

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS**

**UFR DE MÉDECINE – TOURS**

**&**

**AFRATAPEM**

**Association Française de Recherche & Applications des  
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**Une expérience d'art-thérapie à dominante théâtre  
auprès de personnes victimes de traumatismes  
psychiques**

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

**De la faculté de Médecine de TOURS**

**Présenté par Fanny LIZION**

**Année 2011**

**Sous la direction de:**

**Louis Jehel**

**Médecin psychiatre,**

**Responsable de l'unité de psychotraumatologie**

**A l'hôpital Tenon de Paris**

**Lieu de stage :**

**Hôpital Tenon**

**4, rue de la Chine**

**75020 Paris**



**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS**

**UFR DE MÉDECINE – TOURS**

**&**

**AFRATAPEM**

**Association Française de Recherche & Applications des**

**Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**Une expérience d'art-thérapie à dominante théâtre  
auprès de personnes victimes de traumatismes  
psychiques**

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

**De la faculté de Médecine de TOURS**

**Présenté par Fanny LIZION**

**Année 2011**

**Sous la direction de:**

**Louis Jehel**

**Médecin psychiatre,**

**Responsable de l'unité de psychotraumatologie**

**A l'hôpital Tenon de Paris**

**Lieu de stage :**

**Hôpital Tenon**

**4, rue de la Chine**

**75020 Paris**

# Remerciements

## **Un grand merci,**

A mon directeur de mémoire.

Aux soignants de la salle d'hospitalisation Colin pour leur accueil et leur écoute.

Aux patients pour leur confiance et sans qui ce travail n'aurait pu avoir lieu.

A Richard Forestier pour la qualité et la richesse de son enseignement.

A mes proches et à mes amis pour leur patience, leur soutien et leurs aides précieuses dans les relectures de cet écrit.

# Sommaire

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>2</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>PARTIE 1 _ EN LIMITANT LES REPERCUSSIONS SOCIALES, L'ART-THERAPIE POURRAIT CONTRIBUER AU MIEUX-ETRE DE LA PERSONNE VICTIME D'UN TRAUMATISME PSYCHIQUE.</b>	<b>11</b>
<b>I. LES PERTURBATIONS PHYSIQUES ET PSYCHIQUES DONT SOUFFRENT LES PERSONNES VICTIMES D'UN TRAUMATISME PSYCHIQUE ENTRAINENT SOUVENT UNE ALTERATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL DE L'INDIVIDU.</b>	<b>12</b>
<b>A. UN INDIVIDU EXPOSE A UN EVENEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATISANT PEUT AVOIR DIFFERENTES REACTIONS.</b>	<b>12</b>
1. Pendant l'événement traumatique, les victimes subissent un stress intense.	12
a. <i>Le stress est une réaction bio-neuro-physiologique.</i>	12
b. <i>Un événement traumatisant atteint l'intégrité psychique et physique de la personne.</i>	13
c. <i>Le " stress dépassé " est une réaction inadaptée.</i>	14
d. <i>Les réactions immédiates varient, entre autre, en fonction de la personnalité de chaque individu.</i>	15
2. Deux éventualités peuvent se présenter pendant la période post-immédiate.	16
a. <i>Le sujet n'est plus obnubilé par l'événement.</i>	16
b. <i>Le sujet est toujours obsédé par le souvenir de l'événement.</i>	17
<b>B. LA PERSONNE VICTIME D'UN TRAUMA PEUT AVOIR DES REPERCUSSIONS PSYCHIATRIQUES A LONG TERME : L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.</b>	<b>17</b>
1. L'événement traumatique est constamment revécu.	18
2. L'évitement est une des protections mise en place par la victime.	18
3. L'hyperactivité neurovégétative est très contraignante pour les victimes.	18
4. La dissociation donne un sentiment d'irréalité au sujet concerné.	19
5. Les personnes traumatisées disent avoir " changé de personnalité ".	19
	2

6. D'autres troubles non spécifiques aux traumatismes sont souvent associés et observables.	20
a. <i>Les troubles des conduites et les troubles caractériels</i>	20
b. <i>Les troubles somatoformes</i>	20
c. <i>Les troubles anxieux</i>	21
d. <i>Les troubles phobiques ou obsessionnels</i>	21
e. <i>L'état dépressif majeur</i>	21
f. <i>L'asthénie</i>	21
<b>C. LES REPERCUSSIONS SOCIALES, FAMILIALES ET PROFESSIONNELLES RESULTANT DES SYMPTOMES CHRONIQUES PENALISENT L'INDIVIDU.</b>	<b>22</b>
1. Le retentissement social.	22
2. Les effets sur le fonctionnement familial.	22
3. Les contrecoups sur la vie professionnelle.	23
<b>II. LA PRISE EN CHARGE EN ART-THERAPIE DES VICTIMES DE TRAUMATISMES PSYCHIQUES CONTRIBUERAIT A LEUR QUALITE DE VIE.</b>	<b>24</b>
A. L'ETRE HUMAIN EST AU CŒUR DE L'ACTIVITE ARTISTIQUE.	24
B. L'ART-THERAPIE S'ADRESSE AUX PERSONNES AYANT DES PROBLEMES D'EXPRESSION, DE COMMUNICATION ET/OU DE RELATION.	26
C. DIVERSES EXPERIENCES D'ART-THERAPIE ILLUSTRENT UNE UTILISATION BENEFIQUE DE CETTE PRATIQUE AUPRES DES PERSONNES VICTIMES DE TRAUMATISME PSYCHIQUE.	28
1. Une approche analytique du dessin dans la thérapie de l'enfant traumatisé comme une aide à la verbalisation.	28
2. La reconstruction de l'enveloppe sonore chez un traumatisé par la musicothérapie.	29
<b>III. LE CHOIX DU THEATRE COMME DOMINANTE ARTISTIQUE DANS UNE TELLE PRISE EN CHARGE PARAÎT PERTINENT.</b>	<b>30</b>
A. LE THEATRE EST UN TERME AUX MULTIPLES DEFINITIONS.	30
B. LE THEATRE EST UN FACTEUR SOCIAL DEPUIS L'ANTIQUITE.	31
1. Le théâtre est un enseignement.	31
2. Le théâtre fait du bien aux hommes.	31
C. AUJOURD'HUI, LE THEATRE EST USE DANS DIVERS MILIEUX MEDICO-SOCIAUX.	32

D. LE THEATRE PERMETTRAIT DE REDONNER DU SENS ET DES REPERES A LA VIE DE L'INDIVIDU TRAUMATISE ET AINSI LIMITER LES REPERCUSSIONS SOCIALES NEGATIVES.

34

## **PARTIE 2 \_ J'AI MIS EN PLACE UN ATELIER D'ART-THERAPIE LORS DE MON STAGE AU SEIN DE LA SALLE COLIN DE L'HOPITAL TENON DE PARIS. 36**

### **I. LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'HOPITAL TENON ACCUEILLE PRINCIPALEMENT DES PERSONNES VICTIMES DE TRAUMATISMES PSYCHIQUES. 37**

A. L'UNITE DE PSYCHIATRIE DE L'HOPITAL TENON S'ORGANISE EN DIFFERENTS LIEUX. 37

1. Les urgences 37

2. Les consultations 37

a. L'ECIMUD 37

b. Les consultations dédiées au psychotraumatisme 38

3. La psychiatrie de liaison 38

4. La salle d'hospitalisation psychiatrique : Salle Colin 38

B. LE PROJET DE SOIN DE LA SALLE D'HOSPITALISATION EST LA PROTECTION, L'EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DES PERSONNES VICTIMES DE TRAUMATISMES PSYCHIQUES. 39

1. Les acteurs du soin ont chacun un rôle bien défini au sein du service. 39

2. Le protocole de soin de la salle Colin permet de protéger le patient. 41

3. La coordination des acteurs du soin permet la rigueur de la prise en charge. 42

### **II. L'INTEGRATION DES ATELIERS D'ART-THERAPIE DANS LE SERVICE DE PSYCHOTRAUMATOLOGIE EST NECESSAIRE AU BON DEROULEMENT DES SEANCES. 43**

A. LA PRISE EN CHARGE EN ART-THERAPIE DES PERSONNES HOSPITALISEES PRESENTE UN INTERET CERTAIN. 43

1. La présence d'un art-thérapeute est un atout pour le service. 43

2. La prise en charge en art-thérapie est indiquée pour ce service. 44

B. DES ATELIERS BIHEBDOMADAIRES EN GROUPE OUVERT ONT ETE MIS EN PLACE. 44

1. Le cadre thérapeutique pose question : choix du lieu et du temps imparti. 44

2. Les ateliers ouverts s'organisent selon un schéma précis. 45

**III. LES ETUDES DE CAS NOUS MONTRENT QUE L'ART-THERAPIE A PU APPORTER UN MIEUX-ETRE AUX PERSONNES HOSPITALISEES DANS CE SERVICE. 47**

A. CATHIE : ETABLIR UN LIEN FAVORABLE AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE ET MAINTENIR CETTE RELATION THERAPEUTIQUE AFIN QUE LA PATIENTE SOIT ACTEUR DE SON SOIN. 47

1. Présentation de Cathie 47
2. J'établie les objectifs thérapeutiques pour Cathie. 49
3. Cathie aborde la proposition d'un atelier d'art-thérapie avec enthousiasme. 49
4. L'opération artistique et la stratégie thérapeutique aident au bon déroulement des séances. 49
5. Le choix des items et leurs évolutions permettent une évaluation de la situation durant chaque séance 54
6. L'auto-évaluation permet de confirmer l'observation 60
7. Le bilan de fin de prise en charge 61

B. SYLVIE : STIMULER SES CAPACITES INVENTIVES AFIN QUE SA PERTE D'INITIATIVE ET SA DEMOTIVATION N'ENTRAINENT PAS SON REPLI SOCIAL. 62

1. Présentation de Sylvie 62
2. Les objectifs thérapeutiques concernant Sylvie sont donnés par le médecin. 63
3. Sylvie aborde la proposition d'un atelier d'art-thérapie avec enthousiasme. 63
4. L'opération artistique et la stratégie thérapeutique aident au bon déroulement des séances 63
5. Le choix des items et leurs évolutions permettent une évaluation de la situation durant chaque séance. 66

C. ALBAN : LUI PERMETTRE DE REPREDRE CONFIANCE EN LUI AFIN D'ATTENUER SON ISOLEMENT SOCIAL ET FAMILIAL. 67

1. Présentation d'Alban 67
2. L'indication médicale et les objectifs thérapeutiques 68
3. Les intentions sanitaires du patient 68
4. L'opération artistique et la stratégie thérapeutique aident au bon déroulement des séances 68

**PARTIE 3 \_ L'ART-THERAPIE ET LE CHOIX DE LA DOMINANTE  
ARTISTIQUE THEATRE SONT-ILS INDIQUES AUPRES DES  
PERSONNES VICTIMES DE TRAUMATISMES PSYCHIQUES ? 70**

**I. LE CHOIX DE L'ART-THERAPIE COMME METHODE THERAPEUTIQUE EST  
PERTINENT DANS UNE TELLE PRISE EN CHARGE. 71**

A. L'ART-THERAPIE A PERMIS DE CONTRIBUER AU MIEUX-ETRE DE PERSONNES  
VICTIMES DE TRAUMATISMES PSYCHIQUES. 71

B. L'ART-THERAPIE PEUT AVOIR DES LIMITES ET RENCONTRER DES DIFFICULTES  
D'APPLICATION. 74

**II. LE CHOIX DU THEATRE COMME DOMINANTE ARTISTIQUE EST PERTINENT  
DANS UNE TELLE PRISE EN CHARGE. 79**

A. CERTAINS LEVIERS DU THEATRE PEUVENT AIDER LA PERSONNE VICTIME DE  
TRAUMATISMES PSYCHIQUES A SE RESITUER DANS UN ESPACE-TEMPS COMMUN A TOUS  
LES ETRES HUMAINS. 79

B. L'UTILISATION DU THEATRE EN ART-THERAPIE PEUT AVOIR DES LIMITES :  
CERTAINES COMPOSANTES DE CET ART N'AIDENT PAS LA PERSONNE VICTIME DE  
TRAUMATISMES PSYCHIQUES. 82

**CONCLUSION 85**

**ANNEXE 87**

**LISTE DES SCHEMAS ET DES GRAPHIQUES 89**

**BIBLIOGRAPHIE 90**

# Glossaire

**Aboulie** : Trouble mental caractérisé par l'absence ou la diminution de la volonté.

**Anhédonie** : Absence de plaisir.

**Art** : Activité humaine tendu vers l'esthétique.

**art** : Techniques artistiques/savoir-faire.

**Beau** : Qui suscite un plaisir esthétique. Qui plaît à entendre ou à regarder.

**Bien-être** : Etat agréable du corps et de l'esprit.

**Communication** : Echange d'information.

**Confiance** : Sentiment de sécurité vis-à-vis de quelqu'un.

**Co-thérapeute** : Membre de l'équipe de soin qui participe avec intérêt l'atelier d'art-thérapie et qui aide l'art-thérapeute à l'observation de la séance.

**Demi-vie d'un médicament** : Temps nécessaire pour que la moitié de la quantité du médicament introduit dans l'organisme soit éliminée/ Correspond en général au moment où le médicament est le plus efficace.

**Esthétique** : Qui se rapporte au sentiment du beau.

**Estime** : Opinion favorable que l'on fait sur soi-même, sur quelque chose ou quelqu'un.

**Etre humain** : Tout ce qui est par l'existence, et membre de l'espèce humaine.

**Expression** : Acte volontaire dirigé.

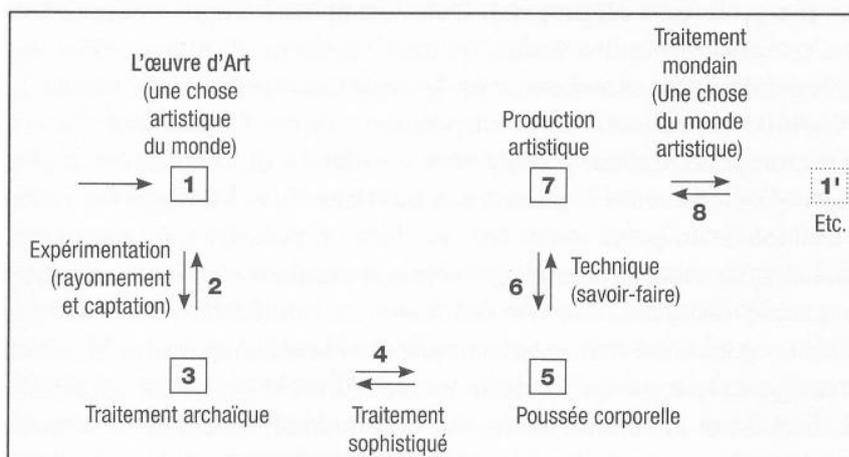
**Impression** : Passage du monde extérieur au monde intérieur impliquant la sensorialité.

**Item** : La plus petite unité observable et fondement de l'évaluation en art-thérapie. Le faisceau d'items regroupe un ensemble d'items cohérents.

**Observance** : Fait de suivre correctement une prescription médicale.

**Opération artistique** : Ensemble organisé de l'activité (physique et/ou mentale) artistique se décomposant en plusieurs phases.

**Synthèse de l'opération artistique<sup>1</sup> :**



**Pathognomique** : Qui est spécifique d'une maladie.

**Pénalité** : Obstacle à l'épanouissement d'une personne.

**Relation** : Appartient au monde du ressenti. Rapport entre les choses, entre les personnes.

**Site d'action** : Lors du processus thérapeutique, le site d'action correspond à une situation caractéristique d'une difficulté ciblée par l'art-thérapeute.

**Stratégie thérapeutique** : Organisation des éléments dans l'activité thérapeutique en vue d'atteindre un objectif.

**Syndrome de Rambo** : Relatif au personnage Rambo. Représente les conduites antisociales suite à un traumatisme psychique.

<sup>1</sup> FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5<sup>ème</sup> éd., Favre, Lausanne, 2007, p.187

# Introduction

" Le théâtre dans notre établissement, ça va servir à quoi ? [...] de toute façon on ne fait pas ! " Voici la question qui m'a été le plus posée par les institutions lors de mes recherches de stage.

" Faire du théâtre ? ... mais je ne suis pas bien, ça va me servir à quoi ? [...] J'en ferais quand j'irais mieux ! " Et voici les interrogations des patients que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de stages et cela dès le début de mes premières présences dans les institutions.

C'est pour répondre à ces questions que ce travail est né et c'est pour aller au-delà encore que ce mémoire existe.

Pendant mes études en Arts de la scène, j'ai eu l'occasion de découvrir pour la première fois la notion d'art-thérapie lors d'un cours de médiations artistiques. Cela a éveillé chez moi le désir d'allier dans mon futur métier ma passion pour le théâtre et la volonté que j'ai, d'aider les autres. J'ai alors décidé de me donner les moyens et outils nécessaires afin de pouvoir utiliser le théâtre dans un cadre thérapeutique.

Engagée aujourd'hui dans la formation en art-thérapie de l'Ecole de Tours, l'AFRATAPEM, j'ai pu avoir différentes expériences de stages me permettant de découvrir la rigueur de l'observation et de son analyse. Cependant, je n'avais pas eu jusqu'alors l'occasion de pratiquer en milieu hospitalier cette méthode thérapeutique particulière. J'ai donc décidé de faire ce dernier stage de fin d'études au sein d'une telle structure. Une opportunité m'a permis d'intégrer pendant 6 mois l'unité psychiatrique de l'hôpital Tenon à Paris.

Ainsi, n'ayant pas ciblé une problématique particulière lors de mes recherches de stage, c'est donc un peu par hasard que j'ai été amenée à appréhender un public, qui m'était jusqu'alors inconnu : les personnes victimes de traumatismes psychiques.

Dès lors je me suis posée plusieurs questions :

- Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ?
- Est-ce une maladie ? Et est-ce que ça se soigne ?
- Quelles sont les pénalités qui troublent leur vie ?

En consultant différents ouvrages sur le sujet, j'ai constaté que les recherches sur cet état particulier de mal-être sont loin d'être achevées. D'ailleurs une enquête de terrain était en

cours pendant mon stage dans le service. En effet, on ne parle d'état de stress post-traumatique que depuis les années 80'. Sa définition ne cesse d'évoluer, des symptômes s'ajoutent et d'autres se précisent comme étant pathognomiques. On élargit de plus en plus la liste des événements pouvant être à l'origine d'un tel syndrome.

Si les initiatives sur la recherche des traitements pour soulager ces symptômes foisonnent, aucun mémoire à ma connaissance, ne relate d'étude faite sur la faisabilité et la pertinence de l'art-thérapie auprès de ces personnes. Il m'a paru donc intéressant de m'aventurer dans cette recherche.

Ce travail fut motivé par une première hypothèse qui est :

**Est-ce que l'art-thérapie peut contribuer au mieux-être de la personne victime de traumatismes psychiques ?**

D'autre part, l'art recouvrant un nombre important de techniques artistiques, j'ai pris la décision, sans aucun parti pris, de choisir comme dominante artistique le théâtre avec lequel je suis le plus à l'aise. Mais était-ce favorable dans la prise en charge en art-thérapie d'utiliser cette technique avec ce public particulier ? Et quels pourraient être les liens privilégiés entre ces derniers pour que cela puisse fonctionner ?

C'est pourquoi, la deuxième hypothèse qui émerge ici et qui sera le second axe de ma réflexion dans ce mémoire est :

**Est-ce que le choix du théâtre dans la prise en charge des personnes victimes de traumatisme psychiques est pertinent ? Et si oui quels sont les leviers singuliers du théâtre sur lesquels l'art-thérapeute peut s'appuyer ?**

Nous allons donc tenter de répondre à ces questions en définissant dans un premier temps ce que recouvre l'état de stress post-traumatique et quels sont les répercussions négatives pour la personne concernée, sur sa vie. En apportant les particularités de l'art-thérapie et du théâtre, je tenterai d'approfondir la réflexion sur ces hypothèses à l'aide d'ouvrages sur la matière.

Je relaterai dans une seconde partie l'expérience pratique de mon stage en détaillant trois études de cas afin d'avoir des exemples concrets de la pratique de l'art-thérapie.

Enfin, je m'attacherai à discuter des choix et des hypothèses émises au début de ce travail afin de voir les différents axes que recouvre une prise en charge en art-thérapie à dominante théâtre auprès de personnes victimes de traumatismes psychiques.

**Partie 1 \_ En limitant les répercussions sociales, l'art-thérapie pourrait contribuer au mieux-être de la personne victime d'un traumatisme psychique.**

**I. Les perturbations physiques et psychiques dont souffrent les personnes victimes d'un traumatisme psychique entraînent souvent une altération du fonctionnement social et professionnel de l'individu.**

**A. Un individu exposé à un événement potentiellement traumatisant peut avoir différentes réactions.**

**1. Pendant l'événement traumatique, les victimes subissent un stress intense.**

***a. Le stress est une réaction bio-neuro-physiologique.***

A l'origine, le terme stress est un mot anglais emprunté au vocabulaire des métallurgistes afin de désigner le comportement d'un métal soumis à des forces de pression, d'étirement et de torsion. La loi de Hooke précise qu'une force extérieure agissant sur un corps provoque une tension de ce corps qui est une certaine forme d'adaptation face à cette pression, nommée stress. L'excès de stress rendrait le matériau plus vulnérable, une déformation de celui-ci peut être visible dans ce cas.

Le vocable stress fut ensuite employé pour évoquer des conditions difficiles de vie des mineurs du 18<sup>ème</sup> siècle. Cannon (1914) l'utilisa pour désigner la régulation hormonale des émotions chez l'animal, Grinker et Spiegel (*Men under stress*, 1945) pour signifier l'état psychologique des soldats soumis à des émotions spécifiques pendant la seconde guerre mondiale.

C'est en 1950 que prend naissance la conception moderne de la biologie du stress avec le canadien H. Selye qui décrit le " Syndrome général d'adaptation " et emprunte le mot stress pour désigner ce phénomène.

Le stress est " la réaction réflexe neurologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée."<sup>2</sup>. Il focalise l'attention sur la situation menaçante, mobilise l'énergie et les capacités cognitives (mémoire, raisonnement, évaluation, attention..), incite à la prise de décision et à l'action, ce qui lui donne essentiellement une fonction adaptative et donc utile.

---

<sup>2</sup> Louis Crocq et al., *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes*, Elsevier Masson, 2007, Issy les moulineaux, p.6

Le stress se décompose en différentes phases. Tout d'abord la sollicitation de l'environnement qui peut être stressante (appelé un stressor) est captée par les différents organes sensoriels du corps qui transmettent l'information au cerveau. Quand le message est parvenu à celui-ci, il est analysé. Une fois la menace perçue par le cerveau, l'information est transmise au reste du corps. Des réactions biologiques se mettent en place afin d'affronter la situation : libération d'hormones, stimulation cardio-vasculaire et accélération du cœur permettent d'envoyer une quantité plus importante de sang vers certains organes comme le cerveau et les muscles. Le cerveau est d'avantage oxygéné, il peut prendre ainsi les décisions qui s'imposent. Les muscles sont prêts à agir en fonction de la décision prise : combattre, fuir ... Grâce au stress le sujet échappe au danger ou est en mesure d'y faire face.

***b. Un événement traumatisant atteint l'intégrité psychique et physique de la personne.***

Le DSM-IV<sup>3</sup> définit un événement traumatisant par ces deux éléments suivant :

- " Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. "
- " La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. "

Cette expérience est soudaine, violente, dépassant les possibilités de l'individu à pouvoir réagir et se différencie d'un événement de vie pénible par ces attributs. Il existe deux types de traumatisme selon L. Terr. Le premier est un événement unique et délimité dans le temps (ex : une agression physique, un accident de la voie publique, un viol...). Le deuxième correspond à une situation qui se répète sur une plus ou moins longue période et dans laquelle l'individu est exposé de façon périodique ou permanente (ex : situation de violence de guerre, inceste à répétition, harcèlement moral au travail...).

Il faut savoir qu'un événement malgré son aspect spectaculaire, inopiné et violent peut ne pas avoir été traumatique pour un sujet, mais l'avoir été pour un autre.

---

<sup>3</sup> *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, éd. Masson, 4<sup>e</sup> éd. 1996, p.1008.

Le mot traumatisme vient du grec ancien *traumatikos* et *trauma* qui signifient dans l'ordre action de blesser et blessure.

Une première définition de ce mot est d'ordre physique, le traumatisme étant alors le résultat d'une action mécanique violente exercée par un agent extérieur physique sur une partie localisée du corps, provoquant une blessure ou une contusion. Transposé à la psychologie, le traumatisme est le résultat d'un choc psychique violent et inattendu, aussi provoqué par un agent extérieur, se manifestant par des troubles psychiques importants.

Dans le trauma, les défenses psychiques qui consisteraient à attribuer du sens à l'événement vécu ont été franchies. En effet, le sujet est alors confronté " au réel de la mort sans que ce dernier n'ait de représentation psychique pour l'accueillir "<sup>4</sup>, explique T. Bigot, praticien hospitalier et membre fondateur du conseil d'administration de l'Aforcump-SFR (Association de recherche des cellules d'urgence médico-psychologique - Société française de psychotraumatologie), considérant que " ne pas avoir de mots, de représentations pour accueillir cette vision de soi mort contient quelque chose d'inhumain "<sup>5</sup>.

Ainsi cette image du réel de la mort s'est glissée dans le psychisme de l'individu et va s'y incruster. " Comme " un corps étranger " (Freud, 1920) qui ne peut s'évacuer "<sup>6</sup>, le traumatisme va agir sur le psychisme.

Ce n'est pas la qualité de l'événement potentiellement traumatisant qui fait le trauma mais bien la réalité de cette rencontre avec le réel de la mort accompagnée d'un sentiment d'effroi, de détresse et de solitude.

### ***c. Le " stress dépassé " est une réaction inadaptée.***

Stress et trauma sont deux concepts bien différents. Le stress définit la mobilisation des ressources énergétiques, il est d'ordre bio-neuro-physiologique. Le trauma, lui, représente le phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses, il est de nature psychologique. Ces deux notions sont souvent confondues, car elles peuvent être liées, l'inadaptabilité de l'une entraînant la formation de l'autre.

---

<sup>4</sup> Louis Jehel, Gérard Lopez et al., *Psycho-traumatologie, Evaluation, clinique, traitement*, Dunod, Paris, 2006, p.39

<sup>5</sup> Louis Jehel, Gérard Lopez et al., *ibid.*, p.39

<sup>6</sup> Louis Jehel, Gérard Lopez et al., *ibid.*, p.39

Le plus souvent un individu réagit à un événement inattendu et violent par un stress adapté ; l'instant n'est alors pas vécu comme un trauma par ce dernier. Parfois d'autres individus assistant à ce même événement réagiront par un stress dépassé ; l'instant sera vécu sur un mode traumatique, les sujets développeront des troubles spécifiques à cette expérience traumatisante. On peut donc considérer ici que le stress prévient le traumatisme, il permet de préserver l'appareil psychique de l'agression.

Cette constatation n'est pas absolue, il est possible de voir le phénomène inverse : il est arrivé que des stress adaptés cachent les pires lésions traumatiques et vice versa qu'un stress dépassé impressionnant n'est pas laissé de perturbations psychopathologiques et ne soit qu'un souvenir pénible pour le sujet mais cela reste rare.

*d. Les réactions immédiates varient, entre autre, en fonction de la personnalité de chaque individu.*

Ce que je nomme réactions immédiates sont les actions et attitudes d'un individu en réponse à un événement potentiellement traumatisant.

Ces réactions inadaptées s'observent sous différentes formes et ce, en fonction de la personnalité de chaque individu, de sa vulnérabilité et sa fragilité psychologique lors de cet événement.

Elles sont au nombre de quatre :

**La sidération** : Le sujet est anéanti, stupéfait. Il ne sait plus où il est et qui il est. Il est dans l'incapacité totale d'agir et de penser. Il est comme pétrifié. L'état de sidération peut durer d'une minute à une heure.

**La fuite panique** : Le sujet paniqué commence à courir de façon irraisonnée et ce jusqu'à épuisement. Il fuit en ligne droite le plus souvent et heurte tous les obstacles qui pourraient se trouver sur son chemin. Il ne sait pas où il va et parfois se dirige vers un autre danger. Sa fuite est facilement contagieuse et entraîne souvent beaucoup de monde.

**L'état d'agitation** : L'individu est dans un état d'excitation psychique qui l'empêche d'agir. Il se décharge de cette tension par une agitation motrice désordonnée et hors-norme. Il court dans tout les sens, crie, ne parvient pas à entendre les conseils ou les ordres des autres, qu'il ne reconnaît pas toujours. Cet état peut durer d'une minute à une heure.

**Le comportement automate :** Le sujet a un comportement général plutôt normal d'aspect extérieur. Il écoute les conseils donnés, évacue sans bousculade. Mais quand on l'observe de plus près on s'apercevra qu'il a des gestes répétitifs, inutiles et peu adaptés à la situation. Ce comportement peut durer quelques minutes comme plusieurs heures. A la fin de l'événement traumatique le sujet aura l'impression d'avoir fait un drôle de rêve.

## **2. Deux éventualités peuvent se présenter pendant la période post-immédiate.**

La période post-immédiate est la période de latence dans laquelle apparaissent ou disparaissent des troubles psychiques causés par le vécu de l'événement soudain. Elle s'installe au lendemain du traumatisme et peut durer jusqu'à un mois. Pendant ce laps de temps deux éventualités peuvent se présenter : soit l'individu n'est plus obnubilé par l'événement traumatique et les symptômes cessent peu à peu, soit l'individu reste obsédé par le souvenir de l'événement et développera une symptomatologie péri-traumatique qui s'installera.

### ***a. Le sujet n'est plus obnubilé par l'événement.***

L'événement passé, les symptômes neurovégétatifs du stress diminuent peu à peu : réduction du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, de la tension artérielle, de la sueur, et autres sensations désagréables du stress. Dans la plupart des cas le retour à la normale dure moins de 24 heures. Il peut arriver que, pendant plusieurs jours après l'événement, ces symptômes réapparaissent lors, entre autre, de stimuli extérieurs rappelant le moment vécu : odeurs, sensations tactiles, bruits rappelant la scène, discussions entamées avec d'autres gens à ce sujet...

Hormis ces reviviscences ponctuelles l'individu peut retrouver ses activités habituelles. L'événement ne le préoccupe plus.

***b. Le sujet est toujours obsédé par le souvenir de l'événement.***

Dans ce cas, le sujet développe un état dit de stress aigu. Cet état désigne l'ensemble des troubles liés aux syndromes psychotraumatiques précoces apparaissant deux jours après l'événement. Il est marqué par des symptômes dissociatifs (altération de la perception du temps et de l'espace, de l'unité corporelle et psychique, entraînant un profond sentiment d'irréalité) associés aux syndromes de répétition (*flashback*, pensées, rêves...), d'évitement (le sujet empêche tout stimulus, qui rappellerait l'événement, de lui parvenir) et d'hyperéveil (vigilance permanente). Nous reviendrons sur la description de ces symptômes plus loin.

L'individu est dans un état d'alerte permanent. La reprise de ses activités habituelles reste difficile, voire impossible. Le souvenir pénible de l'événement l'obsède et il se sent constamment en insécurité. " Il devient alors en permanence sur ses gardes et sursaute au moindre bruit (Lassagne, 2000) "<sup>7</sup>.

Cette symptomatologie aiguë peut survenir et disparaître en quelques jours. Si elle persiste au-delà d'un mois, elle se développera sur un mode chronique nommé état de stress post-traumatique.

**B. La personne victime d'un trauma peut avoir des répercussions psychiatriques à long terme : l'état de stress post-traumatique.**

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est défini par la nosographie américaine (DSM-IV) par :

- Un événement traumatique
- Des symptômes d'intrusion (ou de reviviscence)
- Des symptômes d'évitement
- Une hyperactivité neurovégétative
- La durée des symptômes est supérieure à un mois
- Une détérioration du fonctionnement social

Dans la nosographie européenne (CIM-10), la seule différence est que l'hyperactivité neurovégétative n'est pas obligatoire pour établir le diagnostic ainsi que le critère de durée.

---

<sup>7</sup> DE CLERQ Michel et LEBIGO François, *Les traumatismes psychiques*, éd. Masson, Paris, 2001, p.17

### **1. L'événement traumatique est constamment revécu.**

Les symptômes d'intrusion ou de reviviscence sont les manifestations de répétition de la scène traumatique. En effet, le sujet revit constamment et contre sa volonté l'événement ou une partie de celui-ci. Toutes ses discussions, ses pensées et ses actes sont envahis par les souvenirs, les images et les sensations liés au vécu traumatisant.

Déclenchés souvent par des *stimuli* extérieurs (odeur, bruit...) des flashbacks, des hallucinations ou des illusions vont s'imposer au sujet. L'individu revit intensément la scène comme s'il était de nouveau en situation : retrouve les sensations, les bruits, les réactions neurovégétatives liées au stress, la détresse psychique et reproduit parfois les mêmes mouvements comme si l'événement traumatique allait se reproduire.

Ces intrusions sont présentes de manière itérative de jour comme de nuit. Le sommeil est souvent perturbé par des cauchemars, des réveils en sursaut, des angoisses diurnes...

### **2. L'évitement est une des protections mise en place par la victime.**

Comme le syndrome d'intrusion, le syndrome d'évitement est pathognomique de l'ESPT.

Le sujet envahi par toutes ces reviviscences met en place une défense face à cette détresse psychique : il s'efforce d'éviter toutes les situations, les sensations, les pensées, les conversations, et autres stimuli associés au traumatisme. Il fuit aussi tous les lieux, les personnes ou les activités qui éveilleraient ses souvenirs. Certains sujets à force d'éviter arrivent à nier l'existence même de l'événement traumatisant et la douleur psychique qui s'en est suivie.

### **3. L'hyperactivité neurovégétative est très contraignante pour les victimes.**

Les symptômes d'hyperactivité neurovégétative sont les premiers symptômes cliniquement observables. Ils se caractérisent par une hyper vigilance accrue avec des réactions de sursauts exagérées, des difficultés de concentration, une irritabilité excessive, des accès de colère, des difficultés à l'endormissement et/ou un sommeil facilement interrompu. L'individu a l'impression qu'un nouvel événement grave peut arriver à tout moment, il se met donc dans un état d'alerte permanent.

#### **4. La dissociation donne un sentiment d'irréalité au sujet concerné.**

La dissociation est la rupture de l'unité psychique entraînant une désorganisation psychologique et comportementale. Elle fait perdre toute cohérence à l'unité du moi ainsi qu'au monde que perçoit l'individu. Elle se traduit par des actions désordonnées parfois sans but précis et des bizarreries comportementales.

" Cette dissociation est décrite par les victimes elles-mêmes dans ces termes : irréalité, impression de ne plus savoir qui l'on est (dépersonnalisation) et/ou de ne plus reconnaître l'environnement (déréalisation), sensation de transformations corporelles ou de fonctionner comme un robot avec impression de se regarder agir comme s'il s'agissait d'une autre personne, errance, perte de tous les repères, absence de réponse émotionnelle, perplexité, hébétude et détachement, incapacité de se souvenir de tout ou d'une partie de l'événement. "<sup>8</sup>, décrit L. Jehel, psychiatre, responsable de l'unité de psychotraumatologie de l'hôpital Tenon à Paris et vice président de l'Aforcump-SFR et du réseau VICTIMO (association promouvant le traitement précoce et spécifique des victimes ainsi que le travail en réseau entre les intervenants libéraux, hospitaliers et associatifs).

#### **5. Les personnes traumatisées disent avoir " changé de personnalité ".**

Les personnes traumatisées ne changent pas à proprement parler de personnalité mais elles expriment bien un avant trauma et un après. Cette profonde altération que subit leur personnalité se dévoile dans leur manière de percevoir leur relation avec autrui, avec eux-mêmes et avec le reste du monde. D'après Fenichel dans son ouvrage *Théories psychanalytiques des névroses* (1945), il existe là un triple blocage de la fonction du moi : la fonction de filtration de l'environnement, fonction de présence au monde et fonction d'amour et de relation à autrui.

Le blocage de la fonction de filtration de l'environnement est l'incapacité de détecter dans le monde extérieur ce qui est dangereux de ce qui est anodin. Tout lui paraît dangereux, il se sent menacé et a facilement des suspicions sur les gens.

Le blocage de la fonction de présence est marqué par l'anhédonie et l'aboulie de l'individu. Il lui semble que le monde qui l'entoure est irréel, lointain et sans intérêt, et délaisse alors ses activités de loisirs et ses occupations d'avant trauma.

---

<sup>8</sup> Louis Jehel, Gérard Lopez et al., *Psycho-traumatologie, Evaluation, clinique, traitement*, Dunod, Paris, 2006, p.40

Le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui se manifeste par la perte de la relation objectale que l'individu a avec autrui. Il dédie tout son amour à la réparation du moi blessé et ne parvient donc pas à aimer les autres. Il est toujours en manque d'affection et de protection et voudrait que les autres soient attentifs à lui. Sa réclamation affective n'est jamais satisfaite. L'individu se trouve en régression libidinale.

Finalement le sujet traumatisé ne perçoit plus le monde de la même façon. Il ne sait plus comment l'apprécier, l'apprivoiser ou l'appréhender. Il essaye de mettre alors en place avec les autres et avec lui-même un nouveau type de relation, d'où le changement de comportement.

## **6. D'autres troubles non spécifiques aux traumatismes sont souvent associés et observables.**

Les sujets en ESPT présentent d'autres symptômes non spécifiques, considérés comme "symptômes associés". Ils sont extérieurs au diagnostic propre mais sont tout aussi contraignant pour l'individu.

### ***a. Les troubles des conduites et les troubles caractériels***

La plupart des traumatisés développent des troubles des conduites et des troubles caractériels. Ce sont des troubles comorbides qui occupent le plus souvent le devant de la scène et rendent plus difficile le diagnostic.

On y retrouve les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie...), les consommations excessives et dépendances aux substances psycho actives (tabac, alcool, diverses drogues) et les conduites agressives ou auto-agressives (tentative de suicide, agression criminelle, impulsivité, syndrome de Rambo...).

### ***b. Les troubles somatoformes***

Beaucoup de plaintes somatiques surviennent à la suite de l'événement. Le corps de l'individu traumatisé parle, occultant ainsi les douleurs psychiques difficiles à extérioriser. On peut ainsi observer des céphalées, de l'asthme, des gastralgies, des dorsalgies, de l'eczéma...

### ***c. Les troubles anxieux***

Certains traumatisés développent un état de tension anxieuse. Ils n'arrivent plus à vivre sereinement, sans crainte. Parfois des accès d'angoisse psychique et somatique surviennent.

### ***d. Les troubles phobiques ou obsessionnels***

Parfois, le sujet traumatisé, qui souhaite tenir à distance les pensées intrusives, développe des symptômes phobiques ou obsessionnels. Par exemple : la victime d'une agression près de son domicile vérifiera plusieurs fois par jour si tous les verrous de la porte sont bien fermés ou encore la victime d'agressions sexuelles se sentant contaminée par son agresseur se lavera plusieurs fois à la suite.

### ***e. L'état dépressif majeur***

La dépression est le trouble le plus souvent associé. Il existerait une " vulnérabilité réciproque entre la dépression et l'ESPT (Ducrocq, 2001b) "<sup>9</sup>.

### ***f. L'asthénie***

Une asthénie physique, psychique et sexuelle peut être ressentie par le patient. Il se retrouve dans l'incapacité d'entreprendre une activité car il est fatigué au moindre effort, n'arrive pas à se concentrer et à mémoriser. Certains se plaignent aussi d'une baisse de la libido ou d'une perte du désir et du plaisir sexuels.

---

<sup>9</sup> Louis Jehel, Gérard Lopez et *al.*, *op.cit.*, p.48

## **C. Les répercussions sociales, familiales et professionnelles résultant des symptômes chroniques pénalisent l'individu.**

### **1. Le retentissement social.**

Tous les troubles spécifiques ou non qui suivent le trauma vont devenir très contraignants pour les victimes. Ces séquelles invalidantes vont bouleverser leur quotidien en désorganisant les activités de la vie domestique, familiale et professionnelle. En effet, il faut " savoir que le traumatisme psychique n'est pas tout mais qu'il est souvent le facteur qui va pousser les individus au désespoir et à l'aliénation sociale "<sup>10</sup>.

Il n'est pas possible pour l'entourage de mesurer l'importance de l'impact qu'à eu l'événement traumatisant sur la victime. Elle est et se sent incomprise. Un isolement social et affectif se met alors en place assez rapidement.

### **2. Les effets sur le fonctionnement familial.**

A la suite du trauma, la famille ou le conjoint choqué par l'état de détresse de la victime, réagit en la surprotégeant et en s'occupant d'elle intensément. Mais après quelques mois ou quelques années, les proches s'épuisent et estiment que maintenant l'événement est fini et qu'il faut passer à autre chose. Or la victime n'est pas encore dans ce processus là.

Les proches sont alors exaspérés par le comportement de la victime qui était leur protégée jusqu'alors et n'admettent pas qu'elle soit encore obsédée par cet événement. Ceci entraîne une rupture de l'équilibre qui s'était établi entre l'individu et ses proches après le trauma. La victime, face à cette incompréhension, met en place un comportement défensif (TOC, phobies, évitement...) pour se protéger elle-même. Le rejet familial aggrave l'isolement social et affectif de l'individu. La non-intégration de la famille ou du conjoint dans le processus de prise en charge accroît la détérioration des relations conjugales ou familiales.

Parfois le partenaire se sent coupable de ne pas avoir réussi à défendre son conjoint lors de l'événement traumatisant. Il a le sentiment d'avoir échoué dans son rôle protecteur.

De plus, les victimes ont souvent des perturbations dans leurs relations sexuelles (abstinence sexuelle, anorgasmie, vaginisme, aversions sexuelles...), ce qui va augmenter les difficultés de vie du couple. Dans les cas de femmes violées ou abusées sexuellement, le partenaire peut avoir le sentiment que sa femmes est " endommagée sexuellement " et aura des difficultés à l'approcher de nouveau.

---

<sup>10</sup> Louis Jehel, Gérard Lopez et al., *op.cit.*, p.XVIII

Souvent le couple éclate, divorce ou se sépare.

### **3. Les contrecoups sur la vie professionnelle.**

Obnubilée par l'événement, la victime aura des difficultés à retourner travailler. La rupture de l'équilibre psychique entraîne une désadaptation professionnelle. Souvent les victimes sont incapables de continuer à travailler car elles ont la sensation que ce qu'elles font dans leur vie professionnelle est sans aucune importance par rapport à ce qu'elles ont vécu.

De plus, le manque d'attention et de concentration de la victime la rendra moins performante qu'avant dans son travail. Des tensions dans les relations professionnelles et de multiples fautes sont souvent observables. Il en résulte parfois un licenciement uniquement pour faute professionnelle sans aucune considération de la situation invalidante de la victime. Elle se retrouve donc écartée du marché du travail, sans ressources, et parfois sans moyen de faire reconnaître son handicap.

Chaque personne victime d'un traumatisme psychique a des symptômes chroniques divers dus à l'importance du choc et à la nature de l'événement en lui-même. La prise en charge des victimes doit donc être globale. Les retentissements sociaux, familiaux et professionnels pénalisent fortement la personne entraînant une grande souffrance psychique et entravant sa qualité existentielle. L'art-thérapeute en ce qui le concerne, pourrait intervenir auprès de ce public particulier sur ces répercussions sociales qui entraînent l'individu dans un renfermement sur lui-même.

## II. La prise en charge en art-thérapie des victimes de traumatismes psychiques contribuerait à leur qualité de vie.

### A. L'être humain est au cœur de l'activité artistique.

Si l'Art n'existe pas sans l'être humain, celui-ci le lui rend bien.

L'Art est un acte volontaire orienté vers l'esthétisme. Cette manifestation originale est connue et existe par sa seule finalité qu'est l'œuvre d'Art.

L'œuvre, appelée aussi production esthétique, est le rapport entre un fond et une forme tendant vers un idéal esthétique. Elle se suffit à elle-même, son seul but est d'exister. Elle n'a pas d'utilité et doit être considérée pour le seul plaisir qu'elle procure. Cette manifestation sensible et concrète de l'esthétique ne peut donc pas exister sans la main de l'être humain.

L'Art existe donc par la réalisation humaine d'une finalité esthétique et/ou par sa contemplation une fois celle-ci produite. Ainsi sans l'être humain, l'Art n'existerait pas.

Parmi les premières traces de manifestations humaines, les peintures rupestres préhistoriques témoignent déjà de l'existence d'une activité artistique. Et si l'histoire de l'Art est intimement liée à celle de l'être humain, ce dernier a-t-il pour autant besoin de l'Art pour vivre ? En d'autres termes est-ce une nécessité ou une frivolité ?

Dans l'antiquité, Platon explique " que les hommes livrés à eux-mêmes vont à leur perte " et que pour " éviter cela, les dieux apportent aux hommes des moyens pour survivre, dont les arts "<sup>11</sup>. Même s'il est vrai que Platon entend le mot " art " comme une activité humaine quelconque (art de parler, de tisser..), et non pas exclusivement comme une activité esthétique comme on le conçoit aujourd'hui, on voit là une première approche de la nécessité de l'Art pour l'être humain ; il aide et unit les hommes.

Quand Diderot s'intéresse à l'origine de l'Art, il explique que l'homme, au début de son histoire, a eu recours à l'Art par nécessité. L'homme a un besoin d'expression et, selon lui, avant le langage articulé, il n'avait, dans un premier temps, que les gestes pour transmettre sa pensée. L'Art est né, quand l'homme a eu besoin de l'imitation ou de la représentation pour pouvoir échanger et communiquer.

---

<sup>11</sup> FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5<sup>ème</sup> éd., Favre, Lausanne, 2007, p.20

Si l'art est indiqué ici, uniquement comme un des facteurs nécessaires à sa survie, il a en lui une autre dimension. Il " est porteur, en lui-même, d'éléments actifs sur l'homme "<sup>12</sup>, participant à sa qualité existentielle.

L'homme aspire, tout au long de sa vie, au bonheur et à préserver son bien-être physique et psychique et, si l'Art n'est pas le seul moyen pour que l'homme s'accomplisse, il lui apporte une gratification sensorielle et spirituelle favorable à son épanouissement. En effet, si on reprend l'idée de la psychagogie platonicienne décrite dans *Phèdre*<sup>13</sup>, l'art a le pouvoir d'entraîner les âmes. On peut facilement voir, lors d'un concert en plein air, certaines personnes chanter, danser, sauter et d'autres taper des mains. De même que dans une exposition de tableaux, on peut apercevoir des personnes pleurer, sourire, toucher les œuvres alors que c'est interdit, restées figées voire pétrifiées devant un tableau alors que d'autres ne vont rester que quelques secondes et partir en criant au scandale. On voit ici que l'impact sensoriel que produit une œuvre d'art au contact de l'être humain entraîne une réaction physiologique ou psychologique. L'Art fait réagir l'homme et parfois en dehors de toute volonté. C'est le pouvoir expressif de l'Art.

Revenons au fait que l'Art ait besoin de la main de l'homme pour exister et précisons que non seulement une œuvre d'Art est réalisée par un individu mais que si sa production n'est pas contemplée, approuvée, observée par d'autres hommes, l'artiste reste dans un processus d'expression pour l'expression. Par manque de relations avec le monde extérieur l'artiste se renferme sur lui-même, le processus artistique, alors tronqué, peut devenir pathogène. L'Art s'adresse, avant tout, à un public, aux autres hommes. La production esthétique est nécessaire mais pas suffisante, son intégration dans un champ social permet une reconnaissance de la qualité sensible de l'œuvre, donc de l'homme et favorise, ainsi son épanouissement. " L'artiste a besoin de cette " dépossession " de l'œuvre, ne serait-ce que pour favoriser sa faculté critique "<sup>14</sup>. En cela, une relation particulière s'installe entre l'œuvre, l'artiste et son public. C'est l'effet relationnel de l'Art qui se situe dans la relation que l'Art implique entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'artiste. Il arrive qu'il y ait échange d'information au sein de ce rapport entre l'artiste et son public. Prenons l'exemple des mouvements d'Art contemporain qui privilégient le sens et le message de leurs œuvres, à la fonction existentielle. Dans ce cas présent, l'Art favorise la communication et permet à l'artiste d'échanger avec d'autres hommes ce qui contribue, de nouveau, à son épanouissement.

---

<sup>12</sup> FORESTIER Richard, *ibid.*, p.8

<sup>13</sup> FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Favre, Lausanne, 2004, p.217

<sup>14</sup> FORESTIER Richard, *ibid.*, p.218

Donc, même si l'Art n'a que pour seul but d'exister, il a en lui-même des " éléments actifs sur l'homme " qui peuvent participer à sa recherche d'une qualité existentielle.

Attention, même si l'Art peut faire du bien à l'homme, il n'est, en soi, pas curatif, mais les effets de l'Art dans une certaine utilisation peuvent l'être.

**B. L'art-thérapie s'adresse aux personnes ayant des problèmes d'expression, de communication et/ou de relation.**

Au cours de sa vie, l'homme peut connaître des périodes où il se sent mal que ce soit un simple mal-être ou une blessure de vie plus profonde dont les conséquences peuvent être la maladie ou le handicap. Il peut être envisagé dans ce cas, une application thérapeutique des effets de l'Art dans un but de soin et de mieux-être.

L'art-thérapie est définie par l'AFRATAPEM et les enseignements universitaires de la discipline de Tours, Poitiers, Lille et Grenoble, par " l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique ". " L'exploitation " est employée dans le sens d'utilisation thérapeutique, recouvrant à la fois l'idée de la mise en place en amont d'une stratégie thérapeutique mais aussi de l'action de tirer partie du pouvoir de l'art pendant la prise en charge elle-même. Le " potentiel artistique " représente l'action des effets de l'Art. " Une visée humanitaire " est relative au bien-être de l'homme alors que celle " thérapeutique " est relative au traitement des maladies.

Étymologiquement le mot thérapie vient du grec *therapeía* qui signifie cure, dérivé du verbe *therapévo* qui désigne le fait de prendre soin. L'art-thérapeute ne guérit pas des maladies, ce n'est pas un médecin. En cela, il travaille sur le bien-être ou le mieux-être de l'individu et non sur sa bonne santé. Par bonne santé j'entends l'autonomie de l'être humain aussi bien sociale, mentale que physique. La bonne santé est importante pour l'homme car elle influe sur son bonheur, mais elle n'est pas suffisante si elle n'est pas accompagnée du bien-être. On peut rencontrer des personnes médicalement en bonne santé sans que pour autant elles soient heureuses.

Il est à noter que si le but de l'art-thérapie n'est pas la bonne santé de l'individu, une personne en " mauvaise santé " peut très bien faire l'objet d'une prise en charge en art-thérapie. Dans tous les cas l'art-thérapie a pour vocation de travailler sur la partie saine de la personne.

Les indications médicales de l'art-thérapie sont relatives à la nature même de l'Art (cf. **A) L'être humain est au cœur de l'activité artistique**). La discipline s'adresse donc aux individus ayant des problèmes d'expression, de communication et de relation. Il est évident que le patient concerné doit avoir un intérêt minimum pour l'Art sinon la prise en charge perdrait de sens.

L'art-thérapeute est à la fois un artiste et un thérapeute.

Il est artiste car il doit être capable d'apprécier et d'exploiter l'action artistique du patient ainsi que de pouvoir le guider dans la recherche de son idéal esthétique. Il est en mesure de pouvoir transmettre sa technique de l'art et intervenir, selon les nécessités, dans la production. C'est un thérapeute car il est capable de mesurer son action médicale sur le patient. Il sait mettre en place un protocole de soin et adapter sa stratégie thérapeutique au fil des séances.

L'originalité de l'art-thérapie est qu'elle repose sur des méthodes et des outils relatifs à l'Art. Les recherches de l'AFRATAPEM et des enseignements de la discipline de Tours, Poitiers, Grenoble et Lille en ont élaboré certains assurant la rigueur des prises en charge en art-thérapie. La première étape consiste en l'élaboration d'une fiche d'ouverture dans laquelle sera consignée l'état de base du patient c'est-à-dire son identité, sa situation individuelle et sociale, son anamnèse, ses centres d'intérêts, les pénalités qui entravent son bien-être, ses capacités physiques et intellectuelles et son éventuel traitement médical. Ces éléments vont permettre une connaissance globale de la personne. Cet outil est indispensable afin de définir l'objectif général au regard de l'indication médicale et des objectifs de la structure dans laquelle l'art-thérapeute intervient. Il peut ainsi mettre en place une stratégie thérapeutique qui va organiser les éléments de l'activité de soin dans le but d'atteindre l'objectif choisi. La stratégie thérapeutique prend en compte l'état de base du patient, les objectifs à atteindre mais aussi les moyens utilisés pour la mise en œuvre de ces derniers, c'est-à-dire la dominante artistique choisie (contes, dessin au crayon, guitare, clown...etc.), la méthode utilisée (jeu, exercice, situation...etc.) et l'implication de l'art-thérapeute dans ces propositions (jeu libre ou dirigé, exercice ouvert ou directif...etc.). Toute l'analyse thérapeutique repose sur l'opération artistique qui est l'organisation des éléments orientant l'expression humaine vers l'art (cf. Glossaire). L'observation de l'activité artistique au regard de l'opération artistique est primordiale. Elle permet de cibler les mécanismes défailants du patient, appelés site d'action. Des fiches d'observations sont alors élaborées à chaque séance. Des items choisis avec pertinence au regard des objectifs permettent une observation de la séance la plus objective possible. Ainsi en comparant l'évaluation des items identiques au fil des séances,

on mesure la progression vers les objectifs donnés et les apports positifs de la prise en charge du patient.

Une autre spécificité de l'art-thérapie est l'auto-évaluation. Elle permet, au regard de l'activité artistique, l'appréciation du patient sur sa production. Elle repose sur l'évaluation du Bien, du Beau et du Bon et permet d'apprécier l'équilibre entre ces trois notions. L'harmonie entre ces notions est relative à une manifestation artistique parfaite dont la réussite n'est jugée que par le patient lui-même. " Ainsi, une œuvre qui vous gratifie sensoriellement (le Beau) est bien faite (le Bien) et vous engage autant dans vos impressions que dans votre expression (le Bon). "<sup>15</sup> Cette auto-évaluation permet ainsi de constater s'il y a une cohérence entre l'observation de l'art-thérapeute et l'appréciation par le patient de l'instant vécu.

### **C. Diverses expériences d'art-thérapie illustrent une utilisation bénéfique de cette pratique auprès des personnes victimes de traumatisme psychique.**

#### **1. Une approche analytique du dessin dans la thérapie de l'enfant traumatisé comme une aide à la verbalisation.**

L'enfant traumatisé n'est pas en mesure de raconter ou de penser ce qu'il vient de vivre. Alfred et Françoise Brauner ont porté leurs recherches sur la pratique du dessin chez les enfants traumatisés par la guerre. Ils considèrent que l'enfant dispose plus facilement de son geste graphique pour exprimer l'indicible et que cette mise en forme permettra une future verbalisation. Ils inventent alors un protocole en trois étapes : " dessine comment c'était avant la guerre " en référence à un passé heureux, " dessine comment c'était pendant " permet l'évacuation du trauma et la libération cathartique des émotions et " dessine comment c'était après " comme une projection d'une reconstruction personnelle. Cette méthode en trois dessins est une véritable invitation pour l'enfant à s'exprimer, permettant aux psychanalystes d'interpréter les réalisations, afin de l'aider à se construire un futur.

---

<sup>15</sup> FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5<sup>ème</sup> éd., Favre, Lausanne, 2007, p.196

## **2. La reconstruction de l'enveloppe sonore chez un traumatisé par la musicothérapie.**

" Le bruit c'est la vie ; la vie ne connaît pas de silence. "<sup>16</sup> Edith Lecourt explique ainsi que l'on naît et que l'on vit dans un contexte sonore caractéristique de notre environnement physique, de notre famille et de notre culture. Le " sonore " sera présent de la naissance à notre mort (à la différence de la vue par exemple). L'enfant ainsi par l'intermédiaire de sa mère délimite une enveloppe sonore qui le sécurise.

Le danger a souvent des manifestations sonores. S'il y a intrusion dans ce chez soi sonore, il peut exister un certain trauma. Ainsi, certains traumatisés psychiques sont susceptibles de sursauter au moindre bruit un peu violent.

Edith Lecourt nous explique ainsi que la musicothérapie peut avoir un rôle important à jouer dans la reconstruction ou la " reprise de cette construction psychique de l'expérience sonore. "<sup>17</sup>

Ces différentes illustrations d'art-thérapie auprès des victimes de traumatismes psychiques nous donnent de bonnes indications sur le rôle que peut avoir cette discipline dans la prise en charge globale de ces personnes. Dans ce qui suit, je me propose de déterminer comment cette pratique associée à la dominante artistique théâtre pourrait limiter les répercussions sociales qui pénalisent l'individu traumatisé dans sa vie de tous les jours.

---

<sup>16</sup> LECOURT Edith, *Le sonore : du trauma à l'enveloppe*, in Santé mentale \_ La musique qui soigne, n°89, Juin 2004, p.30

<sup>17</sup> LECOURT Edith, *ibid.*, p.30

### III. Le choix du théâtre comme dominante artistique dans une telle prise en charge paraît pertinent.

#### A. Le théâtre est un terme aux multiples définitions.

Le mot théâtre vient du grec *theatro*, dérivé du verbe *theáomai* qui signifie regarder, contempler. Le théâtre est donc avant tout le lieu pour voir, pour observer.

Dans l'Antiquité grecque, le "theatron" désigne uniquement les gradins en forme d'hémicycle, destiné à un public, à partir duquel il observe un spectacle. Ce n'est que vers 1381 que le théâtre définit l'édifice entier, scène et coulisses comprises, dans lequel on y représente des œuvres dramatiques. A cette même époque, Eustache Deschamps, lui évoque le théâtre comme étant "la distraction même qu'offrent les acteurs sur scène"<sup>18</sup>. Le théâtre devient alors plus qu'un lieu, il représente aussi le spectacle en lui-même qui est donné à voir. En 1561, Jacques Grévin parle du théâtre comme "l'ensemble des œuvres dramatiques d'un auteur, d'une époque, d'un pays..."<sup>19</sup>. A partir de cette époque, on donne un tout autre sens au terme. Le théâtre va désigner aussi, un genre littéraire qui consiste en la production d'œuvres destinées à la représentation.

En 1657, D'Aubignac lui, parle du théâtre comme un art désignant la profession du comédien et du metteur en scène<sup>20</sup>.

D'autres auteurs vont utiliser le mot théâtre au figuré comme un lieu où il se produit un événement important ou dramatique pour la personne concernée : théâtre des opérations, théâtre de guerre, théâtre de faits divers...

Aujourd'hui, la définition de l'art théâtral est de plus en plus large. Certains metteurs en scène vont jusqu'à dire que pour qu'il y ait théâtre il suffirait d'un lieu, d'un temps et d'un acte.

Peter Brook commence d'ailleurs ainsi son livre sur *L'espace vide*<sup>21</sup>, "Je peux prendre n'importe quel espace vide et l'appeler une scène. Quelqu'un traverse cet espace vide pendant que quelqu'un d'autre l'observe, et c'est suffisant pour que l'acte théâtral soit amorcé".

---

<sup>18</sup> Eustache Deschamps, *Le Miroir de mariage*, 5505 in *Œuvres complètes*, éd. G. Raynaud, p.180 d'après le CNRTL (<http://www.cnrtl.fr>)

<sup>19</sup> Jacques Grévin, *Brief discours pour l'intelligence de ce théâtre ds Théâtre compl.*, éd. L. Pinvert, p.5 d'après le CNRTL (<http://www.cnrtl.fr>)

<sup>20</sup> D'Aubignac, *La Pratique du théâtre*, Paris, A. de Sommerville, livre III, IX, p.333 d'après le CNRTL (<http://www.cnrtl.fr>)

<sup>21</sup> Peter Brook, *L'Espace vide*, Ed. Seuil, 1977, p.25

## **B. Le théâtre est un facteur social depuis l'Antiquité.**

### **1. Le théâtre est un enseignement.**

La tradition fait naître le théâtre au 5<sup>ème</sup> siècle avant notre ère et pendant 21 siècles il s'est déroulé en plein air, souvent offert à la population par les autorités. C'était un service public de divertissement mais aussi d'enseignement.

Chez les Grecs de l'Antiquité, le théâtre est un lieu de réflexion sur des grands thèmes civiques. Entre -500 et -380, l'état-cité d'Athènes a installé les premiers principes de la démocratie qui permettaient à chacun des citoyens de participer aux prises de décision. En effet, les " élus " désignés étaient tirés au sort parmi l'intégralité des citoyens, afin que tous soient présents au centre du pouvoir. Et comme il n'est pas possible pour une personne " sans savoir " de participer aux débats politiques importants, Athènes, afin d'éduquer ses citoyens, les dédommageait pour qu'ils puissent se rendre à des représentations théâtrales. Les thèmes abordés lors de ces spectacles concernaient les problèmes de société (" Doit-on obéir aux ordres lorsqu'ils sont inhumains ? " se demande Antigone), la politique, la prise de pouvoir, les dieux et pourquoi il faut respecter les lois divines. Ces représentations étaient sources d'enseignement et de réflexion.

Au Moyen-Âge, c'est l'Eglise qui offrait à la population des spectacles de plusieurs jours afin de faire vivre l'histoire sainte en l'incarnant. Ces représentations avaient pour but de compléter l'enseignement des bas-reliefs et des vitraux des lieux sacrés destinés principalement à un public illettré.

Ces deux exemples nous montrent que le théâtre a toujours été un véritable facteur social. Il permet aux hommes de tous milieux de s'instruire tout en se divertissant.

### **2. Le théâtre fait du bien aux hommes.**

En -344 av J.C, Aristote tente de définir la tragédie grecque en employant le mot " catharsis " signifiant aussi bien purgation que purification en grec ancien.

Il indique ainsi que " La tragédie [...], suscitant pitié et crainte<sup>22</sup>, opère la purgation propre à pareille émotion. "<sup>23</sup>. La purgation étant l'action mécanique d'évacuation des humeurs, le spectacle artistique serait l'occasion d'un délassement des âmes troublées du public par un apaisement de ces dernières. " L'art évacuerait la crainte et la pitié de l'âme de son spectateur et le soulagerait en provoquant le plaisir en lui "<sup>24</sup>. En assistant à un spectacle théâtral, l'être humain se libère de ses angoisses, de ses pulsions ou de ses fantasmes, en les vivant à travers le héros ou les situations représentées sous ses yeux.

Certains interprètes ont envisagé la catharsis aristotélicienne comme la purification, l'élévation morale et intellectuelle de l'homme par la contemplation. Selon Aristote l'essence même de l'art est d'imiter la nature. L'art vise à reproduire celle-ci en achevant ce qui n'a pas été mené à bien. Si la tragédie est l'histoire, la fiction d'une épopée, elle, représente cependant la condition de la vie humaine. Le théâtre révèle ainsi par la tragédie, l'essence du réel et des hommes. Le spectateur peut ainsi s'identifier au héros, reprendre à son compte les interrogations de celui-ci qui le renvoient à son propre destin. Le spectateur de tragédie se verrait proposer une sorte de traitement thérapeutique, que ce soit par la purgation ou par la purification de son âme, en allant au théâtre.

Caelius Aurélien reconnaissait au théâtre cette valeur thérapeutique et préconisait à ses patients d'aller au spectacle où était représentée l'humeur contraire de ces derniers afin de la corriger pour trouver l'équilibre idéal. Une pièce comique pour celui qui est triste et inversement.

### **C. Aujourd'hui, le théâtre est utilisé dans divers milieux médico-sociaux.**

Le 19<sup>ème</sup> siècle, qui est la période phare de l'aliénisme, voit naître une activité artistique dans les hôpitaux sans qu'il soit encore vraiment question de thérapie. L'objectif premier sera de divertir les malades. Et c'est ce que fit le marquis de Sade, écrivain et philosophe français, avec l'abbé de Coulmier alors directeur de l'asile de Charenton. Ce dernier demande au marquis de monter des pièces de théâtre mêlant malades, personnels soignants et comédiens professionnels et de présenter chaque mois son travail à un public. Dans un premier temps, le public était constitué uniquement des résidents les plus calmes de l'asile. Puis on fit construire une véritable salle de spectacle pouvant accueillir 240 personnes et on y invita le tout Paris à assister à ces productions. L'abbé de Coulmier voyait dans cette activité un enjeu de bien-être

---

<sup>22</sup> Traduit différemment selon les auteurs : terreur et pitié ou encore terreur et compassion.

<sup>23</sup> MORANA Cyril, OUDIN Eric, *L'art, De Platon à Deleuze*, Petite philosophie des grandes idées, Ed. Eyrolles, 2010, p.43

<sup>24</sup> MORANA Cyril, OUDIN Eric, *ibid.*, p.43

pour les malades : " Regardant la comédie comme un moyen curatif de l'aliénation de l'esprit, il se trouve heureux d'avoir dans son hospice un homme capable de former à la scène des aliénés qu'il veut guérir par ce genre de remède "<sup>25</sup> ; ce qui fit polémique à l'époque.

Pour l'Abbé de Coulmier ce qui compte n'est pas le spectacle en lui-même mais sa préparation. Les règles et le cadre de la mise en scène impliquent de la part du patient un certain type de fonctionnement : mémoriser du texte, incarner un personnage, le faire jouer... D'après lui " la préparation implique une modification du rapport à la réalité "<sup>26</sup> pour le patient.

Toujours auprès des aliénés, l'infirmier Jean-Baptiste Pussin, utilisa, lui, une technique théâtrale qui consistait à mettre en scène des soignants sans que les patients soient avertis. L'espace théâtral n'existait pas. Il n'y avait pas de public. Le patient ne jouait pas mais interagissait avec les soignants/acteurs dans sa propre réalité. " On conduit ainsi le malade vers un état de paroxysme et de crise, où sans aucun apport extérieur, il sera confronté à lui-même [...] L'accomplissement du non-être du délire dans l'être parvient à le supprimer comme non-être même, puisqu'il devient être perçu, mais comme l'être du délire est tout entier dans son non-être, il est supprimé en tant que délire. "<sup>27</sup>

En 1921, Moreno, inventa à partir de jeux spontanés théâtraux, le psychodrame. En faisant jouer des personnes sur leur propre vie sur une scène psychodramatique, il leur permet d'exprimer véritablement leur sentiment par rapport à une situation réelle. Sont concernées par sa technique toutes les personnes ayant des difficultés émotionnelles dans leur vie.

Dans les années 70, Augusto Boal se penche sur l'utilisation du théâtre comme éducateur et élément moteur d'atténuation des conflits sociaux. Il propose de " développer la théâtralité humaine dans le but d'analyser et de transformer les situations de malaise, de mal-être, de conflit, d'oppression... "<sup>28</sup>. Ainsi il fait jouer dans tous les milieux sociaux, diverses populations en leur donnant le rôle de " spect-acteur ".

Aujourd'hui, le théâtre dit thérapeutique sort peu à peu du champ de la psychiatrie et vient investir tous les milieux médicaux-sociaux ayant toujours pour but principal, le mieux-être de l'individu.

---

<sup>25</sup> FRIARD Dominique, *Quand le patient devient "acteur" ...*, in Santé mentale \_ Théâtre et psychiatrie, n°154, Janvier 2011, p.21

<sup>26</sup> FRIARD Dominique, *op.cit.*, p.24

<sup>27</sup> FRIARD Dominique, *ibid.*, p.24

<sup>28</sup> FRIARD Dominique, *Théâtre de l'opprimé*, in Santé mentale \_ Théâtre et psychiatrie, n°154, Janvier 2011, p.18

**D. Le théâtre permettrait de redonner du sens et des repères à la vie de l'individu traumatisé et ainsi limiter les répercussions sociales négatives.**

Pour les psychiatres et psychologues Crocq, Cremniter, Demesse et Vitry, " la verbalisation de l'expérience vécue du trauma est la clé de la thérapie, apportant l'attribution du sens de cette expérience " **insensée** " et procurant la catharsis ou le soulagement éclairé "<sup>29</sup>.

On voit apparaître là ce que peut être le lien privilégié du théâtre avec les personnes victimes d'un traumatisme.

Le trauma est une expérience de non-sens pour l'individu. Il est l'effraction du psychisme par un élément extérieur violent, chose inconcevable dès lors. Suite au choc, le besoin primordial de l'individu sera d'essayer de revenir dans la " communauté des hommes " dans le sens où il a côtoyé, l'espace d'un instant, le réel de sa propre mort. Revenir dans le monde des vivants implique la reconstruction des repères perdus lors de cette expérience qu'ils soient spatiaux-temporels (altération de la perception de l'espace et du temps), familiaux ou sociaux (rapport au monde environnant et à autrui gravement perturbé) ou psychique et physique (exemple du sentiment de dépossession de son propre corps). Il faut savoir que " l'existence, dans la vie psychique d'un sujet, de repères internes stables et dotés d'une certaine cohérence, peut être considéré comme une condition de la santé mentale "<sup>30</sup>.

La question que je me pose alors, est comment réinjecter du sens là où les liens et les repères ont été disloqués ?

Le théâtre est une " production vocale qui permet d'associer une forme et le sens des mots clairement compréhensibles par tous "<sup>31</sup>. Cette technique artistique implique alors des " codes " spatiaux-temporels très particuliers pour que justement la représentation soit accessible à tous.

Rappelons que le théâtre est avant tout un lieu spécifique où il est donné à voir. Il a donc dans son origine un cadre particulier et contenant qui pourrait aider la personne traumatisée à se resituer/se repositionner plus facilement face aux éléments qui l'entourent.

---

<sup>29</sup> CROCQ Louis et al. , *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*, Elsevier Masson, Issy les Moulineaux, 2007, p.87.

<sup>30</sup> MUNYANDAMUTSA Naasson, *Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique : réflexion autour de l'observation clinique d'enfants et d'adolescents survivants du génocide rwandais de 1994*, éd. Médecine et Hygiène, Paris, 2002, p.33.

<sup>31</sup> FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, éd. Favre, Lausanne, 2004, p.74.

Le théâtre pourrait donc dans une application thérapeutique redonner du sens au non-sens en réintégrant des repères précis tels que sont les codes théâtraux : une action particulière dans un espace singulier durant un temps donné. Cette dominante artistique permettrait alors de replacer le corps physique et la psyché de l'individu traumatisé dans des repères stables et communs à tous. La reconstruction de ces repères impliquera pour le traumatisé une bonne " remise en route " de sa vie limitant ainsi les répercussions sociales, familiales et professionnelles accompagnant souvent le trauma.

Le théâtre et ses spécificités, dans leurs applications thérapeutiques peuvent-ils réellement aider la personne victime de traumatisme à reprendre le cours de sa vie et éviter son reclus social ? Cette hypothèse sera le fil conducteur de ma réflexion dans ce qui va suivre.

J'ai eu l'opportunité de réaliser un stage pratique auprès des victimes de traumatismes psychiques dans une unité spécialisée dans leur prise en charge. Cette expérience va me permettre ici d'évaluer la pertinence de ma technique artistique avec ce public.

**Partie 2 \_ J'ai mis en place un atelier d'art-thérapie lors de mon stage au sein de la salle Colin de l'hôpital Tenon de Paris.**

## **I. Le service de psychiatrie de l'hôpital Tenon accueille principalement des personnes victimes de traumatismes psychiques.**

L'hôpital Tenon est un des établissements gérés par l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris), structure publique gérant les établissements de soin pour Paris et Ile de France. L'hôpital Tenon fut fondé en 1878 pour répondre aux besoins d'une population nombreuse et défavorisée du nord-est Parisien. Aujourd'hui, il garde encore sa fonction première d'hôpital de proximité et devient un véritable centre de référence universitaire dans de nombreuses spécialités médicales.

### **A. L'unité de psychiatrie de l'hôpital Tenon s'organise en différents lieux.**

L'unité de psychiatrie de l'hôpital Tenon est un service dont les actions sont destinées en priorité aux personnes adultes victimes de psychotraumatismes, aux patients usagers de drogues et aux suicidants. Elle s'organise en différents lieux d'accueil.

#### **1. Les urgences**

Les urgences ont un accueil psychiatrique où les patients sont adressés par des médecins généralistes, des médecins spécialistes, les premiers secours et le SAMU, ou se présentent parfois d'eux-mêmes. S'il est nécessaire et selon les disponibilités du service, le psychiatre préconise une hospitalisation.

#### **2. Les consultations**

Les consultations ne concernent que deux spécialités : l'addictologie et le psychotraumatisme.

##### ***a. L'ECIMUD***

L'équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD) a un lieu de consultation qui a pour objectifs d'évaluer, de diagnostiquer, d'orienter et de coordonner les soins des patients toxicomanes ainsi que de les préparer à une éventuelle hospitalisation.

### ***b. Les consultations dédiées au psychotraumatisme***

Des consultations de psychotraumatologie sont aussi mises en place au sein de l'hôpital permettant l'évaluation et le traitement des troubles post-traumatiques.

### **3. La psychiatrie de liaison**

La psychiatrie de liaison a pour but l'intervention d'un psychiatre, d'un psychologue et d'une infirmière spécialisée auprès de patients hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie et présentant un état de souffrance psychique.

### **4. La salle d'hospitalisation psychiatrique : Salle Colin**

La salle d'hospitalisation Colin accueille principalement des personnes adultes victimes de psychotraumatismes en situation de crise psychiatrique. Les patients sont admis dans le service, soit par les urgences, soit par un psychiatre ou un psychologue qui, lors d'une consultation, a jugé la situation urgente. Le cas se produit notamment lors de complications dues à une crise suicidaire ou lors de conduites addictives. Il peut arriver aussi que le patient contacte directement le service sur le conseil d'associations d'aide aux victimes (ex : réseau VICTIMO), de maisons de justice ou de médecins libéraux. Dans ce cas, un entretien téléphonique évalue l'état d'urgence et oriente soit le patient vers une consultation spécialisée soit vers un rendez-vous pour une hospitalisation prochaine.

Dans tous les cas l'hospitalisation est volontaire ; il ne peut avoir lieu d'Hospitalisation sur Demande d'un Tiers (HDT) ; car le lieu est ouvert.

La salle comprend dix lits dont quatre en chambres doubles, un salon commun pour les patients, un poste de soin, un secrétariat et deux bureaux médicaux.

Les objectifs du service sont la protection de la personne, l'évaluation, le diagnostic, le traitement de la douleur psychique et physique, l'aide à l'identification des symptômes et des besoins, la coordination des soins et l'aide face aux difficultés familiales, sociales et juridiques.

La durée d'hospitalisation est en moyenne de 21 jours.

C'est dans ce service d'hospitalisation que j'ai réalisé mon stage.

**B. Le projet de soin de la salle d'hospitalisation est la protection, l'évaluation et traitement de la douleur physique et psychique des personnes victimes de traumatismes psychiques.**

**1. Les acteurs du soin ont chacun un rôle bien défini au sein du service.**

Les Aides-soignants :

Leur rôle au sein du service est de soigner en collaboration avec les infirmiers.

Ce sont des interlocuteurs privilégiés au sein de ce service car ils interviennent à différents degrés et exercent plusieurs fonctions. C'est à eux que les patients se confient la plupart du temps. Ils organisent et s'occupent de la distribution des repas, ils veillent à la propreté de chaque personne et si nécessaire réalisent la toilette de certains. Les aides-soignants sont également sollicités pour accompagner les patients lors de " temps " cigarette ou médiathèque. Au final, ils ont un rôle d'accompagnement et veillent au confort des patients.

Les infirmiers :

Deux infirmiers sont nécessaires au bon fonctionnement du service. Ils accueillent les nouveaux patients et doivent rapidement mettre en place un cadre contenant et sécurisant. Ils participent aux entretiens psychiatriques avec l'interne ou le psychiatre. Les infirmiers s'occupent de la prise de médicaments et s'attachent à l'observance et à l'efficacité du traitement. Les patients les sollicitent régulièrement pour leur parler. Certains infirmiers ont des spécialités et sont formés pour la relaxation, la sophrologie, les massages, la méditation et pratiquent leurs spécificités sous prescriptions médicales.

Les psychologues :

Elles sont au nombre de six. Elles interviennent aussi bien dans la salle d'hospitalisation que dans le service des consultations psychiatriques. Chaque psychologue est plus particulièrement spécialisée dans un domaine : l'une fait partie de l'ECIMUD et prend en charge les patients consommateurs de drogues ; une autre est spécialisée en suicidologie ; deux autres sont spécialisées dans la prise en charge de victimes de psychotraumatisme, l'une a une approche psychanalytique alors que l'autre utilise une technique comportementale et cognitive ; une dernière s'oriente plus vers les personnes vieillissantes.

En salle d'hospitalisation, les psychologues voient leur patient trois fois par semaine.

### L'interne :

Le but de l'internat est d'être formé au métier de psychiatre. L'interne qui était présente lors de mon stage s'occupait de l'organisation du projet de soin de chaque patient. Elle effectuait des entretiens journaliers avec tous les patients de la salle afin d'évaluer leur état, de mettre en place un traitement thérapeutique, de poser un diagnostic et de coordonner les soins avec les différents acteurs du service. Parfois certains entretiens complexes (entretiens familiaux, entretiens avec des mineurs) étaient effectués avec l'aide du psychiatre du service.

### Les psychiatres :

Le psychiatre du service, le Dr. Jehel, est responsable de l'unité. Il est présent pour aider et soutenir l'interne dans les entretiens difficiles mais aussi dans le bon choix du traitement thérapeutique. C'est lui qui " manage " l'équipe de soin de la salle d'hospitalisation.

Il se charge aussi d'organiser la " grande visite " et dirige les synthèses.

D'autres psychiatres interviennent en fonction de leur spécialité : addictologie, suicidologie, psychotraumatisme...

### La cadre infirmière:

Elle manage l'équipe de soin dans le sens du projet de soin et encadre l'équipe infirmière et les aides-soignants. Elle supervise aussi les étudiants infirmiers, art-thérapeutes, éducateurs...

Elle s'occupe également de toute la logistique (elle gère le suivi des commandes de médicaments, de fournitures de bureaux ou d'appareils médicaux ; elle contacte les services de réparations pour tous les problèmes techniques du service) afin d'assurer la qualité de la prise en charge et la sécurité des patients.

De plus, elle gère les plannings, l'occupation des lits de la salle en fonction des degrés d'urgences et transmet les informations internes/externes à l'établissement.

### L'assistante sociale :

Elle est présente pour soutenir, conseiller et orienter les patients et leurs familles dans leurs démarches quelles que soient leurs difficultés. Elle propose, en partenariat avec le psychiatre, différentes solutions sociales pour le patient à sa sortie d'hospitalisation (postcure, convalescence, maison de retraite, foyer de vie, retour à domicile...).

### L'association droit d'urgence :

Cette association intervient auprès des patients du service afin de leur apporter une aide juridique. Elle est parfois nécessaire au bon déroulement des soins.

## **2. Le protocole de soin de la salle Colin permet de protéger le patient.**

A son admission, le patient est d'abord en surveillance dite " intensive ". Il a pour obligation de porter un pyjama et des chaussons afin d'éviter tous risques de fugue, le service étant ouvert. Toutes ses affaires, après inventaire, sont mises dans son placard fermé à clef. On y retire tous les objets estimés dangereux (rasoirs, couteaux, médicaments...). On lui explique le fonctionnement du service. Les sorties seules sont interdites, une ou deux " sorties cigarettes " sont organisées par jour.

Ces mesures sont mises en place dans le seul but de créer un cocon sécurisant qui coupe la personne de son quotidien.

Dans le cas d'une " surveillance intensive ", l'équipe soignante est chargée d'indiquer toutes les heures la localisation du patient et ce qu'il fait sur une feuille de suivi.

A chaque synthèse le degré de surveillance est réévalué. Il existe en tout trois niveaux. La " surveillance intensive " citée précédemment, la " surveillance sub-intensive " et la " surveillance normale ". En " surveillance sub-intensive ", les patients peuvent descendre quelques minutes seuls dans l'enceinte de l'hôpital et parfois obtenir des permissions pour sortir quelques heures à l'extérieur. Le pyjama n'est plus obligatoire et il n'est pas alors jugé nécessaire de noter la localisation du patient.

En " surveillance normale ", le patient descend lorsqu'il le souhaite sous la simple condition qu'il prévienne l'équipe soignante.

La journée est rythmée par un planning fixe :

- 8h/9h petit déjeuner
- à partir de 9h visite de l'interne ou du psychiatre et de l'infirmier pour tous les patients
- 12h déjeuner
- L'après-midi est consacré aux autres entretiens (psychologue, kinésithérapeute, socio-esthéticienne, assistante sociale, art-thérapeute...) et aux permissions de sortie pour ceux concernés.
- 19h30 diner
- Le salon collectif ferme à 22h30
- Une sortie cigarette/médiathèque est organisée le matin et une à deux l'après-midi.

### **3. La coordination des acteurs du soin permet la rigueur de la prise en charge.**

A chaque changement d'équipe d'infirmières et d'aides-soignants, une transmission orale est réalisée afin que tous les soignants soient au courant de l'avancée de chaque patient et des précautions à prendre pour ce dernier. Un classeur pour chaque patient sert à noter les observations de l'équipe soignante durant la journée.

Chaque semaine deux synthèses sont prévues (lundi et jeudi matin) afin d'évaluer ou de réévaluer les objectifs et les orientations prévus pour chaque patient. Lors de ces deux synthèses hebdomadaires, sont également évalués le niveau de risque suicidaire de chaque patient et le degré de surveillance à lui accorder.

Le jeudi matin, une " grande visite " est organisée lors de laquelle le psychiatre mène un entretien avec le patient dans sa chambre et en présence de l'équipe soignante afin de faire un bilan de la semaine écoulée.

Enfin, l'équipe de soin se réunit une fois par mois pour une réunion de service afin de discuter et de faire un bilan sur l'organisation du service.

## **II. L'intégration des ateliers d'art-thérapie dans le service de psychotraumatologie est nécessaire au bon déroulement des séances.**

Aucun art-thérapeute n'intervenant dans le service, quelques jours d'observation m'ont paru nécessaires pour comprendre l'organisation du service afin de m'intégrer au mieux dans son fonctionnement et dans son projet de soin.

Durant ces journées, j'ai suivi l'équipe soignante dans ses démarches de soin, je suis allée à la rencontre du public accueilli et j'ai participé aux transmissions et aux synthèses. J'ai pu ainsi cibler les pénalités de vie que rencontrent les personnes en ESPT et voir l'intérêt d'une prise en charge en art-thérapie.

### **A. La prise en charge en art-thérapie des personnes hospitalisées présente un intérêt certain.**

#### **1. La présence d'un art-thérapeute est un atout pour le service.**

L'art-thérapie étant un inédit dans ce service, cela m'a permis de me questionner sur les avantages et l'intérêt de sa présence dans cette organisation qui comporte déjà beaucoup d'acteurs de soin.

C'est la seule thérapie proposée qui ne repose pas sa stratégie sur la verbalisation de l'expérience vécue. Or la parole peut parfois, être un obstacle pour une personne victime d'un traumatisme psychique. L'art-thérapie a l'avantage de travailler sur la partie saine de la personne, il ne sera jamais proposé à un patient de raconter son traumatisme. Cette méthode thérapeutique ne se sert que du processus artistique pour aller vers un mieux-être.

De plus, la dominante théâtre a la particularité d'allier le jeu verbal et le jeu corporel. Ainsi quelqu'un plus à l'aise dans son corps privilégiera le jeu corporel alors qu'un autre plus aisé dans l'utilisation du verbe choisira principalement la parole pour jouer.

Chaque membre de l'équipe soignante a une vision réduite et parcellaire du patient : il le voit dans un temps donné et pour une activité bien particulière. L'art-thérapie peut également apporter à l'équipe médicale un éclairage clinique différent de part l'originalité même de cette discipline.

## **2. La prise en charge en art-thérapie est indiquée pour ce service.**

L'art-thérapie comme on a pu le voir s'adresse aux personnes ayant des problèmes d'expression, de relation et de communication. Mais chaque public aura des besoins différents en fonction de ces pénalités de vie. Celles rencontrées le plus fréquemment au cours de ce stage et auprès de personnes victimes de traumatismes psychiques sont les répercussions sociales qui vont engendrer le malaise dans lequel se trouve la personne. Il s'agira d'essayer de les aider à reprendre confiance en eux, de les aider à utiliser leurs émotions à bon escient, de leur permettre de s'affirmer et revaloriser leur corps et leur être dans une activité artistique et finalement de leur donner tous les repères nécessaires à une meilleure qualité de vie.

Etant donné que le groupe de parole n'allait pas être assuré pendant 2 mois et que cette activité permettait une bonne cohésion du groupe de patients, l'atelier d'art-thérapie pouvait aussi avoir ce rôle.

Quoi qu'il en soit, la décision d'orientation d'un patient vers une prise en charge en art-thérapie est prise par l'ensemble de l'équipe soignante.

### **B. Des ateliers bihebdomadaires en groupe ouvert ont été mis en place.**

L'installation des séances d'art-thérapie a pris un peu de temps. En effet, le rythme et les contraintes hospitalières que nous allons aborder à présent m'ont imposé, en partie, une certaine organisation de mes prises en charge.

#### **1. Le cadre thérapeutique pose question : choix du lieu et du temps imparti.**

L'espace réduit du service ne donnait pas beaucoup de possibilités pour la prise en charge des patients en art-thérapie. Les chambres étaient trop petites pour les arts corporels et la possibilité d'y faire des arts-plastiques était limitée (pas de matériel). Le salon, lieu de vie commun, n'était pas facilement accessible et le monopoliser aurait favorisé l'enfermement des patients dans leur chambre.

Dans un premier temps, avec l'accord de l'équipe soignante, j'ai donc décidé de former un atelier ouvert et collectif, deux fois par semaine. Ce que je nomme groupe ouvert, c'est le fait

de ne pas avoir les mêmes personnes à chaque séance. En effet, le rythme hospitalier ne me permet pas de garder toujours les mêmes patients.

L'atelier avait lieu dans le salon, durait une heure et sa dominante artistique était le théâtre.

Dans un second temps, il m'a été permis de prendre certains patients en individuel, en chambre. La dominante artistique choisie était alors l'écriture et le dessin.

## **2. Les ateliers ouverts s'organisent selon un schéma précis.**

Les ateliers sont toujours organisés de la même façon au même endroit.

Avant chaque atelier, j'installe le salon en réorganisant la pièce pour lui donner une autre fonction que celle qu'elle porte de par son nom. Par exemple, un rideau est toujours apposé sur les fenêtres des portes afin de constituer un lieu contenant, sécurisant et la réorganisation de l'espace tente autant que possible de retrouver l'ambiance d'une salle de théâtre.

Les séances sont divisées en cinq temps :

- **Le temps d'accueil**

C'est un temps pour se dire " bonjour ", pour exposer l'organisation et les règles de l'atelier (ex : respect de soi et des autres, écoute des autres, ...), et pour présenter les nouveaux participants. Ce temps était très important pour les patients car il permettait de rentrer dans une nouvelle activité, de se mettre en situation et de " décharger ses bagages " avant de jouer. C'est l'ouverture de l'atelier.

- **Le temps de l'échauffement**

Ce deuxième temps est indispensable avant toute activité corporelle. Il permet de se préparer et de se mettre en condition physique. Il était toujours abordé de façon ludique afin d'enclencher l'élan moteur.

- **Un temps de mise en jeu dirigé ou semi-dirigé**

Dans ce temps je propose et guide les patients dans une première approche du jeu.

- **Un temps de mise en jeu ouvert**

Ce temps est propice aux improvisations plus libres, seul le point de départ est donné.

- **Un temps de bilan**

Ce temps permet petit à petit un retour au quotidien. C'est l'occasion de faire le point sur la séance d'un point de vue général et d'avoir un retour des patients sur ce qu'ils viennent de faire. L'existence de ce bilan me permet dans un deuxième temps de mettre en place une auto-évaluation.

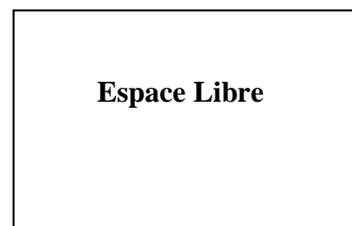
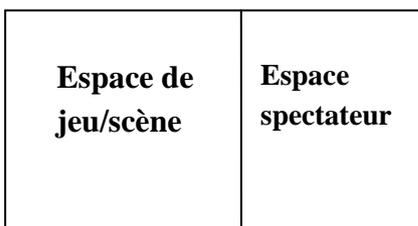
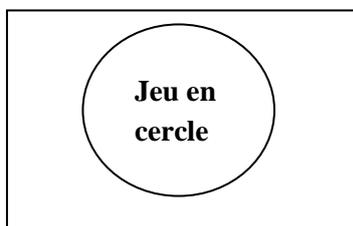
Les thèmes sont choisis en fonction des intentions artistiques des patients et de leurs goûts.

Un petit tambour accompagne les ateliers comme un repère sonore rythmant les séances. Au début et à la fin de chaque atelier, les participants disposés en cercle, l'utilisent chacun à leur façon, pour accompagner leurs " bonjour " et " au revoir ", théâtralisant ainsi l'ouverture et la fermeture de la séance.

Il sert aussi " à frapper les 3 coups " pour commencer une mise en jeu. Il permet également à tout moment aux participants de stopper une situation dans laquelle ils ne se sentent pas à l'aise ainsi qu'à l'art-thérapeute d'arrêter une mise en jeu ne respectant pas les règles établies.

Les temps d'accueil, d'échauffement et de bilan sont toujours faits en cercle, permettant à tout le monde de se voir et évitant l'affrontement qui pourrait être plus brutal scène/salle. Le cercle souvent considéré comme une figure géométrique parfaite qui peut produire un certain plaisir esthétique, m'a permis de créer un cocon rassurant pour les patients. Il permet ainsi que toutes les personnes soient sur le même piédestal et soient à la fois acteur et spectateur. Pour les autres temps de mise en jeu, la spatialisation est différente. Souvent je divise l'espace en deux : un espace scène matérialisé par les murs et des tables et un espace public matérialisé par une rangée de chaises, retrouvant ainsi la configuration traditionnelle du théâtre. Cette spatialisation permet d'avoir les acteurs d'un côté et les spectateurs de l'autre. L'intention donnée par les uns et les autres est alors différente que celle donnée en cercle. Parfois dans le cadre de l'échauffement et des exercices de groupe, l'espace est utilisé de façon libre. Tous les participants sont alors acteurs sans être sous le regard d'un public.

**Les trois spatialisations de jeu utilisés :**



### **III. Les études de cas nous montrent que l'art-thérapie a pu apporter un mieux-être aux personnes hospitalisées dans ce service.**

#### **A. Cathie : Etablir un lien favorable avec l'équipe soignante et maintenir cette relation thérapeutique afin que la patiente soit acteur de son soin.**

##### **1. Présentation de Cathie**

Cathie est une jeune femme de 17 ans, déscolarisée depuis plus d'un an.

Suite à un signalement d'un de ses professeurs face au comportement inquiétant qu'elle adoptait en cours (refus de travailler, attitude provocatrice envers ses enseignants, consommation de drogue et d'alcool en cours...) et de l'observation de son auto mutilation, une mesure éducative en milieu ouvert a été mise en place pour elle depuis 2 ans. Un éducateur spécialisé intervenait donc au domicile familial afin de protéger Cathie des dangers qu'elle encourait. Ces dangers devenant plus patents, le juge des enfants a ordonné alors un placement pour Cathie en foyer, préférant une protection hors famille.

En juillet dernier l'altération de son état général a suscité une hospitalisation d'urgence dans l'hôpital de secteur.

Suite aux difficultés à mettre en place une alliance thérapeutique entre l'équipe de soin et la patiente et au regard des problématiques post-traumatiques dont elle a été victime, Cathie a été adressée au service d'hospitalisation Colin afin d'évaluer et de traiter ses troubles post-traumatiques ainsi que de réaliser son sevrage.

##### **Histoire de Cathie :**

Sa mère est magistrate. Son père est ingénieur informatique et dans l'incapacité de travailler actuellement. Diagnostiqué schizophrène, il est en arrêt pour longue maladie depuis plusieurs années.

A l'âge de 6 ans, ses parents divorcent. Etant donnée, la situation familiale, elle est alors confiée à sa mère par le juge des enfants. Cependant, elle y subit des maltraitances physiques et psychologiques de la part de sa mère et de son beau-père.

A 9 ans, elle est victime d'attouchement par son beau-père ainsi que d'un ami de sa mère.

A 13 ans, sa mère est de nouveau enceinte et elle la confie alors à ses propres parents pendant plus de 6 mois. Cathie ne s'entend pas du tout avec ses grands-parents et vit l'événement

comme un véritable abandon. C'est à cet âge qu'elle commence à consommer diverses drogues (benzodiazépine, cocaïne, amphétamine, héroïne, cannabis, alcool...).

A 14 ans, elle va vivre chez son père. Elle se drogue régulièrement mais n'a pas toujours l'argent nécessaire pour se procurer les substances dont elle a besoin. Elle finit donc par se prostituer avec le dealer et les copains de ce dernier, pour obtenir ses psychotropes.

Consciente de son mal-être, Cathie prend un jour l'initiative d'aller à la brigade des mineurs afin de signaler sa situation. Il n'y aura pas de suite.

Souvent, elle se mutile pour montrer son mal-être et pour détruire ce corps qui ne lui " appartient plus " mais personne n'y prête attention. Son père, pourtant, constate que sa fille ne va pas bien mais ne sait pas comment agir pour y remédier. Il dit se sentir démuni face au comportement de celle-ci et préfère lui donner de l'argent quand elle en a besoin.

Cathie est hospitalisée deux fois pour sevrage, mais à chaque fois elle " replonge ".

Des troubles du comportement alimentaire du type anorexie apparaissent petit à petit mais Cathie n'est pas toujours consciente de cet état.

Quatre fois, elle tente de mettre fin à ses jours par ingestion médicamenteuse volontaire (IMV). La dernière tentative a eu lieu au sein de l'hôpital précédent où elle s'est auto-injectée des médicaments trouvés dans le service de soin.

### **Relations sociales :**

Aujourd'hui Cathie n'a plus aucun contact avec sa mère puisque celle-ci refuse de la voir. Elle tente cependant de l'obliger à venir rencontrer les médecins pendant son hospitalisation afin qu'elle se rende compte de son mal-être.

Son père la soutient dans toutes ses démarches de soin et lui rend visite toutes les semaines. Elle a une copine, Lydie, avec laquelle elle entretient une relation amoureuse depuis plus d'un an. Cette relation est assez complexe car Lydie a un passé similaire à celui de Cathie (consommation de drogue...). Lydie a eu le droit de lui rendre visite, mais de façon limitée pendant l'hospitalisation.

Cathie ne s'entend pas du tout avec son éducatrice. Elle refuse totalement de coopérer avec elle dans toutes les démarches utiles à son avenir. Les seuls travailleurs médico-sociaux dans lesquelles Cathie a confiance sont la psychologue et une infirmière rencontrées dans l'hôpital précédent. Elle entretient avec elles de bonnes relations thérapeutiques et accepte facilement de leur parler.

Cathie a, en réalité, peu de vie sociale et se retrouve souvent seule pour affronter ses épreuves.

## **2. J'établie les objectifs thérapeutiques pour Cathie.**

Concernant Cathie, les objectifs de l'équipe soignante sont d'évaluer sa douleur psychique et physique, de traiter ses troubles post-traumatiques ainsi que d'entamer un sevrage. Il s'agit aussi de la protéger de l'environnement néfaste dans lequel elle vit ainsi que d'elle-même.

La priorité pour les médecins sera de mettre en place une relation de confiance, une alliance thérapeutique avec la patiente, ce qui n'a pas été le cas lors de la dernière hospitalisation.

L'interne me demande d'aller voir la patiente car elle remarque son goût pour le dessin, la musique, l'écriture poétique, estimant qu'une relation thérapeutique pourrait s'établir dans un premier temps via l'art-thérapie.

Mon premier objectif sera effectivement d'établir un lien favorable entre la patiente et l'équipe soignante. L'objectif suivant sera bien entendu de maintenir la relation thérapeutique établie afin que Cathie devienne acteur de son soin.

## **3. Cathie aborde la proposition d'un atelier d'art-thérapie avec enthousiasme.**

Cathie arrive dans le service un peu réfractaire à l'hospitalisation. Elle exprime très bien le fait que cela ne serve à rien qu'elle soit ici : " de toute façon c'est inutile puisque je n'atteindrai jamais mes 18 ans " (J-2mois). Elle pense mourir avant.

Elle accepte difficilement le cadre et prend un malin plaisir à provoquer l'équipe soignante.

Mais lorsqu'on indique à Cathie qu'un atelier d'art-thérapie existe dans le service, elle saute de joie. Elle exprime alors qu'elle peint, dessine, écrit des poèmes, chante et joue de la guitare. Elle explique que ces moments d'inventions artistiques sont pour elle " vitaux " car ce sont des instants où elle se " sent plutôt bien ".

Elle demande rapidement à me rencontrer.

## **4. L'opération artistique et la stratégie thérapeutique aident au bon déroulement des séances.**

L'objectif général premier (OG.1) est d'établir une relation thérapeutique favorable entre Cathie et l'équipe de soin. Au regard de l'opération artistique, la souffrance de Cathie, qui est la perte de la saveur existentielle, se situe en phase 4. Elle ne veut pas qu'on l'aide, refuse le

contact avec les autres et ne parvient pas à avoir de bonnes relations avec autrui. La stratégie thérapeutique sera de travailler les phases 2, 5 et 8, c'est-à-dire la captation esthétique, l'élan corporel et le traitement mondain. L'art-thérapeute doit entraîner Cathie vers autres choses (phase 2) et lui donner ainsi envie de " faire " et de partager (phase 5 et 8).

Mon premier objectif intermédiaire (OI.1) est d'établir un lien de confiance avec l'art-thérapeute.

### **La première rencontre (R1)**

*Durée : 20min \_ Lieu : dans la chambre de la patiente \_ Entretien individuel*

Objectif de la séance : se présenter à la patiente, découvrir ses goûts esthétiques et ses intentions artistiques pour la suite de la prise en charge, mettre en place le cadre des prochaines séances d'art-thérapie et commencer à établir une relation de confiance avec la patiente.

Cathie ne s'attend pas à ma venue. Elle est dans sa chambre, elle organise le lieu dans lequel elle va vivre un certain temps pour s'y sentir bien. Elle a ramené beaucoup de choses de chez elle : des dessins, des cahiers d'écriture, des photos ainsi que plusieurs petits objets qu'elle affectionne dont un tee-shirt customisé, une boîte, un porte-photo.

Elle est plutôt excitée de me rencontrer et s'active pour me faire une place sur une chaise. Après m'être présentée, je l'incite à continuer son installation. Elle me montre alors ses dessins. Elle m'explique comment et quand elle les a réalisés, et me propose de l'aider à les accrocher dans sa chambre. Puis, enthousiaste à l'idée de pouvoir réaliser des choses avec l'art-thérapeute, elle me pose des questions sur les possibilités artistiques dans le service.

On convient finalement d'un premier rendez-vous.

Observations sur Cathie : Pendant l'entretien, Cathie est très agitée, elle envahit l'espace corporellement en faisant des grands gestes, rapides et désordonnés. Elle parle beaucoup et fort, et se sent gênée quand il y a des silences. Elle semble stressée.

Je dois prendre en compte le traitement médical de Cathie. Comme Cathie est en sevrage, elle prend de la méthadone, analgésique de substitution, donnée aux consommateurs d'héroïne, et ce, à heure fixe une fois par jour. En sortant de l'entretien j'apprends que la dose est plus faible que ce qu'elle prenait dans l'hôpital précédent, d'où peut-être, cet état de stress perçu au cours de la première rencontre.

Trois fois par jour, elle prend des anxiolytiques ce qui peut lui donner souvent des états de somnolence lors de la demi-vie du médicament.

Je décide donc de prévoir les séances de Cathie soit le matin juste avant le déjeuner, soit en fin d'après-midi vers 17h, une heure avant sa prise de méthadone.

### **La première séance (S1)**

*Durée : 40min\_ Lieu : Dans la salle commune\_ Atelier collectif : 3 patients*

*Dominante : théâtre \_ Implication de l'art-thérapeute : semi-dirigé à dirigé*

Objectifs de la séance pour Cathie : présenter Cathie aux autres patients, voir comment elle s'intègre au groupe déjà formé et observer son comportement avec les autres ainsi qu'avec l'art-thérapeute, ses capacités physiques ainsi que son investissement dans l'atelier. Enfin continuer à repérer ce qu'elle aime faire.

La séance est organisée selon les intentions artistiques des autres patients qui souhaitent travailler la technique de l'utilisation des émotions dans le jeu de l'acteur.

Cathie est en avance et aide à l'installation de la salle. Elle a un sourire démesuré face à la situation et dit être contente d'être là.

Les autres patients arrivent. Je leur demande aussitôt si cela ne les dérange pas que Cathie se joigne à eux pendant les prochaines séances. Aucun refus n'est exprimé. Bien au contraire, les patients sont plutôt enthousiastes à la venue d'une nouvelle personne.

Observations sur Cathie : Lors de cette séance, elle utilise ses émotions de façon démesurée aussi bien dans le jeu d'acteur qu'en dehors de toute production. Son investissement corporel et verbal est excessif. Elle monopolise l'espace, provoque les autres patients ainsi que l'art-thérapeute et essaye d'intimider les autres. Elle fait peur aux autres.

Stratégie thérapeutique : Un premier site d'action ressort à la suite de cette séance : l'investissement corporel de Cathie est provocateur, elle fait peur aux autres patients aussi bien pendant qu'en dehors de l'atelier. Ils l'évitent. Cathie risque alors de s'isoler encore plus. Je définie donc, à ce stade, un deuxième objectif intermédiaire (OI.2) : mettre en place des relations convenables entre Cathie et les autres patients. J'axe alors les séances collectives sur les phases 6, 7 et 8 qui sont la technique artistique, la production et le traitement mondain afin que Cathie se concentre sur le résultat esthétique et non sur son jeu provocateur.

## **De S2 à S5**

En S3, Cathie vient me voir à la fin de l'atelier. Elle me dit ne pas se sentir à l'aise au sein du groupe et me demande si on peut aussi travailler en séance individuelle. Je conviens avec elle de mettre en place des séances dans sa chambre avec une dominante écriture/poésie en alternant avec les ateliers collectifs à dominante théâtre dans la salle commune.

L'OI.1 est atteint car Cathie me propose d'elle-même de faire des séances en tête à tête avec l'art-thérapeute. Une relation de confiance s'est donc mise en place entre l'art-thérapeute et la patiente.

Durant cette période, Cathie sera présente à tous les rendez-vous que je lui donne sauf à la dernière (S5). Cette absence est peut-être due à la présence exceptionnelle, lors de cette séance collective, d'une infirmière.

Dans ses propositions artistiques libres, elle s'inspire beaucoup de son vécu ; lors d'improvisations en S3, elle se roule un joint imaginaire, joue la droguée, la prostituée...

Je remarque pendant ces séances que le regard de l'autre oppresse Cathie. Par manque de confiance en elle, elle m'interpelle souvent avant de faire quelque chose, aussi bien en individuel qu'en collectif.

Pendant les séances individuelles Cathie est plutôt détendue et commence à canaliser son énergie. Elle est moins en alerte. Ses grands gestes, rapides et non-orientés sont moins présents. Elle se concentre plus sur l'activité artistique en elle-même et va de plus en plus vers une recherche esthétique.

## **De S6 à S10**

Peu à peu les gestes envahissants et provocateurs cessent et Cathie noue des liens avec les autres patients : elle aime bien descendre fumer et discuter avec certains et boire un thé avec d'autres. L'OI.2 semble donc atteint.

En S6, elle m'explique qu'elle se rend compte que les reproductions des situations de son vécu peuvent faire peur aux autres et qu'il faudrait qu'elle évite cela et estime qu'elle devrait passer à autre " chose ". Il semble que Cathie commence à accepter l'hospitalisation.

En S7, Cathie confie qu'elle se sent bien ici, dans le service, avec l'équipe soignante.

L'OG.1 est atteint.

Il s'agit maintenant d'entretenir cette " bonne " relation thérapeutique entre Cathie et l'équipe soignante. Pour cela, je me fixe un OG.2 : Cathie doit s'engager dans un projet personnel afin qu'elle s'implique plus dans sa démarche de soin.

La pénalité se situe toujours en phase 4 de l'opération artistique puisque Cathie n'a pas le goût de vivre. Elle est en capacité de faire mais son manque d'envie la freine à agir. J'oriente donc le travail sur les phases 2, 5 et 8 c'est-à-dire la captation esthétique, l'élan moteur et le traitement mondain. Il faut donner envie (phase 2) à Cathie d'entreprendre des choses afin qu'elle ait des projets dans sa vie (phase 5). Le traitement mondain (phase 8) permettra de renforcer l'estime de soi ce qui lui donnera envie sans doute de " re-faire ".

### **De S11 à S17**

Pendant cette période Cathie est absente une fois (S14). A la séance suivante, elle s'excuse de son absence et évoque le fait que parfois elle n'aime pas mettre en jeu son corps.

Un premier site d'action apparaît ici, Cathie ne supporte pas son corps et ne l'investit pas toujours entièrement dans l'activité artistique. Il s'agit donc de travailler l'estime de soi et la confiance en soi afin de valoriser ses actes (phases 6, 7, 8), ce qui lui permettra d'avoir, sans doute, plus d'assurance pour élaborer des projets. Ce sera le premier objectif intermédiaire de l'OG.2 (OI.1/OG.2).

### **De S18 à S23**

Lors de ces séances, de nouveaux patients arrivent dans l'atelier collectif. Cathie décide de ne pas assister à S19 et à S20 car la présence de ces nouvelles personnes la freine dans sa lancée. Je détecte un autre site d'action et détermine donc un autre objectif intermédiaire (OI.2/OG.2) : Cathie doit insuffler un projet esthétique commun avec les autres patients.

A la demande de Cathie, son père ramène la guitare avec laquelle elle joue depuis toute petite. Le chef de service autorise Cathie à prendre sa guitare en ma présence, deux heures dans la semaine. Je propose donc à Cathie, qui ne veut plus venir aux séances collectives, qu'on investisse la salle commune deux fois par semaine pour faire de la guitare.

A la suite de S22, deux ou trois autres patients sont venus vers elle lui parler dans les couloirs des chansons et des airs de musique qu'elle joue.

En S23, je ramène quelques petits instruments et je laisse la porte entrouverte. Deux patients entrent discrètement. Le premier lui propose de lui apprendre un nouveau morceau à la guitare. Cathie acquiesce, elle chantonne l'air et tente de le reproduire avec sa guitare. Elle-même leur fait aussi une proposition et leur demande s'ils veulent bien l'accompagner avec d'autres instruments. Cette improvisation musicale lui procure beaucoup de plaisir, Cathie souhaite que cette séance se prolonge. L'inscription de Cathie et de sa production dans le champ social la valorise et lui donne plus d'assurance pour entreprendre d'autres projets.

L'OI.2/OG.2 a été atteint, Cathie a mis en place une production esthétique commune.

## **S24 et S25**

Cathie a été absente ces deux séances. Elle est venue pour s'excuser et prévenir à chaque début de rendez-vous qu'elle ne viendrait pas. Ces deux dates correspondent à la veille et au lendemain de son anniversaire. Cathie ne pensant pas " passer la barrière des 18 ans ", ne se sentait pas trop bien.

## **S26, le bilan**

C'est la dernière séance. Je suis obligée d'arrêter la prise en charge de Cathie puisque mon stage s'achève. Cette séance est consacrée à faire le bilan avec Cathie sur le travail entrepris avec elle et son évolution. D'elle-même, elle m'explique pourquoi l'art-thérapie lui a été nécessaire et comment elle a perçu ce qu'on a fait ensemble. Elle indique que si l'atelier d'art-thérapie n'avait pas existé, elle aurait sans doute rompu son hospitalisation. Elle m'explique, qu'en participant aux séances, elle a pu s'exprimer autrement et ceci lui a permis de se concentrer sur autre chose que sa situation de patiente. Si elle n'a pas toujours pu l'exprimer de façon détaillée, Cathie évoque que cette expérience fut pour elle positive.

## **5. Le choix des items et leurs évolutions permettent une évaluation de la situation durant chaque séance**

Une fiche d'observation, spécifique à Cathie, est créée. Au fur et à mesure des séances, elle m'a permis d'évaluer l'évolution de Cathie, de cibler ses difficultés, d'orienter les ateliers en fonction des objectifs donnés et de toujours demeurer vigilante face aux événements. Elle a été la mémoire du déroulement des séances. (cf. Annexe)

Tout au long de la prise en charge, la fiche d'observation de Cathie est remaniée plusieurs fois permettant d'affiner la stratégie thérapeutique.

Des faisceaux d'items sont choisis en fonction des objectifs fixés pour Cathie. Ils sont mesurés sur la base de l'observation et ce, de façon la plus objective possible. Le plus souvent, dans le travail entrepris avec Cathie, les items sont de nature qualitative (qualité de la relation, qualité de l'implication dans l'activité...). Toutefois, il est arrivé que certains puissent être de nature quantitative (nombre de regards ou de sourires...).

Leur pertinence a été réévaluée à chaque séance.

Les faisceaux d'items qui vont vous être présentés ci-après se rapportent à des faits précis. Ils sont cotés sur une échelle de 1 à 4. La mesure des items est évaluée grâce à des termes progressifs et adaptés à la nature de ces derniers. Le 1 représentera le résultat le plus négatif et le 4, le plus idéal.

Je m'attarde ici sur l'évolution de la qualité de la relation que Cathie a eue avec l'art-thérapeute, les autres patients et les soignants. Cette évaluation est relative à l'objectif général fixé.

### **La qualité relationnelle de Cathie avec l'art-thérapeute**

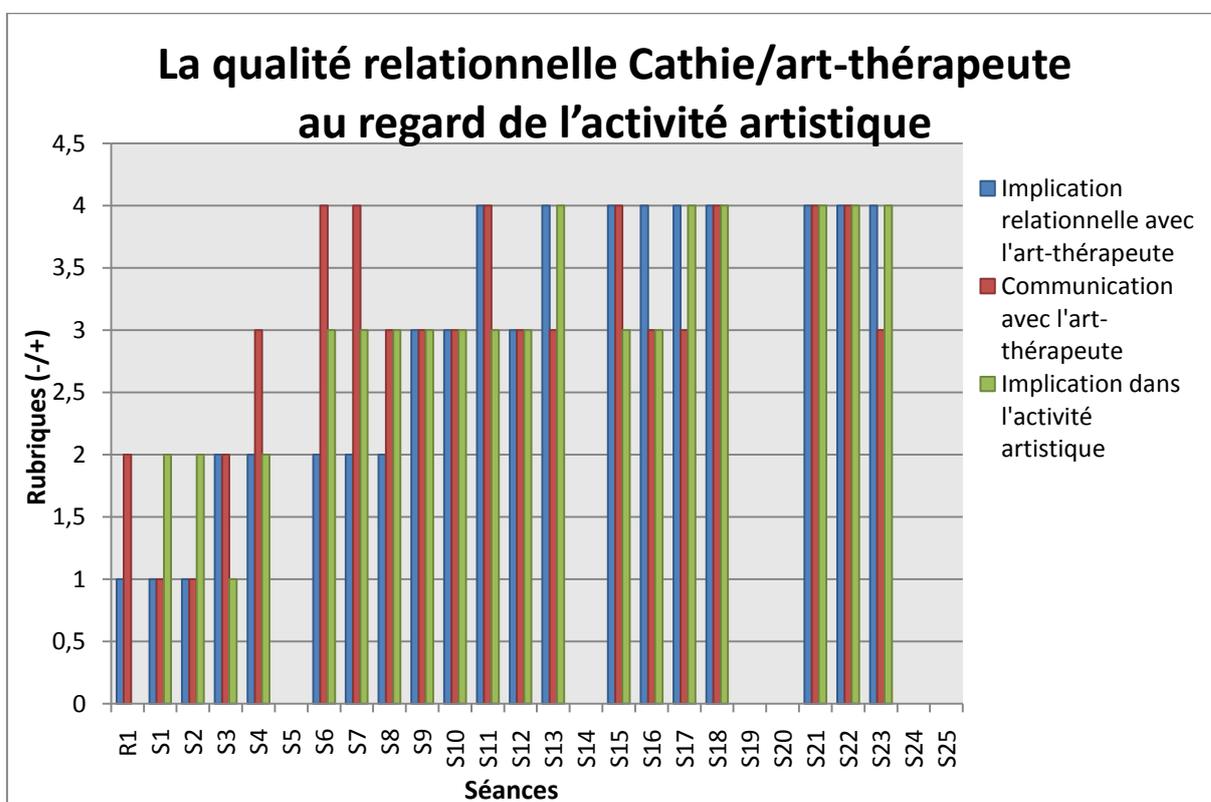
Trois rubriques sont choisies pour rendre compte de la progression de Cathie à chaque séance.

Implication relationnelle avec l'art-thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sourires ou regards adressés.</li> <li>- Mode relationnel : agressivité, indifférence, cordialité, relation chaleureuse.</li> <li>- Affirmation de soi : s'exprime-t-elle ? se tait-elle ?</li> </ul>
Implication dans l'activité artistique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investissement dans l'activité : présente ou absente.</li> <li>- Investissement esthétique : jeu imaginaire ou non, implication corporelle orientée vers l'esthétique ou non.</li> <li>- Prise d'initiative.</li> </ul>
Communication avec l'art-thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communique ou pas</li> <li>- Qualité de la communication : informative, seulement polie, ou se confie-t-elle ?</li> </ul>

Voici la cotation de chaque rubrique :

	0	1	2	3	4
Implication relationnelle	Non évalué pas de séance	Pas de regard ni sourire/pas d'affirmation/ Agressivité	Regards ou sourires adressés/pas d'affirmation/ Indifférence	Regards et sourires adressés/ s'affirme/ cordialité	Regards et sourires adressés/s'affirme / relation chaleureuse
Implication dans l'activité artistique	Non évalué pas de séance	Absente/pas de recherche d'esthétique/pas d'initiative	Présente/pas de recherche d'esthétique/pas d'initiative	Présente/ recherche d'esthétique/pas d'initiative	Présente/ recherche d'esthétique/prise d'initiative
Communication	Non évalué pas de séance	Pas de communication	Communication /informative	Communication /Polie	Communication /se confie

L'évaluation de la qualité relationnelle de Cathie avec l'art-thérapeute est uniquement basée sur les séances auxquelles Cathie a participé. Les 0 correspondent donc aux jours d'absence de Cathie et ne sont donc pas évalués.



Remarques sur le graphique : S26 n'a pas été incluse dans le graphique. Cette dernière entrevue correspond à un bilan où je m'attachais à écouter ce qu'elle avait à me dire et non pas à l'évaluer. Par contre j'ai intégré R1 qui est ma première rencontre avec la patiente afin d'avoir un état de base de l'implication relationnelle et de la communication.

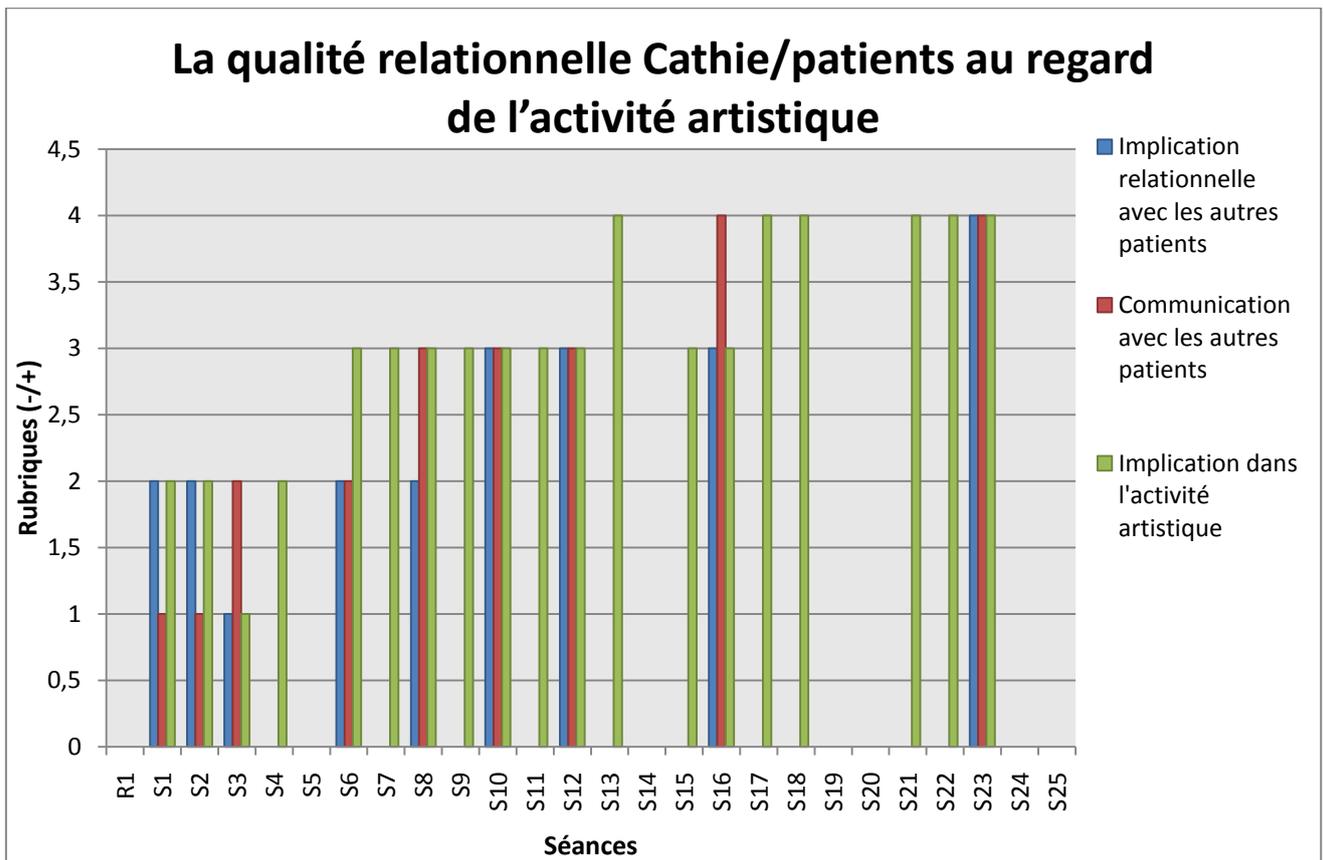
Analyse du graphique : En regardant le graphique, on constate que le premier OI, " établir une relation de confiance avec l'art-thérapeute ", est rapidement atteint (S6). En S11, une relation favorable s'est installée entre Cathie et l'art-thérapeute. Certes avec des variations, elle se maintiendra jusqu'à la fin des séances.

On remarque aussi que plus Cathie s'est impliquée et investie dans l'activité artistique, plus elle s'est impliquée dans la relation et dans la communication avec l'art-thérapeute.

### **La qualité relationnelle de Cathie avec les autres patients du service**

Pour cette évaluation, j'ai choisi les mêmes rubriques que dans l'analyse précédente mais cette fois-ci " Implication relationnelle " et " Communication " s'entendent avec les autres patients. J'y ai juste inclus une constante en plus dans l'implication relationnelle : Cathie s'associe-t-elle avec les autres patients dans la production ?

	0	1	2	3	4
<b>Implication relationnelle</b>	Non évalué pas de séance	Pas de regard ni de sourire/Pas d'affirmation/ Agressivité/ Non association dans la production	Regards ou sourires adressés/Pas d'affirmation/ Indifférence/ Non association dans la production	Regards et sourires adressés/ S'affirme/ Cordialité/ Association dans la production	Regards et sourires adressés/S'affirme/ Relation chaleureuse/ Association dans la production



Remarques sur le graphique : J'ai choisi d'y inclure aussi " l'implication dans l'activité artistique " pour toutes les séances auxquelles Cathie a participé (individuelles et collectives) afin d'observer au regard de l'activité artistique, l'évolution de la qualité relationnelle de Cathie avec les patients.

Si je n'ai pas intégré " l'implication relationnelle " et " la communication " avec les autres patients en dehors des séances collectives, c'est parce que j'ai choisi d'évaluer ces deux rubriques uniquement par l'observation que j'ai faite au sein des séances et non pas par des témoignages extérieurs.

Analyse du graphique : En regardant ce graphique on constate que OI.2, " mettre en place une relation convenable avec les autres patients ", n'est atteint qu'à la dernière séance collective. Cette relation favorable s'installe petit à petit en fonction de l'implication artistique qu'a Cathie pendant les séances collectives.

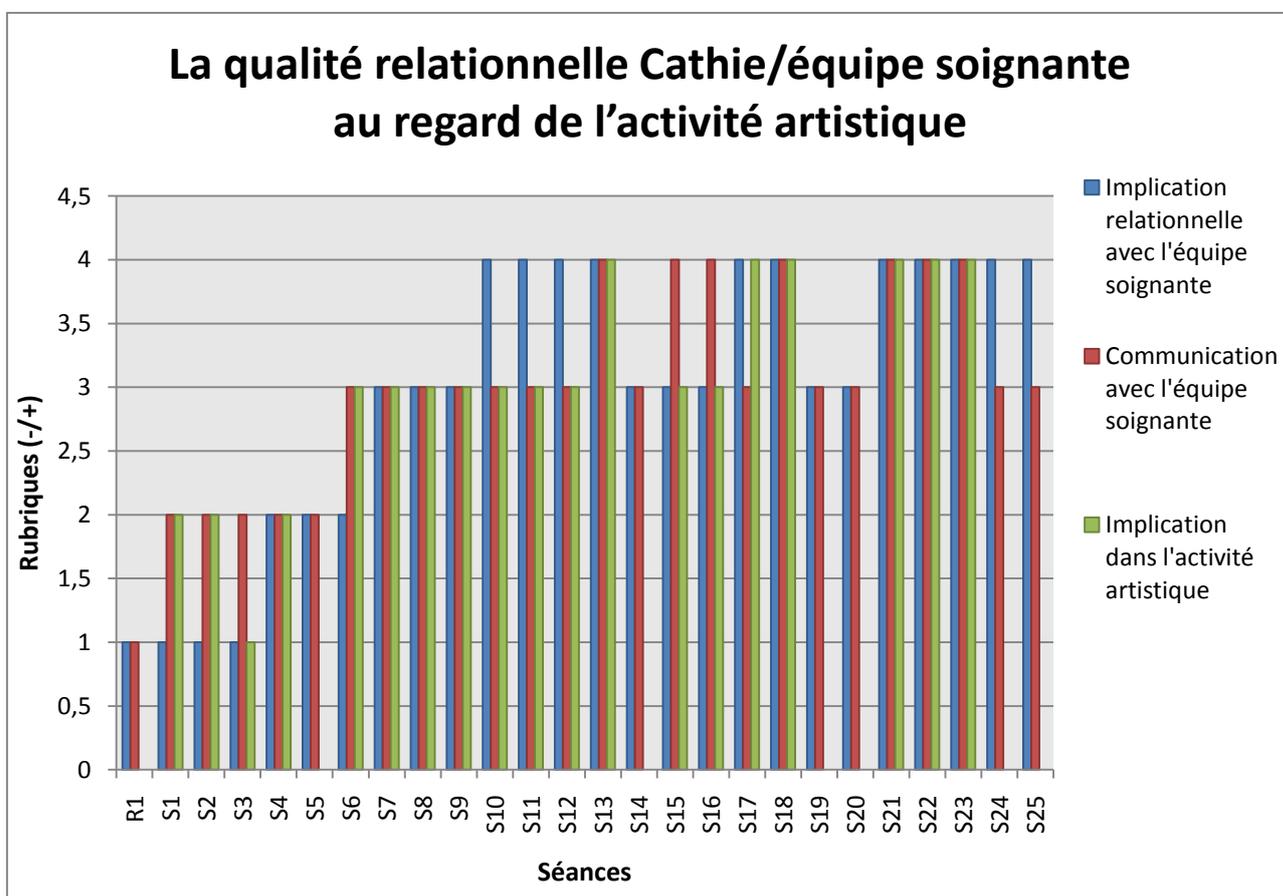
On remarque aussi qu'elle a plus de facilité à s'investir dans l'activité artistique lorsqu'elle se retrouve en séance individuelle.

### La qualité relationnelle de Cathie avec l'équipe soignante

On retrouve aussi dans cette évaluation toujours les trois mêmes rubriques. " L'implication relationnelle " et " la communication " sont, cette fois-ci, évaluées différemment. L'équipe soignante n'étant pas présente aux séances d'art-thérapie, ces évaluations n'ont pu se faire qu'au regard des retours des soignants pendant les transmissions ou les synthèses ainsi que par le classeur de suivi.

J'ai donc évalué " l'implication relationnelle " de Cathie selon trois paramètres : la sollicitation plus ou moins importante qu'elle a eu envers l'équipe soignante, le mode relationnel qu'elle a adopté avec les soignants, et son affirmation pendant ces moments d'échange. " La communication " est cotée par la quantité (peu, souvent) et la qualité de l'instant (communication informative, attitude cordiale, relation chaleureuse).

	0	1	2	3	4
Implication relationnelle	Non évalué	Pas de sollicitation/pas d'affirmation/ Agressive	Peu de sollicitations/pas d'affirmation/ Indifférente	Sollicite l'équipe/s'affirme/ Cordiale	Sollicite souvent l'équipe/s'affirme / Relation chaleureuse
Communication	Non évalué	Peu /Informative	Peu/Polie	Souvent/Polie	Souvent/Se confie



Remarque sur le graphique : Concernant " l'implication relationnelle " et " la communication ", l'axe horizontal ne correspond pas, à proprement parler, aux séances, aucune d'entre elles n'ayant vu la participation de l'équipe soignante. Cet axe correspond à un repère temps par rapport aux séances écoulées.

Analyse du graphique : Ce graphique nous montre que Cathie a réussi à établir progressivement un lien favorable avec l'équipe soignante (OG.1) lors de la période considérée. L'évaluation de la communication et de l'implication relationnelle de Cathie envers l'équipe soignante au regard de l'activité artistique montre l'intérêt de cette prise en charge en art-thérapie.

## **6. L'auto-évaluation permet de confirmer l'observation**

Il s'agit ici de donner la parole à Cathie afin qu'elle évalue elle-même la séance. Elle est la mieux à même d'exprimer son ressenti face à sa production et face à l'instant vécu. L'auto-évaluation permet ainsi de constater s'il y a une cohérence entre l'observation de l'art-thérapeute et l'appréciation de Cathie.

L'auto-évaluation n'a été mise en place que sur les 7 dernières séances. Il a été posé à Cathie trois questions à la fin de chaque atelier. Elle y a répondu en les notant de 1 à 5.

- " Est ce que c'était plaisant ? " Cette question est relative au BEAU, c'est-à-dire au plaisir esthétique de Cathie pendant l'activité artistique. Elle est cotée de pas du tout à beaucoup.
- " Est-ce que la production que j'ai faite est bien réalisée ? " Cette question est relative au BIEN et concerne la qualité technique de la production de Cathie. Elle est cotée de très mal à très bien.
- " Est-ce que j'ai passé un bon moment ? Et est ce que j'ai envie de continuer ce que j'ai commencé ? " Cette question est relative au BON et représente l'envie de continuer de Cathie à s'impliquer dans l'action ou la contemplation. Elle est cotée de pas du tout à beaucoup.

Ces questions sont en relation avec les notions d'affirmation, d'estime et de confiance en soi. Le BEAU est relatif à l'affirmation de soi. En effet pour dire qu'une chose est belle, il faut que la personne, concernée par cette question de goût, soit sûre de son avis. Le BIEN s'associe à la confiance en soi. En effet, il se rapporte au style de l'auteur et à sa production qui existe à partir du moment où l'auteur a pu se projeter dans un avenir plus ou moins

proche, nécessaire à l'élaboration de celle-ci. Le BON est relatif à l'estime de soi car il représente la considération et l'intérêt que la personne porte sur son engagement et donc sur elle-même.

Voici l'auto-évaluation des 7 dernières séances :

	Beau	Bien	Bon
S15, individuelle	4	2	3
S16, collective	3	2	2
S17, individuelle	4	2	3
S18, individuelle	4	2	3
S21, individuelle	5	3	4
S22, individuelle	5	3	4
S23, individuelle puis collective	5	3	4

L'auto-évaluation confirme la constatation faite de S2 à S5 et en S14, Cathie manque encore de confiance en elle et d'estime en soi à la fin de la prise en charge. Cela est dû, entre autre, au rapport que Cathie a avec son corps, elle ne l'apprécie pas car elle le trouve " sali ".

On peut noter malgré tout une évolution positive de ces deux traits psychologiques de S15 à S23.

## **7. Le bilan de fin de prise en charge**

La prise en charge de Cathie en art-thérapie a permis d'établir une relation de confiance entre la patiente et l'art-thérapeute, de mettre en place des contacts favorables avec les autres patients, d'installer une alliance thérapeutique entre la patiente et l'équipe de soin et de la maintenir en essayant de rendre Cathie acteur de son soin.

Aujourd'hui, Cathie se sent bien au sein du service. Elle connaît les règles, les accepte et les respecte. Elle n'est plus dans la provocation avec son entourage. Elle organise sa vie au sein du service en fonction des rendez-vous pris.

Elle a rencontré l'assistante sociale afin de pouvoir se projeter dans un " après ". Elle envisage aujourd'hui certaines orientations éducatives et des lieux de vie future.

Elle a toujours du mal à accepter son corps mais souhaite poursuivre le travail déjà entamé avec moi sur l'acceptation de ce dernier.

A la fin de mon stage, l'interne me confie être interrogative sur la suite de la prise en charge de Cathie : Va-t-elle maintenir cet élan alors que l'atelier d'art-thérapie prend fin, au moins provisoirement, à mon départ ?

**B. Sylvie : Stimuler ses capacités inventives afin que sa perte d'initiative et sa démotivation n'entraînent pas son repli social.**

**1. Présentation de Sylvie**

Sylvie est une femme âgée de 33 ans. Elle a un mari et deux enfants de 5 et 11 ans. Elle est assistante commerciale en banque sur une plateforme téléphonique où elle a demandé à travailler en mi-temps thérapeutique il y a 6 mois.

A l'âge de 8 ans, Sylvie est victime de l'inceste par son grand-père. Aussitôt, elle se confie à sa mère. Mais il n'y aura pas de suite à cet événement qui deviendra très vite un secret de famille.

A 17 ans, elle a des flashbacks et décide d'en reparler à ses parents pensant qu'à l'époque ils ne l'avaient pas crue.

Aujourd'hui, elle ne se souvient plus trop des circonstances du traumatisme mais des images vagues lui reviennent souvent et un sentiment de mal-être la ronge au plus profond d'elle-même.

A 30 ans, Sylvie a été soignée d'une endométriose au niveau abdominal puis a subi deux éventrations à deux années d'intervalle. A la suite de ces épisodes médicaux et de son passé traumatique, elle ne supporte pas son corps, être touchée par les autres la rebute et elle redoute le regard de son mari.

Sylvie a fait une dépression post-partum après la naissance de son premier enfant et était en état dépressif majeur juste avant d'avoir son deuxième.

Aujourd'hui, elle est hospitalisée en salle Colin à sa demande afin de trouver de l'aide pour sortir de cette situation.

Sylvie arrive avec une grande tristesse de l'humeur. Un syndrome dépressif majeur est présent. Elle se plaint de ne plus avoir envie de rien, de ne rien entreprendre. Des symptômes

d'aboulie et d'anhédonie sont visibles. Elle évoque avoir régulièrement des crises hystériques, très agressives. En effet, Sylvie semble très irritable.

Elle confie aussi avoir fait une tentative de suicide par pendaison quelques mois auparavant.

Son mari la soutient énormément dans sa démarche de soin et espère beaucoup de l'hospitalisation.

## **2. Les objectifs thérapeutiques concernant Sylvie sont donnés par le médecin.**

Concernant Sylvie, les objectifs de l'équipe soignante sont d'évaluer sa douleur psychique et physique, et de traiter ses troubles post-traumatiques ainsi que son syndrome dépressif majeur. Il va s'agir aussi de proposer à Sylvie un espace contenant et sécurisant, lui permettant de se concentrer sur elle-même.

L'interne me propose d'aller la voir afin d'essayer de revaloriser son corps par l'activité artistique et de la stimuler pour faire de nouvelles choses.

## **3. Sylvie aborde la proposition d'un atelier d'art-thérapie avec enthousiasme.**

C'est une hospitalisation volontaire et Sylvie montre vraiment qu'elle veut échapper à ce mal-être. Elle attend beaucoup de l'ensemble du service, et parfois un peu trop.

Lorsque je propose à Sylvie l'atelier d'art-thérapie, elle accepte volontiers et ajoute que tout ce qu'on peut lui proposer lui fera du bien.

Je me suis méfiée de l'enthousiasme de Sylvie à venir aux ateliers d'art-thérapie car si elle est exigeante sur les résultats de son hospitalisation, elle sera exigeante sur elle-même et sans doute sur ses productions. Un sentiment de déception sur ses réalisations l'enfermerait encore plus sur elle-même, formant une boucle d'inhibition non favorable à la thérapie.

## **4. L'opération artistique et la stratégie thérapeutique aident au bon déroulement des séances**

L'objectif général (OG) est de stimuler les capacités inventives de Sylvie et de la revaloriser dans ce qu'elle entreprend afin d'éviter son repli social. Au regard de l'opération artistique, la pénalité de Sylvie se trouve en phase 4 qui est le traitement sophistiqué de l'information, passage de l'impression à l'expression. En effet, Sylvie a perdu le goût de vivre, elle n'a envie

de rien, n'entreprend rien d'elle-même et se plaint de ne pas avoir la force de réaliser certaines activités.

Même si Sylvie a été très enthousiasmée par mon invitation à participer aux séances d'art-thérapie, elle est revenue me voir ensuite plusieurs fois pour demander des explications supplémentaires sur les modalités d'organisation de l'atelier comme pour se rassurer sur l'implication nécessaire dans une telle activité. Il est évident que Sylvie a peu de confiance en elle et peu d'estime d'elle-même dû à son passé traumatique. La stratégie thérapeutique sera alors de travailler les phases 2, 3, 5 et 8 de l'opération artistique que sont la captation esthétique, le traitement archaïque, l'élan corporel et le traitement mondain. La captation esthétique de nouvelles choses va entraîner une certaine gratification sensorielle, suscitant l'envie chez Sylvie de rechercher à nouveau cette sensation agréable. Il faut ensuite lui donner confiance en elle et en ces capacités inventives (phase 3), afin de stimuler son élan corporel. De plus, les repères sécurisant mis en place pendant les séances et la relation de confiance établie entre Sylvie, l'art-thérapeute et les autres patients lui offriront une certaine liberté de choix et des possibilités de prises d'initiative qui contribueront à une revalorisation de l'estime de soi.

## **S1**

*Durée : 40min\_ Lieu : Dans une salle extérieure au service\_ Atelier collectif : 2 patients*

*Dominante : théâtre \_ Implication de l'art-thérapeute : ouvert\_ Présence d'un co-thérapeute.*

Sylvie est ravie de venir à la première séance et curieuse de ce qui va s'y passer.

Sylvie est agréablement surprise de ce qui est proposé pendant l'atelier ce qui suscite chez elle une forte envie de participer. Cependant, elle ne se sent pas capable de s'impliquer dans certaines des propositions. Elle essaye tout de même mais n'est pas satisfaite de ce qu'elle réalise.

Des thèmes moins libres et une méthode d'implication plus dirigée seront proposés dans la prochaine séance afin d'emmener Sylvie dans une boucle de renforcement.

## **S2**

*Durée : 40min\_ Lieu : même lieu\_ Atelier collectif : 2 mêmes patients \_ Dominante : théâtre \_ Implication de l'art-thérapeute : dirigé\_ Présence du même co-thérapeute.*

Plutôt craintive en arrivant à l'atelier, Sylvie se détend peu à peu en écoutant les propositions de mises en jeu, cette fois plus cadrées avec des consignes accordant moins de place à l'initiative. J'interviens dans le déroulement même du jeu afin de la guider et d'éviter qu'elle ne se sente en danger. Son implication corporelle et vocale est plus importante qu'à la séance

précédente. Lors du bilan, elle semble satisfaite de la séance et de ce qu'elle y a réalisé. Elle dit que cela lui a fait du bien et prend position sur ce qu'elle a préféré.

### **S3**

*Durée : 40min\_ Lieu : même lieu \_ Atelier collectif : 2 mêmes patients \_ Dominante : théâtre \_ Implication de l'art-thérapeute : dirigé à semi-dirigé \_ Présence du même co-thérapeute.*

La prise de confiance en elle de Sylvie est l'élément marquant de la séance. Elle entreprend certains exercices techniques et certaines mises en jeu sans se poser de questions et est assez fière d'elle après la séance.

Elle s'implique de plus en plus dans l'activité et il est important de noter que parallèlement à cette séance, Sylvie s'est achetée une petite palette de peinture et s'essaie elle-même à dessiner.

### **S4**

*Durée : 40min\_ Lieu : même lieu \_ Atelier collectif : 2 mêmes patients \_ Dominante : théâtre \_ Implication de l'art-thérapeute : dirigé à semi-dirigé \_ Présence du même co-thérapeute.*

Durant cette séance, Sylvie va prendre des initiatives de jeu dans des propositions plus libres. Elle ne joue pas toute seule et aime partager ses idées avec l'autre patiente. Les applaudissements des autres l'encouragent à continuer ses engagements dans le jeu.

Je retrouve une fois Sylvie en individuel un jour où elle peint et lui propose quelques thèmes de dessin en faisant attention, car elle se dit novice en la matière, à ne pas mettre en place une boucle d'inhibition.

Le retour de Sylvie chez elle a interrompu cette prise en charge. L'équipe soignante avait décidé de sa sortie car elle la trouvait mieux et préférerait proposer une séquentielle, un second séjour ultérieur dans le service, afin de consolider les acquis et d'être sûr qu'elle ne replonge pas dans sa dépression.

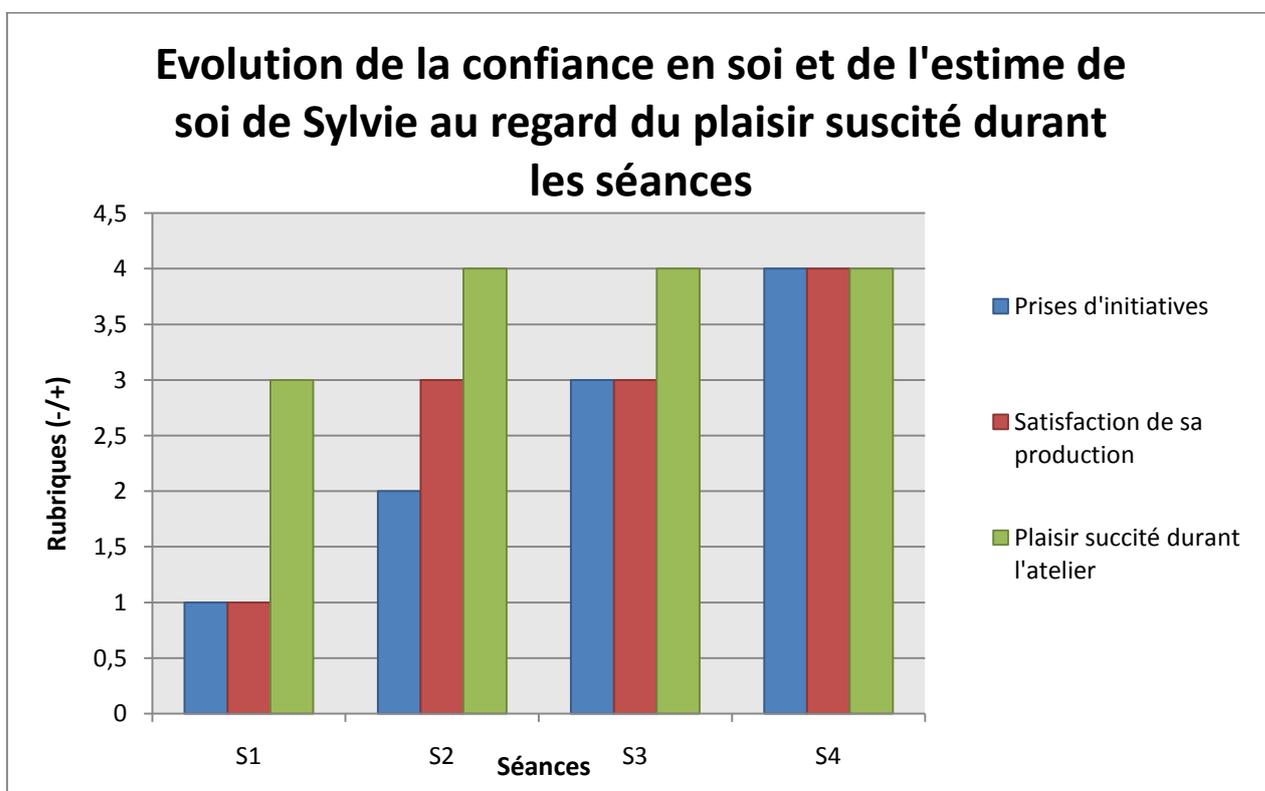
J'ai eu l'occasion de refaire une dernière séance avec Sylvie quand elle est revenue 3 mois plus tard dans le service pour sa séquentielle. Elle semblait très épanouie. Elle était ravie d'avoir découvert certaines de ses facultés à entreprendre des choses grâce aux ateliers d'art-thérapie, le dessin, entre autre. Elle m'indique ce jour là que l'art-thérapie pourra lui permettre de l'aider à mieux accepter son corps et à être plus à l'aise en présence des autres. Elle souhaite absolument poursuivre le travail entamé avec moi. Je l'oriente donc vers des professionnels exerçant dans sa région.

## 5. Le choix des items et leurs évolutions permettent une évaluation de la situation durant chaque séance.

Trois faisceaux d'items ont été évalués dans le cas de Sylvie afin d'évaluer la progression vers les objectifs fixés. Ils sont cotés sur une échelle de 1 à 4, le 1 représentant le résultat le plus négatif et le 4, le plus idéal. Le 0 correspondant toujours aux séances non évaluées.

### La cotation des items :

	0	1	2	3	4
Prises d'initiatives	Non évalué	Aucune	Une	Quelques	Nombreuses
Satisfaction de sa production	Non évalué	Se dévalorise	Est indifférente	A une satisfaction mitigée.	Est fière de sa production
Plaisir	Non évalué	Déplaisir	Est indifférente	Peu de plaisir	Beaucoup de plaisir



La prise d'initiative étant relative à la confiance en soi et la satisfaction que la patiente a de sa production étant relative à l'estime de soi, on constate par ce graphique une évolution positive

de ces deux rubriques au cours des quatre séances proposées à Sylvie. On note aussi que ces nettes évolutions sont en relation directe avec le plaisir que la patiente a eu pendant l'atelier. Cette évaluation est réalisée sur un petit nombre de séances. Il faut bien sûr rester prudent sur cette évolution car j'ai eu peu de recul sur cette progression. Mais quoi qu'il en soit, l'atelier a permis à Sylvie d'entreprendre de nouvelles activités comme la peinture dans laquelle elle se surprend à réaliser des productions dont elle ne pensait absolument pas être capable.

### **C. Alban : Lui permettre de reprendre confiance en lui afin d'atténuer son isolement social et familial.**

#### **1. Présentation d'Alban**

Alban est un homme âgé de 46 ans vivant seul. Ancien sapeur pompier, depuis 2 ans il s'est reconverti et travaille comme boucher intérimaire. Il est issu d'une fratrie de 5 enfants. Son père dont il était très proche, est décédé d'un accident vasculaire cérébral il y a 3 ans. Depuis ce décès des problèmes d'héritage ont bouleversé l'organisation familiale. Aujourd'hui, il n'entretient des relations qu'avec une sœur.

Seize ans auparavant, dans le cadre de son métier de pompier, il est amené à intervenir suite au suicide par pendaison de son frère. Cette intervention sera un véritable traumatisme pour lui. Aujourd'hui, il ne comprend toujours pas le geste de son frère et lui en veut de ne pas lui avoir parlé quelques jours avant, quand ils ont dîné ensemble.

Alban interviendra de nouveau en tant que pompier dans un autre accident de la circulation ayant provoqué la mort de deux enfants. La voiture étant en feu, il culpabilise encore aujourd'hui de ne pas avoir tout essayé pour les sauver, lui et son équipe pensant que seuls des chiens étaient à l'intérieur.

Ces événements traumatisants vont provoquer chez lui des cauchemars, des flashbacks incessants et une tristesse de l'humeur omniprésente. Depuis, il consomme chroniquement de l'alcool.

A 44 ans, il est hospitalisé pour une pancréatite aiguë alcoolique. Il tente un premier sevrage un an après, qui dure 6-7 mois puis un second l'année suivante. Mais récemment il rechute suite à un accident de la route dû à son ivresse.

Alban a déjà été hospitalisé une fois en psychiatrie.

Aujourd'hui, il est hospitalisé en salle Colin suite à une tentative de suicide par IMV et consommation d'alcool.

## **2. L'indication médicale et les objectifs thérapeutiques**

Concernant Alban, les objectifs de l'équipe soignante sont d'évaluer sa douleur psychique et physique, de traiter ses troubles post-traumatiques ainsi que de réaliser son sevrage. Il s'agira aussi de protéger le patient de lui-même en lui proposant un endroit sécurisant.

Le médecin me propose d'aller voir Alban afin qu'il s'engage et s'implique dans une activité.

## **3. Les intentions sanitaires du patient**

Alban semble subir son hospitalisation. A la fois il semble rassuré et apprécie qu'on puisse s'occuper de lui, à la fois il accepte très mal de ne rien pouvoir faire par lui-même.

Il semble perplexe devant ma proposition d'une prise en charge en art-thérapie mais l'accepte.

## **4. L'opération artistique et la stratégie thérapeutique aident au bon déroulement des séances**

Sa perte de la saveur existentielle due aux traumatismes subis et sa culpabilité face à ses choix de vie sont les facteurs essentiels de sa souffrance psychique. Les pénalités d'Alban se trouvent donc en phases 3 et 4 de l'opération artistique qui sont le traitement archaïque et sophistiqué de l'information. La stratégie thérapeutique sera donc de travailler sur les phases 2, 5 et 8, en l'engageant dans un projet esthétique afin qu'il retrouve son goût de vivre et les phases 6, 7 et 8 en réintroduisant des repères afin que ses choix de vie ne soient plus culpabilisants pour lui.

### **S1**

*Durée : 40min\_ Lieu : Dans le salon \_ Atelier collectif : 3 patients \_ Dominante : théâtre \_ Implication de l'art-thérapeute : dirigé à semi-dirigé.*

Alban avait décliné au dernier instant l'invitation aux deux premiers ateliers. Il évoque à chaque fois son envie de venir à la prochaine. Il vient donc à cette première séance un peu à reculons mais sans qu'on l'y oblige.

Il souhaite tout de suite se mettre à l'écart, préférant regarder et ne pas s'impliquer. La spatialisation du cercle ainsi que l'espace scène/salle ne lui conviennent pas. Il bougonne à chaque fois qu'on le sollicite. Et les peu de fois où il rentre dans le jeu, il ne semble pas à l'aise pour communiquer avec les autres.

## **S2**

*Durée : 40min\_ Lieu : Dans le salon \_ Atelier collectif : 2 patients \_ Dominante : théâtre \_ Implication de l'art-thérapeute : dirigé à semi-dirigé.*

Etant donné le malaise d'Alban et l'impossibilité que j'ai à le prendre en individuel dans sa chambre car il la partage avec quelqu'un d'autre, je décide de mener cette séance avec un groupe plus réduit.

Alban arrive plutôt enjoué. Il connaît et apprécie le deuxième patient. Il s'implique plus et en oublie son genou accidenté. Cependant, lors de certaines mises en jeu il change de masque, il devient triste et à les larmes aux yeux mais essaye de le cacher. Il semble que quelque chose ne lui convienne pas dans la modalité de l'atelier. Il se peut que le " partage d'intimité " le bloque dans sa prise d'initiative.

A la suite de cette séance, à chaque fois que je relançais Alban sur sa participation à un nouvel atelier, il me prétextait d'autres obligations.

Je décide donc d'arrêter la prise en charge d'Alban car elle risquerait de ne pas avoir l'effet escompté.

En me basant sur les différents constats que j'ai pu faire lors de mes prises en charge, je discuterai maintenant de la pertinence et des limites de la méthode thérapeutique que j'ai employée.

**Partie 3 \_ L'art-thérapie et le choix de la dominante artistique  
théâtre sont-ils indiqués auprès des personnes victimes de  
traumatismes psychiques ?**

## **I. Le choix de l'art-thérapie comme méthode thérapeutique est pertinent dans une telle prise en charge.**

Ma première hypothèse dans cette recherche entreprise suite à ce stage est : le choix de l'art-thérapie comme méthode thérapeutique peut-il contribuer au mieux être des personnes hospitalisées et si oui dans quelles mesures.

Nous allons donc maintenant tenter de répondre à ces questions.

### **A. L'art-thérapie a permis de contribuer au mieux-être de personnes victimes de traumatismes psychiques.**

Les études de cas de Cathie et de Sylvie nous montrent qu'une prise en charge en art-thérapie a été bénéfique pour elles.

L'art-thérapie a permis à Cathie d'établir une relation de confiance entre la patiente et l'équipe soignante ainsi que de mettre en place des rapports convenables entre elle et les autres patients du service. Se sentant bien et en sécurité au sein du service, Cathie a su ainsi s'intégrer facilement dans l'organisation des soins proposés et est devenue l'élément moteur de son soin. Elle envisage aujourd'hui sa réintégration sociale sereinement.

Sylvie, elle, a pu reprendre, en partie, confiance en elle grâce à la prise en charge en art-thérapie. En prenant du plaisir dans ses réalisations esthétiques, elle a retrouvé par l'activité artistique une certaine estime d'elle-même. Aujourd'hui, Sylvie s'affirme en entreprenant d'elle-même de nouvelles activités auxquelles elle prend du plaisir.

L'art-thérapie a permis d'éviter une certaine exclusion sociale. En effet, comme on a pu le constater dans la première partie de ce mémoire, ce qui pénalise fortement la personne victime de traumatismes psychiques, ce sont les retentissements sociaux, familiaux et professionnels dus à l'omniprésence des symptômes et à l'importance, voire à la nature, de l'événement vécu. L'art-thérapie a, de par la nature même de l'Art, la particularité de s'adresser aux personnes qui ont des problèmes d'expression, de communication et de relation. Elle favorise donc une certaine sociabilisation des êtres humains. L'art par son pouvoir expressif engendre facilement les processus de communication et de relation entre l'artiste et les autres hommes, artistes eux-mêmes, simples amateurs d'art ou profanes. Dans le cadre du stage réalisé au sein de l'hôpital Tenon, l'art-thérapie a permis de favoriser la rencontre entre les patients et de leur

donner la possibilité d'avoir certains outils nécessaires à toutes relations sociales quelles qu'elles soient.

Parmi les plaintes des personnes victimes de traumatismes psychiques, une des plus récurrentes qu'elles évoquent est la perte de plaisir dans tout ce qu'elles entreprennent. Cette absence de plaisir s'inscrit dans une boucle négative. Elle induit un sentiment de désintérêt qui engendre un affaiblissement de la volonté, donc moins d'initiatives, peu de projets et peu de plaisir à les mener. Retrouver le plaisir réinscrit la personne dans un cercle vertueux.

Sylvie se plaint ainsi de délaisser toutes ses activités de loisirs et ses occupations quotidiennes. L'art-thérapie en cela lui a permis de reprendre du plaisir dans une activité. L'orientation originale de l'activité artistique peut procurer un certain plaisir esthétique, une gratification sensorielle permettant de retrouver la saveur existentielle perdue lors de l'événement traumatique.

Le plaisir suscité impulse un élan de motivation chez les patients qui vont n'avoir de cesse de rechercher à nouveau cette sensation agréable. Cette recherche peut ainsi engendrer une implication plus importante dans l'activité artistique produisant sans doute l'émergence de projets à long terme ayant pour objectifs des besoins personnels. L'engagement dans un projet, à soi et pour soi, réintègre la victime dans un processus commun à tous, lui donnant envie de continuer à vivre.

Ainsi dans la période qui a suivi sa participation aux ateliers, Sylvie s'est achetée une petite palette de peinture. En prenant cette initiative, elle avait l'intention de peindre des choses qu'elle voyait dans les magazines, se projetant donc dans un futur proche. Cette affirmation de ses goûts, de ses envies et de ses besoins, sont autant d'indices qui montrent qu'elle retrouve une certaine saveur à la vie lui donnant envie d'entamer de nouveaux projets.

Les modalités d'application de l'art-thérapie lors de mon expérience de stage ont contribué à la réussite des prises en charge :

- **Atelier ouvert**

Le choix d'un atelier ouvert, c'est-à-dire l'acceptation dans le groupe de nouveaux patients à chaque séance, a été sous-tendu par le rythme et le cadre particuliers de l'hôpital qui me donnaient peu d'espace et de temps de prise en charge. Cependant, il a été favorable à certaines prises en charge. En effet, il a la particularité de permettre aux actants de l'atelier de mettre un terme plus facilement à la prise en charge si cela ne leur convient pas. Ainsi le caractère non obligatoire de l'atelier ouvert a permis à Alban d'interrompre plus aisément sa participation, ce cadre ne lui satisfaisant pas.

### ▪ **Atelier en groupe**

L'organisation hospitalière a aussi déterminé le choix de l'atelier en groupe qui a même eu de l'intérêt dans la prise en charge des victimes de traumatismes psychiques. Dans l'activité artistique, le groupe permet l'œuvre collective. Il peut être un certain réconfort pour ces patients qui ne se sentent plus capables d'entreprendre des choses par eux-mêmes. Le fait de réaliser une production esthétique avec d'autres est sécurisant et apporte un certain bien-être évitant l'angoisse du " rien faire ".

Le dynamisme de groupe aide aussi à l'intégration sociale. Quand Cathie joue de la guitare et que les autres l'accompagnent, la patiente à ce moment-là fait partie intégrante du groupe de patients. Le groupe permet d'accepter l'échange avec les autres. Il s'agit de respecter l'autre dans son intégrité psychique et physique et dans sa réalisation tout en proposant d'autres choses, en s'affirmant ; l'autre étant alors quelqu'un de plus rassurant. L'échange qui a lieu, à travers l'écoute, le geste ou le regard va perdurer dans le monde social et donne l'opportunité d'une ouverture vers les autres.

L'atelier collectif permet aussi l'émergence d'un sentiment d'appartenance à un groupe d'individus. Or la personne traumatisée a parfois la sensation d'être seule dans l'expérience qu'elle vit. Etant la seule à avoir vécu l'événement traumatisant, elle se sent incomprise par son entourage proche. Ce nouveau sentiment d'appartenance peut la rassurer et l'aider dans sa reconstruction sociale.

### ▪ **Atelier en individuel**

La prise en charge en individuel a été possible vers la fin de mon stage. Elle a été pertinente certaines fois dans la mesure où l'art-thérapeute est dans une disponibilité de chaque instant. Son attention et son observation se portent exclusivement sur un individu permettant l'adaptation nécessaire à tout moment en fonction des objectifs choisis.

Mais ce n'est pas son seul intérêt pour les personnes victimes de traumatismes psychiques. Chez certains de ces patients, lors de l'événement traumatisant la notion d'humanité était presque abolie. Reprendre confiance en ses congénères est plus difficile quand la rencontre se fait en groupe. J'ai ainsi pu remarquer à la grande visite du jeudi lors de laquelle participaient parfois jusqu'à huit soignants que le patient s'exprimait très peu. La prise en charge en individuel représente une situation plus favorable, permettant une relation particulière avec une autre personne, qui plus est un soignant. Elle est donc propice à l'installation d'un climat de confiance entre le patient et cette fois-ci l'ensemble de l'équipe soignante.

- **Lieu de prise en charge : la chambre**

Les prises en charge en chambre ont permis de limiter l'espace à un endroit bien connu des patients et donc sécurisant pour eux. Cathie avait personnalisé ce lieu, il était donc rassurant pour elle. Dans les ateliers que j'ai effectués avec elle en chambre, j'ai pu observer que Cathie se donnait plus de liberté dans ce qu'elle entreprenait qu'en groupe où elle n'osait pas toujours autant. Le processus artistique engendre des mécanismes tels que la connaissance, l'imagination et la mémoire propre à chaque individu, ainsi les productions artistiques sont de l'ordre de l'intime. Il n'est donc pas toujours évident de les partager avec les autres et encore moins de les réaliser devant autrui, particulièrement quand l'artiste a subi un stress dépassé engendrant l'effraction du moi et donc de l'intime.

- **Lieu de prise en charge : le salon commun/une salle extérieure au service**

Le salon était un lieu extérieur aux prises en charge quotidiennes, les entretiens se déroulant systématiquement en chambre. Il a donc permis aux patients de sortir un peu de ce lieu de soin, rappelant constamment la raison pour laquelle ils étaient là et donc leur mal-être.

Le salon aménagé spécifiquement pour l'art-thérapie devenait un lieu plus neutre permettant un travail plus facile sur l'imagination. Lors d'un atelier dans une salle extérieure au service, Sylvie a pu ainsi improviser un dialogue avec un autre patient lors d'une scénette censée se dérouler à la plage, alors que lorsqu'elle dessinait en chambre son intention artistique se portait plus sur ses difficultés à accepter son corps.

Que ce soit dû la nature même de l'Art-thérapie ou à ses modalités d'application, j'ai pu constater que cette méthode thérapeutique a des effets positifs sur les personnes victimes de traumatismes psychiques. Elle peut contribuer à leur mieux-être et leur permettre de retrouver une qualité existentielle convenable. Mais quelles en sont ses limites d'application ?

## **B. L'art-thérapie peut avoir des limites et rencontrer des difficultés d'application.**

L'étude de cas d'Alban nous montre que la prise en charge en art-thérapie a des limites d'action et qu'elle peut, parfois, être vouée à un échec. La mise en place d'une relation de confiance entre l'art-thérapeute et le patient n'a pu s'effectuer. Même si Alban n'est pas insensible à l'Art et n'est pas désintéressé par celui-ci, la dimension artistique n'a pas su accrocher le patient qui a préféré ne plus assister aux ateliers. De plus, les modalités d'application de sa prise en charge n'ont pas su l'aider dans son implication au sein des

séances, le cadre thérapeutique en groupe ouvert n'étant pas favorable à l'introversion d'Alban.

L'art-thérapie peut donc avoir ses limites dans l'aide apportée aux personnes victimes de traumatismes psychiques. Même si elle a la capacité de participer à leur mieux-être en leur redonnant une saveur existentielle, ce n'est pas une " thérapie miracle ". Ainsi la prise en charge en art-thérapie n'est peut-être pas accessible à tout le monde mais plus largement son application est-elle possible dans le cadre de toutes les structures médicales et sociales ?

Cette expérience de stage était pour moi la première réalisée en milieu hospitalier. Et le rythme particulier de cette organisation m'a posé question. En arrivant dans cet établissement, il a fallu que je m'adapte à l'organisation et au rythme soutenu qui était installé dans ce service. C'est un milieu travaillant beaucoup dans l'urgence. Quand un patient est admis, c'est toujours parce qu'il est en situations de crise. De plus, les contraintes de service obligent à fixer des priorités en fonction de l'état des patients nécessitant parfois d'interrompre momentanément certaines prises en charge au sein de la salle d'hospitalisation.

La participation à un atelier n'est qu'un élément de la prise en charge en art-thérapie. Le thérapeute se satisfait donc difficilement de ne pas connaître sur le long terme ses possibilités d'intervention auprès de son patient et qu'une prise en charge puisse être interrompu soudainement pour des raisons qui n'appartiennent ni au patient ni à lui-même.

En l'occurrence, il y avait très peu de temps où je pouvais intervenir et les hospitalisations étaient parfois très brèves : 3 jours pour les plus courtes. L'art-thérapeute peut difficilement intervenir dans cette urgence. Il faut qu'il puisse découvrir la personne, mettre en place une relation de confiance, et même si l'objectif est choisi en fonction d'une prise en charge courte, il lui faut un minimum de temps pour observer des résultats. De plus, pour ces personnes victimes de traumatismes qui se méfient de tout ce qui les entoure, qui ont du mal à entretenir des relations avec autrui, qui ne parviennent pas à faire confiance aux autres, une seule séance d'art-thérapie a bien évidemment une efficacité limitée. Certes, elle peut déjà leur apporter du plaisir et un mieux-être durant le temps imparti à l'atelier mais là n'est pas l'intérêt de l'art-thérapie. A l'inverse de l'atelier d'art occupationnel en milieu de soin, elle s'adresse à la personne dans sa globalité. L'art-thérapeute ne s'attache pas au seul plaisir, quel qu'il soit, éprouvé par le patient lors de la séance.

Il faut noter que l'installation d'objectifs pérennes nécessite une continuité de la prise en charge sur une certaine période pas toujours compatible avec une organisation de soin hospitalière.

Parfois les modalités d'application de l'art-thérapie n'ont pas été favorables à la prise en charge des victimes :

- **Atelier ouvert**

Le principe de l'atelier ouvert a parfois posé question. En effet, l'une des caractéristiques de ces patients est qu'ils ont des pertes de repères évidentes qui les empêchent de se situer au sein même de leur vie. Proposer un atelier ouvert n'est pas judicieux pour ce qui est de la mise en place de ces repères. A chaque séance un nouveau patient arrive, le participant de la veille qui s'était habitué à certaines personnes et à un certain cadre devra se réacclimater au nouveau groupe. Ceci n'est pas du tout évident pour des personnes qui ont du mal à côtoyer d'autres personnes, à communiquer et à faire confiance à autrui. Ainsi, Cathie n'a pas voulu venir à certaines séances collectives (S19 et S20) ; la présence de nouvelles personnes la dérangeait. Elle ne se sentait plus libre dans la réalisation de sa production artistique.

- **Atelier en groupe**

L'atelier en groupe n'a pas toujours été une modalité d'application pertinente de l'art-thérapie. L'observation est un élément important dans la prise en charge en art-thérapie car elle permet de valider l'état du patient, de coter des items précis en fonction des objectifs et ainsi d'évaluer la situation à chaque instant. Or le groupe permet difficilement une observation précise de chacun. La présence d'un co-thérapeute a été alors nécessaire. Mais cela n'est pas toujours possible et dans ce cas, même si la vigilance de l'art-thérapeute est la même sur ce qui se passe au sein de l'atelier, l'attention portée à chacun est bien évidemment moindre et ceci peut mettre en péril le cocon sécurisant qu'il est vital de maintenir durant toute la séance et particulièrement avec ces patients sans repère.

Le groupe engendre aussi une pluralité de personnes ayant chacune leur propre identité, des pénalités particulières et des besoins différents. Les objectifs thérapeutiques pour chaque patient sont alors différents même si ces personnes sont toutes hospitalisées pour une raison unique dans ce lieu. Il m'a paru alors compliqué d'organiser certaines séances mêlant ainsi les objectifs thérapeutiques de chacun et prenant en compte les difficultés de tous.

D'autre part, l'une des caractéristiques de ces personnes est qu'elles se sentent facilement en danger, comme-ci elles pouvaient à nouveau et à tout moment, être menacées. Il leur arrive même parfois d'avoir des suspicions sur les personnes présentes près d'eux. Le travail en groupe entraînant fatalement d'être sous le regard des autres, cette situation n'est pas dans ce cas propice à l'expression du traumatisé.

De plus le regard que ces personnes portent sur elles n'est pas souvent positif. L'événement traumatique et, en particulier quand les limites du corps ont été franchies, engendre une mauvaise estime de soi. Elles ont souvent honte d'elles-mêmes. Là encore, le groupe pose problème à cause de la difficile acceptation du regard de l'autre.

- **Atelier en individuel**

L'atelier individuel a posé question dans certains cas. En effet, cette modalité d'application engendre parfois une relation exclusive avec l'art-thérapeute. Le patient peut alors se satisfaire de cet échange, ne pas sentir la nécessité de renouveler l'expérience avec d'autres personnes et risque de se renfermer encore plus sur lui-même. Ainsi l'objectif principal est l'évitement du repli social paraît difficilement atteignable dans ce cadre.

- **Lieu de prise en charge : la chambre**

La chambre est le lieu de vie du patient, il y dort, y mange parfois et se lave. C'est un endroit très intime pour lui. La prise en charge en chambre pose alors question dans le sens où il n'est pas un lieu neutre. Rentrer en temps que thérapeute dans la chambre d'un patient, c'est rentrer dans sa propre vie. Le patient peut être gêné de partager autant d'intimité en ce lieu très personnel et d'entreprendre d'autres activités que celles du quotidien. Ainsi une des patientes prise en charge dans le cadre de mon stage est devenue mal à l'aise quand elle a vu que son pyjama traînait sur la chaise qu'elle venait de me proposer. Le restant de la séance, elle semblait être ailleurs repensant à l'anecdote qui venait de se dérouler.

- **Lieu de prise en charge : Le salon**

Le choix du salon dans la prise en charge des victimes de traumatismes psychiques a été essentiellement déterminé par les contraintes du service et il n'a donc pas toujours été favorable à la tenue des séances. En effet, certaines victimes ont des symptômes d'hyper-vigilance engendrant des réactions de sursaut exagérées provoquées par des agents extérieurs. Le salon, même organisé pour l'art-thérapie, présente encore beaucoup de stimuli susceptibles de réveiller cet état d'hyper-vigilance atténuant ainsi la concentration du sujet et pouvant même rendre hostile cet endroit aux yeux des patients. Le lieu idéal serait un espace neutre, n'ayant pas d'autre affectation que celle de l'art-thérapie.

L'art-thérapie est une méthode thérapeutique qui est adaptée à la prise en charge des victimes de traumatismes psychiques. Cependant, l'art-thérapeute doit être vigilant quant à ses modalités d'application, certaines d'entre elles pouvant, en fonction des personnes visées, desservir les objectifs. L'art-thérapeute doit impérativement prendre la personne dans son individualité et ne pas faire de généralité sur ce qu'il est possible de faire devant telles ou telles pénalités.

## **II. Le choix du théâtre comme dominante artistique est pertinent dans une telle prise en charge.**

La seconde hypothèse dans cette recherche entreprise suite à mon stage est : Est-ce que le choix le théâtre comme dominante artistique est pertinent dans une prise en charge auprès de victimes de traumatismes psychiques? Certaines spécificités de cette discipline peuvent-elles desservir les objectifs fixés ?

Nous allons donc maintenant tenter de réponse à ces questions.

### **A. Certains leviers du théâtre peuvent aider la personne victime de traumatismes psychiques à se resituer dans un espace-temps commun à tous les êtres humains.**

Les études de cas de Cathie et de Sylvie nous montrent que le théâtre n'a pas été un frein à la prise en charge de ces patientes mais bien au contraire, cette dominante artistique a participé à une progression positive vers les objectifs fixés.

Le théâtre est un microcosme (vient du grec : *micros*, " petit " et *cosmos*, " monde "). Il fournit une image représentative d'une structure plus vaste à laquelle il appartient, en l'occurrence le monde des êtres vivants et pensants. Dans le cadre des séances d'art-thérapie, il y a analogie entre les scènes imaginées par les patients ou imposées par l'art-thérapeute et des situations de la vie de tous les jours. Les mécanismes qui se mettent en place lors du jeu sont transposables à l'extérieur de l'atelier artistique. De plus, l'intérêt de ce " petit monde " est sa moindre complexité. Les rôles sont distribués. La situation est convenue entre les acteurs et avec l'art-thérapeute. C'est un lieu clos où à priori n'interviendront pas d'événements qui n'auraient pas été annoncés et qu'auraient à subir les patients. Et " tout ceci n'est finalement que du théâtre ", au contraire de certaines situations réelles, le danger est moindre, les enjeux sont moins importants. Les patients-acteurs prennent moins de risques à prendre des initiatives dans ce cadre mesuré. La particularité du théâtre est qu'il a un certain nombre de règles dans son application, offrant ainsi des repères précis et sécurisants. Or, pour les personnes victimes de traumatismes psychiques reprendre le cours normal de leur vie implique la reconstruction de repères stables perdus lors de cette expérience traumatisante. Ainsi, ce " petit monde " sans danger apparaît être un tremplin intéressant vers la réalité extérieure.

Le théâtre a la spécificité d'être un art qui utilise un certain nombre de codes de communication que l'on emploie dans la vie de tous les jours. Il permet ainsi de travailler sur l'expression vocale comme parler plus ou moins vite, ou plus ou moins fort, pour être entendu et compris de tous. Il engendre aussi une bonne écoute des autres afin de pouvoir jouer avec eux. Et dans la vie, savoir réceptionner une information est important pour pouvoir échanger avec les autres. Or les victimes de trauma ont des difficultés à rentrer en relation et en communication avec les autres. Le théâtre a ainsi pu donner des repères de l'ordre de la communication à Cathie afin qu'elle entretienne de bonnes relations avec l'équipe soignante. Son langage moins provocant a permis le dialogue avec cette dernière.

Une autre spécificité du théâtre est le travail des émotions. En effet, quand on joue un personnage en colère sur scène, il n'a pas la même intonation, la même posture et la même intention qu'un personnage enjoué. Or les personnes victimes de traumatismes psychiques présentent souvent un syndrome de dissociation qui parfois peut avoir un retentissement sur l'expression de leurs émotions. Ainsi une patiente que j'ai prise en charge en groupe souhaitait jouer, lors d'une séance, un personnage très triste. Je constatais rapidement que son visage hilare n'était pas cohérent avec son intention artistique à tel point que ça a provoqué un fou rire général dans l'assistance. Suite à cela j'ai entrepris un travail avec elle sur l'expression de ses personnages. Je lui ai proposé une série d'exercices lui permettant d'apprécier le masque approprié à chaque émotion existante. Le décalage étant moins important entre ce qu'elle ressent et ce qu'elle montre réellement lui a permis d'entretenir des échanges plus cohérents avec les autres patients. Ainsi elle a pris de l'assurance dans son expression et s'affirme plus qu'avant.

L'organisation spatio-temporelle au théâtre est très particulière afin que ce qui est donné à voir soit accessible à tous. J'ai pu leur montrer, lors des séances, qu'il y existait des repères spatio-temporels, particuliers à la scène, qui sont nécessaires au jeu. Ces repères sont fixes, par exemple l'espace scène et l'espace public ou encore l'entrée et la sortie de scène. Or les personnes victimes de traumatismes psychiques ont subi une altération de la perception de l'espace et du temps. De retrouver à chaque séance les mêmes repères, permettait à chaque patient de se restituer plus facilement dans le jeu et plus largement, j'ai toujours veillé à ce que l'ensemble de la séance soit ritualisé par des jalons fixes, donnant aux patients un espace plus sécurisant pour s'exprimer. D'ailleurs, certains patients arrivaient à chaque atelier en ayant réfléchi auparavant à comment ils allaient utiliser le tambour pour dire " bonjour " et

" au revoir " devant tout le monde. Ils ont su ainsi, grâce aux repères instaurés, se projeter dans un futur proche.

De plus, si des repères spatio-temporels sont nécessaires à la construction des personnages sur scène, ils sont aussi importants pour soi-même dans le sens où ils permettent aussi à tous de se construire. Ainsi, en installant des repères stables, l'objectif était de permettre aux personnes victimes de traumatismes psychiques d'avoir les outils nécessaires pour en installer eux-mêmes au sein de leur propre vie.

Le théâtre est avant tout un lieu ayant par son origine un cadre particulier. Il permet donc aux personnes victimes de traumatismes de se retrouver, l'espace d'un instant, dans un lieu contenant et donc sécurisant pour elles. Une patiente m'explique un jour que dans cet endroit elle se sent en sécurité pour dire ce qu'elle veut, comme dans un cocon où tout est de nouveau faisable.

"Je peux prendre n'importe quel espace vide et l'appeler une scène. Quelqu'un traverse cet espace vide pendant que quelqu'un d'autre l'observe, et c'est suffisant pour que l'acte théâtral soit amorcé"<sup>32</sup> annonce Peter Brook. Donc, pour qu'il y ait théâtre il faut être un minimum de deux personnes dans un même endroit. Cette particularité qui se retrouve dans les arts de la représentation permet plus facilement de créer des relations. De part sa nature, le théâtre provoque ainsi un rapport certain entre deux personnes minimum. Or, on a pu voir que les personnes traumatisées ont des difficultés à entrer en relation avec le monde qui les entoure car cet environnement les effraie depuis le choc qu'elles ont subi. Elles ne vont pas vers les autres et se replient sur elles-mêmes. Le théâtre a permis à Sylvie de jouer avec une autre patiente présente à l'atelier. Elles se sont ensuite revues en dehors des séances et ont même gardé contact après l'hospitalisation.

On constate clairement que le théâtre est un choix pertinent pour les personnes victimes de traumatismes psychiques puisque par ses composantes particulières il va donner des repères spatio-temporels, de communication et de relation permettant aux patients de se réinsérer plus aisément dans le monde qui les entoure. Ces jalons bien établis limiteront ainsi les répercussions sociales, familiales et professionnelles consécutives au traumatisme.

---

<sup>32</sup> Peter Brook, *L'Espace vide*, éd. Seuil, 1977, p. 25.

**B. L'utilisation du théâtre en art-thérapie peut avoir des limites : certaines composantes de cet art n'aident pas la personne victime de traumatismes psychiques.**

L'étude du cas d'Alban nous montre que la dominante artistique théâtre n'a pas été un choix favorable à une prise en charge efficace. En effet, il semble que le caractère " trop réel " de ce qui est représenté le touche beaucoup (S2). Il est ému en jouant une scène avec le second patient et devient tout de suite mal à l'aise.

Le théâtre est multisensoriel. Il a la particularité de mobiliser simultanément chez l'acteur le toucher, l'ouïe, la vue et plus rarement le goût et l'odorat. Il en est de même chez le spectateur. Ainsi, le théâtre peut déclencher chez ce dernier des émotions tellement fortes et tellement réelles qu'elles peuvent le séparer de l'illusion. Chez l'acteur, les sensations sont tellement tangibles qu'il peut lui aussi faire la confusion entre ses sentiments et ceux de son personnage. Ce processus est aussi susceptible de se produire lors des séances d'art-thérapie. Ainsi certaines situations jouées peuvent réellement faire peur aux personnes accueillies dans ce service. Toujours fragiles, souvent émotives, et s'identifiant trop facilement aux personnages mis en jeu faute de ne savoir comment gérer leur propre vie suite au traumatisme, elles ont l'impression de mettre à nu leurs émotions, se mettant ainsi en danger. Tandis que pour certains le théâtre donne la sensation de quelque chose d'infiniment réel, pour d'autres, au contraire, il peut consolider le sentiment d'irréalité. Or, la dissociation qui donne l'impression aux sujets concernés de ne pas être rattachés à la réalité est un symptôme visible chez certaines victimes ; l'effet produit peut alors être contraire aux objectifs fixés. Ainsi, j'ai eu l'occasion de prendre en charge une personne qui avait un fort symptôme de dissociation. J'ai eu l'impression que le théâtre l'encait encore plus dans son monde non existant. Elle a même un jour rapporté des faits à un autre patient comme faisant partie intégrante de sa propre vie alors qu'ils avaient été en réalité, créés lors de la mise en jeu dans l'atelier d'art-thérapie.

Comme on l'indiquait plus haut, le théâtre est donc un microcosme. Depuis son origine, on l'a toujours utilisé pour représenter le monde tel qu'il est ou tel qu'on voudrait qu'il soit. Si l'on reprend l'opération artistique et qu'on l'analyse un peu, ce qui est à l'origine de toute production artistique c'est un accident spatio-temporel dans le monde sensible qui donne " l'inspiration " à l'artiste pour créer. Or la personne victime de traumatismes psychiques a vécu un événement qui l'a profondément choquée et si elle est dans ce service d'hospitalisation c'est qu'aujourd'hui cet événement est toujours présent dans son psychisme.

Le patient inspiré de son vécu, pourrait donc facilement représenter le réel de son trauma par le théâtre. Cette dominante artistique favoriserait alors l'égotisme des patients et les renfermerait encore plus sur eux-mêmes et sur leur histoire, accentuant le reclus social. De plus, la représentation de l'histoire de chacun peut faire peur aux autres patients-spectateurs. Ainsi Cathie avait pour habitude de ne représenter en improvisation que des scènes de son vécu. Et même si elle les jouait avec les autres, c'était sa version qui primait, ce qui ne l'a pas aidée dans son reclus social. Un jour, elle a joué l'histoire d'une prostituée, thème inspiré de son passé et les autres participants ont paru choqués par ce qu'elle donnait à voir.

" L'élément le plus important au théâtre est le corps humain – impossible de faire du théâtre sans corps humain ! – [...] "<sup>33</sup>, c'est ainsi qu'Augusto Boal caractérisait le théâtre. Or, si le corps est nécessaire à la production théâtrale, il n'est pas toujours évident de l'utiliser dans un cadre esthétique pour les personnes victimes de traumatismes psychiques. En effet, même si par définition le trauma est l'effraction du psychisme par un élément extérieur, il est important de noter que le corps est l'enveloppe physique du moi et donc qu'il n'est pas impossible d'avoir des problématiques qui lui sont liées suite au vécu traumatique. Ainsi, il n'a pas été évident pour Cathie d'utiliser son corps dans les exercices proposés en théâtre. Elle refusait même d'en faire certains qui mobilisaient plus le corps ou le toucher. Certaines situations dans les mises en jeu théâtrales peuvent bloquer la personne ne se sentant pas capable de jouer de son corps ou de l'exposer.

Une autre particularité du théâtre est que le temps de la production est le même que celui de l'exposition, l'espace scène/salle permettant cette représentation. Cette spatialisation n'était pas toujours favorable car elle engendrait un affrontement trop brutal acteur/spectateur. Comme pour la notion de groupe décrite plus haut, le théâtre favorise le regard de l'un sur l'autre. Le théâtre est un art où l'action et la contemplation sont instantanées, il est d'autant plus difficile pour les patients du service de se laisser regarder, et/ou peut-être juger.

Le théâtre est une dominante artistique qui peut être adapté à la prise en charge en art-thérapie des victimes de traumatismes psychiques. Cependant l'art-thérapeute doit l'utiliser de façon rigoureuse en fonction des personnalités de chaque individu et de leurs pénalités. En effet, si le théâtre peut contribuer au mieux-être de ces personnes car dans son essence il a des leviers

---

<sup>33</sup> BOAL Augusto, *Jeux pour acteurs et non-acteurs \_ Pratiques du théâtre de l'opprimé*, éd. Actualisée de La découverte, Paris, 2004.

qui peuvent les aider, il peut parfois ne pas produire l'effet escompté. L'art-thérapeute se doit d'être vigilant à son utilisation en assurant qu'il soit adapté à telle ou telle personne.

## Conclusion

" L'ineptie consiste à vouloir conclure " écrit Gustave Flaubert dans sa lettre à Louis Bouilhet. Concernant le mémoire en lui-même, je ne peux aller jusqu'à partager l'idée première de l'auteur. Toutefois, je ne peux qu'être en accord avec lui à propos de la rédaction d'une conclusion pour le sujet de ce mémoire. J'aimerais faire remarquer que cet écrit n'est pas une fin en soi et qu'au contraire il est le début d'une réflexion sur la pertinence et la faisabilité de l'art-thérapie à dominante théâtre auprès de personnes victimes de traumatismes psychiques. Ainsi, il propose des pistes de réflexion et de discussion sur cette hypothèse au regard d'exemples concrets. Soulignons d'ailleurs que ces illustrations de cas pratiques se réfèrent uniquement à ma propre expérience. Donc si cette conclusion met un point à ce mémoire ce n'est qu'un point-virgule pour ce qui est de cette recherche.

Ce travail de mémoire a été motivé par le constat suivant : Les personnes victimes de traumatismes psychiques souffrent de perturbations physiques et psychiques qui entraînent souvent une altération du fonctionnement social de l'individu.

Au travers de cette réflexion et de ces discussions nous avons pu démontrer l'intérêt et la pertinence de la prise en charge en art-thérapie auprès de ces personnes. En effet, elle permet en un sens d'atténuer les répercussions négatives sur leur vie au quotidien quelles soient d'ordre social, familial et professionnel. Cette méthode thérapeutique peut aussi leur redonner une certaine saveur existentielle en les ré-incluant dans un projet de vie.

Ce mémoire a permis aussi de montrer la pertinence et l'apport du théâtre comme dominante artistique dans une telle prise en charge. Il participe à la reconstruction de l'individu chamboulé par l'événement traumatisant en lui redonnant des repères internes stables, sécurisants et nécessaires pour vivre. Il permet aussi de donner des outils essentiels pour que la personne victime puisse se resituer dans un espace et un temps commun à tous les êtres humains.

Ainsi, l'événement traumatisant étant vécu et décrit par les victimes elles-mêmes comme la rupture de leur propre vie, une prise en charge en art-thérapie à dominante théâtre pourrait favoriser la bonne « remise en route » de ces personnes.

Cependant, ce travail a aussi pu démontrer qu'il existait certaines limites dans les modalités d'application de l'art-thérapie comme méthode thérapeutique et du théâtre comme dominante

artistique. En effet, parfois le théâtre a pu déstabiliser certains patients que j'avais en pris en charge durant mon stage car cette discipline a des particularités qui ne peuvent convenir à tout type de personne.

De plus, le rythme et le cadre hospitalier ont imposé ceux des ateliers et des prises en charge. Certaines modalités d'organisation n'ont pas toujours été favorables dans l'aide apportée aux victimes. Les prises en charge en groupe n'étaient pas toujours adaptées aux besoins des patients et aux objectifs fixés tout comme l'atelier ouvert ou encore le lieu du salon comme espace de soin. Une organisation plus cadrée pour l'art-thérapie est nécessaire pour prendre en charge ce public. Une salle adaptée et spécifique serait indispensable. Des temps organisés et précis pour les prises en charge en groupe et en individuel en art-thérapie permettraient aux patients de se repérer plus facilement dans l'atelier mais aussi en dehors.

L'intégration de l'art-thérapie dans le service n'a duré que le temps de mon stage et cette discipline se réinstalle de la même façon à l'arrivée d'un nouveau stagiaire. Or, on a pu constater dans ce mémoire que l'art-thérapie a vraiment sa place auprès de ces personnes. Si l'installation de l'art-thérapie venait à voir le jour dans ce service de façon permanente, il est important que la discipline soit appréciée à sa juste valeur. En effet, si le but des ateliers artistiques mis en place occasionnellement est d'occuper les personnes hospitalisées, il n'y a pas besoin de cadre spécifique, le lieu et les temps impartis ont peu d'importance. Seulement l'art-thérapie ne peut s'improviser au détour d'un couloir, surtout avec ce public en manque de repères stables. Il sera donc important de mettre en place un cadre précis favorable à l'art-thérapie. Ainsi par exemple, je pense qu'il pourrait être judicieux de mettre en place un programme de soin qui serait un relais entre les séances, permettant de préserver, de stimuler ou d'entretenir les acquis entre chaque atelier.

Ce mémoire se conclut sur cette réflexion, peut-on mettre en place des ateliers d'art-thérapie dans n'importe quel cadre et quelle que soit l'organisation proposée par la structure ? Et plus généralement, dans quelles mesures les modalités d'application concrète (lieux, horaires, et rythme des séances), peuvent-ils influencer sur l'efficacité de la prise en charge de tel ou tel public ?

# Annexe

## Fiche d'observation de Cathie à la première séance.

Nom du patient : Cathie  
 N° séance : 1  
 Type d'atelier et dominante artistique : Collectif/Théâtre  
 Lieu : Salle commune      Durée : 40min

### Objectif thérapeutique/artistique :

Intégration de Cathie au sein du groupe. Observer son comportement avec les autres patients ainsi qu'avec l'art-thérapeute. Découvrir ses goûts. Observer son investissement durant l'atelier. Etablir une relation de confiance avec l'art-thérapeute.

### Spectateur / Contemplation

N'est pas souvent dans la contemplation, Cathie préfère jouer. Cependant quand elle est spectateur, elle observe attentivement ce qui se joue malgré sa bougeotte.

### Acteur / Expression

Expression scénique :

#### Expression vocal

Temps (parle plus ou moins vite)	Lent	0	1	2	3	4	5	Vite
Force (parle plus ou moins fort)	Faible	0	1	2	3	4	5	Fort
Tonalité (parle plus ou moins aigu)	Aigu	0	1	2	3	4	5	Grave

#### Expression corporelle

Temps (fait des gestes plus ou moins soudain/rapide)	Lent	0	1	2	3	4	5	Vite
Force (fait des gestes plus ou moins lourd/fort)	Léger	0	1	2	3	4	5	Lourd
Espace (fait des gestes plus ou moins directe/dirigé vers qqch)	Indirect	0	1	2	3	4	5	Directe
Flux énergétique (fait des gestes plus ou moins contenu ou libre)	Libre	0	1	2	3	4	5	Tenu

Mimesis                    0    1    2    3    4    5

Invention                0    1    2    3    4    5

**Observations :**

Cathie reproduit facilement ce qui a été proposé par l'art-thérapeute dans les propositions dirigé et semi dirigé. Par contre dans les propositions plus libres, elle a la capacité d'inventer facilement quelque chose qui lui appartient.

Investissement corporel et verbal trop excessif : peut impressionner les autres.

Jeu imaginaire :

Présent Absent

Capacité à utiliser son imaginaire difficile est à l'aise

Imaginaire Répétitif Inventif Incohérent Contenu Inspirer du vécu

**Observations :**

On a l'impression que Cathie se sert de ses propres émotions pour jouer. Sinon elle semble très à l'aise pour produire différentes situations scéniques.

**Préférence dans l'atelier**

Plaisir : Semble apprécier tout ce qui se rapporte à l'improvisation.

Déplaisir : Ne semble pas aimer les échauffements.

**Comportement**

(de 0 à 3 : 0 pas ; 1 un peu ; 2 moyen ; 3 beaucoup)

	Début séance	Fin séance
Participation	3	3
Plaisir	3	3
Capacité relationnelle	2	2
Application	2	2

**Autres Observations et Items :**

Cathie semble souvent dissocier dans l'utilisation de ses émotions : utilise des sourires peut appropriés à la situation.

**Bilan et projection thérapeutique/artistique :**

Le jeu scénique excessif de Cathie risque de l'isoler rapidement du reste du groupe. Essayer d'établir des relations convenables entre Cathie et les autres patients. Proposer des mises en jeu plus dirigées afin qu'elle est un cadre plus restreint pour jouer.

## Liste des schémas et des graphiques

**Schéma 1** : Synthèse de l'opération artistique.

**Schéma 2** : Les trois spatialisations de jeu utilisés.

**Graphique 1** : La qualité relationnelle Cathie/art-thérapeute au regard de l'activité artistique.

**Graphique 2** : La qualité relationnelle Cathie/patients au regard de l'activité artistique.

**Graphique 3** : La qualité relationnelle Cathie/équipe soignante au regard de l'activité artistique.

**Graphique 4** : Evolution de la confiance en soi et de l'estime de soi de Sylvie au regard du plaisir suscité durant les séances.

# Bibliographie

## Médecine et psychotraumatisme

- Support papier

CROCQ Louis et al. , *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*, éd. Elsevier Masson, Issy les Moulineaux, 2007.

DE CLERQ Michel et LEBIGO François, *Les traumatismes psychiques*, éd. Masson, Paris, 2001.

JEHEL Louis, Lopez Gérard et al. , *Psychotraumatologie, Evaluation, Clinique, Traitement*, éd. Dunod, Paris, 2006.

MUNYANDAMUTSA Naasson, *Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique : réflexion autour de l'observation clinique d'enfants et d'adolescents survivants du génocide rwandais de 1994*, éd. Médecine et Hygiène, Paris, 2002.

- Autres supports

APHP, [www.aphp.fr](http://www.aphp.fr), consulté le 18/01/2011.

VICTIMO, [www.victimo.fr](http://www.victimo.fr), consulté le 25/01/2011.

## Art et théâtre

- Support papier

BOAL Augusto, *Jeux pour acteurs et non-acteurs \_ Pratiques du théâtre de l'opprimé*, éd. Actualisée de La découverte, Paris, 2004.

BROOK Peter, *L'Espace vide*, coll. Points d'essai, éd. Seuil, Paris, 2001.

DEGAINE André, *Histoire du théâtre dessinée*, éd. Nizet, 2004.

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, éd. Favre, Lausanne, 2004.

FRIARD Dominique, *Quand le patient devient " acteur " ...*, in Santé mentale \_ Théâtre et psychiatrie, p.20 à p.27, n°154, Janvier 2011.

FRIARD Dominique, *Théâtre de l'opprimé*, in Santé mentale \_ Théâtre et psychiatrie, p.18, n°154, Janvier 2011.

LECOURT Edith, *Le sonore : du trauma à l'enveloppe*, in Santé mentale \_ La musique qui soigne, p.30 à p.31, n°89, Juin 2004.

MORANA Cyril, OUDIN Eric, *L'art, De Platon à Deleuze*, coll. Petite philosophie des grandes idées, éd. Eyrolles, 2010.

### **Art-thérapie**

- Support papier

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5<sup>ème</sup> éd., Favre, Lausanne, 2007.

FORESTIER Richard et al. , *L'évaluation en art-thérapie \_ Pratiques internationales*, Actes du congrès international d'art-thérapie, éd. Elsevier Masson, Issy les Moulineaux, 2007.

### **Ouvrage de référence**

- Support papier

*Dictionnaire Hachette*, éd.2011, Paris, 2010.

*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, éd. Masson, 4<sup>è</sup> éd. 1996.

GARNIER, DELAMARE, *Dictionnaire illustré des termes de Médecine*, 29<sup>ème</sup> éd.-2<sup>ème</sup> tirage, Maloine, Paris, 2008.

- Autres supports

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, [www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr)



**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS**  
**UFR DE MÉDECINE – TOURS**  
**&**  
**AFRATAPEM**  
**Association Française de Recherche & Applications des**  
**Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**Soutenu en 2011**  
**Par LIZION Fanny**

**Une expérience d'art-thérapie à dominante théâtre auprès de personnes victimes de traumatismes psychiques**

Les troubles physiques et psychiques dont souffrent les personnes en état de stress post-traumatique se traduisent souvent par un déficit important de la confiance en l'être humain et une perte de repères ainsi que du sentiment d'existence. Ces perturbations entraînent chez les sujets des répercussions négatives au niveau social, familial et professionnel.

Dans ce mémoire, nous tentons de répondre aux hypothèses suivantes :

L'art-thérapie peut-elle contribuer au mieux-être de la personne victime de traumatismes psychiques ?

Le choix du théâtre comme dominante artistique dans cette prise en charge est-il pertinent ? Les repères inhérents à cette pratique peuvent-ils participer à restaurer ceux du sujet ?

Afin d'y répondre nous nous intéresserons aux pénalités des personnes victimes de traumatismes psychiques. Nous décrirons les modalités et les indications de l'art-thérapie et ses particularités quant à l'utilisation du théâtre. Enfin, en prenant appui sur des situations de terrains, nous discuterons de la vérification de l'une et l'autre de ces hypothèses.

**Mots clefs : Arts-thérapie / Théâtre / Traumatismes psychiques / Répercussions sociales / Repères**

**An Experience of Art Therapy mainly based on Theatre Practice for Patients suffering from Psychic Traumatism**

Physical and psychic disorders from which people in state of post-traumatic stress are suffering often manifest themselves through a huge lack of confidence in the human kind, a loss of bearings and of the feeling of existence. These disorders lead to negative consequences in the patients' social, family and professional life.

In this essay, we try to answer the following hypotheses:

Is art therapy a way to improve the well-being of post-traumatic stress disorder's victims? Is the choice of theatrical activities as the most important component of an art therapy intervention a good one? Can theatrical landmarks help patients to find themselves back?

In order to answer these questions, we will concentrate ourselves on the study of the many problems a post-traumatic stress disorder's victim is confronted to. We will describe the means and modus operandi of art therapy especially when it is mainly with the help of theatre. Finally, by relying on field experiences, we will discuss the validity of both hypotheses.

**Key Words: Arts-therapy / Theatre / Psychic traumatism / Social Impacts / Landmarks**