant cette séance Monsieur Q a pu éprouver des émotions positives et du plaisir en discutant de ce qu'il aime bien afin de s'inspirer pour son projet. Il a apprécié le travail de l'argile, se concentrer sur la matière de longues minutes. Il s'est engagé dans la fabrication d'un objet qui le motive et même projeté ce qu'il en ferait une fois l'objet terminé : le peindre en bleu et acheter de la terre pour en faire chez lui.

Type d'Art : **Art 1 Art 2** Monsieur Q était à la fois dans l'art 1 et 2, il recherchait la technique, mais cela ne l'empêchait pas de profiter des stimuli sensoriels, agréables et désagréables.

Intérêt du patient pour l'activité : Intérêt mitigé au début, puis grandissant jusqu'à être un fort intérêt à la fin de la séance.

Limites atteintes : Le temps réduit de la séance a fait que M Q n'a pas autant avancé sur son projet qu'il aurait pu le faire.

Emotions positives exprimées par le corps

- Joie : quelques sourires
- Curiosité : teste la matière, découvre la patine
- Surprise : mimique de surprise en découvrant les propriétés de l'argile

Emotions positives exprimées par les mots

- Inspiration : « Je sais ! je vais faire une pièce d'échec ! »
- Amusement : « les fissures de l'argile font penser à du bois ou du liège »
- Amour : « j'aime l'argile et le modelage »
- Enthousiasme : « J'achèterai de la terre pour pouvoir en faire chez moi ! »
- Confiance en l'autre : « d'accord, je vais rajouter de la patine » (confiance dans les conseils du thérapeute)

Concentration : 1 inattention 2 **dispersée** 3 suivis des consignes 4 attention soutenue 5 Flow*

Imagination : 1 absente 2 discrète 3 **présente** 4 active 5 débordante

Dextérité : 1 grossière 2 **maladroite** 3 normale 4 bonne 5 fine

Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 **léger plaisir** 4 plaisir apparent 5 plaisir éclatant

Valorisation : 1 autodénigrement 2 dévalorisation 3 **neutre** 4 réassurance 5 valorisation



Photo du plan de travail après la première séance avec M. Q

n° de séance: 2 Le 26.02.2020 à 16h en salle d'ergothérapie

Objectifs de la séance :

- ❖ Travailler un sujet qu'il apprécie, les échecs (éprouver du plaisir -> réduction de l'apathie* -> retrouver l'élan vital)
- ❖ Créer (être dans le présent -> Focus sur l'instant présent -> Apaiser l'angoisse)
- ❖ Vivre des émotions positives (apaiser l'angoisse)

Déroulement de la séance

Divers : Temps plutôt nuageux, éclaircies. 16h, fin de journée. Atelier d'art thérapie collectif juste avant la séance, il est calme et détendu quand il commence l'atelier.

Consigne : Continuez à modeler la pièce du cavalier en argile

Méthode : directive, dirigée, semi dirigée, ouverte, libre

Fond sonore : Brel principalement (La valse à mille temps, Chez ces gens-là, Amsterdam, Vesoul, Ne me quitte pas, Madeleine, Quand on n'a que l'amour, Les bourgeois) Cabrel (Je l'aimais, je l'aime et je l'aimerai) et Aznavour (Emmenez-moi)

Enchaînement des évènements : M. Q est à l'heure et se met rapidement à l'ouvrage, il va vite, ses gestes sont peu précis. A un moment, son attention est détournée par un avion qui passe au-dessus du service, il regarde alors par la fenêtre et reste là quelques instants, à contempler le ciel. Sur le moment nous n'avions pas compris, mais il était en train de vivre une petite crise d'angoisse. C'est lui qui l'expliqua ensuite. Il a continué à modeler dans le but de s'apaiser. Tous deux nous fredonnons et même chantons les paroles des chansons de Brel installées en fond sonore. En fin d'atelier, il dit avoir ressenti de l'impatience et de l'agacement, surtout lorsqu'il a « raté » un morceau. Mais aussi de l'apaisement, notamment après sa petite crise d'angoisse. Il a beaucoup parlé de son amour pour l'écriture. Chaque chanson de Brel passée, il cherchait les mots pour décrire ce qu'il ressentait au moment de l'écoute. Il n'arrive pas à verbaliser l'émotion qu'il éprouve, cependant il est en mesure de détecter des changements émotionnels. C'est un effet qu'il recherche lorsqu'il écoute de la musique.

Mot de fin choisi : « Incroyable » (en parlant du talent de Brel)

Analyse de la séance

Appréciation d'ensemble de la séance : M. Q était plutôt dispersé et peu attentif durant la séance. Il a eu une montée d'angoisse après qu'un avion soit passé juste au-dessus du service, mais il s'est de lui-même apaisé, notamment en venant rechercher le contact de la terre et en se remettant l'esprit au modelage. Il a su gérer sa crise d'angoisse, si bien que nous ne l'avons pas aperçue. Il a été confronté au réel de la matière, lorsque voulant aller trop vite, il a finalement gâché une partie de son travail. Durant cette séance nous avons beaucoup discuté, il avait l'air détendu en fin de séance, surtout lorsque nous chantions sur les jolies chansons de Brel

Retour sur les objectifs de la séance : Objectifs partiellement atteints. D'abord, malgré le contexte de la séance d'art thérapie, Monsieur Q a déclaré une crise d'angoisse. Le fait de créer ne l'a pas empêché d'angoisser. Cependant il s'est quand même servi du pouvoir calmant du modelage, car de lui-même, il est revenu s'asseoir à la table pour calmer son angoisse. Contrairement à ce que nous pensions, ce n'est pas particulièrement la pièce d'échec qui lui a procuré du plaisir, mais bien d'avantage les paroles des chansons que nous écoutions et chantions. Il put éprouver du plaisir et des émotions positives.

Type d'Art : Art 1 Art 2

Intérêt du patient pour l'activité : Intérêt fluctuant. Il aimerait pouvoir aller plus vite.

Limites atteintes : Monsieur Q a été impatient et doit en conséquence recommencer une étape de réalisation.

Emotions positives exprimées par le corps

- Amusement : sourires, petits rires amusés
- Joie : rire franc
- Détente/complicité : chanter avec moi, se laisser aller à donner de la voix

Emotions positives exprimées par les mots

- Amour : « Ce chanteur (Brel) je l'aime ! »
- Compassion : « Le pauvre ... » en parlant de l'homme dans « Madeleine » de Brel
- Admiration : « C'est fou, il a tellement de talent, c'est incroyable »
- Satisfaction : « bon, ce n'est pas trop mal finalement » en parlant de sa création en argile

Concentration : 1 inattention 2 **dispersée** 3 suivis des consignes 4 attention soutenue 5 Flow*

Imagination : 1 absente 2 **discrète** 3 présente 4 active 5 débordante

Dextérité : 1 **grossière** 2 maladroite 3 normale 4 bonne 5 fine

Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 léger plaisir 4 **plaisir apparent** 5 plaisir éclatant

Valorisation : 1 autodénigrement 2 dévalorisation 3 **neutre** 4 réassurance 5 valorisation



Socle de la pièce d'échec du cavalier de M. Q

n° de séance: 3 Le 27.02.2020 à 16h en salle d'ergothérapie

Objectifs de la séance :

- ❖ Echanger (se sentir en confiance -> Baisse du niveau de vigilance -> Apaiser l'angoisse)
- ❖ Terminer le projet (-> fierté -> émotion positive -> Apaiser l'angoisse)
- ❖ Terminer le projet (-> satisfaction dans le fait d'achever ce que l'on commence -> réduction de l'aboulie* -> Retrouver l'élan vital)
- ❖ Vivre des émotions positives (apaiser l'angoisse)

Déroulement de la séance

Divers : Temps de pluie. Forte crise d'angoisse le matin.

Consigne : Continuez et terminez le cavalier en argile

Méthode : directive, dirigée, semi dirigée, **ouverte**, libre

Fond sonore : Brel

Enchaînement des évènements : M. Q entre dans la salle avec un air un peu blasé, fatigué. Il répond avec le minimum de mots possible. Afin de le motiver, nous lui faisons remarquer que la pièce évoluera vite à partir de maintenant. Il n'en avait pas l'air persuadé. Malgré tout il s'est mis à l'ouvrage. Nous lui avons demandé s'il voulait écouter une chanson, et il a choisi la valse à mille temps de Brel. Ensuite la liste de lecture a continué avec d'autres chansons de Brel. Aujourd'hui c'était l'étape du cheval stylisé, il a découpé la forme dans une plaque d'argile qu'il avait préparé à la dernière séance, fixé la forme sur le socle et ajouté les détails (yeux, crinière). Il a réussi à tout finir dans les temps, il était content du résultat, il ne pensait pas qu'il serait capable de faire quelque chose d'aussi bien. Il a dit que ça l'a apaisé et que cette séance lui a particulièrement permis de s'évader. Il a redit qu'il en ferait éventuellement un hobby.

Mot de fin : « Génial »

Analyse de la séance

Appréciation d'ensemble de la séance : Nette amélioration de l'humeur de Monsieur Q entre le début et la fin de séance. Augmentation des paroles échangées, débit de paroles accéléré. Surprise et satisfaction pour son œuvre.

Retour sur les objectifs de la séance : Objectifs atteints. Le projet a pu être terminé en trois séances, avec un résultat satisfaisant aux yeux de Monsieur Q. La séance a permis un réel échange entre l'art thérapeute et le patient, ce dernier s'est montré détendu, confiant, il a chanté, il a partagé l'écoute d'une chanson qui lui amène de l'émotion. Il a vécu des émotions positives.

Type d'Art : Art 1 Art 2

Intérêt du patient pour l'activité : Intérêt renouvelé car vitesse de création accélérée

Limites atteintes : Monsieur Q est encore impatient et peu délicat avec l'argile. Le résultat aurait pu être plus optimal.

Emotions exprimées par le corps

- Détente : chante les paroles des chansons
- Joie : rit de bon cœur
- Inspiration : modèle son cavalier sans aide externe, avec son imagination
- Assurance : gestes rapides et assurés
- Curiosité : teste un nouvel outil

Emotions exprimées par les mots

- Passion : « J'écoute les chansons de Brel tout le temps, je le trouve formidable »
- Optimisme : « Des gens sont encore moins chanceux que moi. Je vis correctement »
- Enthousiasme : « J'achèterai de l'argile pour continuer à modeler chez moi ! »
- Gratitude : « Merci beaucoup »
- Satisfaction : « Je suis content de ce que j'ai fait »
- Amour : « J'aime beaucoup les chanteurs qui chantent des choses fortes »
- Joie : « Je suis content d'avoir découvert le modelage »
- Admiration : « Brel, Cabrel, Barbara ... sont absolument fabuleux »
- Fierté : « Je ne pensais pas être capable de réussir à faire quelque chose de si bien »

Concentration : 1 inattention 2 dispersée 3 suivis des consignes 4 **attention soutenue** 5 Flow*

Imagination : 1 absente 2 discrète 3 présente 4 **active** 5 débordante

Dextérité : 1 grossière 2 **maladroite** 3 normale 4 bonne 5 fine

Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 léger plaisir 4 **plaisir apparent** 5 plaisir éclatant

Valorisation : 1 autodénigrement 2 dévalorisation 3 neutre 4 **réassurance** 5 valorisation



Pièce d'échec du cavalier de M. Q

2.2.2 Deuxième étude de cas : Monsieur M

2.2.2.1 Le dossier clinique

Circonstances d'hospitalisation : hospitalisation séquentielle de quatre semaines, programmée en accord avec le patient dans le cadre de la prise en charge pour état de stress post-traumatique chronique et sevrage alcoolique.

Anamnèse* : Monsieur M est né en 1973, divorcé en 2016, il a trois enfants âgés de 10 à 18 ans. Il était sous-officier dans l'Armée de Terre. L'évènement traumatique à l'origine de son ESPT* est survenu au cours d'une OPEX* au Mali en 2013. Il a décrit avoir effectué des fouilles sur des corps d'enfants et d'adultes, ainsi que récupérer de l'ADN sur des corps en décomposition.

Symptômes : Nuits agitées, il fait des cauchemars. Sentiment d'inutilité, tristesse. Il est isolé. Il est alcoolique et cette longue hospitalisation de 4 semaines a pour principal objectif de le sevrer. Souffre d'ochlophobie*, ne sors plus de chez lui : il demande à ses enfants de faire les courses tandis qu'il reste dans la voiture. Souffre d'hypervigilance. Très angoissé. Inobservance des traitements psychotropes. Grande irritabilité, notamment avec ses enfants vis-à-vis desquels il montre une grande intolérance. Apathie*, aboulie*.

Suivi et traitement médical : Vient au service psychiatrique se faire hospitaliser quelques fois par année. Il voit un psychologue près de chez lui une fois par semaine. Prochaine hospitalisation : 25.04.2020. Les médicaments et leurs effets secondaires fréquents :

SOLIAN 100 mg : 0.5 comprimé la nuit -> **Neuroleptique atypique.** Tremblements, raideur musculaire, hypersalivation, besoin de bouger et mouvements anormaux ; ces effets sont généralement modérés aux doses d'entretien.

ZOLOFT 50 mg : 1 comprimé le matin -> **Antidépresseur.** Somnolence ou au contraire insomnie, maux de tête, étourdissements, fatigue, diarrhée, nausées, bouche sèche, troubles de l'éjaculation

NORSET 15 mg : 2 comprimés la nuit -> **Antidépresseur.** Augmentation de l'appétit, prise de poids, maux de tête, bouche sèche, somnolence, étourdissement, fatigue.

PROPRANOLOL 40 mg : 1 comprimé la nuit -> **Bêtabloquant.** Douleur d'estomac, nausées, vomissements, diarrhées, fatigue en début de traitement, sensation de mains et de pieds froids, troubles de l'érection, ralentissement important du cœur, insomnie, cauchemars.

ZOPICLONE 7.5 mg : 1 comprimé la nuit -> **Hypnotique.** Perturbation du goût (goût amer, métallique). Sensation d'ivresse, maux de tête, troubles de la coordination des mouvements, confusion des idées, somnolence (en particulier chez la personne âgée), troubles du sommeil.

ESOMEPRAZOL 40 mg : 1 comprimé le matin -> **Antisécrétoire gastrique.** Maux de tête, douleur abdominale, diarrhées, constipation, nausées, vomissements, ballonnements.

TRAMADOL 50 mg : jusqu'à 2 gels si besoin -> **Opiacé.** Nausées, somnolence, sensations vertigineuses, vomissements, constipation, diarrhée, bouche sèche, douleurs abdominales, digestion difficile, ballonnements, maux de tête, tremblements, confusion des idées, anxiété, nervosité, euphorie, troubles du sommeil, sueurs, démangeaisons.

TRAMADOL LP 150 mg : 1 comprimé si besoin -> **Antalgique Opiacé.** Nausées, vertiges, vomissements, constipation, bouche sèche, sueurs, maux de tête, somnolence.

PARACETAMOL 1g : jusqu'à 3 comprimés si besoin -> **Antalgique et antipyrétique.** Effets indésirables exceptionnels

2.2.2.2 L'entretien d'ouverture

Date : lundi 24 février-11h

Contact : Monsieur M semble très éteint durant ce premier entretien, il ne regarde pas dans les yeux, ne sourit pas, répond aux questions de façon très succincte. Il a un timbre de voix timoré, semble être sur la défensive par moment.

Echange verbal : Il parle de ses anciennes passions qu'étaient la pêche, la chasse, les balades en nature, les randonnées en montagne et les animaux. Il dit qu'aujourd'hui les seules choses qui captent encore un peu son intérêt sont la télévision et ses enfants. Il est très isolé, mais a parfois de brèves conversations avec ses voisins.

Difficulté : Selon lui, ce qui le met le plus à mal ce sont les émotions négatives, l'envie de rien et son hypervigilance. Même dans sa propre maison, il est sans cesse sur le qui-vive.

Intérêts artistiques : Aucun intérêt pour la peinture, la musique, la danse, le dessin ou le chant. Faible intérêt pour le coloriage. Moyen intérêt pour le collage et le modelage.

Main préférentielle : Droite

TAS-20* (Voir ANNEXES p. 76) : DIF* : 27 DDF* : 13 OEF* : 34 **Total** : 74

Score de la TAS-20* > 61, Monsieur M est donc alexithymique. La dimension qui semble particulièrement poser un problème est la OEF* (Externally-Oriented Thinking) : soit la difficulté qui consiste à porter son attention sur l'extérieur, et non l'intérieur de soi.

Afin d'élaborer les objectifs thérapeutiques de Monsieur M, nous avons utilisé le modèle de l'estime de soi de Christophe André⁴¹. Selon cet auteur, l'estime de soi est la valeur que l'on s'accorde, qui permet de se sentir satisfait dans notre besoin de reconnaissance, de se sentir intelligent, capable, efficace, compétent. Il décrit l'estime de soi comme le résultat d'une addition de plusieurs composantes, comme la confiance en soi, la satisfaction de soi, l'amour de soi, la connaissance de soi, l'affirmation de soi, l'acceptation de soi, la croyance en soi, la fierté de soi, etc. A partir de ce modèle, nous avons choisi de sélectionner trois composantes pour tenter d'améliorer l'estime de soi chez ce patient : La confiance, l'affirmation et la fierté de soi. En effet, ces composantes sont particulièrement mobilisées en séance d'art thérapie.

⁴¹ ANDRE, C., *L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres*, p. 6, 2008

2.2.2.3 Le protocole

Les séances : 6 séances d'art thérapie d'une heure chacune en salle d'ergothérapie, les 25, 26 et 27 février, à 13h puis les 3, 4 et 5 mars à 16h. Le patient décide ou non de mettre un fond musical. En fin de chaque séance, le patient choisit un mot qu'il trouve représentatif de la séance

Technique artistique : Modelage

2.2.2.4 Les objectifs généraux et intermédiaires

- ▶ OG1 : Accroître l'estime de soi
 - OI1 : confiance en soi : croire en ses capacités à agir efficacement, commencer et terminer un projet
 - OI2 : Affirmation de soi : Faire des choix, défendre ses idées
 - OI3 : Fierté de soi : Augmenter son sentiment de valeur personnelle après un succès
- ▶ OG2 : Retrouver l'élan vital
 - OI1 : réduction de l'apathie* : ressentir des sensations agréables, éprouver du plaisir
 - OI2 : réduction de l'aboulie* : trouver un projet qui donne envie, retrouver la motivation
- ▶ OG3 : Apaiser l'angoisse
 - OI1 : vécu d'émotions positives : ressentir des émotions positives
 - OI2 : Baisse du niveau de vigilance : se sentir en confiance, interagir dans un cadre bienveillant
 - OI3 : Focus sur l'instant présent : être dans le présent, ni dans le passé, ni dans le futur

2.2.2.5 Les séances d'art thérapie

n° de séance: 1 Le 25.02.2020 à 13h en salle d'ergothérapie

Objectifs de la séance :

- ❖ Choisir le sujet de l'œuvre (faire des choix -> affirmation de soi -> Estime de soi)
- ❖ Découvrir la matière de l'argile et les outils (sensation de plaisir -> réduire l'apathie* -> Elan vital)
- ❖ Entamer un projet motivant (motivation -> réduire l'aboulie* -> Elan vital)
- ❖ Vivre des émotions positives (apaiser l'angoisse)

Déroulement de la séance

Divers : Temps ensoleillé, doux (14 degrés). Relative bonne nuit. 13h, juste après le repas.

Consigne : Déterminez ce que vous aimeriez faire comme modelage et commencez à donner une forme approximative à la terre, apprenez petit à petit comment elle se travaille

Méthode : directive, dirigée, semi dirigée, ouverte, libre

Fond sonore : Pas de musique

Enchaînement des évènements : M. M entre dans la salle avec 5 minutes d'avance. Un peu inhibé, il parle peu et répond aux questions avec des réponses très courtes. Il a passé une nuit « normale », ni bonne ni mauvaise selon ses critères, c'est-à-dire agitée mais lui permettant de ne pas s'endormir en journée. Il souhaite sculpter un cheval, et prendre le cheval de sa fille comme modèle. Ce cheval s'appelle Chorale, il a des photos de lui sur son téléphone. Il parle de sa grande fille de 18 ans. Il commence alors à donner une forme de tête de cheval au morceau d'argile encore intacte et rectangulaire. Au début du modelage, il dit que c'est trop difficile et qu'il n'y arrivera pas. Puis après avoir rajouté un élément (les joues) il est content de lui et s'en étonne. Sa confiance fluctue tout au long de la séance. Son morceau d'argile est selon lui passé par la forme de plusieurs animaux : dinosaure, chien, oiseau, chameau. En fin de séance il trouve que son modelage commence à ressembler à un cheval. Il dit avoir ressenti de la frustration à certains moments, mais que dans l'ensemble il s'est senti « bien ». Il a proposé d'aider à nettoyer le matériel et la table, ce qu'il a fait.

Mot de fin choisi : « pourquoi pas »

Analyse de la séance

Appréciation d'ensemble de la séance : Belle évolution de l'humeur du patient, qui est reparti nettement mieux qu'il n'était entré. Dès le début de séance, Monsieur M était plus enclin à converser que la veille, lors de l'entretien d'ouverture. Plus la séance passait, plus il se détendait et il a même fini par rigoler à plusieurs reprises, notamment quand la terre prenait la forme d'un animal improbable. Il a tendance à l'autodénigrement. Objectifs et point de départ élaborés ensemble, techniques expliquées, beaucoup de conseils car c'est la première fois que le patient utilise cette technique. Il n'ose pas trop tester de nouvelles choses par lui-même et il est en attente de nouveaux conseils pour avancer. Son visage s'est animé au fur et à mesure que le temps passait.

Retour sur les objectifs de la séance : Les objectifs de cette première séance sont atteints, Monsieur M a pu choisir le sujet de sa création, débiter le modelage, découvrir l'argile et quelques outils, qu'il manipule avec beaucoup de minutie. Selon nos observations, il a vécu des émotions positives.

Type d'Art : Art I **Art II** Bien qu'ayant eu les mains dans l'argile, Monsieur M voulait maîtriser la technique, plus que profiter du plaisir archaïque de ressentir la matière sous ses doigts.

Intérêt du patient pour l'activité : Intérêt marqué pour l'activité et le projet, il a lui-même trouvé le modèle qu'il souhaitait reproduire, quelque chose qui lui tient à cœur car il fait le lien avec sa fille. La découverte de l'argile lui plaît, il est content d'explorer cette technique.

Limites atteintes : Malgré son investissement dans le projet, M. M n'a pas encore fait preuve de beaucoup d'imagination. Il suit les conseils, mais dès qu'il bloque, il a tendance à demander ce qu'il faut faire plutôt que d'essayer par lui-même.

Emotions positives exprimées par le corps

- Amusement : Quelques rires liés aux formes d'animaux que prenait son modelage
- Satisfaction : Sourires lorsque son modelage prenait la forme qu'il souhaitait

Emotions positives exprimées par les mots

- Optimisme : « C'est mieux que tout à l'heure »
- Amusement : « Il n'a pas une tête de cheval mais... une tête de chameau !! »
- Confiance : « Comme vous savez faire, vous pouvez me montrer »
- Inspiration : « Je vais modeler la tête de Chorale ! »

Concentration : 1 inattention 2 dispersée 3 **suivis des consignes** 4 attention soutenue 5 Flow*

Imagination : 1 absente 2 **discrète** 3 présente 4 5 débordante

Dextérité : 1 grossière 2 **maladroite** 3 normale 4 bonne 5 fine

Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 **léger plaisir** 4 plaisir apparent 5 plaisir éclatant

Valorisation : 1 **autodénigrement** 2 dévalorisation 3 neutre 4 réassurance 5 valorisation

n° de séance: 2 Le 26.02.2020 à 13h en salle d'ergothérapie

Objectifs de la séance :

- ❖ Choisir ses modèles de chevaux (faire des choix -> affirmation de soi -> estime de soi)
- ❖ Travailler un sujet qu'il apprécie, son cheval (sensation de plaisir-> réduire l'apathie* -> Elan vital)
- ❖ Travailler l'argile (Focus sur l'instant présent -> abaisser les angoisses)
- ❖ Vivre des émotions positives (apaiser l'angoisse)

Déroulement de la séance

Divers : Alternance soleil et nuages. Décès d'un ami la veille. Pas eu faim pour déjeuner

Consigne : Continuez le modelage de la tête de cheval Chorale

Méthode : directive, dirigée, **semi dirigée**, ouverte, libre

Fond sonore : Cranberries (zombie), Amy Winehouse (You know Im no good) avant que mon téléphone ne manque de batterie. En ce moment M. M aime bien écouter le groupe Cranberries

Enchaînement des évènements : Monsieur M est déjà dans le couloir lorsque nous ouvrons la porte de la salle, 5 minutes avant l'heure du début de la séance. Il entre, et comme la veille, en début de séance, il est sur la réserve. Son regard est fuyant, ses épaules voutées. Il s'assied et commence à travailler. Son ventre gargouille, il dit ne pas avoir mangé à midi. Il n'a pas d'appétit, car il a appris le décès la veille d'un de ses collègues militaires. Ils étaient plus que collègues, ils étaient amis. M.M était plusieurs fois allé chez lui et sa femme. Cet homme lui avait rendu un fier service au travail, il en était reconnaissant et admiratif. Il pense écrire une carte de condoléance pour la veuve qu'il a également connue. Il dit qu'il n'aime pas beaucoup le téléphone et qu'une lettre sera mieux. Durant cette séance il parle beaucoup de son ami défunt et des péripéties qu'ils ont vécues ensemble. Il sourit et accède à l'humour par petites touches. Il sort de la salle avec le sourire.

Mot de fin choisi : « Amitié »

Analyse de la séance

Appréciation d'ensemble de la séance : Le patient est sorti avec le projet d'écrire une lettre de condoléance à la veuve de son ami décédé. Il est content du travail fait sur son projet de tête de cheval (mâchoires terminées). Pour la première fois il évoque une émotion « Ça fait un peu peur » en parlant des orbites vides de la tête d'argile. La posture de M. M est plus assurée que la veille, ses épaules un peu plus droites. Sa voix est toujours timorée. Il a utilisé plus d'outils que la dernière fois, s'est très bien emparé de la technique, il est minutieux, beaucoup plus d'assurance dans ses gestes, il demande de moins en moins d'aide.

Retour sur les objectifs de la séance : Les objectifs de séance sont en partie atteints. Monsieur M a fait le choix d'introduire un nouveau modèle, une tête de cheval petit format réalisée en argile par un autre patient du service. Il a aussi choisi de travailler avec la photo d'une sculpture en particulier pour s'inspirer. Il a donc fait preuve d'affirmation dans ses goûts et ses choix. En modelant son cheval, il a pu éprouver du plaisir et des émotions positives, notamment en évoquant sa fille qui est passionnée par les chevaux, la médiation fonctionne très bien. Cependant, étant donné la perte récente de son ami, il n'était pas réellement dans l'instant présent, il a beaucoup discuté du passé et des moments vécus avec lui lorsqu'il travaillait encore dans l'Armée. Même si le troisième objectif n'est pas atteint, nous pensons que c'était une bonne chose qu'il en parle, qu'il rende de cette façon un certain hommage à son ami.

Type d'Art : Art 1 **Art 2** Monsieur M est encore très focalisé sur la technique.

Intérêt du patient pour l'activité : Intérêt renouvelé pour le projet, qu'il a vu bien évoluer en seulement deux séances. Il semble enthousiaste à l'idée de voir évoluer son œuvre.

Limites atteintes : Même s'il s'ouvre peu à peu, c'est-à-dire qu'il discute plus facilement, qu'il regarde de plus en plus dans les yeux, et qu'il semble prendre confiance en nous, M. M est encore sur la réserve et parle peu de ses émotions ou de ses sentiments. Malgré les sollicitations de fin de séance, il reste en surface lorsque nous lui demandons ses impressions et ses ressentis. Il répond « c'était bien ». Encore à cette séance, il était tenté de faire un dinosaure au lieu d'un cheval, car ce serait plus facile selon lui. Il n'est toujours pas très confiant.

Emotions positives exprimées par le corps

- Complicité : Regarde de plus en plus dans les yeux.
- Confiance en l'autre : lorsque nous lui suggérons un outil ou une technique pour avancer sur le projet, M. M suit les conseils sans hésiter
- Amusement : rires lorsqu'il trouve sa création « étrange »

Emotions positives exprimées par les mots

- Optimisme : « Ça commence à ressembler à un animal déjà »
- Gratitude : « c'était un homme super, il m'a beaucoup aidé dans la vie. Il m'a fait confiance et ne l'a pas regretté » (ami défunt)
- Admiration : « C'était quelqu'un d'honnête, courageux, droit » (ami défunt)
- Compassion : « je vais écrire une lettre de condoléances à sa femme » (ami défunt)

Concentration : 1 inattention 2 dispersée 3 suivis des consignes 4 attention soutenue 5 Flow*

Imagination : 1 absente 2 discrète 3 présente 4 active 5 débordante

Dextérité : 1 grossière 2 maladroite 3 normale 4 bonne 5 fine

Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 léger plaisir 4 plaisir apparent 5 plaisir éclatant

Valorisation : 1 autodénigrement 2 dévalorisation 3 neutre 4 réassurance 5 valorisation



Œuvre de M. M en fin de deuxième séance

n° de séance: 3 Le 27.02.2020 à 13h en salle d'ergothérapie

Objectifs de la séance :

- ❖ Avancer sur les traits déterminants du cheval (+ de ressemblance -> croire en ses capacités -> confiance en soi)
- ❖ Axer l'attention sur les sensations du toucher (sensations agréables -> réduire l'apathie* -> retrouver l'élan vital) + (être dans le moment présent -> ni dans le passé, ni dans le futur -> apaiser l'angoisse)
- ❖ Vivre des émotions positives (apaiser l'angoisse)

Déroulement de la séance

Divers : Pluie. Mauvaise nuit

Consigne : Continuez le modelage de votre tête de cheval. Yeux et naseaux aujourd'hui.

Méthode : directive, dirigée, semi dirigée, ouverte, libre

Fond sonore : Pas de musique

Enchaînement des évènements : M. M arrive comme d'habitude 5 minutes à l'avance. Il semble plutôt en forme. Il dit pourtant ne pas avoir bien dormi, avec de multiples réveils. Il va spontanément et de façon autonome chercher tout le matériel dont il a besoin pour continuer son projet. Il utilise toujours plus d'outils, de plus en plus adapté dans sa technique et dans ses gestes. Il commence à bien maîtriser la matière. Il dit aimer la texture de l'argile et la façon dont elle se travaille. M. M travaille beaucoup sur les yeux (réorientation vers l'avant + ajout des globes oculaires dans les orbites) et sur le museau (ajout des narines). Il retravaille aussi le haut de la tête. Durant cette séance, il parle à nouveau beaucoup de sa fille, qui à 18 mois a été victime de leucémie, et qui lorsqu'à 5 ans a demandé à avoir un cheval, ne se l'est pas vu refuser par son père qui était tout de même un peu embêté car la cour n'était pas clôturée. C'est ainsi que le cheval Chorale est entré dans leur vie. A la fin de la séance il était content du résultat, et a pu l'exprimer. Il nous a remercié chaleureusement.

Mot de fin : « équipe »

Analyse de la séance

Appréciation d'ensemble de la séance : Séance satisfaisante car l'œuvre évolue bien entre le début et la fin. M. M exprime sa satisfaction sur l'avancée du cheval, il dit même avoir hâte d'être à la séance prochaine. Sa posture est meilleure (épaules ouvertes, dos plus droit), sa voix légèrement plus assurée et tonique.

Retour sur les objectifs de la séance : Les objectifs de la séance ont été atteints. En effet la confiance en soi de Monsieur M semble avoir été revigorée grâce aux éléments ajoutés sur sa création, donnant un aspect plus chevalin à la tête de l'animal en argile. Aussi, le fait d'avoir axé l'attention de Monsieur M sur ses mains, et sur les stimuli qu'il pouvait ressentir grâce à celles-ci, lui a permis de vivre l'art I pour la première fois depuis le début de la prise en soin. Il a su y trouver du plaisir. Cette centration de l'attention dans le corps a également favorisé les moments de silence, les moments de présence au présent. Vécu d'émotions positives.

Type d'Art : Art 1 Art 2 Commence à prendre du plaisir avec la matière.

Intérêt du patient pour l'activité : Fort. Intérêt renouvelé une fois de plus pour le projet. Il est très content que son cheval puisse enfin « voir et respirer »

Limites atteintes : M. M a toujours du mal à parler des sensations ou émotions qu'il peut vivre durant la séance.

Émotions positives exprimées par le corps

- Satisfaction : un soupir de satisfaction
- Joie : rires et sourires spontanés
- Curiosité : teste de plus en plus d'outils
- Détente : posture du corps plus détendue

Émotions positives exprimées par les mots

- Compassion : « Après sa leucémie, je ne pouvais rien lui refuser » (en parlant de sa fille)
- Complicité : « nous formons une bonne équipe »
- Gratitude : « heureusement que vous êtes là pour me guider » « Merci »
- Enthousiasme : « j'ai hâte d'être à la prochaine séance »
- Fierté : « Il commence à être pas mal là ! »

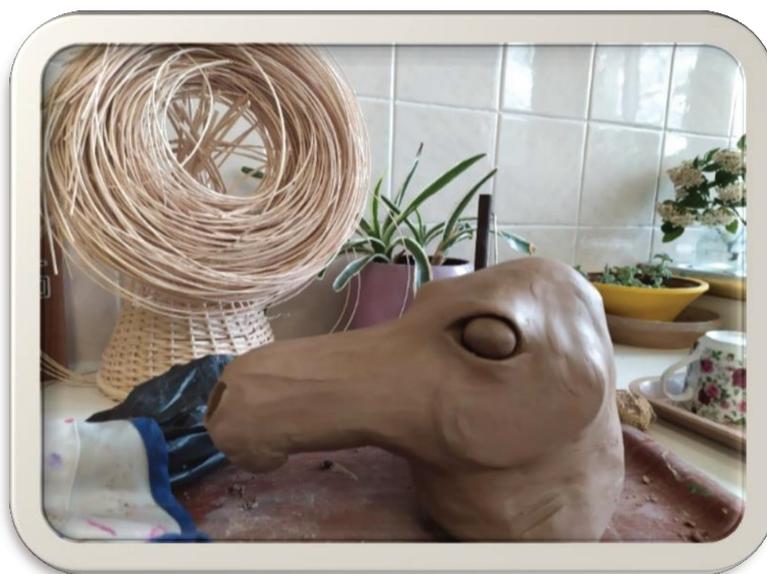
Concentration : 1 inattention 2 dispersée 3 suivis des consignes 4 **attention soutenue** 5 Flow*

Imagination : 1 absente 2 discrète 3 **présente** 4 active 5 débordante

Dextérité : 1 grossière 2 maladroite 3 normale 4 **bonne** 5 fine

Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 léger plaisir 4 **plaisir apparent** 5 plaisir éclatant

Valorisation : 1 autodénigrement 2 dévalorisation 3 neutre 4 **réassurance** 5 valorisation



Ceuvre de M. M après la troisième séance

n° de séance: 4 Le 03.03.2020 à 16h en salle d'ergothérapie

Objectifs de la séance :

- ❖ Travailler la forme de la tête pour que le cheval modelé ressemble réellement à un cheval et non à un autre animal (+ de ressemblance -> croire en ses capacités -> confiance en soi -> estime de soi)
- ❖ Augmenter la prise d'initiatives et de décisions autonomes (Faire des choix -> affirmation de soi -> estime de soi)
- ❖ Echanger (se sentir en confiance -> baisse du niveau de vigilance -> apaiser l'angoisse)
- ❖ Vivre des émotions positives (apaiser l'angoisse)

Déroulement de la séance

Divers : Pluie. Il a passé une nuit « merdique » mais se sent malgré tout plutôt en forme

Consigne : Continuez le modelage de votre tête de cheval.

Méthode : directive, dirigée, semi dirigée, ouverte, libre

Fond sonore : Pas de musique

Enchaînement des évènements : M. M est devant la porte un peu en avance, se montre d'entrée très content d'être là, il est motivé pour commencer rapidement. Il dit ne pas être fatigué en dépit de sa courte nuit. Lorsqu'il découvre son modelage (recouvert par une bâche pour conserver l'humidité), il exprime une certaine déception, il avait gardé en mémoire quelque chose de plus abouti que ce qu'il voit à présent. Il recommence à émettre de gros doutes sur ses capacités. M. M se met au travail, et après avoir creusé les naseaux et tracé la bouche, il reprend confiance. Il est très concentré, plusieurs longs moments de silence car il est maintenant autonome et il ne demande presque plus de conseils. Il regarde ses modèles, puis sait choisir les outils pour tendre vers la ressemblance. Quand il le peut, M. M préfère travailler sans outils, car il aime ressentir la sensation de ses doigts qui glissent sur la terre. Nous lui avons demandé s'il était content de lui il a répondu par l'affirmative. Il dit qu'il achètera de la terre pour ses enfants, pour partager une activité avec eux. Son psychiatre est entré dans la salle lorsque nous discutons encore et M. M s'est empressé de lui montrer ce qu'il avait produit durant la séance.

Mot de fin : « transformation »

Analyse de la séance

Appréciation d'ensemble de la séance : Séance satisfaisante car l'œuvre évolue bien entre le début et la fin, le patient en ressort très content et en éprouve même une certaine fierté puisque la montre spontanément à son psychiatre.

Retour sur les objectifs de la séance : Les objectifs de la séance sont partiellement atteints. Les échanges que nous pensions avoir avec Monsieur M pour consolider l'alliance thérapeutique n'ont pas eu lieu, mais pour la seule et bonne raison qu'il était absorbé par son projet, parfois même en état de flow*. Enfin, il a réussi à prendre plus d'autonomie, à voir qu'il réussissait sans notre aide, comme lorsqu'il a modifié la forme de la tête avec succès sans conseils. Affirmation et confiance en soi renforcées -> Estime de soi renforcée. Il a vécu des émotions positives.

Type d'Art : Art 1 Art 2 Monsieur M a maintenant la faculté d'aller puiser dans les mécanismes archaïques de l'art I tout en essayant de réaliser une production maîtrisée.

Intérêt du patient pour l'activité : Fort

Limites atteintes : Malgré une amélioration de l'humeur, il a toujours du mal à élaborer sur ses émotions. Si nous ne lui posons pas de questions précises à ce sujet, il ne les exprime pas spontanément.

Emotions exprimées par le corps

- Joie : Sourires, rires
- Complicité : regards complices
- Assurance : tête haute, dos bien droit, buste ouvert
- Confiance en soi : manipule l'argile avec naturel et confiance
- Fierté : montre avec hâte son œuvre à autrui

Emotions exprimées par les mots

- Joie : « Je suis content »
- Enthousiasme : « ça fait plaisir de voir que ça prend forme »
- Espoir : « J'espère que le résultat sera comme je l'imagine »
- Curiosité : « demain je pourrai faire les oreilles ? »
- Optimisme : « demain mon cheval devrait être encore mieux »
- Détente : « modeler me fait du bien, ça me détend »

Concentration : 1 inattention 2 dispersée 3 suivis des consignes 4 attention soutenue 5 Flow*

Imagination : 1 absente 2 discrète 3 présente 4 active 5 débordante

Dextérité : 1 grossière 2 maladroite 3 normale 4 bonne 5 fine

Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 léger plaisir 4 plaisir apparent 5 plaisir éclatant

Valorisation : 1 autodénigrement 2 dévalorisation 3 neutre 4 réassurance 5 valorisation



Œuvre de M. M en fin de quatrième séance

n° de séance: 5 Le 04.03.2020 à 16h en salle d'ergothérapie

Objectifs de la séance :

- ❖ Faire jouer de la musique qu'il aime (sensation de plaisir -> baisse de l'apathie* -> retrouver l'élan vital)
- ❖ Echanger, interagir (confiance -> baisse de vigilance -> apaiser l'angoisse)
- ❖ Conserver l'autonomie acquise (faire des choix -> Affirmation de soi -> Estime de soi)
- ❖ Vivre des émotions positives (apaiser l'angoisse)

Déroulement de la séance

Divers : Pluie

Consigne : Continuer le modelage, les oreilles, terminer le museau et peaufiner l'ensemble

Méthode : directive, dirigée, semi dirigée, ouverte, libre

Fond sonore : Madonna : « La isla bonita », « Papa don't preach »

Sandra : « Heaven can't wait », « Maria Magdalena », « In the heat of the night »

Enchaînement des évènements : Monsieur M entre dans la salle très motivé, aide à installer tout le matériel sur la table et s'esclame devant son œuvre en la déballant. Il dit qu'il la trouve « vraiment sympa ! » Il se met aussitôt au travail, ses gestes sont sûrs et habiles. Il parle de ses trois enfants, ainsi que d'une sortie sur trois jours en montagne qu'ils avaient fait ensemble, 3 ou 4 ans plus tôt. Il raconte plusieurs anecdotes amusantes qui leurs sont arrivées, et il exprime l'envie de refaire une sortie du genre ce printemps ou cet été. Monsieur M arrive à rester concentré même s'il parle tout en peaufinant son œuvre. La dernière séance d'art thérapie du lendemain est également évoquée. Il projette les idées qu'il a pour la forme de la crinière qu'il pense créer, et même pour la couleur qu'il pense donner à son cheval lorsqu'il en sera arrivé à l'étape de la peinture. La séance se termine, il est content du résultat.

Mot de fin : « Projets »

Analyse de la séance

Appréciation d'ensemble de la séance : Séance qui s'est passée au mieux, beaucoup de paroles, plusieurs rires, un vrai plaisir ressenti au travers de l'activité artistique et une projection dans l'avenir.

Retour sur les objectifs de la séance : Objectifs atteints. M. M a passé la séance à interagir et à parler de ses projets, dans un environnement rassurant, baigné par un fond musical entraînant. Il est de plus en plus autonome dans sa création. Vécu de plusieurs émotions positives.

Type d'Art : Art 1 Art 2

Intérêt du patient pour l'activité : Fort. Toujours très motivé et surtout très confiant

Limites atteintes : Malgré une belle amélioration de l'humeur et une attitude de plus en plus ouverte depuis le début des séances, il a toujours du mal à évoquer des émotions lorsque ce n'est pas nous qui lui posons des questions directement sur ce sujet. Et même ainsi, nous obtenons généralement la réponse « bien ».

Emotions exprimées par le corps

- Excitation : yeux pétillants, grand sourire (quand il redécouvre son œuvre)
- Confiance en soi : Gestes assurés et précis
- Joie : Petits rires, nombreux sourires
- Admiration : Parfois s'arrête pour longuement regarder son œuvre, l'admirer
- Enthousiasme : envoie des photos de son œuvre à sa fille

Emotions exprimées par les mots

- Surprise : « Je n'aurais jamais pensé être capable de faire ça »
- Complicité : « on les connaît les poneys, ce sont des têtes de mules ! » (Il sait que nous avons pratiqué l'équitation avec des double poney étant plus jeune)
- Gratitude : « Sans vous je n'aurais pas persévéré et j'aurais abandonné l'idée du cheval »
- Confiance en l'autre : « J'ai pris de plus en plus confiance avec vous »
- Satisfaction : « c'était bien » (en parlant de la séance)
- Fierté : « vraiment sympa » (en parlant de son œuvre)
- Sérénité : « Demain il ne restera plus que la crinière, ça ira »

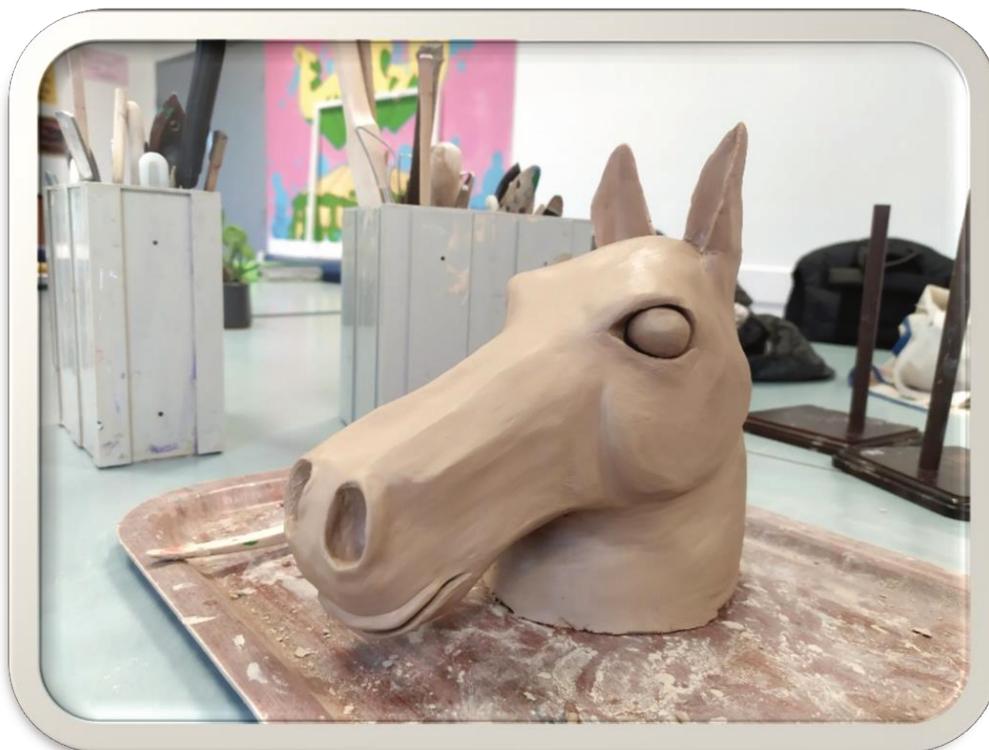
Concentration : 1 inattention 2 dispersée 3 suivis des consignes 4 attention soutenue 5 **Flow***

Imagination : 1 absente 2 discrète 3 présente 4 active 5 **débordante**

Dextérité : 1 grossière 2 maladroite 3 normale 4 bonne 5 **fine**

Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 léger plaisir 4 plaisir apparent 5 **plaisir éclatant**

Valorisation : 1 autodénigrement 2 dévalorisation 3 neutre 4 réassurance 5 **valorisation**



Œuvre de M. M après la cinquième séance

Objectifs de la séance :

- ❖ Terminer le projet (croire en ses capacités à agir -> confiance en soi -> estime de soi)
- ❖ Apprécier le résultat (augmenter le sentiment de valeur personnelle -> fierté de soi -> estime de soi)
- ❖ Retrouver un projet (trouver un nouveau projet moteur -> réduction de l'aboulie* -> retrouver l'élan vital)
- ❖ Ressentir des émotions positives (Apaiser l'angoisse)

Déroulement de la séance

Divers : Ciel nuageux, éclaircies

Consigne : Continuez et terminez le modelage de votre tête de cheval, modelez la crinière.

Méthode : directive, dirigée, semi dirigée, ouverte, libre

Fond sonore : Aucune musique au début, puis encore les chanteuses Sandra et Madonna en toute fin de séance (mêmes titres que la fois dernière)

Enchaînement des évènements : Pour cette ultime séance, une stagiaire ergothérapeute est présente. C'est elle qui prendra le relais avec ce patient après la fin de notre stage. Comme à son habitude M. M est bien à l'heure pour son rendez-vous, il sort tout le matériel nécessaire qu'il connaît maintenant par cœur. Il paraît content de montrer à la stagiaire ergothérapeute ce qu'il a réalisé au cours des ateliers d'art thérapie. Il dit avoir regardé la veille des crinières de chevaux différentes pour s'inspirer, il sait déjà qu'il souhaite une crinière un peu « coiffée ». A un moment, il se lève et va chercher des ciseaux qui n'étaient pas sur la table, pour s'en servir afin de tailler la crinière. Il termine 5 minutes avant la fin de la séance. Il est satisfait d'avoir terminé dans les temps et d'avoir finalisé son œuvre. Il dit à plusieurs reprises qu'il est très content, il montre encore beaucoup de reconnaissance, redit qu'il va acheter de la terre pour ses enfants, et qu'il pourra ainsi leur montrer comment faire, puisque maintenant lui il sait faire. Il est enthousiaste à cette idée. Il est énergique, se lève, fait la vaisselle des outils tout en continuant à discuter. Quand tout est propre et rangé, une petite séance photos a lieu, il prend son œuvre en photo sous tous les angles, juste avant que nous fassions de même. Il est ravi.

Mot de fin : « Top, super »

Analyse de la séance

Appréciation d'ensemble de la séance : La présence de la stagiaire ergothérapeute n'a pas gêné M. M qui semblait très à l'aise avec deux blouses blanches. Il a moins parlé de lui qu'aux autres séances, mais c'était attendu puisque non seulement il était très concentré sur la finition de son œuvre, mais aussi qu'il devait apprendre à faire connaissance avec une nouvelle personne.

Retour sur les objectifs de la séance : Les objectifs sont atteints. Monsieur M a bien terminé son projet, il en apprécie le résultat, il est encore étonné de lui-même, il a bien sûr pu ressentir des émotions positives et enfin, il pense déjà à un autre projet qui sera celui de transmettre ses nouveaux savoir-faire en modelage à ses enfants. Son imagination et son autonomie ont fait un bond incroyable par rapport à la semaine d'avant.

Type d'Art : Art 1 Art 2 Monsieur M a compris la dynamique entre l'art I et II

Intérêt du patient pour l'activité Fort

Limites atteintes : Malgré les très nombreuses améliorations de l'état global du patient, peu d'élaboration sur ses émotions et même ses pensées. L'ensemble du discours reste très factuel.

Emotions exprimées par le corps

- Assurance : énergie et assurance dans ses gestes
- Confiance en soi : corps droit, épaules détendues
- Joie : Sourires, rires, yeux pétillants
- Admiration : Prise de photos de son œuvre sous tous les angles
- Confiance en l'autre : est détendu malgré la présence d'une personne qu'il ne connaît pas
- Inspiration : malgré le modèle de crinière qu'il avait sous les yeux, M. M invente une crinière toute personnalisée, crée des reliefs, utilise un outil qui n'était pas prévu à cet effet (ciseaux) et fait preuve d'une grande imagination

Emotions exprimées par les mots

- Enthousiasme : « Je vais acheter de l'argile pour en faire avec mes enfants »
- Espoir : « J'espère que ça plaira à mon fils »
- Satisfaction : « Je suis content de ce que j'ai fait »
- Fierté : « Je vais montrer les photos à ma fille »
- Gratitude : « merci encore »
- Surprise : « Si on m'avait dit que j'allais faire ça (l'œuvre), je ne l'aurais pas cru. »
- Détente : « Ça m'a fait du bien, ça m'a changé les idées, ça m'a détendu »
- Amour/ curiosité : « j'aime vraiment bien la matière, c'est quelle marque d'argile ? »

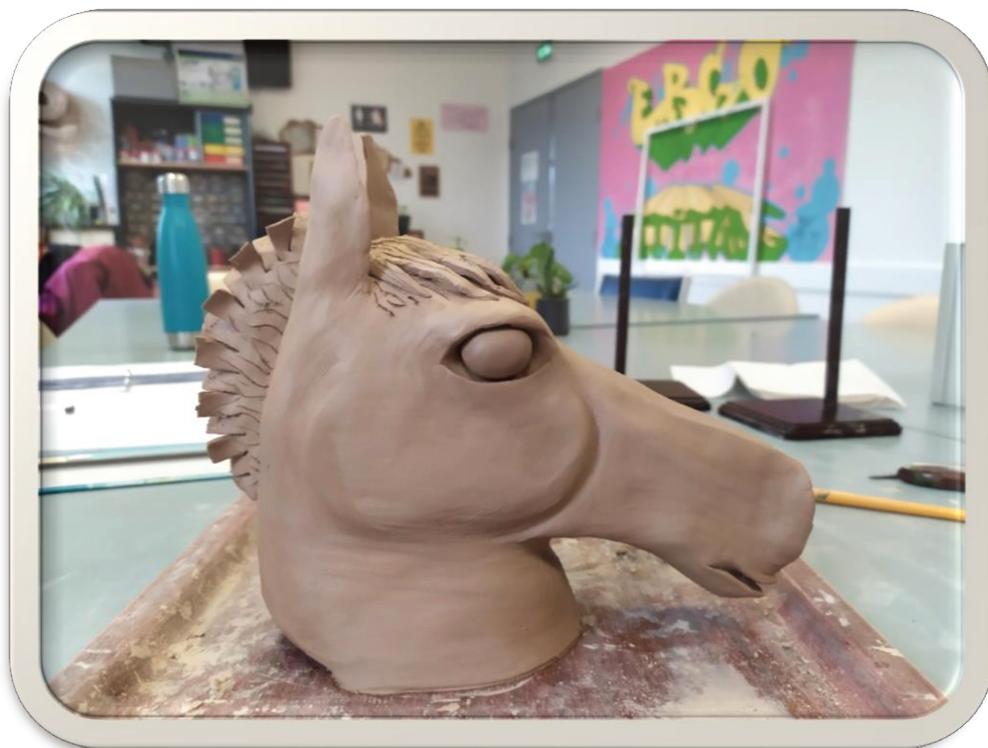
Concentration : 1 inattention 2 dispersée 3 suivis des consignes 4 attention soutenue 5 Flow*

Imagination : 1 absente 2 discrète 3 présente 4 active 5 débordante

Dextérité : 1 grossière 2 maladroite 3 normale 4 bonne 5 fine

Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 léger plaisir 4 plaisir apparent 5 plaisir éclatant

Valorisation : 1 autodénigrement 2 dévalorisation 3 neutre 4 réassurance 5 valorisation



Œuvre de M. M terminée, après six séances de travail

Troisième partie

3. Bilan et résultats

3.1 Résultats

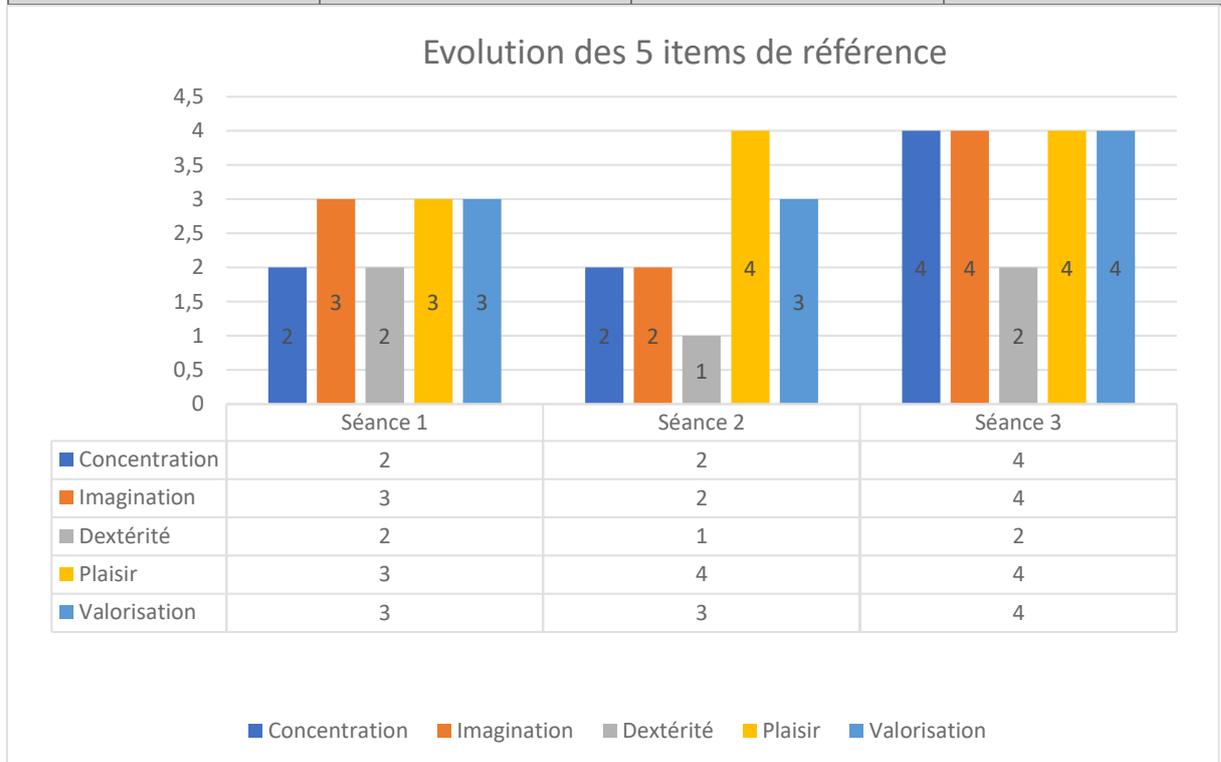
3.1.1 Résultats de Monsieur Q

Résultats à l'auto-questionnaire TAS-20* : DIF* : 28 DDF* : 20 OEF* : 20 Total : 68

Score de la TAS-20* > 61, Monsieur Q est donc alexithymique. La dimension qui semble particulièrement poser un problème est la DIF* (Difficulty Identifying feeling), soit la difficulté à identifier ses émotions.

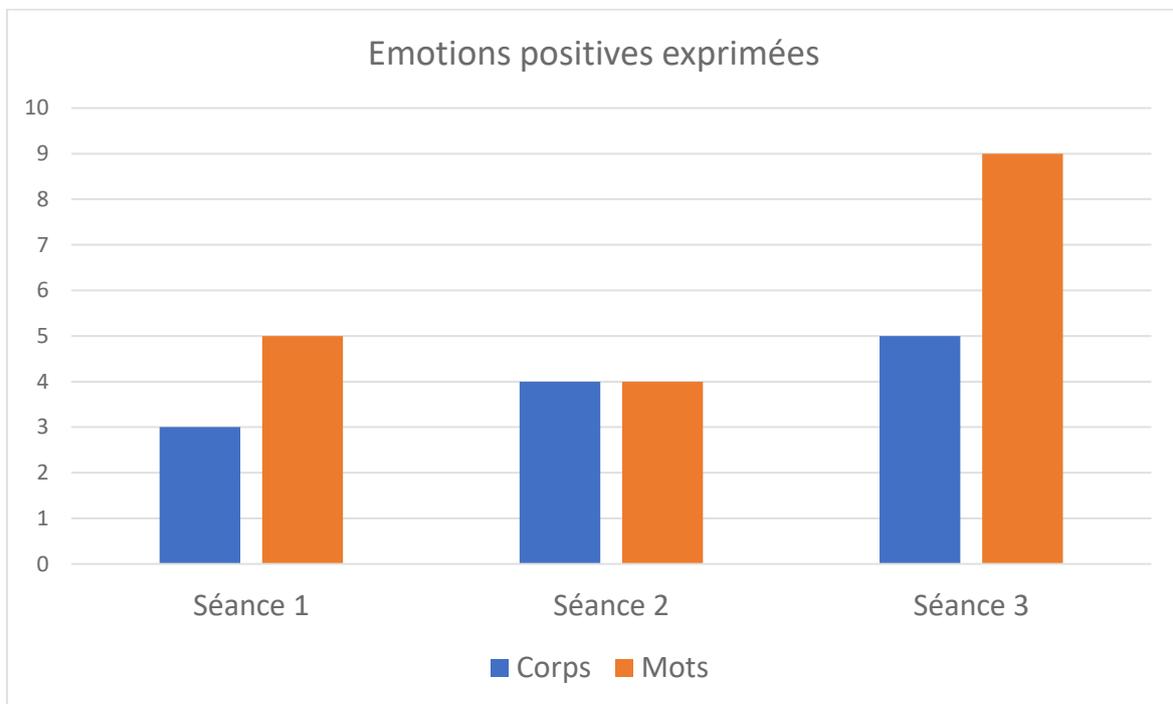
Evolution du type d'art, de la méthode et du mot de fin sur les 3 séances

	Séance 1	Séance 2	Séance 3
Art I Art II	I & II	I&II	I&II
Méthode	Dirigée	Semi-dirigée	Ouverte
Mot de fin de séance	Echec et Mat	Incroyable	Génial



En tout, Monsieur Q a exprimé 18 émotions positives différentes au cours de ses trois séances d'art thérapie :

- Joie
- Curiosité
- Surprise
- Inspiration
- Amusement
- Amour
- Enthousiasme
- Confiance en l'autre
- Gratitude
- Détente
- Complicité
- Compassion
- Admiration
- Satisfaction
- Assurance
- Passion
- Optimisme
- Fierté



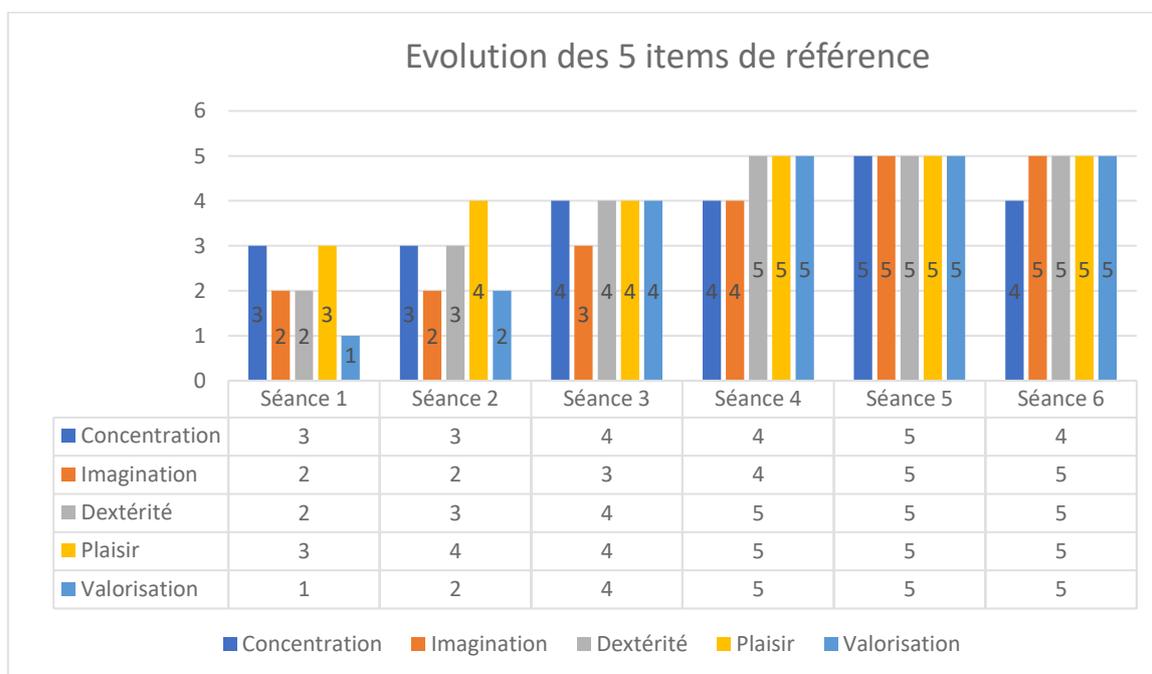
3.1.2 Résultats de Monsieur M

Résultats à l'auto-questionnaire TAS-20* : DIF* : 27 DDF* : 13 OEF* : 34 Total : 74

Score de la TAS-20* > 61, Monsieur M est donc alexithymique. La dimension qui semble particulièrement poser un problème est la OEF* (Externally-Oriented Thinking) : soit la difficulté qui consiste à porter son attention sur l'extérieur, et non l'intérieur de soi.

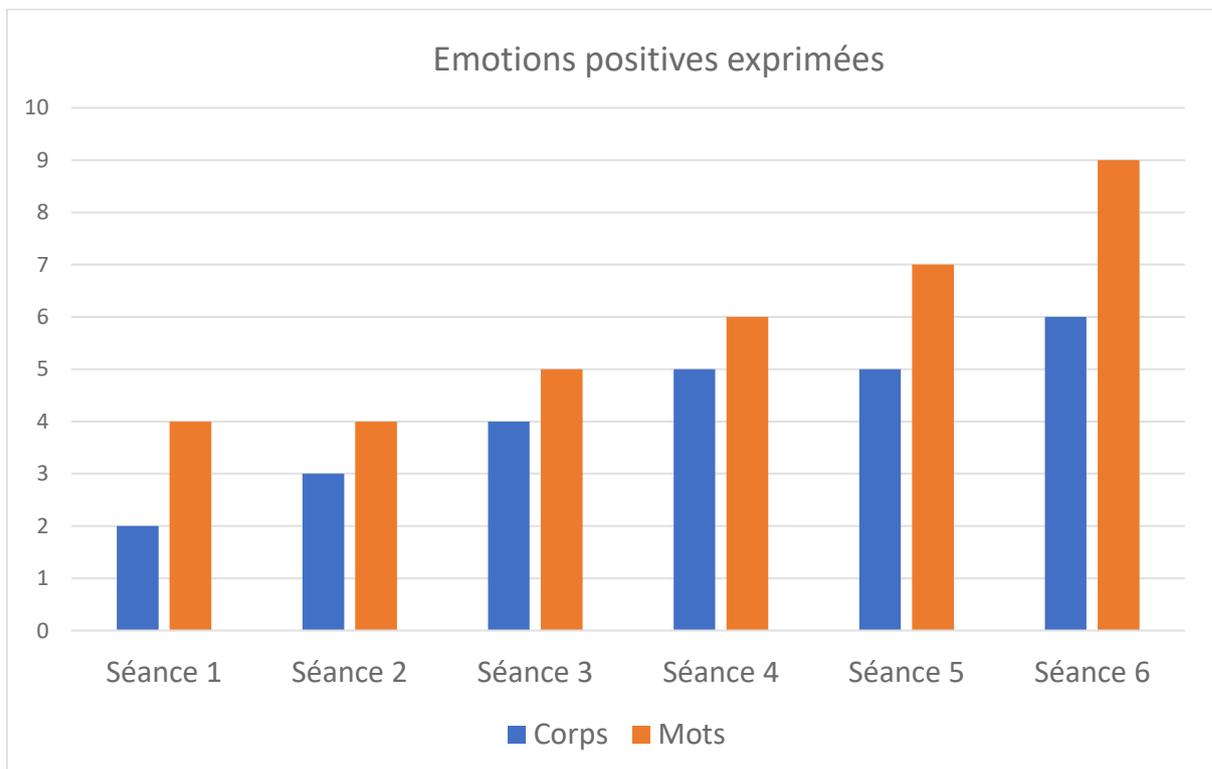
Evolution du type d'art, de la méthode et du mot de fin sur les 6 séances

	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6
Art I Art II	II	II	I & II	I & II	I & II	I & II
Méthode	Dirigée	Semi-dirigée	Semi-dirigée	Semi-dirigée	Ouverte	Libre
Mot de la fin	Pourquoi pas	Amitié	Equipe	Transformation	Projets	Top Super



En tout, Monsieur M a exprimé 21 émotions positives différentes au cours de ses six séances d'art thérapie :

- Joie
- Curiosité
- Surprise
- Inspiration
- Amusement
- Amour
- Enthousiasme
- Détente
- Complicité
- Compassion
- Admiration
- Satisfaction
- Assurance
- Confiance en soi
- Sérénité
- Excitation
- Passion
- Fierté
- Gratitude
- Optimisme
- Confiance en l'autre



3.2 Bilans

3.2.1 Bilan de Monsieur Q

Monsieur Q

- Homme de 35 ans, pris en charge en raison d'un état de stress post-traumatique sévère, associé à des addictions à l'alcool, au cannabis et à la cocaïne.
- A bénéficié de 3 séances d'art thérapie, d'une heure chacune, sur la période du 25 au 27 février 2020

Objectifs art thérapeutiques :

- ▶ OG1 : Apaiser l'angoisse
 - OI1 : vécu d'émotions positives : ressentir des émotions positives
 - OI2 : Baisse du niveau de vigilance : se sentir en confiance, interagir dans un cadre bienveillant
 - OI3 : Focus sur l'instant présent : être dans le présent, ni dans le passé, ni dans le futur
- ▶ OG2 : Retrouver l'élan vital
 - OI1 : réduction de l'apathie* : ressentir des sensations agréables, éprouver du plaisir
 - OI2 : réduction de l'aboulie* : trouver un projet qui donne envie, retrouver la motivation

Technique : Modelage de l'argile

Bilan : Au cours des trois séances d'art thérapie, Monsieur Q a réalisé une création en argile en forme de pièce d'échec du cavalier. Il a pu exprimer de l'étonnement et de la fierté au sujet de sa création. Au regard des objectifs thérapeutiques, nous pensons que le modelage en atelier art thérapeutique fut une bonne médiation afin d'apaiser l'angoisse (OG1). Il a pu vivre le moment présent en se concentrant sur sa création, lui donnant un répit face à ses pensées traumatiques. Il a aussi pu vivre des émotions positives liées au projet de modelage. Ce dernier ne nous semble toutefois pas avoir été un réel moteur de l'élan vital (OG2). En effet, M. Q a semblé plus motivé et entraîné par les chansons mises en fond sonore que par le projet en lui-même. La prise en charge s'est interrompue car le patient quittait la structure.

Remarques : Pour ce patient, il serait intéressant au cours d'une future prise en charge, d'utiliser la médiation de l'écriture.

3.2.2 Bilan de Monsieur M

Monsieur M

- Homme de 46 ans, pris en charge en raison d'un état de stress post-traumatique chronique et sevrage alcoolique.
- A bénéficié de 6 séances d'art thérapie, d'une heure chacune, sur la période du 25 février au 5 mars 2020

Objectifs art thérapeutiques :

- ▶ OG1 : Accroître l'estime de soi
 - OI1 : confiance en soi : croire en ses capacités à agir efficacement, commencer et terminer un projet
 - OI2 : Affirmation de soi : Faire des choix, défendre ses idées
 - OI3 : Fierté de soi : Augmenter son sentiment de valeur personnelle après un succès
- ▶ OG2 : Retrouver l'élan vital
 - OI1 : réduction de l'apathie* : ressentir des sensations agréables, éprouver du plaisir
 - OI2 : réduction de l'aboulie* : trouver un projet qui donne envie, retrouver la motivation
- ▶ OG3 : Apaiser l'angoisse
 - OI1 : vécu d'émotions positives : ressentir des émotions positives
 - OI2 : Baisse du niveau de vigilance : se sentir en confiance, interagir dans un cadre bienveillant
 - OI3 : Focus sur l'instant présent : être dans le présent, ni dans le passé, ni dans le futur

Technique : Modelage de l'argile

Bilan : Au cours des six séances d'art thérapie, Monsieur M a montré une belle évolution. Son humeur générale s'est considérablement améliorée entre la première et la dernière séance. M. M a réalisé une tête de cheval en argile, dont il a été fier et qu'il a par la suite ramené à son domicile. Au regard des objectifs thérapeutiques, il nous semble que les trois objectifs généraux ont été atteints. Les séances s'arrêtent en raison de la fin de notre stage.

Remarques : Nous pensons qu'au cours d'une future prise en charge, l'objectif de l'estime de soi pourrait être repris. Pourquoi ne pas également travailler au niveau de la pensée opératoire dont le patient fait preuve, qui pourrait freiner le processus d'introspection et de résilience.

Quatrième partie

4. Discussion

4.1 Objectifs et résultats de l'étude

Le premier objectif de l'étude était de répondre à l'hypothèse suivante : le modelage de l'argile en séance d'art thérapie favoriserait l'expression des émotions positives chez des militaires souffrant d'un état de stress post-traumatique et présentant une alexithymie*. Pour ce faire, nous avons étudié deux cas répondant aux critères diagnostics de l'ESPT* et de l'alexithymie*. Nous leur avons proposé des séances d'art thérapie avec le modelage d'argile comme médiation artistique. Au cours de ces séances, les deux patients étaient en mesure d'exprimer des émotions positives, certaines par le langage du corps et d'autres par le langage oral. Pour chacun des deux patients, nous avons également pu observer une augmentation du nombre d'émotions positives au fur et à mesure que nous progressions dans les séances. Au vu des résultats, il semblerait que le modelage de l'argile en séance d'art thérapie favorise effectivement l'expression des émotions positives chez des militaires souffrant d'un ESPT* et présentant une alexithymie*.

Le second objectif consistait à faire une exploration des émotions positives vécues en atelier d'art thérapie par les patients, exprimées par le corps et/ou les mots. Cette exploration nous a permis de dresser la liste de 21 émotions positives différentes :

- Joie
- Curiosité
- Surprise
- Inspiration
- Amusement
- Amour
- Enthousiasme
- Détente
- Complicité
- Compassion
- Admiration
- Satisfaction
- Assurance
- Confiance en soi
- Sérénité
- Excitation
- Passion
- Fierté
- Gratitude
- Optimisme
- Confiance en l'autre

Le troisième objectif, l'objectif principal de ce travail, était de permettre aux deux patients présentés dans les études de cas, d'améliorer leur bien-être grâce aux séances d'art thérapie. Après avoir élaboré des objectifs thérapeutiques personnalisés, et après avoir mis en place des stratégies pour atteindre ces objectifs, il nous semble que les séances d'art thérapie les aient emmenés tous deux vers un certain mieux-être. Nous pouvons justifier cela grâce aux différentes analyses faites après chaque séance auprès d'eux.

D'abord, l'analyse des objectifs de séance (en lien avec les objectifs généraux de la PEC*), permet de déterminer s'ils sont atteints ou non, et si non, pourquoi ils ne l'ont pas été. Ensuite, l'analyse des cinq items de base (concentration, imagination, dextérité, plaisir, valorisation), permettent de déterminer s'il existe ou non une évolution de ces éléments pouvant être corrélés avec le sentiment de bien-être. Enfin et surtout, l'analyse des émotions positives exprimées, leur nombre et leur évolution au cours de la prise en charge, permet de déterminer si le patient évolue vers un mieux-être ou non. Après avoir analysé ces résultats, et toutes choses étant relatives, nous pensons que les deux patients ont pu prendre soin d'eux et améliorer leur niveau de bien-être au cours de ces séances d'art thérapie.

Les résultats obtenus grâce aux outils dont nous disposons, et dans le cadre précis de ces deux études de cas, nous permettent d'estimer que les trois objectifs de cette étude sont atteints.

4.2 Limites de l'étude

Nous sommes conscients que les limites dans cette étude sont très importantes, c'est pourquoi nous commencerons par elles dans cette discussion. Tout d'abord, rappelons le genre d'étude que ce mémoire relate : l'étude de cas. En elle-même, l'étude de cas demeure une méthode de recherche très spécifique et peu généralisable. L'étude de cas est intéressante dans ce qu'elle amène de concret comme informations, et dans sa propension à créer des ouvertures et de nouvelles pistes de recherche. Une étude de cas peut également servir à illustrer le propos d'une autre recherche, à titre d'exemple. L'étude présentée dans ce mémoire est donc une étude qualitative, étudiant deux cas spécifiques, au moyen d'une méthode en partie subjective qu'est l'observation directe, ainsi que de quelques outils que nous détaillerons, discuterons et remettrons en question également ici.

Notre analyse se base sur la méthode de l'observation clinique, qui contient des limites dont nous devons absolument tenir compte. En effet, toute observation est une construction : ce qui est perçu n'est pas le réel, car percevoir transforme la réalité⁴². Par ailleurs, cette construction nécessite toujours une sélection, car l'expérience réelle est plus riche que ce que l'observateur en retient. Ainsi, nous devons relativiser nos conclusions. Plusieurs phénomènes s'ajoutent aux biais d'observation inhérents à la méthode, comme celui du transfert et du contre transfert.

⁴² CICCONE A. *La pratique de l'observation*, p.70-71, 2012

Le langage constitue aussi potentiellement un obstacle, puisqu'il est limité pour rendre compte d'une expérience, et ce, particulièrement chez des patients présentant une alexithymie*. Pour le recueil des observations, nous avons à la fois le rôle d'animateur et d'observateur ; nous ne pouvions évidemment pas tout voir. Afin de ne pas perturber le patient et pour qu'il se sente le plus à l'aise possible, nos observations écrites ont été faites à posteriori, après chaque séance d'art thérapie. Cela a forcément eu comme conséquence des oublis de certains détails qu'il aurait pourtant certainement été intéressant de prendre en compte dans l'analyse de séance. D'ailleurs, lorsque nous analysons les résultats et que nous nous apercevons que selon nos observations, il y aurait plus d'émotions positives exprimées par les mots que par le corps, alors que nous travaillons avec des personnes alexithymiques, cela nous interroge. Ne serait-ce pas plutôt nous, observateur, qui avons tendance à plus facilement retenir le langage parlé que le langage du corps ? Ce pourrait être une question de recherche à creuser.

Au niveau des outils, il aurait été judicieux de baser notre grille d'observation sur un plus grand nombre d'items que les cinq sélectionnés dans notre étude (concentration, imagination, dextérité, plaisir, valorisation). En effet, une séance d'art thérapie est riche et diversifiée, et de nombreux autres items auraient largement pu être observés, afin de produire plus de données, pour une analyse toujours plus fine. Le problème qui s'est encore une fois posé pour cela, est que nous étions seul à pouvoir observer, et qu'il était plus facile de le faire sur un nombre d'items restreints. Pour une prochaine recherche, l'enregistrement vidéo serait idéal pour permettre au chercheur de remplir une grille d'observation la plus complète possible. Un autre biais évident dans cette étude est qu'elle ne comprend que deux cas. Il aurait été intéressant de mener l'étude sur au moins plusieurs dizaines de cas, afin d'augmenter la quantité de données à analyser, et de faire surgir des données divergentes pour une interprétation et une analyse plus poussée.

De plus, avec un plus grand nombre de participants, les conclusions que nous pourrions en tirer seraient plus facilement généralisables, ou du moins susceptibles de se rapprocher de la réalité d'un ensemble de personnes. Avec seulement deux cas, les hypothèses restent encore à vérifier, d'autres études doivent être menées pour réellement pouvoir les confirmer ou les infirmer. Aussi, les 3 ou 6 séances par patient n'étaient pas suffisantes, il en aurait fallu bien plus. Dans le même ordre d'idée, notre étude de cas comprend deux hommes. Les femmes militaires ont peut-être une façon différente de vivre avec l'ESPT* et l'alexithymie*, ou expriment peut-être différemment leurs émotions positives en séance d'art thérapie.

Pour limiter une partie des biais de notre étude, nous aurions pu avoir recours à des enregistrements audios ou vidéos, ou alors demander à un pair de venir observer la séance. L'inconvénient de l'enregistrement ou d'une personne de plus dans la salle qui note tout au long de la séance, c'est que le patient peut se sentir observé, en perdre sa spontanéité, moins se laisser aller, à la fois dans la création artistique et dans le partage de ses émotions avec le thérapeute. Nous aurions également pu utiliser des grilles d'observation déjà validées scientifiquement. Nous n'en n'avons pas trouvé dans la revue de littérature faite sur le sujet des émotions positives, le sujet que nous avons choisi d'étudier dans ce mémoire. Ce fût finalement un mal pour un bien, car ce manque d'outil nous a certes empêché de réaliser des observations très précises, mais nous a permis de faire une étude plus large, prospective, en explorant les différentes émotions positives pouvant être vécues en séance d'art thérapie.

4.3 Discussion du cadre conceptuel de l'art thérapie

Toutes ces limites conduisent à souligner la modestie dont nous devons faire preuve. De plus, même si nous pensons que les objectifs de notre étude sont atteints, nous avons bien conscience que toute une équipe soignante participe à la bonne évolution des patients, et que nous ne pouvons pas nous attribuer entièrement le mérite, loin de là. Nous considérons notre travail comme un anneau supplémentaire à la grande chaîne de soins que constitue le travail en équipe pluridisciplinaire auprès d'un patient. Lors de notre stage dans le service psychiatrique, nous avons eu la chance de rencontrer et échanger avec les autres personnels soignants. Cela nous a permis de mieux comprendre en quoi les séances d'art thérapie sont complémentaires aux séances de psychomotricité, aux séances avec le psychiatre ou le psychologue, aux séances de soins infirmiers, etc. Nous avons pu prendre conscience des apports de chaque professionnel pour le patient. Certains objectifs thérapeutiques sont communs à tous les soignants, d'autres sont spécifiques, et même si chacun emploie des moyens d'action différents, tous travaillent dans la même direction, celle de mener au mieux le patient vers la santé.

Ce qui nous a sauté aux yeux en ce qui concerne l'art thérapie, c'est qu'elle semble pouvoir offrir au patient un moment pour véritablement se ressourcer, remplir son réservoir d'énergie et retrouver l'envie, l'élan vital. Avant le stage nous le savions sur le plan théorique, maintenant nous le savons car nous l'avons vu, nous l'avons expérimenté. Il nous semble fondamental qu'au sein d'une institution les patients pris en charge aient un lieu, un temps, où ils peuvent reprendre de l'énergie, car les soins en général sont énergivores.

La deuxième chose qui nous a frappé durant le stage c'est la possibilité qu'ont les patients de s'exprimer sans nécessairement verbaliser. L'art thérapeute ne l'exige pas contrairement à la plupart des autres soignants. L'art thérapeute accueille, propose un projet créatif et motivant, et le guide pour que ce projet soit à la fois esthétique et agréable à faire. Bien sûr, en amont des objectifs thérapeutiques ont été construits, et l'art thérapeute sait pourquoi il propose telle chose au lieu d'une autre. Mais le patient ne le ressent pas. Comme la parole n'est pas au cœur de la thérapie, il peut se sentir plus libre de parler dans ce contexte moins formel, et confier des choses à l'art thérapeute qu'il ne confierait pas au psychologue par exemple.

Au cours de notre stage, il nous a été donné la possibilité de faire des prises en charge individuelles mais aussi groupales. Cette expérience nous a permis d'observer à quel point le cadre modifie la dynamique de la séance. Nous avons pu au cours des deux séances groupales que nous avons animées, comprendre à quel point le groupe peut être une ressource utile, à quel point l'entraide et le partage est important pour des patients vivants plus ou moins les mêmes difficultés. Se sentir accepté, se sentir compris, se sentir valorisé par d'autres personnes constitue un énorme bénéfice qui ne peut être amené que par le groupe.

« Le cadre en art-thérapie délimite un espace-temps qui est une « aire de jeu », libérant la créativité et permettant à l'art-thérapie d'exprimer toute sa spécificité, qui est celle d'un travail psychique où le non verbal a autant d'importance que le langage parlé » (Donald Winnicott)

4.4 Comparaison à une autre étude

Nous souhaitons comparer notre étude à un travail de recherche mené par Gioia Chilton, Nancy Gerber, Amanda Bechtel, Tracy Council, Monica Dreyer & Elizabeth Yinglin, et publié dans la revue de l'association canadienne d'art thérapie : « L'art des émotions positives : exprimer des émotions positives à travers le processus artistique ». La question de recherche est la suivante : Quelle est la dynamique de l'expression des émotions positives dans le processus intersubjectif de création artistique ? Les sous-questions sont : Comment les émotions positives sont-elles exprimées par l'art ? Que se passe-t-il sur le plan émotionnel, cognitif, artistique et relationnel dans le processus d'expression d'émotions positives au moyen de la création artistique dans le cadre d'une relation interpersonnelle ? Quels motifs, images, symboles, métaphores, histoires, thèmes, dessins ou couleurs pourraient émerger de l'expression visuelle, verbale et relationnelle des émotions positives ?

Cette étude présente des similarités avec la nôtre, notamment celle de s'intéresser à un sujet étonnamment peu abordé dans les recherches en art thérapie, celui des émotions positives. En outre elle possède un objectif similaire à notre deuxième objectif de mémoire, celui de chercher à explorer les émotions positives pouvant survenir en cours de séance d'art thérapie. Cependant, elle se distingue franchement de notre travail sur plusieurs plans. D'abord, la méthode et le matériel sont bien plus développés et aboutis que dans notre étude. En effet, elle comprend non seulement cinq participants au lieu de deux, mais elle comporte aussi des enregistrements vidéos, des enregistrements audios, ce qui a permis une analyse de données beaucoup plus large.

En plus de l'analyse qualitative des données issues des échanges avec les participants durant les séances, les auteurs ont aussi fait une analyse basée sur les œuvres créées en séance. Les émotions de la joie, de la gratitude, de la sérénité, de l'intérêt, de l'espoir, de la fierté, de l'amusement, de l'inspiration ont été trouvées. L'intérêt est une émotion positive qui n'avait pas été découverte dans notre étude, pourtant nous pensons que les patients ont bel et bien pu vivre cette émotion. C'est ainsi que nous nous rendons compte des limites que pose la méthode de l'observation telle que nous l'avons menée dans notre étude.

4.5 Bénéfices de l'étude

Malgré ses nombreuses limites et nombreux biais, nous pensons que notre travail amène tout de même certains éléments de réponse intéressants. Nous pensons que même incomplète, l'exploration des émotions positives qui a été réalisée dans un contexte de séances art thérapeutiques, pourra servir de base pour d'autres étudiants ou pour des chercheurs qui aimeraient approfondir ce domaine de recherche, peu exploré et pourtant fondamental dans la discipline de l'art thérapie. L'ensemble du mémoire peut aussi servir d'exemple. En effet, l'étude ne comporte l'observation que de deux cas, souffrant d'une pathologie précise, l'ESPT*, et recourant à une seule médiation artistique, le modelage de l'argile. C'est donc une illustration très restreinte, mais également très concrète et précise, de ce en quoi peut consister l'art thérapie et ce qu'elle peut permettre. Ce mémoire, nous l'espérons, peut également aider à montrer l'intérêt de l'art thérapie. La majorité des thérapies actuelles est basée sur le problème ou la pathologie que présente le patient. Le thérapeute focalise alors son énergie à tenter de traiter directement ce qui dysfonctionne. En art thérapie c'est le contraire, et l'art thérapeute cherche à s'appuyer sur les aspects préservés du patient. C'est donc une thérapie très complémentaire à ce qui est traditionnellement proposé en institution.

Nous militons pour que de plus en plus d'art thérapeutes soient présents dans les hôpitaux, les EHPAD*, les associations d'aide, et dans l'ensemble des services de santé du pays, car nous croyons profondément à leur utilité et à leur complémentarité au sein d'une équipe de soignants. Plusieurs pays l'ont bien compris, notamment dans le nord de l'Europe et en Amérique du Nord. En France cependant, elle ne fait que timidement son entrée dans les institutions. C'est pourquoi nous pensons qu'il est important que de futures recherches soient menées, particulièrement sur les émotions positives, qui sont au cœur du métier d'art thérapeute, afin de prouver la spécificité des soins qu'apportent l'art thérapie, et revaloriser ce métier encore trop peu reconnu en France.

4.6 Discussion de la posture soignante en tant que futur art thérapeute

Selon nos connaissances et notre expérience en tant qu'art thérapeute stagiaire, nous pensons que l'alliance thérapeutique est fondamentale pour que la thérapie soit réellement efficace. En effet, si le patient se sent en confiance, qu'il se sent libre de créer et d'échanger, alors les objectifs thérapeutiques élaborés auront toutes leurs chances d'être atteints, et le patient d'être soulagé. C'est pourquoi nous porterons un intérêt particulier à cette alliance thérapeutique lorsque nous serons art thérapeute. Etant donné que l'une des fonctions essentielles de l'art thérapie est d'amener le patient à exprimer ses émotions, nous aimerions nous former dans le domaine de l'intelligence émotionnelle (IE), un concept qui a émergé dans les années 90 à partir des travaux d'Howard Earl Gardner, un psychologue du développement aux Etats-Unis⁴³. Les émotions peuvent aider au traitement intellectuel de certains problèmes, favoriser la pensée créatrice, la motivation etc. L'IE* est non seulement une capacité mais un potentiel, qui peut donc se travailler et se développer. Nous aimerions aussi nous former à plusieurs autres savoirs, comme la psychologie positive, la psychologie du développement et la neurobiologie. Nous souhaiterions également pouvoir proposer à nos futurs patients les médiations de la musique, du chant et de la peinture, que nous nous engageons à explorer dès que possible. Enfin, au cours de notre stage, nous avons pris en charge une patientèle particulièrement touchée par la souffrance, nous avons été confrontés à des récits de violence absolue, et nous pensons avoir trouvé nos propres limites (actuelles) en tant que soignant. Pour une première expérience professionnelle, nous souhaiterions intervenir auprès d'une patientèle moins mise à mal.

⁴³ DIKANN A., *L'art thérapie*, p.81, 2018

Conclusion

Notre mémoire est principalement construit à partir de l'étude de deux cas de patients, séjournant au service psychiatrique de l'HIA* Robert Picqué. Ce sont deux militaires traumatisés au cours d'une OPEX*, souffrants à présent d'un ESPT* et présentant une alexithymie*. Nous avons construit des objectifs thérapeutiques personnalisés pour chacun d'eux, et les avons accueillis en séance d'art thérapie, pour respectivement trois et six séances individuelles. Ils ont pu y découvrir le modelage de l'argile, et créer une œuvre de leur choix. Le but était de les emmener vers un mieux-être, sous-tendu par les objectifs thérapeutiques et le pouvoir du processus de création. Grâce aux analyses de séance et aux retours positifs des patients, nous pensons pouvoir affirmer que le but a été atteint pour tous les deux.

Après avoir parcouru la revue de littérature, et avoir réalisé que les émotions positives étaient peu théorisées dans les études que nous avons pu lire, nous nous sommes demandé si le modelage de l'argile en séance d'art thérapie favoriserait l'expression des émotions positives chez des militaires souffrant d'un état de stress post-traumatique et présentant une alexithymie*. Pour tenter de répondre à cette hypothèse, nous avons observé les expressions corporelles et verbales évoquant des émotions positives chez les deux patients étudiés, et les avons soigneusement notées tout au long de leur prise en charge. L'analyse des données d'observation met en évidence que les émotions positives exprimées sont allées crescendo au fur et à mesure des séances. En tout, vingt-et-une émotions positives ont été relevées. Nous estimons que l'hypothèse est confirmée. Nous espérons que cela permettra d'amorcer une étude exploratoire sur un sujet encore étonnamment très peu traité, celui des émotions positives en art thérapie.

Nous le savons, dans le domaine de la recherche, plus il y a de réponses aux premières questions, plus il y a de nouvelles questions. Ainsi, cette humble étude de cas apporte quelques réponses ou du moins quelques suggestions de réponses, mais elle apporte surtout plusieurs questions. L'une des premières qui nous soient venues à l'esprit après les prises en charge fût : pourquoi les deux patients ont décidé de modeler des chevaux ? N'est-ce pas un drôle de hasard ? Peut-être qu'une prochaine recherche pourrait tenter d'explorer les thèmes de création récurrents des patients en art thérapie, et se demander ce qui les influence. Serait-ce la pathologie du patient, la médiation artistique, l'art thérapeute lui-même, ... ?

Nos échanges avec les patients nous ont aussi apporté plusieurs questionnements. Comme l'ESPT* est une blessure psychique, invisible, ils ont parfois du mal à se faire comprendre, et à faire entendre qu'elle est tout aussi grave qu'une blessure physique, et qu'elle nécessite des soins à la hauteur de sa gravité. Nous nous sommes demandé s'il serait possible que l'ESPT* puisse être reconnu en tant que handicap psychique⁴⁴, afin que leurs proches réalisent ce qu'il en est, et afin qu'ils puissent mieux faire valoir leurs droits pour les aides sociétales, que ce soit pour les dédommagements financiers ou pour les soins psychiatriques dont ils ont besoin.

Cette étude nous a aussi fait prendre conscience qu'à notre connaissance, aucun outil d'observation n'existe pour mesurer les émotions exprimées par le corps ou par les mots d'une personne. Une grille d'observation, avec éventuellement une échelle de Likert*(voir ANNEXES p. 76) pour coter l'intensité de chaque émotion, pourrait être un outil très utile pour les arts thérapeutes, mais pas seulement, pour l'ensemble de la communauté scientifique et des professionnels travaillant avec des sujets humains. Nous espérons qu'un tel outil vienne à se développer.

Nous espérons enfin que ce mémoire pourra inspirer de futures recherches, grâce aux questions soulevées tout au long de ces quelque soixante pages. Il n'a pas été possible de discuter de tous les aspects et de débattre sur tous les points, car l'expérience du stage et même celle de la rédaction de ce mémoire était trop riche pour être entièrement couchée sur le papier. C'est pourquoi nous comptons à présent sur d'autres étudiants ou chercheurs, pour s'intéresser aux notions d'ESPT*, d'alexithymie*, d'art thérapie, de modelage, et d'émotions positives, afin de pousser plus loin la réflexion entreprise dans ce travail.

« La science a la chance et la modestie de savoir qu'elle est dans le provisoire, de déplacer les frontières de l'inconnu et d'avancer. » (Marc Augé)

⁴⁴ BELIARD, A. & EIDELIMAN, J., *Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives*, p.99-117, 2009

Bibliographie

AMBROSINO, M. *Alexithymie et comorbidités psychiatriques des états de stress post-traumatique en lien avec l'exercice des fonctions militaires*, Villenave-d'Ornon, 2013.

ANDRE, C. *L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Odile Jacob. Paris, 2008.

ANTOINE, P. ; POINSOT, R. ; CONGARD, A. *Évaluer le bien-être subjectif : la place des émotions dans les psychothérapies positives*. **Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive**, 170–180, 17(4), 2007.

BATLLE, S. *Animer un atelier d'art-thérapie*, Jouvence, Genève, 2019.

BAUMEISTER, R. F. ; BRATSLAVSKY, E. ; FINKENAUER, C. ; VOHS, K. D. *Bad Is Stronger than Good* : **Review of General Psychology**, 2001.

BELIARD, A. ; EIDELIMAN, J.-S. *Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives*. **Revue française des affaires sociales**, 2009.

BOULENGER, J.-P. ; LEPINE, J.-P. *Les troubles anxieux* ; Lavoisier : Cachan, 2014.

BOYER-LABROUCHE, A. *Pratiquer l'art-thérapie*, Dunod. Malakoff, 2017

CHILTON, G. & al. *L'art Des Émotions Positives : Exprimer Des Émotions Positives à Travers Le Processus Artistique Intersubjectif*. P.12–25. 28 (1–2), **Canadian Art Therapy Association Journal**, 2015.

CHNEIWESS, L. *Neurobiologie des états de stress post-traumatique*. P. 148–153. No. 4, **Act.Méd.Int**, 2000.

CICCONE, A. *La pratique de l'observation* ; Eres, Toulouse, 2012.

COLAS, M. D. ; LAHUTTE, B. *Le Stress Au Sein de La Population Militaire : Du Stress Opérationnel à l'état de Stress Post-Traumatique*. P. 399–410. 37 (5), **Médecine et armées** 2009.

CYRULNIK B., *Autobiographie d'un épouvantail* ; Odile Jacob, Paris, 2008.

DE MONICLOS, V. *A La Recherche Du Mâle Perdu*. **Le point**, 2011.

DELUBRIAC BESNARD, A. *Une expérience en art-thérapie moderne à dominante arts-plastiques auprès de militaires présentant un état de stress post-traumatique en lien avec leurs missions.*, Villenave d'Ornon, 2018.

DIKANN, A. *L'art-thérapie* ; Grancher, ABC ; Paris, 2018.

DORTIER, J.-F. *L'Homme, cet étrange animal : Aux origines du langage, de la culture et de la pensée*, **Sciences Humaines**, Auxerre, 2013.

EDWARDS, J. *Creative Arts Therapies Provide Effective Support in the Aftermath of Trauma*. (62), **The Arts in Psychotherapy**, 2019.

EL HAGE, W. *Trouble de stress post-traumatique* ; Enregistrement audio, Poitiers, 2019.

FREDRICKSON, B. L. *The Role of Positive Emotions in Positive Psychology*. P. 218–226 (3), **Am Psychol**, 2001.

JONES, J. P. ; WALKER, M. S. ; DRASS, J. M. ; KAIMAL, G. *Art Therapy Interventions for Active Duty Military Service Members with Post-Traumatic Stress Disorder and Traumatic Brain Injury*. **International Journal of Art Therapy**, 2017.

JOSSE, E. *Le traumatisme psychique chez l'adulte* ; De Boeck, Louvain-la-Neuve, 2019.

JOUANNE C., *L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif*. P.193-209 (12), **Psychotropes**, 2006.

LAZARUS ; FOLKMAN. *Stress, Appraisal, and Coping* ; New York, 1984.

LUMINET, O. ; GRYNBERG, N. V. et D. *L'alexithymie* ; De Boeck Supérieur : Bruxelles, 2013.

MARLY, M. *L'armée Rend-Elle Viril ? Réflexions Sur Le « modèle Militaro-Viril » à La Fin Du Xixe Siècle*. P. 229–247 (1), **Femmes, Genre, Histoire**, 2018.

MCLEAN, C. ; FOA, E. *Emotions and Emotion Regulation in Posttraumatic Stress Disorder*. P. 72–77 (14), **Current Opinion in Psychology**, 2017.

MONTEAN, R. *Place de la psychothérapie de relaxation auprès des patients présentant un état de stress post-traumatique* ; Villenave d'Ornon, 2011.

QUOIDBACH, J. *Chapitre 1. Les émotions positives : à quoi servent-elles et comment les savourer ?* ; Dunod, 2014.

THOMAS G. *Intérêts et limites des hospitalisations séquentielles dans la prise en charge des états de stress post-traumatique*. P. 511-514 (176), **Annales médico-psychologiques**, 2018.

TOMASELLA, S. *Renaître après un traumatisme*, Eyrolles ; Le livre de poche ; Paris, 2014.

TULL, M. T. ; KIMBREL, N. A. *Introduction : Understanding the Role of Emotion in the Etiology, Assessment, Neurobiology, and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. P. xix–xxiv. In **Emotion in Posttraumatic Stress Disorder** ; Elsevier, 2020.

VAIVA, G & al. *Prévalence Des Troubles Psychotraumatiques En France Métropolitaine* P. 577–583, 34 (6), **L'Encéphale**, 2008.

WALKER, M. & al. *Active-Duty Military Service Members' Visual Representations of PTSD and TBI in Masks*. P.12 (1), **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, 2017.

WALKER, M. ; KAIMAL, G. ; KOFFMAN, R. ; J. DEGRABA, T. *Art Therapy for PTSD and TBI : A Senior Active Duty Military Service Member's Therapeutic Journey*. P. 10–18 (49), **The Arts in Psychotherapy**, 2016.

WEISS, N. H. ; CONTRACTOR, A. A. ; RAUDALES, A. M. ; GREENE, T. ; SHORT, N. A. *Extending Our Understanding of the Association between Posttraumatic Stress Disorder and Positive Emotion Dysregulation : A Network Analysis Approach*. P. 102-198 (71), **Journal of Anxiety Disorders**, 2020.

Webographie

Hôpitaux militaires <https://www.defense.gouv.fr/sante/sante-publique/hopitaux-militaires> (accessed Mar 21, 2020).

L'estime de soi : analyse de concept | Cairn.info <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2017-2-page-18.htm#> (accessed Feb 28, 2020).

La Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre (CABAT) <https://www.handirect.fr/la-cellule-daide-aux-blesses-de-larmee-de-terre-cabat/> (accessed Apr 1, 2020).

Le Larousse en ligne : www.larousse.fr

Le Larousse médical en ligne : www.larousse.fr/archives/medical

Glossaire

Aboulie : Trouble mental caractérisé par l'affaiblissement de la volonté, entraînant une inhibition de l'activité physique et intellectuelle.

Alexithymie : difficulté à identifier et à distinguer ses émotions, verbaliser ses émotions à autrui, une vie imaginaire réduite et un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs.

Anamnèse : Ensemble des renseignements fournis au médecin par le malade ou par son entourage sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédée.

Apathie : Indifférence de quelqu'un poussée jusqu'à l'insensibilité complète ; nonchalance, inertie. Lenteur à agir ou à réagir, passivité.

Coping : de « cope » en anglais, signifiant faire face. Désigne l'ensemble des comportements et des stratégies qu'un individu met en place pour tenter de maîtriser, de tolérer ou de diminuer l'impact provoqué par un événement perçu comme menaçant.

DDF : Difficulty Describing Feeling : sous-catégorie de la TAS-20, mesurant la difficulté du patient à décrire ses émotions.

DIF : Difficulty Identifying Feeling : sous-catégorie de la TAS-20, mesurant la difficulté du patient à identifier ses émotions.

DSM-4 et 5 : C'est le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » de l'APA (American Psychiatric Association). En français c'est le Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie. La quatrième édition est parue en 2000 et la 5^e, la dernière, est parue en 2013.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

Flow : Etat de motivation et d'attention focalisées qui permet de mobiliser au mieux ses facultés et d'atteindre une performance optimale.

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

IE : Intelligence Emotionnelle. Correspond à une variété d'habiletés émotionnelles, personnelles et interpersonnelles qui influence globalement l'aptitude à s'adapter aux demandes et aux exigences de l'environnement.

Liker : C'est un type d'échelle utilisé dans les questionnaires, permettant de graduer une réponse sur un continuum.

Ochlophobie : La peur d'être étouffé, écrasé, anéanti par la foule. Elle trouve souvent son origine dans un événement traumatisant vécu au sein d'une foule.

OEF : Externally-Oriented Thinking : sous-catégorie de la TAS-20, mesurant la tendance du patient à porter son attention sur l'extérieur.

OG : Objectif Général

OI : Objectif Intermédiaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPEX : OPération EXtérieure

PEC : Prise En Charge

PES : Prise En Soins

Psychodynamique : Se dit du jeu de forces à l'œuvre dans le psychisme, tel que la psychanalyse l'a mis en évidence, et de l'effet des causes psychiques sur l'existence du sujet.

TAS-20 : Auto-questionnaire permettant de mesurer le niveau d'alexithymie

Annexes

« Le triomphe de l'art est de nous procurer des étonnements qui soient des plaisirs »

-Victor Cherbuliez (1873)



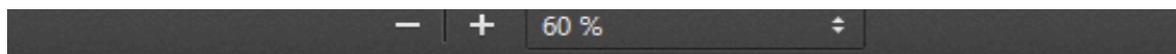
« Mettre l'art et l'amour au premier plan de ses préoccupations, leur consacrer la majeure partie de son temps, cela est bien typique de l'homme sans vanité, qui coupe au plus court vers le bonheur. »

-Jean Dutourd (1990)



Les 5 items sur des échelles de Lickert en 5 points :

- Concentration : 1 inattention 2 dispersée 3 suivis des consignes 4 attention soutenue 5 Flow
- Imagination : 1 absente 2 discrète 3 présente 4 active 5 débordante
- Dextérité : 1 grossière 2 maladroite 3 normale 4 bonne 5 fine
- Plaisir : 1 déplaisir 2 indifférent 3 léger plaisir 4 plaisir apparent 5 plaisir éclatant
- Valorisation : 1 autodénigrement 2 dévalorisation 3 neutre 4 réassurance 5 valorisation



Questionnaire TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)

Nom : _____ Né(e) le : _____ Score Total : _____
 DIF : _____ DDF : _____ OEF : _____

Ce questionnaire va permettre à votre médecin et/ou votre psychologue de choisir avec précision le traitement ou l'approche non médicamenteuse antalgique (TCC, Biofeedback, Hypnose-analgésie etc...) la plus adaptée pour vous.

Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée.

Ne donnez qu'une réponse sur chaque assertion : (1) désaccord complet ; (2) désaccord relatif, (3) ni accord ni désaccord, (4) accord relatif, (5) accord complet.

	Date passation du test : / /201	1 désaccord complet	2 désaccord relatif	3 ni accord ni désaccord	4 accord relatif	5 accord complet
1	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.					
2	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.					
4	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.					
5	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.					
6	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.					
7	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.					
8	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.					
10	Etre conscient de ses émotions est essentiel.					
11	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.					
12	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.					
13	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.					
14	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.					
15	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.					
16	Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques.					
17	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.					
18	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.					
19	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20	Rechercher le sens caché des films ou de pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.					

Vous pouvez remettre ce questionnaire rempli lors de votre prochaine consultation pour cotation et interprétation.

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 *Marine Guillou*, sans contrepartie financière, à utiliser de manière anonyme la photo de mon œuvre**, 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.

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

Date et Signature

Résumé

Le modelage de l'argile en séance d'art thérapie favorise l'expression des émotions positives chez des militaires souffrant d'un état de stress post-traumatique et présentant une alexithymie. Voilà le titre du mémoire présenté par Marine Guillou, étudiante en art thérapie à la faculté de médecine de Poitiers (France). Dans ce papier, elle relate son expérience de stage au sein d'un service psychiatrique d'un hôpital militaire, où elle prend en charge deux patients en état de stress post-traumatique et présentant une alexithymie. Elle pose alors l'hypothèse que ces patients seraient plus à même d'exprimer des émotions positives grâce à des séances d'art thérapie avec la médiation artistique du modelage de l'argile. Après avoir introduit le lecteur par une revue de littérature détaillant les différents concepts de son étude, ainsi qu'expliqué le matériel et la méthode utilisés, elle expose les résultats de l'analyse qualitative des données obtenues par observation. Enfin, une discussion au sujet des limites, des bénéfices et des ouvertures qu'apportent son travail, vient compléter ce mémoire.

Mots-clés : Alexithymie, Art thérapie, Emotions positives, Etat de stress post-traumatique, Modelage, Traumatisme

Abstract

Clay modeling in art therapy promotes the expression of positive emotions in soldiers with post-traumatic stress disorder and Alexithymia. This is the title of the paper presented by Marine Guillou, student of art therapy at the faculty of medicine of Poitiers (France). In this paper, she recounts her internship experience in a psychiatric ward at a military hospital, where she supports two patients with post-traumatic stress disorder and alexithymia. She then hypothesizes that these patients would be better able to express positive emotions through art therapy sessions with the artistic mediation of clay modelling. After introducing the reader through a literature review detailing the various concepts of her study, as well as the material and method used, she explains the results of the qualitative analysis of the data obtained by observation. Finally, a discussion about the limitations, benefits and openings of her work closes this paper.

Keywords : Alexithymia, Art therapy, Modeling, Positive emotions, Post-traumatic stress disorder, Trauma