

**Sébastien Rives**

*Promotion 2014 - 2017*

*Année scolaire 2016 /2017*



*Viens avec moi, je dessine.*



*De la chair à l'or, Rives Sébastien, technique mixte sur papier acrylique  
42x46cm, août 2016*

Mémoire de fin d'études

Initiation à la recherche en soins infirmiers

*Compétence 8, unités d'enseignement n°3.4, 5.6 et 6.2 Semestre 6*

IFSI du CHR SUD  
BP 350  
SAINT PIERRE CEDEX

Directrice de mémoire :  
Madame Amouny Huguette

Note aux lecteurs :

*Ce présent document est un travail personnel effectué dans le cadre de mes études à l'institut de formation en soins infirmiers de Saint Pierre, il ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur<sup>1</sup> ou de l'institut de formation.*

---

<sup>1</sup> sebastien\_rives@hotmail.fr

<sup>2</sup> Marie Josée Cottureau (dir), Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, prise en charge

## *REMERCIEMENTS*

Je tiens tout d'abord à adresser de chaleureux remerciements à mes proches, pour leur amour et leur soutien durant ce parcours : mon épouse Aurélie et mes deux petites princesses, Inès et Juliette.

Je présente aussi tous mes remerciements aux soignants et aux cadres de santé des services et cadres de santé formateurs qui m'ont accompagné avec gentillesse et professionnalisme,

Je remercie tout particulièrement Eric Jean-Daniel Singaïny dont les conseils ont été de précieuses lumières lorsque le brouillard théorique et conceptuel emportait mes idées,

Je souhaite aussi remercier mon groupe de travail de mémoire, avec qui j'ai pu échanger mes doutes et trouver de nouvelles voies : Anne-Gaëlle, Larissa, Michèle et Véronique.

Enfin, je tiens à remercier madame **Huguette Amouny**, ma guidante de mémoire, qui a courageusement pris le temps d'écouter mes (trop) nombreuses idées et qui a su m'accompagner sur le chemin qui mène à ce mémoire.

“ Je dormais sur ma table, la tête dans mes coudes. j’avançai encore avec Haydn et j’arrivai dans une salle où l’on pratiquait un art : celui d’offrir à l’autre ce qui nous rendait reconnaissable. Des hommes tenaient, à bout de bras, leur propre masque et le tendaient à leur vis-à-vis. ”

Fred Deux

Extrait de *La leçon d'exorcisme*, in *Fred Deux l'alter ego*, Cabinet d'art graphique, Editions du Centre Pompidou, Paris, 2004, p. 103.

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2. PRÉSENTATION DE LA SITUATION D'APPEL.....</b>	<b>1</b>
<b>3. CADRE EXPLORATOIRE.....</b>	<b>3</b>
<b>3.1 Méthodologie de la recherche.....</b>	<b>3</b>
<b>3.2 Cadre théorique.....</b>	<b>3</b>
3.2.1 La santé mentale. ....	3
• Brève histoire de la psychiatrie. ....	3
• L'organisation de la santé mentale ....	5
3.2.2 L'infirmier en santé mentale.....	5
• Du gardien des fous à infirmier. ....	6
• Les soins infirmiers en santé mentale. ....	8
3.2.3 Les ateliers créatifs. ....	9
• L'atelier. ....	10
• La création comme soin. ....	10
• Pour quels patients ?.....	11
• Pour quels soignants ? .....	12
<b>3.3 Cadre conceptuel.....</b>	<b>13</b>
3.3.1 Le Caring. ....	13
3.3.2 La posture infirmière en santé mentale .....	15
• Ethique esthétique : ipséité et non jugement.....	15
• L'empathie, la congruence et le regard positif. ....	16
• L'humanité. ....	17
<b>4. RECHERCHE EMPIRIQUE.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Méthodologie de l'enquête.....</b>	<b>17</b>
4.1.1 Choix de l'outil. ....	17
4.1.2 Population et lieux concernés par l'enquête.....	18
4.1.3 Déroulement des entretiens.....	18
4.1.4 Difficultés rencontrées. ....	19
<b>4.2 Présentation des résultats et analyse. ....</b>	<b>19</b>
• Analyse synoptique.....	19
• Analyse par question.....	19
• Analyse par thème. ....	30
<b>4.3 Synthèse des résultats.....</b>	<b>33</b>
<b>5. FORMULATION DE L'HYPOTHÈSE ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE....</b>	<b>34</b>
<b>6. PRÉSENTATION DU DEVIS DE RECHERCHE. ....</b>	<b>35</b>
<b>7. CONCLUSION.....</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>38</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>41</b>
<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>76</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>77</b>

## **1. INTRODUCTION.**

Il y a une forme de fascination à l'évocation des termes de création et de créativité. Le plus étrange est de confronter ces termes au domaine de la santé mentale, source de mystères et de mythe pour les profanes. Lorsque la créativité entre dans le soin, elle fait naître des enjeux, des postures, des concepts tant du côté du patient que du soignant.

Dans les établissements de santé mentale, il y a de nombreuses activités avec des médiations artistiques. Dans le cadre de son rôle, l'infirmier de psychiatrie intervient dans les ateliers artistiques à l'intérieur desquels peinture, sculpture, bricolage, modelage... seront des outils qui serviront le soin. Dans un espace et un temps donné, un jeu va s'installer et les patients comme les soignants vont devoir jouer un rôle.

Le rôle va être l'objet de cette étude. Au départ il y a une situation vécue en stage de deuxième année de formation en soins infirmiers qui m'a amené à un questionnement. Ensuite nous explorerons l'univers théorique de la créativité dans le champ de la psychiatrie et du rôle infirmier, sous la forme d'un entonnoir. Après avoir développé cette approche théorique, nous verrons comment nous sommes arrivés à un concept central : le Caring, ce prendre soin particulier à Jean Watson. Il sera soutenu par quelques concepts satellites majeurs : l'éthique du non-jugement, l'humanité et l'empathie. Une deuxième phase de questionnement nous a amené à discuter avec des professionnels à partir d'un guide d'entretien. Sous la forme d'un sfumato, une hypothèse va naître progressivement à travers l'analyse des conversations. Elle se révélera finalement dans la dernière partie, lors du devis de recherche.

## **2. PRÉSENTATION DE LA SITUATION D'APPEL.**

Lors du quatrième semestre de formation en soins infirmiers, j'ai effectué un stage dans un centre médico psychologique pour adulte (CMP). Parmi les soins que j'ai effectués, j'ai régulièrement participé à un hôpital de jour appelé « atelier créatif ».

C'est un atelier thérapeutique qui a lieu tous les lundis. Il est destiné à une dizaine de patients suivis pour des pathologies mentales et dont l'état de santé est stabilisé. Leur participation, prescrite par le psychiatre du CMP, se justifie par la présence de troubles de la communication, des difficultés de projection, difficultés cognitives et dans les interactions sociales. Deux à trois infirmiers diplômés d'Etat (IDE) encadrent l'atelier, en fonction du nombre de patients présents. Ces IDE sont tous référents de l'atelier et ils y participent à tour de rôle selon leur planning hebdomadaire.

L'atelier comporte des projets de soins avec des objectifs de soins personnalisés et collectifs. Les objectifs répondent aux troubles et difficultés des patients en travaillant sur l'expression du désir de la personne en lien avec le choix de l'objet à réaliser, l'apprentissage d'une technique, le respect des contraintes, la stimulation des capacités cognitives, l'investissement, la notion de plaisir, la valorisation et les interactions sociales.

L'atelier se déroule de 08h30 à 13h00 dans une grande salle au CMP, le matériel se trouvant dans un local annexe. Il commence et se termine par un repas thérapeutique. La séance est divisée en deux temps : la première partie consiste à réaliser un objet en groupe, tandis que dans une deuxième partie, chacun réalise un objet personnel de son choix. Toutes les réalisations relèvent des arts plastiques : dessin, peinture, sculpture, modelage, créations d'objets etc.

Depuis le début du stage j'ai participé à tous les ateliers créatifs. Au fur et à mesure des séances, deux points m'ont interpellés. Tout d'abord, lors de la réalisation des objets personnels, j'ai remarqué qu'au moins la moitié des patients réalisaient toujours le même objet à chaque atelier (souvent des colliers de perle). Pourtant, ils avaient à leur disposition n'importe quel matériel qu'ils pouvaient utiliser librement car il n'y avait pas de contraintes. Malgré la relance des infirmiers, les patients s'étaient installés dans une forme de chronicité dans l'espace-temps-objet : ils reprenaient toujours la même place, en réalisant les mêmes objets pour la même durée. D'autre part, à la fin de chaque séance, les soignants demandaient aux patients leurs impressions sur la matinée, et il y avait peu de questions autour du sens de leurs objets. L'appréciation consistait principalement à cerner le ressenti et l'attitude des patients. Si cela sert les objectifs de soins, il me semblait qu'il serait possible d'aller plus loin.

Dans le cadre du stage, j'avais fixé l'objectif d'animer un atelier. J'ai une licence universitaire d'arts plastiques, une pratique personnelle régulière, et l'art thérapie m'intéresse depuis le début de la formation. Le statut d'étudiant me permettant d'avoir plus de disponibilité pour retravailler ces questionnements, j'ai cherché comment lier mes compétences personnelles dans le cadre professionnel des ateliers créatifs. J'ai proposé une formule basée sur la création d'un objet en fonction d'un thème, que j'ai appelé « un thème pour créer ». Après avoir eu l'accord de l'équipe pluridisciplinaire du CMP, cet atelier a été organisé sur deux séances dans le cadre de l'atelier créatif.

A l'issue des ateliers, j'ai rédigé un compte rendu à partir des remarques des IDE qui ont accompagné les séances, et de mes observations. Puis j'ai échangé avec différents professionnels du CMP, pour faire le bilan de l'activité en termes de soins. L'observation de chaque patient à travers leur processus créatif, l'objet réalisé et de leur discours, a permis aux professionnels de santé d'avoir une approche différente, un regard différent sur certains patients. En effet, les questions à propos de leurs réalisations ont souvent permis aux patients de s'exprimer différemment.

Cette expérience a marqué une étape dans ma perception du soin avec la médiation artistique. Je me suis notamment rendu compte que j'avais dérivé des questionnements de départ du sens de l'objet et la chronicité, pour aller vers une attention plus singulière. C'est-à-dire qu'il m'a semblé avoir été plus proche des patients en étant attentif à leur démarche créative, au processus en œuvre lors de la création des objets.

J'ai choisi d'approfondir ce questionnement dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en soins infirmier.

\*\*\*

### 3. CADRE EXPLORATOIRE.

#### 3.1 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.

Guidé par le souhait d'évoluer professionnellement dans la pratique de l'art-thérapie, il a semblé important d'analyser les enjeux de la situation d'appel. Dans un premier temps, il a fallu se détacher de l'approche passionnelle du rapport avec l'art et appliquer le filtre du soin infirmier pour dégager une série de questions profanes :

- Quels sont les enjeux des ateliers créatifs ? En quoi sont-ils thérapeutiques ?
- Qu'est-ce que la chronicité dans le soin en psychiatrie ?
- Que signifie prendre en considération « la création » ? qu'est-ce que le processus créatif ?
- Au-delà de l'encadrement, quel est le rôle de l'infirmier en psychiatrie ?

Dans un deuxième temps, les questions profanes ont orienté nos recherches vers des sources bibliographiques, en lien avec les ateliers créatifs, le rôle infirmier, les ateliers thérapeutiques et la santé mentale en générale. Cela nous a amené à préciser notre champ de recherche :

- Thème : le rôle infirmier dans les ateliers créatifs.
- Variable : la relation de soin avec les patients en psychiatrie.
- Champ d'action : les patients en santé mentale, participant à des ateliers créatifs.

Après avoir éclairci ces notions, en approfondissant les recherches bibliographiques et en élaborant les premières bases méthodologiques théoriques et conceptuelles, nous sommes parvenus à cette question de départ :

En quoi la considération à l'égard du processus créatif lors des ateliers créatifs par les patients en santé mentale enrichit la prise en soin ?

#### 3.2 CADRE THÉORIQUE.

##### 3.2.1 La santé mentale.

- **Brève histoire de la psychiatrie.**

L'étymologique du terme « psychiatrie » vient du Grec Antique. Il est composé de ψυχή, « psyche », qui se rapporte à l'esprit, à l'âme et du suffixe ιατρός, « iatrós », qui signifie médecin, docteur, guérisseur.<sup>2</sup> Il s'agit donc de la médecine de l'âme, de la psyché, la conscience, la personnalité.

L'histoire de la psychiatrie trouve ses racines dans la Grèce antique, avec Hippocrate (de 460 à 370 avant Jésus Christ) pour qui « conscience et mouvement sont générés par la circulation

---

<sup>2</sup> Marie Josée Cottureau (dir), *Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, prise en charge et diagnostics infirmiers in nouveaux cahiers de l'infirmière*, Edition Masson, 2007 p.5.

de l'air à travers le corps »<sup>3</sup>. Il propose une répartition des troubles de l'esprit et introduit entre autres, les termes de *phrénétis* (le délire, trouble mental aigu), *mania* (maladie mentale chronique), *mélancolia* (liée à la bile noire) et hystérie (convulsions liées à l'utérus). Durant l'ère romaine, apparaît le terme de folie. La source étymologique latine « *follis* » le traduit par « sac ou ballon de cuir gonflé d'air »<sup>4</sup>.

Le Moyen Âge, dominé par le christianisme, assimile la folie aux perversions, aux vices et influences sataniques. Il faut attendre la Renaissance et les premiers travaux comme ceux du médecin belge Jean de Wier (1515,1516 - 1588), farouche opposant à la chasse aux sorcières, pour différencier les troubles psychiques des influences démoniaques.

Le XVIIème siècle voit la création des premières lois et centres pour les aliénés : La Pitié, la Salpêtrière, la Savonnerie, Bicêtre et Scipion. Si l'étymologie latine d'aliéné est *alienus*, dérivé d'*alius*, qui signifie « qui appartient à un autre, d'autrui, étranger », le sens se modifie à compter du XIVème siècle : « privé de raison »<sup>5</sup>. La raison n'appartient plus à la personne, mais à un autre, à autre chose. La personne aliénée devient dès lors un danger pour la cité et doit donc en être isolé. Ce qui justifiera l'enfermement des déséquilibrés mais aussi des prostituées et des mendiants.

Le siècle des Lumières marque l'avancée de la médecine par la raison, l'observation et la critique. Le politicien français Jacques Necker (1732 - 1804), fera des centres pour les aliénés des communautés de soins. Le médecin anglais William Cullen (1710 - 1790) inventera le terme de « névrose », pour parler des maladies nerveuses (comas, désordre mental etc.). Mais c'est surtout l'œuvre du médecin Philippe Pinel (1745 - 1826), qui inscrira l'aliénation mentale dans le cadre d'un soin spécifique avec des institutions dédiées. C'est à cette époque que débute la clinique psychiatrique.

Les époques « moderne » et « contemporaine » marquent la construction de théories et de concepts de la psychiatrie. Plusieurs courants apparaissent, notamment au sein de l'organicisme qui définit la pathologie mentale comme la conséquence d'un trouble biologique, organique.

L'évolution des neurosciences, des traitements et l'avènement de certains concepts, avec l'essor des psychothérapies, donneront naissances à des courants de psychiatrie, dont voici quelques termes : la psychopathologie générale, l'approche phénoménologique (sous l'influence d'Husserl), la psychanalyse (inventé par Sigmund Freud), le comportementalisme (basé sur un travail de reconditionnement à partir des symptômes), le cognitivisme etc. Nous pouvons dire qu'avec l'ensemble des moyens organiques et psychothérapeutiques disponibles la psychiatrie consiste en l'étude et aux soins des pathologies mentales (diagnostic, pronostic, traitement).

A travers le parcours historique, nous avons pu voir de quelle manière la représentation du patient en psychiatrie a évolué, en passant de « fou » à « aliéné » pour devenir « patient ». Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé mentale de la manière

---

<sup>3</sup> Marie Josée Cotterau (dir), *loc. cit.* p.5.

<sup>4</sup> Alfred Ernout, Alfred Meillet, *Dictionnaire étymologique de la langue latine* (4<sup>ème</sup> éd.), édition Klincksieck, Paris 2001, p. 244.

<sup>5</sup> <http://www.cnrtl.fr/etymologie/ali%C3%A9n%C3%A9> (consulté le 12/03/2017).

suivante : « La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. »<sup>6</sup>

Pour situer le champ de la santé mentale aujourd'hui, nous allons développer, dans un deuxième temps, son organisation.

- **L'organisation de la santé mentale**

Le Code de Santé Publique fixe les modalités de soins et l'organisation de la santé mentale dans le livre II de la troisième partie, intitulée « Lutte contre les maladies mentales » et dont la dernière modification a été faite par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016. Les textes définissent dans une première partie les modalités de soins psychiatriques en commençant par le droit des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques jusqu'aux modalités d'admissions. Dans une deuxième partie, elle fixe l'organisation de la santé mentale.

Les structures d'accueil et de prise en charge des patients en psychiatrie sont sectorisées. L'objectif de cette division est d'offrir des lieux en dehors des centres hospitaliers pour favoriser l'insertion au sein de la communauté. La sectorisation est décomposée en air géographique, définit par un nombre d'habitants (de 67 000 à 70 000 habitants)<sup>7</sup>. Parmi la liste des structures de soins en psychiatrie générale nous trouvons les centres médico-psychologiques (CMP) dans lesquels se déroulent les ateliers thérapeutiques visés par cette étude. La Circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale, précise que le CMP est un centre d'accueil, un « lieu d'élaboration du projet de soins, il doit être le garant de la cohérence des interventions et actions proposées au patient et à son entourage. ». Il « assure un rôle de pivot » dans la « gamme de prestations diversifiées de prévention, de diagnostic, de soins et de réinsertion ». Il est composé « d'une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre »<sup>8</sup>

Parmi l'équipe pluridisciplinaire du CMP se trouvent ainsi des infirmiers diplômés d'Etat (IDE).

### 3.2.2 L'infirmier en santé mentale.

La formation du terme infirmier est issue du mot « infirme ». L'origine latine d'infirme est *infirmus* qui se traduit par faible, timoré. Si le mot « infirmier » apparaît courant du XIVème siècle, nous allons voir à travers un rapide aperçu historique, que durant quelques siècles, l'appellation « gardien des fous » a été longtemps employée dans le cadre de la psychiatrie, avant celui d'infirmier.

---

<sup>6</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (consulté le 14/03/2017).

<sup>7</sup> Michel Hanus, Vincent Marchal, *Psychiatrie et soins infirmiers*, édition Maloine, 1997, 360 pages.

<sup>8</sup> CIRCULAIRE du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale.

- **Du gardien des fous à infirmier.**

Parallèlement au changement de la prise en charge du patient en santé mentale, le métier d'infirmier a évolué depuis le Moyen Âge. Jusqu'au XIV<sup>ème</sup> siècle, ce rôle est attribué aux religieuses, dévouée à la charité selon le principe de la foi chrétienne. Compte tenu du caractère satanique de la folie à cette époque, elles sont les mieux investies pour faire face aux personnes internées. Cependant, face à la multiplication des centres institutionnels pour les « fous », une autre main d'œuvre va naître et croître progressivement : « les gardiens des fous ». Des personnes laïques, par opposition aux religieuses, vont s'occuper des aliénés. Le rapport du docteur Van Deventer, en 1907, concernant « le personnel infirmier, son éducation, ses droits et ses devoirs », raconte que « le personnel des gardiens consistait essentiellement en un ramassis de vagabonds et d'ivrognes, de naufragés de la société, qui poussés par la faim acceptèrent ces fonctions pour pouvoir hiverner dans l'établissement. C'est à ces gens exceptionnels et à leurs caprices sans frein qu'on confia les aliénés. »<sup>9</sup>. La plupart des personnes étaient illettrées et souvent recrutées parmi les malades, en fonction de leur robustesse physique pour maintenir et contenir les violences des personnes insensées. Elles veillaient au maintien de l'ordre, jour et nuit, passant leur vie à l'hôpital. Ils ne recevaient d'ordre que des médecins psychiatres.

C'est dans ce contexte qu'apparaît le nom de Jean Baptiste Pussin (1745 -1811). Tanneur jusqu'à l'âge de 25 ans, il se retrouvera à Bicêtre après avoir développé une forme de tuberculose. Il se remet de sa maladie, bien qu'à l'époque elle est considérée médicalement comme inguérissable. Pourtant il est sauvé mais il choisit de rester à Bicêtre pour s'occuper des patients. Dans son « traité médico philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie » de 1800, Philippe Pinel le décrit comme une personne possédant « des qualités physiques les plus propres à en imposer ; les membres pleins de force et de vigueur, une stature bien proportionnée et, dans les moments orageux, un ton de voix foudroyant, la contenance la plus fière et la plus intrépide »<sup>10</sup>. C'est grâce aux écrits de Philippe Pinel que nous pouvons retracer et suivre le parcours de Jean Baptiste Pussin. Le psychiatre comprit rapidement l'importance du travail que Pussin effectuera auprès des patients. En 1785, Jean Baptiste Pussin est nommé « gouverneur de l'emploi de Saint Prix ». Avec son épouse, les insensés sont placés sous leur responsabilité. Pussin fait preuve d'une humanité tout à fait nouvelle face aux patients. D'un côté il exerce son rôle de « police » comme l'écrit Pinel, qui passe par le maintien de l'ordre face aux « maniaques et mélancoliques (...) en général entraînés par une volonté aveugle ou des idées dominantes et exagérées qui les agitent sans cesse »<sup>11</sup>. D'un autre côté, il est remarqué pour son attitude humaine et désaliéniste. Il développe de réelles aptitudes relationnelles qui lui permettent notamment de pouvoir abolir les chaînes des insensés. Le travail remarquable qu'il met en œuvre est souligné par les écrits de Pinel, notamment lors de la deuxième édition de son « Traité sur l'aliénation » où il reconnaît le travail de Pussin sur l'abolition de « l'usage gothique des

---

<sup>9</sup> *Compte rendu des travaux du 1er Congrès International de Psychiatrie, de Neurologie, de Psychologie et de l'Assistance des aliénés tenu à Amsterdam du 2 à 7 septembre 1907.*

<sup>10</sup> *Jack Huchet et Jacques Postel, le « surveillant » Jean Baptiste Pussin à la Salpêtrière, Histoire des Sciences Médicales, tome XXX, 1996. p. 5.*

<sup>11</sup> *Jack Huchet et Jacques Postel, op. cit. p. 7.*

chaînes ». Pinel lui demandera de le suivre lorsqu'il prendra les fonctions de médecin chef à la Salpêtrière en 1795. Pour ce faire, Pinel envoie une requête au ministre de l'intérieur, dans laquelle il souhaite « rendre un témoignage authentique au citoyen Pussin qui joint à une intelligence rare et à une expérience de plusieurs années, l'heureux accord des sentiments d'humanité et d'une fermeté imperturbable si nécessaires pour contenir les gens de service, prendre de l'ascendant sur l'esprit de certains aliénés et concourir ainsi puissamment à rétablir leur raison »<sup>12</sup>.

Considéré comme le pionnier des infirmiers en psychiatrie, l'héritage de Jean Baptiste Pussin influence l'histoire de la profession, et sa professionnalisation. A sa mort, en 1811, c'est un médecin qui est nommé pour prendre ses anciennes fonctions : Jean Etienne Dominique Esquirrol (1772 - 1840).

La réforme des « serviteurs commis à la surveillance immédiate et aux soins personnels des aliénés dans les divers quartier » est préconisée dès 1874 suite à un rapport général sur le service des aliénés dans lequel les inspecteurs souhaitent la création d'un corps spécial de surveillant d'asile<sup>13</sup>.

C'est en 1877 qu'ouvre la première école d'infirmières d'asile à la Salpêtrière grâce au soutien du docteur Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909), célèbre aliéniste et neurologue. En 1878, c'est au tour de Bicêtre puis la Pitié en 1880 et Saint Anne en 1882.

Comme le précise l'article d'Anne-Marie Leyreloup, intitulé « Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie », progressivement, la formation va se perfectionner notamment grâce à la lutte régulière des infirmiers en psychiatrie qui revendiquent l'émancipation de cette image de gardien ignorant, dirigé par les psychiatres. Il faudra attendre 1937 pour que le nom de gardien soit remplacé par celui d'infirmier de secteur départemental de psychiatrie. Les formations seront agrémentées de stages de formation à compter de 1945. C'est avec le soutien de psychiatres comme Paul Bernard (1909 – 1995), Hubert Mignot (1910 – 1982) et Lucien Bonnafé (1912 – 2003) que le premier diplôme pour les infirmiers des hôpitaux psychiatriques verra le jour en 1955<sup>14</sup>. En 1969, l'infirmier devient officiellement « l'infirmier de secteur psychiatrique ». Le 16 février 1973, naît le diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique. Puis, il sera incorporé dans le diplôme commun appelé « diplôme d'Etat polyvalent », créé par l'Arrêté du 23 mars 1992.

En 2009, la formation est modifiée dans le fond et la forme pour mettre en valeur l'acquisition de compétences afin d'obtenir un Diplôme d'Etat au grade de Licence. La formation est partagée entre des enseignements universitaires et des savoirs professionnels.

Nous voyons qu'à travers les siècles, le changement d'appellation de « gardien des fous » au profit d'« infirmier » traduit l'évolution du métier, son rôle, sa considération socio-culturelle et de sa formation. A présent, nous allons détailler le soin infirmier en santé mentale.

---

<sup>12</sup> Jack Huchet et Jacques Postel, *op. cit.* p. 3.

<sup>13</sup> Quételet Claude. *Garder les fous dans un asile de province au XIXe siècle. Le Bon-Sauveur de Caen [Deuxième partie]. In: Annales de Normandie, 29e année, n°2, 1979. P. 194.*

<sup>14</sup> Notons que le titre d'infirmier diplômé de l'état français, orienté sur les soins de médecine générale, dit somatique, est créé en 1922, mais exclue les soins psychiatriques.

- **Les soins infirmiers en santé mentale.**

Les parties IV et V du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique, définissent les actes professionnels de l'infirmier. Le soin infirmier comporte deux rôles : un rôle « propre » qui correspond aux actes de soins relevant de la responsabilité unique de l'infirmier ; puis un rôle dit « prescrit », c'est-à-dire des actes de soins effectués sur prescriptions médicales.

Dans le cadre de la santé mentale, nous pouvons citer l'article R 4311-5 qui définit le rôle propre et précise que « l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : (...) Aide et soutien psychologique ; Observation et surveillance des troubles du comportement. » (Respectivement dans les paragraphes 40 et 41.). De plus l'article R. 4311-6 énonce que « Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient. »

Dans le cadre du rôle prescrit, le paragraphe 42 de l'Article R. 4311-7 précise que « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants (...) en application d'une prescription médicale (...) : 42 - Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique. »

Jacky Merkling, cadre supérieur de santé en centre médico psychologique et formateur en Institut de formation des cadres de santé, définit le soin en psychiatrie comme « l'ensemble des mesures destinées à soutenir ou à modifier le fonctionnement psychique du patient. »<sup>15</sup>. Les manuels de soins infirmiers en psychiatrie s'accordent pour identifier, dans une moindre mesure, trois à quatre grandes familles de soins infirmiers spécifiques à la psychiatrie.

Tout d'abord le soin relationnel. Il peut paraître curieux de dire qu'il est spécifique à la psychiatrie. Le soin se prodigue à une personne, il s'agit ainsi d'une relation humaine de personne à personne. Même si elle est non-verbale, la communication s'établit et elle met en œuvre un contact relationnel. Nous voyons ici que s'accumule un ensemble de pléonasmes soin/contact/relation(nel). Merkling avoue qu'il y a « un débat récurrent (qui) oppose les tenants d'un soin relationnel spécifique à la psychiatrie et ceux qui récusent cette spécificité, affirmant que par définition tout soin est relationnel. »<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Jacky Merkling, *Activités thérapeutiques à médiation, rôle infirmier et soin en santé mentale*, Elsevier Masson, 2010, p. 11.

<sup>16</sup> Jacky Merkling, *op. cit.* p. 12.

La spécificité du soin relationnel dans la psychiatrie tient au fait qu'il est l'objet même du soin. Il prend la forme d'un entretien, qu'il soit formel ou informel, d'accueil, d'évaluation, d'aide ou de soutien. L'entretien infirmier est un acte professionnel, qui réclame de l'expérience, un savoir-faire professionnel et un savoir-être personnel. Il représente l'acte de soin principal en psychiatrie.

La deuxième famille correspond aux soins techniques. Sous la prescription médicale, l'infirmier prépare les traitements, les administre et surveille les effets attendus et éventuellement indésirables par le biais de soins dits courants et spécifiques (bilans sanguins, électrocardiogramme, lithiémie etc.)

La troisième famille regroupe les soins éducatifs. Ils permettent d'aider le patient à retrouver une autonomie, compromise par les conséquences de la maladie et parfois des traitements. Cela concerne les soins d'hygiène, l'alimentation et les actes de la vie courante. Ils conduisent le patient vers une gestion autonome de sa pathologie et des symptômes ainsi que des soins afférents : comme les effets des traitements ou l'importance d'un suivi.

Enfin, la quatrième catégorie comprend les soins et activités sociothérapies et les activités à visée psychothérapeutiques qui sont souvent inclus dans la partie des soins relationnels. Les activités socio thérapeutiques ont pour objectif de permettre au patient de retrouver un rôle social en luttant contre l'isolement provoqué par la pathologie. Les activités à visées psychothérapeutiques sont « un ensemble d'actions inscrites dans un projet thérapeutique individualisé placé sous la responsabilité d'un psychiatre. Elles visent à conserver, développer ou instaurer l'autonomie du patient et des capacités relationnelles, physiques, gestuelles et/ou créatrices »<sup>17</sup>. Merklings précise que l'activité thérapeutique permet « d'aider le patient à discerner, à circonscrire, à représenter puis à nommer progressivement son vécu sensoriel et émotionnel, c'est-à-dire à le transformer en contenus de pensées. »<sup>18</sup>. Suivant les objectifs de soins, les activités à visée thérapeutique mobilisent des registres différents qui peuvent être cognitifs, socioaffectifs ou encore moteurs : atelier de danse, yoga ou atelier de création.

### 3.2.3 Les ateliers créatifs.

Les ateliers créatifs font partis des activités à visées thérapeutiques qui « sont des actes de soins qui fondent le processus thérapeutique. »<sup>19</sup>. Elles agissent sur le patient en mobilisant et en faisant évoluer un certain nombre de compétences et de capacités psychiques.

Les établissements de santé mentale emploient plusieurs termes pour désigner un atelier utilisant un média artistique : atelier créatif, atelier de création, atelier de médiation artistique, atelier thérapeutique de création etc. Le choix du terme repose sur l'appréciation des

---

<sup>17</sup> I. Aubard, E. Digonnet, A. -M Leyreloup, *Ateliers en psychiatrie – médiations thérapeutiques*, édition Elsevier MASSON, 2007, p 1.

<sup>18</sup> Jacky Merklings, *op. cit.* p 17.

<sup>19</sup> Jacky Merklings, *op cit.* p. 64.

professionnels responsables des activités : psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, infirmiers. Pour que le lecteur ne se perde pas dans les termes, nous avons fait le choix d'opter pour ceux d'atelier créatif afin de désigner de manière globale les activités thérapeutiques utilisant un média artistique.

Pour développer le cadre théorique des ateliers créatifs, nous emprunterons dans la littérature détaillant les ateliers de médiations et l'art-thérapie. Les processus en jeu résonnent dans la théorie et la pratique de ces deux approches dont les limites sont parfois très floues. Jean Pierre Klein, psychiatre et directeur de l'Institut National d'Expression de Création, d'Art et de Création (INECAT), écrit à ce propos que « la médiation artistique est le fondement même de l'art thérapie ».<sup>20</sup> De plus, il donne la définition suivante de l'art-thérapie : « accompagnement thérapeutique de personnes, généralement en difficulté, à travers la production d'œuvres artistiques ».<sup>21</sup> Cette définition concise peut s'étendre très largement aux médiations thérapeutiques artistiques comme nous le verrons.

- **L'atelier.**

Le terme atelier en psychiatrie fait appel à la notion de cadre. Le cadre c'est la limite spatio-temporelle. Il « est la signature du lieu de soin, c'est sa particularité.(...) il est énoncé dès le départ (...) intériorisé par le patient. »<sup>22</sup>. Sans être enfermant, il est contenant et protecteur. Cela lui « donne sa capacité à contenir les attaques destructrices qui sont projetées non sur le groupe ou sur les individus mais sur le cadre. Il est attaqué sans cesse par la psychose (notion de clivage, de projection), par la crise, par l'institution, par la vie au quotidien. »<sup>23</sup>. La permanence, l'intégrité et la régularité du cadre permettent de donner naissance à la relation thérapeutique, en définissant la place et le rôle de chaque intervenant : patient et soignant.

L'atelier est, en reprenant la définition du Littré, « un lieu de travail » d'artiste ou d'ouvrier. Il s'agit ainsi d'un lieu où se déroulent des activités, en l'occurrence, pour parler de l'atelier créatif, celle de la création.

- **La création comme soin.**

L'étymologie du terme création vient du latin *creo/creas*, dont la racine viendrait de *cresco* qui signifiait « produire, faire pousser, faire grandir »<sup>24</sup>. Sous l'influence de Saint Augustin (354 - 430), le catholicisme donne au terme le sens de « créer, faire naître du néant »<sup>25</sup>. Acception qui perdure aujourd'hui dans le Littré<sup>26</sup> qui donne quatre définitions parmi lesquelles « action d'inventer, de fonder, de produire » et « résultat de la création ».

---

<sup>20</sup> Jean Pierre Klein, *penser l'art thérapie*, PUF, 2014, p 107.

<sup>21</sup> Jean Pierre Klein, *op. cit.*, p. 106.

<sup>22</sup> I. Aubard, E. Digonnet, A. -M Leyreloup, *op. cit.*, p. 19.

<sup>23</sup> I. Aubard, E. Digonnet, A. -M Leyreloup, *op. cit.*, p. 20.

<sup>24</sup> Alfred Ernout, Alfred Meillet, *op. cit.* p149.

<sup>25</sup> Saint Augustin « *Creatori qui creavit cuncta de nihilo* », *De Civitate Dei contra paganos*, livre XXII.

<sup>26</sup> <http://www.littre.org/definition/cr%C3%A9ation> (consulté le 02/04/2017).

Henri Maldiney (1912 - 2013), philosophe phénoménologue écrit que « la création, c'est créer au-dessus de soi. (...) l'œuvre est une quête de soi qui n'est pas là d'avance : il n'est qu'à l'état de possibilité. »<sup>27</sup>. La création invite ainsi au mouvement, au passage d'un état à un autre. Le mouvement fait appel au terme « créativité », car elle met en œuvre la « capacité d'invention » (toujours dans le champ sémantique de « faire naître quelque chose »), « d'imagination, de pouvoir créateur »<sup>28</sup> qui sont développés dans les ateliers créatifs.

Donald Winnicott (1896 - 1976), parlera de la créativité comme une expérience personnelle, une capacité d'être. Il se détache de l'approche psychanalytiques freudienne en ce sens qu'il ne s'agit plus de « débusquer le refoulement inconscient mais de parcourir un chemin de métaphores »<sup>29</sup>. Il théorise l'objet créé, autrement appelé *œuvre*, « comme un objet transitionnel, intermédiaire entre la psyché du sujet et la réalité perceptive, sous forme de la matérialité spécifique d'un objet »<sup>30</sup>. L'objet transitionnel va diminuer la dissociation entre l'intériorité, la conscience, le vécu et l'extérieur : la réalité perçue et ressentie. En 1971, Winnicott écrit que l'objet transitionnel évolue dans un espace de *jeu* : « c'est en jouant et seulement en jouant que l'individu, enfant ou adulte est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi. »<sup>31</sup>. L'atelier créatif représente l'espace de jeu dans lequel le patient déplace, rencontre et vit le passage d'un état à un autre.

Dans les institutions de santé mentale, il y a différents types d'ateliers créatifs. Anne Brun, professeur de psychopathologie et psychologie clinique, les regroupe en deux grands « dispositifs »<sup>32</sup>:

- les ateliers dont « les enjeux concernent un accompagnement du travail des productions (...) sans décryptage du sens des productions ».
- les ateliers « thérapeutiques à médiations » qui « se réfèrent (...) directement au champ de la psychothérapie psychanalytique (...) sur la prise en compte de la dynamique transférentielle, focalisée sur l'objet médiateur. »

#### • Pour quels patients ?

Dans la liste des pathologies concernées par les activités artistiques, Anne-Marie Dubois, Margarita Miquelarena et Nathalie Pommeret, précisent que « les patients qui bénéficient le plus souvent d'une prise en charge (...) sont les psychotiques chroniques ou les schizophrènes. ».

La personne psychotique souffre de ce qui est appelé psychose. En terme psychiatrique la psychose est un « trouble mental caractérisé par une désorganisation de la personnalité, la perte

---

<sup>27</sup> Henri Maldiney, *post face de Penser l'art thérapie de Jean Pierre Klein*, édition PUF, 2012, p. 378.

<sup>28</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cr%C3%A9ativit%C3%A9/20301?q=cr%C3%A9ativit%C3%A9#20190> (consulté le 04/04/2017).

<sup>29</sup> Jean Pierre Klein, *op. cit.*, p. 161.

<sup>30</sup> Anne Brun, « introduction », *le carnet psy 2010/1*, p 26.

<sup>31</sup> Daniel Winnicott, *Jeu et réalité*, Edition Folio, 2004 (première édition française 1975), p.76.

<sup>32</sup> Anne Brun, *op. cit.* p 29.

du sens du réel et la transformation en délire de l'expérience vécue. »<sup>33</sup>. Merklings ajoute que « Le sujet psychotique est en difficulté pour donner du sens aux événements qu'il traverse et qui le traversent, ces événements pouvant être liés au rapport à soi comme au rapport à l'autre. ».

La schizophrénie est « une psychose caractérisée par la désagrégation de la personnalité (et non son dédoublement) et par une perte du contact vital avec la réalité. »<sup>34</sup>. C'est une affection mentale chronique qui est aussi appelée « dissociation de la personnalité » ou encore « discordance intrapsychique »<sup>35</sup>.

La participation aux ateliers créatifs est prescrite par le médecin psychiatre selon des indications de soins établis à partir des difficultés des patients : des troubles cognitifs (l'attention, la mémorisation), l'isolement social et des difficultés d'élaboration de sens, de symbolisation, de dissociation, d'insight. Ainsi, l'atelier créatif se présente à la fois comme une activité sociothérapeutique et à visée psychothérapeutique. Merklings précise effectivement que si dans « le cadre sociothérapeutique, l'objectif visé est le fonctionnement opératoire du sujet, il n'est pas exclu de travailler avec lui sur des événements internes dont il serait sujet. ». Il y a ainsi, le travail sur la réadaptation sociale avec la lutte contre l'isolement en participant à un atelier de groupe et le travail sur les difficultés cognitives. Puis il y a l'organisation d'une prise en charge psychique. Dans le cadre de l'inscription dans une activité à visée psychothérapeutique, Anne Brun écrit que l'une des indications de la médiation artistique pour les enfants et les patients psychotiques est la difficulté, voir l'impossibilité, pour ces personnes « de travailler exclusivement à partir du registre verbal »<sup>36</sup>.

- **Pour quels soignants ?**

Le Manuel de l'infirmier en psychiatrie, écrit en 1974 par le psychiatre Paul Bernard, dit que l'infirmier possède les aptitudes pour participer aux ateliers d'art-thérapie, dans le chapitre sur les psychothérapies. Le « Dr Bernard savait que les infirmiers et infirmières sont souvent des thérapeutes hors pair dans la reconnaissance de la dimension symbolique de tout geste, de tout attitude, de tout acte avec les malades. »<sup>37</sup> Paul Bernard, élève ainsi l'infirmier au rang de thérapeute. Si la définition rattache ce terme à la médecine, au médecin comme au psychologue ou psychanalyste dans le cadre d'une psychothérapie<sup>38</sup>, la consultation étymologique du Littré montre qu'il provient du terme *εραπειτης* en grec, qui signifie « servir, soigner »<sup>39</sup>. Cela renvoie aussi à la définition législative du rôle infirmier qui consiste à « dispenser des soins » soit dans le cadre du rôle propre, ou du rôle prescrit.

---

<sup>33</sup> <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/psychose/15628#OZwQmRbvI7HIAySL.99> (consulté le 24/04/2017)

<sup>34</sup> <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/schizophr%C3%A9nie/16006#G8RP02aPGU5rW9xX.99> (consulté le 24/04/2017).

<sup>35</sup> Michel Hanus, Vincent Marchal, *Psychiatrie et soins infirmiers*, édition Maloine, 1997, p. 126.

<sup>36</sup> Anne Brun, *op. cit.*, p. 25.

<sup>37</sup> Jean Pierre Klein, *op. cit.* p. 86.

<sup>38</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/th%C3%A9rapeute> (consulté le 03/05/2017).

<sup>39</sup> <http://www.littré.org/definition/th%C3%A9rapeutes> (consulté le 03/05/2017).

Dans les CMP, la majorité des soignants qui encadrent et animent les ateliers créatifs sont des IDE. Selon les unités de soins, l'atelier créatif est aussi animé par un ergothérapeute. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière précise que l'ergothérapeute met « en œuvre des soins et des interventions (...) psychosociale et de psychothérapie visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, pour développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et la participation sociale de la personne »<sup>40</sup>. Il représente une ressource en termes de savoir-faire pour les IDE.

\*\*\*

### 3.3 CADRE CONCEPTUEL.

L'atelier créatif est une activité qui met en œuvre des enjeux de différent ordre. D'un côté, il y a le cadre de l'atelier, l'animation et l'encadrement des patients. D'autre part, il y a aussi la relation de soin grâce ou à travers la création. Pour qu'il entre dans la relation thérapeutique avec le patient l'infirmier doit mettre en œuvre des savoir-faire professionnels et personnels mais aussi des savoir-être. Ces compétences et attitudes déterminent in fine, la manière dont il prendra soin du patient, entrant dans le « Caring ».

#### 3.3.1 Le Caring.

Le Caring est un concept humaniste développé par la docteure Jean Watson. Née en 1940 en Virginie Occidentales aux Etats-Unis d'Amérique, Jean Watson est titulaire d'une maîtrise en soins infirmiers psychiatrique et d'un doctorat en psychologie de l'éducation, elle a été professeure émérite à l'école des sciences infirmières de l'Universty of Colorado au sein de laquelle elle a fondé le Center for Human Caring.<sup>41</sup>

Gérondif du terme anglais « to care » qui signifie *prendre soin*, ce concept peut aussi avoir la même traduction. Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, écrit à ce propos « qu'il n'est pas aisé de définir le *caring* car la langue française semblerait manquer de mots pour nous proposer une traduction pertinente. »<sup>42</sup>. Il s'agit surtout, en premier lieu, de différencier le *care* du *cure*. Si le *cure* avec l'adjectif *curatif*, s'attache aux soins basés sur les savoirs et compétences bio-médicales (ce qui renvoie plus globalement à la médecine), le *care* développe une valeur humaniste. Issue de « l'expression to take care of, il signifie faire attention à mais aussi prendre soin de (...) et s'occuper de. »<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> [http://www.ispc-prepas.com/DOC/5\\_ergo.pdf](http://www.ispc-prepas.com/DOC/5_ergo.pdf) (consulté le 05/05/2017).

<sup>41</sup> Chantal Carat et Louise O'Reilly, *S'approprier la théorie du Human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique, Recherche en Soins Infirmiers n°95, 2008, p. 2.*

<sup>42</sup> Walter Hesbeen, *Le caring est-il prendre soin ?*, Revue perspective soignant, Edition Seli Arslan, 1999, p.1.

<sup>43</sup> Monique Formarier et Ljiljana Jovic, *Les concepts en sciences infirmières 2<sup>ème</sup> édition, édition Mallet Conseil, 2009 330 pages. p 96.*

Jean Watson écrit que « l'association humaniste-scientifique constitue la base de la science du Caring ». Dans l'introduction de la traduction française de ses travaux, Josianne Bonnet écrit qu'il s'agit « d'un ensemble de facteurs (qu'elle nomme « facteurs caratifs ») qui fondent une démarche soignant favorisant le développement ou le maintien de la santé (...). Ces facteurs caratifs sont étayés par une philosophie humaniste. »<sup>44</sup>

Jean Watson présente dix facteurs caratifs, qui ne sont pas exhaustifs car « il existe sans doute un nombre illimité de produire un résultat thérapeutique à travers les soins infirmiers »<sup>45</sup> :

- Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste.
- La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.
- La culture d'une sensibilité à soi et aux autres.
- Le développement d'une relation d'aide et de confiance.
- La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs.
- L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décision.
- La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel.
- La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction.
- L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.
- La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques. »<sup>46</sup>

L'article de Walter Hesbeen développe aussi les sept hypothèses émises par Watson concernant la validité du Caring<sup>47</sup> :

1. Le caring peut être démontré et pratique de façon efficace uniquement au travers des relations interpersonnelles.
2. Le caring consiste en facteurs caratifs dont le résultat est la satisfaction de certains besoins.
3. Pour être efficace, le caring doit promouvoir la santé ainsi que la croissance individuelle.
4. Les réponses données par le caring acceptent une personne telle qu'elle est maintenant mais aussi telle qu'elle peut devenir.
5. Le milieu du caring est propice au développement de potentialités en permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné.
6. Le caring est plus propice à la santé que le traitement médical.
7. La pratique du caring est au centre de la discipline infirmière.

Nous pouvons étendre ces hypothèses dans les ateliers créatifs, en termes de soins, d'approche humaniste et d'accompagnement de la personne. En effet, tout d'abord l'atelier créatif est la relation d'un soignant et d'un soigné à travers la création d'un objet, il s'agit d'un soin relationnel dans la cadre d'une activité thérapeutique. Dans la seconde hypothèse, nous

---

<sup>44</sup> *Walter Hesbeen, op. cit. p. 2.*

<sup>45</sup> *Ibid, p. 5.*

<sup>46</sup> *Ibid, p. 4.*

<sup>47</sup> *Loc. cit.*

pouvons citer Jean Pierre Klein qui a sous-titré l'un de ses ouvrages « créer pour se recréer »<sup>48</sup> ce qui peut renvoyer aux principes des besoins fondamentaux définis par Virginia Henderson (1897-1996). Sa théorie des quatorze besoins fondamentaux a été la base de notre formation en soins infirmiers. Plus spécifiquement, lors de la mise en œuvre des ateliers créatifs, nous pouvons relever un travail de soins par rapport aux besoins onze, douze et treize qui présentent respectivement :

- « le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.

- Le besoin de s'occuper et de se réaliser : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.

- Le besoin de se recréer : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit. »<sup>49</sup>

Ensuite, comme nous l'avons vu plus haut dans le chapitre sur la création, la créativité est un processus mobile, qui n'est pas figé dans le temps et l'espace. Le patient met en œuvre, l'expérience de soi. Le soignant accompagne ce parcours qui permet le « développement de potentialités ».

Les attributs portés par ce concept central prendront naissance dans la posture infirmière en santé mentale.

### 3.3.2 La posture infirmière en santé mentale

La posture infirmière en santé mentale regroupe un ensemble de savoir-être et savoir-faire professionnels et personnels qui vont servir d'attributs au concept du Caring dans le cadre des ateliers créatifs.

- **Ethique esthétique : ipséité et non jugement.**

Pour accompagner la personne dans le soin, il faut « prendre soin » de la personne en l'envisageant dans sa globalité et aussi dans toute sa singularité. Dans son livre « Soi-même pour un autre » (1990)<sup>50</sup>, le philosophe Paul Ricoeur (1913-2005), développe le concept d'*ipséité* par opposition à *l'idem*. L'*idem* indique « l'ensemble des dispositions innées et acquises qui confèrent à chacun un profil propre », tandis que l'*ipséité* est « l'identité envisagée dans sa dimension dynamique et éthique »<sup>51</sup>. L'*ipséité* c'est l'être en construction, dont le mouvement,

---

<sup>48</sup> Jean Pierre Klein, *op. cit.*

<sup>49</sup> Julie Hubert, *Cours - Soins Infirmiers - Virginia Henderson, 2015*, <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>. (consulté le 15/05/2017)

<sup>50</sup> Paul Ricoeur, *Soi-même pour un autre*, Edition Seuil, 1990, 448 pages.

<sup>51</sup> Philippe Svandra, *Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur, le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice*, RSI 2016, p. 20.

l'histoire personnelle et la narration qu'il exprime le déterminera différemment de *l'autre*. En termes de soin, le soignant doit estimer le patient comme une personne unique et singulière et particulièrement dans l'atelier créatif, à travers la narration graphique qu'il met en œuvre : sa création.

Pour considérer la création du patient, il s'agit d'avoir une posture de non-jugement dans la posture professionnelle par rapport au patient et, dans un second temps, dans le savoir-être personnel : non-jugement esthétique.

Le jugement et l'absence de jugement entrent dans l'éthique du soin. L'éthique est « une réflexion sur les prescriptions générales de la morale pour les appliquer sur le terrain ». Là où la morale va déterminer des règles distinguant le bien et le mal, l'éthique les questionnera. A l'instar de tous les professionnels de santé, l'IDE « doit préserver sa faculté de jugement (...) afin de répondre le plus équitablement possible, toujours dans l'intérêt de la personne, aux missions qui lui sont dévolues. »<sup>52</sup>. Il s'agit donc d'une valeur professionnelle.

Dans les ateliers créatifs, le patient entre dans un processus de création qui aboutit à un objet. L'objet donne à voir deux valeurs : une conceptuelle et une « profondeur purement visuelle »<sup>53</sup>. Si la première valeur est l'outil des psychothérapeutes, le deuxième est sensible à l'interprétation, à l'esthétique. L'esthétique, comme nom ou adjectif, est relatif à la notion du beau<sup>54</sup>. En ce qui concerne les approches du beau, différents philosophes et théoriciens depuis l'antiquité ont démontré combien la définition est tendancieuse, soumise à des principes, des modes, sans acception d'un concept universel. Charles Baudelaire souligne cette impossibilité lorsqu'il écrit que « le beau est le fait d'un élément invariable (...) dont la quantité est excessivement difficile à déterminer et d'un élément relatif (...) qui sera, si l'on veut, tour à tour ou tout ensemble, l'époque, la mode, la morale, la passion. »<sup>55</sup>. Ainsi, lorsque le soignant considère que l'objet est création, c'est-à-dire un processus, comme nous l'avons détaillé plus haut, cela suppose au préalable qu'il accepte, sans jugement esthétique, d'accueillir tout ce que la personne, singulièrement, crée durant l'activité : de l'idée à l'objet final.

- **L'empathie, la congruence et le regard positif.**

Pour être dans l'accueil des émotions, de l'évolution du patient dans le processus de création, et être un thérapeute (dans le sens définit par Paul Bernard), l'infirmier doit développer une « compréhension empathique »<sup>56</sup>. Ce mécanisme relationnel est basé sur la compréhension des sentiments de la personne. Sans entrer dans la sympathie ou l'antipathie, ni trop proche, ni trop distant, le soignant réceptionne les émotions, les paroles et les gestes du patient. Il tente de se mettre *à la place de* « mais sans jamais oublier la qualité du comme si »<sup>57</sup>.

---

<sup>52</sup> Monique Formarier, Ljiljana Jovice, *les concepts en science infirmière*, 2<sup>ème</sup> édition, Edition ARSI, 2012, p.177.

<sup>53</sup> Pierre Demeulenaere, *la différence entre le relativisme des valeurs et la pluralité des valeurs du point de vue d'une sociologie de l'art*, PUF « sociologies, 1998, p. 310.

<sup>54</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/esth%C3%A9tique> (consulté le 24/04/2017)

<sup>55</sup> Charles Baudelaire, *le peintre de la vie moderne*, in *Baudelaire œuvres complètes*, édition Robert Laffont, 2004, p. 791.

<sup>56</sup> Carl Ransom Rogers, *Le développement de la personne*, Edition Dunod-InterEditions, 2005 (réédition, première édition 1968), p.192.

<sup>57</sup> Carl Ransom Rogers, *Loc. cit.*

Pour vivre entièrement la relation avec le patient et entendre ce qu'il dépose dans les attitudes et les pensées, le soignant doit être juste et sincère envers le patient et lui-même. Vis-à-vis du patient, l'infirmier doit avoir une « considération positive inconditionnelle »<sup>58</sup>. Il s'agit de l'acceptation du patient dans sa globalité : son être, sa singularité, son caractère, ses émotions positives ou négatives, sa pathologie, son histoire socio-culturelle. Il n'y a pas de condition à l'attention. D'autre part, par rapport au soignant, il s'agit d'être lucide sur ses propres émotions au moment de la relation avec le patient. Il s'agit de la congruence que Carl Rogers définit comme « l'affrontement précis de l'expérience vécue en pleine lucidité. C'est quand le thérapeute est pleinement et correctement conscient qu'il vit immédiatement l'expérience dans la relation avec autrui ».

- **L'humanité.**

Toutes ces qualités sont la base du Caring et préparent le soignant à emprunter le cheminement du patient. Elles se complètent avec la notion *d'humanité*. Cette philosophie, élaborée par Yves Gineste et Rosette Marescotti, développe la réflexivité du soin et pose la question de l'être humain. Dans leur article « Philosophie de soin de l'humanité »<sup>59</sup>, ils expliquent que la philosophie de soin de l'humanité considère que le patient vit sa pathologie et son handicap de manière singulière et qu'il est en mesure d'y donner du sens. Ils ajoutent que c'est l'attitude des soignants qui va déterminer le pouvoir de la personne sur ses capacités à « donner du sens à ce qu'elle vit », la rendre autonome. Ils précisent que « au cœur de la pensée de la relation de soin figure cette qualité fondamentale : l'être humain est un être de sens, de choix et d'interprétation. »<sup>60</sup> Le soignant doit reconnaître le patient comme une personne étant le « centre du pouvoir » de sa situation et être un soutien. Pour cela, il doit utiliser ses « connaissances, savoir-faire et sa sensibilité pour renforcer le pouvoir de la personne sur elle-même. »<sup>61</sup>

\*\*\*

## **4. RECHERCHE EMPIRIQUE.**

### **4.1 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.**

Suite à l'élaboration du cadre théorique ainsi que des concepts en jeux, nous avons questionné les professionnels pour éclairer et confronter les recherches avec la réalité du terrain.

#### **4.1.1 Choix de l'outil.**

Nous avons choisi l'entretien comme outil de questionnement. Il s'agit d'un entretien semi-directif ou semi-dirigé, qui permet aux professionnels d'élaborer une discussion à partir de

---

<sup>58</sup> Carl Ransom Rogers, *Loc. cit.*

<sup>59</sup> Yves Gineste, Rosette Marescotti et Jérôme Pelissier, *Philosophie de soin de l'humanité*, EMC (Elsevier Masson) *Savoirs et soins infirmiers*, 2010. 5 pages.

<sup>60</sup> Yves Gineste, Rosette Marescotti et Jérôme Pelissier, *op. cit.* p. 4.

<sup>61</sup> Yves Gineste, Rosette Marescotti et Jérôme Pelissier, *op. cit.* p. 3.

thèmes précis. Après avoir rédigé une série de question, nous les avons confrontés au groupe de travail du mémoire. A l'issue, onze items ont été sélectionnés : il s'agit de questions ouvertes dont certaines utilisent des citations. Le guide d'entretien se trouve en Annexe III.

#### 4.1.2 Population et lieux concernés par l'enquête

Pour développer le sujet de notre étude, nous avons demandé la participation d'infirmiers exerçant dans des CMP et qui animent ou encadrent des ateliers créatifs. Les entretiens se sont déroulés à La Réunion.

➤ Les trois premiers entretiens ont été effectués dans le CMP au sein duquel s'est déroulée la situation d'appel.

➤ Dans le CMP où se déroulent les deux derniers entretiens, il y a un atelier de création chaque lundi. Il est composé de deux référents : une infirmière et un aide-soignant. Plusieurs soignants non référents participent régulièrement à l'encadrement de l'atelier. L'infirmière référente est en déplacement à l'extérieur du département, par conséquent l'entretien s'est effectué avec l'aide-soignant référent et une infirmière du service qui participe à l'atelier. Il nous semblait approprié d'entendre l'aide-soignant dans le cadre de cette étude car d'une part elle interroge le rôle propre infirmier et l'aide-soignant intervient en qualité de ce rôle précis, et d'autre part, il intervient en qualité de référent de l'atelier.

Une partie synoptique du questionnaire permet de rendre compte du sexe, de l'âge moyen (à l'aide d'une fourchette d'âge), de l'année d'obtention du diplôme, ainsi que la durée d'exercice dans les unités de soins en santé mentale. Cette partie permet d'apporter un argument complémentaire aux résultats et à la synthèse.

#### 4.1.3 Déroulement des entretiens.

Après avoir reçu la demande d'autorisation de l'institut de formation en soins infirmiers, visée par le directeur des soins du centre hospitalier dont dépendent les structures, nous avons pris contact avec les CMP. Nous nous sommes déplacés pour rencontrer les cadres de santé et argumenter l'objet de notre recherche.

Pour les trois premiers entretiens, après l'accord du cadre de santé, nous nous sommes présentés aux infirmiers pour prendre des rendez-vous, en fonction de leurs disponibilités professionnelles. Nous avons simplement précisé le thème de l'étude et les professionnels ont répondu aisément à la demande d'entretien.

Dans le deuxième CMP, après l'accord du cadre de santé, nous avons dû reprendre contact avec les professionnels par téléphone pour établir un rendez-vous selon leurs disponibilités. Nous avons été invités à venir à une heure et un jour précis pour effectuer les deux entretiens. Nous avons d'abord présenté l'objet de l'étude puis du thème. C'est à cet instant que se sont portés volontaire l'IDE et l'aide-soignant. Il n'y avait pas d'autres personnes disponibles dans le service.

Avant de débiter chaque entretien, nous avons demandé aux professionnels l'autorisation d'enregistrer leur propos pour les retranscrire *in extenso*. Nous avons assuré l'anonymat complet, en précisant que les pistes audio seraient détruites à l'obtention du diplôme (Il s'agit d'une consigne de l'institut de formation). Puis nous avons installé le guide d'entretien au centre de la table pour que chaque protagoniste puisse y avoir accès.

La durée moyenne des entretiens est d'environ 35 minutes. Ils se sont déroulés dans la semaine du 13 au 17 mars 2017.

#### 4.1.4 Difficultés rencontrées.

Il n'y a pas eu de difficultés lors des entretiens, les soignants ont présenté un réel intérêt et un enthousiasme pour les questions. Parfois, nous avons dû reformuler quelques questions, mais nous pensons que c'est lié à certaines tournures qui auraient certainement mérité d'être plus ciblées, plus précises.

## **4.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE.**

Au préalable, nous allons présenter de manière succincte les données synoptiques. Dans un deuxième temps, nous développerons les résultats par question puis une analyse à partir de thèmes.

- **Analyse synoptique.**

Les données synoptiques ont été élaborées à partir de questions générales en introduction de l'entretien ainsi que des réponses à la question 1 : **Depuis combien de temps participez-vous à l'atelier créatif ?**

Nom	Tranche d'âge	Diplôme	Année d'obtention	Durée d'exercice en santé mentale	Durée de participation à un atelier créatif
CO	35-45	IDE	1999	5 ans	1 ans + 3 ans ancienne unité
JU	45-55	IDE	2003	14 ans	5 ans
HA	25-35	IDE	2009	8 ans	5 ans
IN	35-45	IDE	2004	7 ans	indéterminé
HU	35-45	AS	2016	7 mois	7 mois

- **Analyse par question.**

- **Question 2) Comment avez-vous intégré l'atelier : de manière volontaire, par choix ou imposée ? Pourquoi ?**

L'objectif de cette question était d'identifier le positionnement personnel du professionnel par rapport à l'activité, repérer les postures personnelles et les affinités en lien avec le cadre professionnel.

IDE	Réponses
<b>CO</b>	« C'était imposé parce que je remplaçais quelqu'un qui faisait partie de l'atelier. Et en même temps, j'adore fabriquer plein de choses et créer plein de choses, j'aime dessiner. Donc ça coulait de source que je le fasse. Ici, comme dans l'ancienne unité, ce sont des activités qui me tiennent à cœur. » (lignes 22 à 25).
<b>JU</b>	« C'était volontaire de ma part puisque j'adore tout ce qui est créatif. Tout ce qui tourne autour de la création. Ça permet d'utiliser plusieurs matières, comme le bois, comme le carrelage pour faire de la mosaïque comme le dessin. Et avec ces différentes matières de pouvoir créer quelque chose. » (lignes 2 à 5).
<b>HA</b>	« On fait d'abord une période d'observation un peu comme chez les patients, où on teste toutes les activités et après on peut se positionner sur les affinités que l'on a. C'était un choix, après réflexion. » (lignes 2 à 4).
<b>IN</b>	« Les soignants qui participent sont volontaires car ils ont une fibre ou un intérêt. Comme c'est le cas pour les référents. » (lignes 19 à 20).
<b>HU</b>	« Je me suis mis sur l'atelier créatif pour découvrir l'activité. J'aime bien parce que j'ai la fibre artistique, je fais des arts plastiques, des tableaux. J'ai ramené ça pour que l'infirmière référente le voie. Puis on a mis en place pour cette année un travail de trois trimestres sur ces thèmes. » (lignes 15 à 18).

Pour CO et pour HA, la première approche de l'activité est passée par l'organisation du service. Néanmoins, ils reconnaissent de manière unanime qu'ils ont « une fibre ou un intérêt » comme dit IN pour l'atelier créatif. CO et HU disent qu'ils ont une pratique créative. Ce qui permet, à ce stade, de voir que les soignants possèdent une approche personnelle en plus de leur rôle infirmier.

### ➤ Question 3) Pour vous, qu'est-ce que l'atelier créatif ?

La question 3 permettait d'entrer dans l'approche professionnelle de l'activité. Identifier de quelle manière le soignant se représentait l'activité, en termes de cadre, de soins et d'approche personnelle.

IDE	Réponses
CO	« C'est un atelier qui permet aux patients, quand ils sont en groupe, d'interagir selon les patients » (ligne 35). « Il y a une sorte d'échange, même s'il peut y avoir des frictions, ça fait partie de la vie même quand on est malade. (...) Et puis en même temps ça leur permet de faire des choses qu'ils n'ont pas l'habitude de faire chez eux. » (lignes 35 à 41). « Ça leur permet de s'exprimer. Et nous aussi du coup car il y a un temps pour comparer. Le fait d'agir avec eux c'est important qu'ils ne se sentent pas juste observés. L'atelier créatif concerne vraiment tout le monde. L'infirmier et le patient. » (lignes 47 à 50).
JU	« Je trouve que c'est (...) intéressant de pouvoir voir le patient utiliser, approcher ces différentes matières. Ça permet aussi de faire travailler plusieurs acquis. On n'utilise pas de la même manière des mosaïques et de la peinture. On mobilise beaucoup de choses à travers cette diversité de matière que l'on peut utiliser. » (lignes 17 à 21).
HA	« C'est une activité où le patient peut s'exprimer à travers un média. Le média est varié » (ligne 18). « à travers ça aussi, il peut préparer un projet. Il y a quelque chose qui se construit. » (lignes 19 à 20).
IN	« C'est une médiation thérapeutique, c'est à dire que l'on va utiliser la créativité, (...) diverses techniques pour permettre d'avoir un temps où il y a une relation thérapeutique avec le patient, c'est à dire que l'on favorise la relation avec le patient. Ça permet de travailler sur la confiance en soi, sur l'expression, sur le côté socialisation, le fait de travailler en groupe, d'échanger avec les autres. Ça permet aussi d'évaluer au niveau des troubles de la personne qu'elle peut présenter, évaluer son comportement, sa symptomatologie, sur le plan cognitif » (lignes 28 à 34). « C'est un atelier où il y a de l'observation et aussi de l'accompagnement et un encadrement de ces personnes. » (lignes 37 à 38).
HU	« L'atelier créatif, c'est déjà recevoir des patients, mettre un thème en place et sur ce thème-là, observer et évaluer la façon dont le patient, par rapport à ce qu'il a en création de pouvoir transposer sur le support. Et observer la façon dont il va mener ce projet, comment il va le réaliser. A la fin, évaluer son comportement et voir s'il va aboutir à un tableau. On reste dans l'observation. » (lignes 22 à 26).

La majorité des professionnels développent l'activité dans le cadre du soin. Ils disent qu'il va s'agir de « s'exprimer » selon CO et HA, comme sur « l'expression » pour IN. Il y a un travail sur les difficultés des patients, que cela soit en rapport avec « l'interaction avec les patients » pour CO ou bien pour « travailler les différents acquis » pour JU. Des éléments de la posture soignante ressortent, IN et HU parlent d'attitude d'observation et d'évaluation.

➤ **Question 4) Dans le cadre de votre rôle propre et concrètement, en quoi consiste l'animation d'un atelier créatif ?**

Il s'agit ici d'identifier le cadre du rôle propre infirmier dans l'activité, les perspectives soignantes, les attitudes et soins en dehors des prescriptions médicales. Elle permet d'aborder le savoir-être professionnel.

IDE	Réponses
<b>CO</b>	« Au départ ça me paraissait très simple, je pensais que c'était juste une sorte d'accompagnement, des patients (...) Finalement je me suis rendu compte au fur et à mesure, qu'il faut les laisser acteurs de leur activité, les laisser s'exprimer » (lignes 57 à 58). « On est juste en retrait. On est là pour les cadrer et qu'ils se sentent soutenus pour pas qu'ils ne s'éparpillent » (lignes 58 à 59). « Le fait d'être bien cadré par plusieurs soignants, c'est rassurant pour eux. » (lignes 60 à 61). « En cas de décompensation (...) avec notre expérience d'infirmier on saura plus facilement calmer le patient, utiliser les mots qu'il faut pour le rassurer. » (lignes 78 à 79).
<b>JU</b>	« C'est selon l'état de santé du patient qui est sur l'atelier, qu'il puisse être à l'aise dans cet atelier avec le support qui lui est le plus facile à utiliser ce jour-là. » (lignes 27 à 28). « Et après dans mon rôle propre, (...) c'est aussi de veiller à ce que chacun respecte chacun, (...) qu'il n'y ait pas de débordement au niveau des cadres. Que moi aussi je fasse respecter le cadre de la même façon à tous les patients. Dans mon rôle propre, qu'il y ait le respect et la bienveillance dans l'atelier, garant de la sécurité aussi de chacun. » (lignes 34 à 38).
<b>HA</b>	« Déjà, à faire émerger une idée chez le patient. Notre rôle à nous, c'est de l'aider à construire ce projet, et évaluer la faisabilité. Savoir s'il est capable d'aller jusqu'au bout. L'idée c'est aussi de l'assister s'il a besoin. Et d'attendre qu'il sollicite de l'aide » (lignes 29 à 31). « Il y a ce qui va avec : la valorisation » (ligne 42).
<b>IN</b>	« Ce qui est important, c'est de faire ressortir par rapport au projet mis en place c'est le côté cadrant de cette activité. Ça nécessite un cadre qui doit être le même. » (lignes 42 à 43). « C'est rassurant et ça favorise le bien être de la personne et le fait qu'elle puisse s'exprimer. » (lignes 48 à 49).
<b>HU</b>	« Les valoriser et les mettre à l'aise » (ligne 42).

Plusieurs éléments apparaissent, tout d'abord l'importance du rôle cadrant, par rapport au groupe « Veiller à ce que chacun respecte chacun » et « qu'il n'y ait pas de débordement » dit JU, ce que confirme CO en disant qu' « On est là pour les cadrer ». Puis par rapport au patient lui-même, CO dit être « en retrait » mais présent pour « cadrer » et « soutenus » car cela « favorise le bien être de la personne » dit IN. Une notion d'accompagnement apparaît aussi HA parle d'assister le patient « s'il a besoin », CO dit qu'il faut « les laisser acteurs de leur activités ». Nous voyons que pour IN, l'important est le « côté cadrant » de l'activité, alors que les autres professionnels, s'ils reconnaissent l'importance de ce cadre, dont le terme sera cité par trois soignants sur cinq, l'importance est de « les mettre à l'aise », être en « retrait » et « l'assistance ». L'objectif du cadre est clairement défini par IN, elle permet à la personne de « s'exprimer ». Nous observons aussi qu'apparaît le terme de valorisation pour deux soignants comme faisant partie de leur posture professionnelle.

- **Question 5) Dans Emile, ou de l'éducation (1762) Jean-Jacques Rousseau a écrit : « L'habitude tue l'imagination, il n'y a que les objets nouveaux qui la réveillent », qu'en pensez-vous dans le cadre de l'atelier créatif ?**

L'objectif de cette question est d'ouvrir sur les enjeux thérapeutiques et la manière dont ils sont mis en œuvre dans les ateliers. Il s'agit aussi de questionner les notions de répétitions dans le lieu, avec les objets, les patients ainsi que dans les enjeux du soin.

IDE	Réponses
<b>CO</b>	« Avec l'atelier créatif (...) Il n'y a pas le temps de s'habituer aux choses » (lignes 96). « On essaie de leur faire sortir de leurs habitudes et ce n'est pas toujours évident. Les habitudes c'est rassurant pour les patients. » (lignes 98 à 99). « On se dit que c'est intéressant car ils s'ouvrent à quelque chose qu'ils ne connaissent pas forcément, ils osent et ça c'est bien je trouve » (lignes 109 à 110).
<b>JU</b>	« L'atelier créatif reste le nom, mais à l'intérieur de cet atelier on manipule différents supports. » (lignes 44 à 45). « On est dans l'habitude de l'atelier de créer mais le fait d'utiliser différents supports, je trouve que ça tue l'habitude parce qu'on n'est pas confiné avec une matière » (lignes 46 à 48). « Moi je ne trouve pas qu'on s'enkyste. Au contraire, c'est innovant » (lignes 61).
<b>HA</b>	« On reste dans le même parce que, peut-être, souvent, le même n'est pas angoissant » (lignes 48 à 49). « Si on laisse le patient décider, il va souvent revenir sur des choses qu'il a déjà faites. (...) De là vient souvent le désir du soignant au lieu du désir du patient. On essaie de l'accompagner sur quelque chose de nouveau mais ça vient de nous. » (lignes 55 à 58). « l'expérience de l'échec fait aussi partie de la vie (...) C'est quelque chose d'intéressant. En fonction des professionnels, des affinités, des convictions professionnelles, on peut avoir des fois, des désirs pour les patients, nos propres désirs. La difficulté, c'est se dire : est-ce que c'est mon idée de le faire évoluer ou est-ce que c'est lui qui a envie d'évoluer ? C'est intéressant parce qu'au final on travaille sur nous-même, et je dirais même : c'est avec nous même d'abord avant de faire en sorte que le patient avance ou qu'il bouge, qu'il se passe quelque chose » (lignes 79 à 85).
<b>IN</b>	« Il faut distinguer dans l'habitude ce qui est important pour les patients psychotiques, c'est important de garder un cadre rassurant et des repères. » (lignes 65 à 67). « faire la création, être dans un atelier créatif, cela ne peut que favoriser l'imagination et ce que nous on recherche : l'expression des ressentis, de la manière dont ils se représentent les choses. Ce qu'ils ressentent par rapport à tout ça. » (lignes 68 à 72). « Ce qui est intéressant aussi par rapport à la médiation créativité, ce qui est compliqué pour les patients psychotiques, c'est de pouvoir exprimer verbalement ce qu'ils ressentent. A travers le dessin, la peinture, ça leur fourni un autre moyen d'exprimer ce qui est à l'intérieur. » (lignes 75 à 77).
<b>HU</b>	« Sur les objets nouveaux on met sur la table la créativité » (lignes 60 à 61)

IN met en avant dès le début l'importance de conserver l'habitude par rapport aux patients, comme rôle primordial du cadre. CO, JU et HA développent l'idée de faire sortir le patient de ses habitudes, pour JU c'est par le biais des « différents supports », ou des « objets nouveaux » pour HU ; pour CO c'est le principe même de « l'atelier créatif » qui les « fait sortir du quotidien », en leur permettant de « sortir de leur habitudes ». IN dit que grâce à l'atelier

créatif, les patients retrouvent « l'expression des ressentis », alors que les patients « psychotique » ont des difficultés « à s'exprimer verbalement ». HA pose la question de la posture soignante par rapport au patient, à travers laquelle les intentions du soignants peuvent croiser celles du patient « de là vient le désir du soignant au lieu du désir du patient ». Il termine en disant que l'activité est aussi un travail sur le savoir-être du soignant : « au final on travaille sur nous-mêmes (...) d'abord, avant de faire en sorte que le patient bouge. ».

➤ **Question 6) Bien qu'il s'agisse d'un atelier collectif, quelle place donnez-vous à chaque patient ?**

L'objet de cette question était d'identifier la place de chaque patient. C'est-à-dire de quelle manière, au sein d'un atelier de groupe le soignant prend en compte le patient comme une personne singulière.

IDE	Réponses
CO	« Chaque patient avec son vécu, sa maladie. Et dès le matin on voit qu'ils sont forcément tous différents » ( <i>lignes 121 à 122</i> ). « S'il y a eu des difficultés, on va essayer de se focaliser un peu plus sur ce patient. Ceux qui sont plus autonomes, on va les rendre plus autonomes, les laisser gérer eux-mêmes » ( <i>lignes 127 à 126</i> ).
JU	« Je reviens aux projets individualisés : chaque patient est là pour des raisons bien précises. Quel est le projet pour ce patient là et à quel stade d'évolution est-il aujourd'hui ? Après on échange en équipe, on en discute » ( <i>ligne 70 à 72</i> ).
HA	« J'essaie de voir quelle place le patient se donne dans le groupe, c'est à dire s'il y a eu un seul projet aménagé pour un seul patient, voir si la personne a la capacité d'organiser les choses » ( <i>lignes 97 à 98</i> ). « Mon rôle infirmier c'est de lui dire de répartir les tâches. Et observer les patients qui se mettent en retrait » ( <i>lignes 100 à 101</i> ). « Celui qui est plus en difficulté, on va un peu plus l'accompagner, l'individualiser. Celui qui est plus autonome, on va le valoriser et le laisser organiser les choses » ( <i>lignes 102 à 103</i> ).
IN	« Chacun est différent et tout le monde peut travailler ensemble. On prend en compte l'individu avec ses spécificités, on adapte en fonction. Ce qui est intéressant à la fin c'est la valorisation » ( <i>lignes 86 à 88</i> ). « Ce qui est très important dans un atelier de médiation thérapeutique, c'est de toujours valoriser la personne. » ( <i>lignes 88 à 89</i> ).
HU	« Chacun à son habitude, sa place. » ( <i>ligne 80</i> ). « (...) chaque patient qui est pris individuellement pour son travail. On adapte par rapport à ses compétences. » ( <i>lignes 82 à 83</i> ).

Dès le départ les soignants s'accordent pour dire que « chaque patient est différent » (IN) « chacun à son habitude » (HU), « avec son vécu, sa maladie » (CO). C'est-à-dire que le patient est, dès le début de l'activité, considéré de manière singulière, avec ses capacités et ses difficultés. Dans cette question, les soignants développent leur rôle par rapport à l'état psychologique du patient : si des difficultés se manifestent « on va essayer de se focaliser sur ce patient » pour CO, « on va un peu plus l'accompagner, l'individualiser » pour HA et pour IN et HU, il faut « s'adapter » par rapport à ce qu'apporte la personne. JU rappelle que le « projet individualisé » est la base de la considération singulière du patient au milieu du groupe.

➤ **Question 7) Comment évaluez-vous les effets de l'atelier sur chaque patient ? A partir de quels critères ?**

La question sept devait interroger de quelle manière les professionnels prennent en compte les effets thérapeutiques de l'atelier créatif sur l'état du patient, ainsi que des processus en jeux.

IDE	Réponses
<b>CO</b>	« A chaque fin d'atelier créatif on fait des transmissions écrites (...). Parfois au moment des pauses, on se fait les remarques oralement » ( <i>lignes 134 à 135</i> ). « C'est ensemble qu'on fait un point sur chaque patient. Même en dehors des réunions. Parce que ce n'est pas toujours facile d'être confronté à des malades et parfois ça nous interroge » ( <i>lignes 139 à 141</i> ).
<b>JU</b>	« Cest les objectifs liés à chacun. Malgré tout, en commun, c'est la compréhension des consignes, l'attention, tout ce qui est cognitif, les capacités cognitives, qu'on évalue » ( <i>lignes 73 à 74</i> ). « La valorisation qu'a la personne par rapport à ce qu'elle a créé. (...) Comment il perçoit lui la valorisation. Sa sensibilité par rapport à la réaction des autres » ( <i>lignes 75 à 78</i> ). « Et la réaction du patient par rapport à ce que nous renvoyons, c'est ça qui nous permet d'évaluer le patient et le groupe et adapter l'atelier par rapport au groupe sur lequel on est. » ( <i>lignes 87 à 88</i> ). « En individuel, il y a des prescriptions avec des objectifs qui sont fixés et où en est par rapport à ces objectifs là et ça, on doit absolument rendre compte dans le dossier du patient » ( <i>lignes 91 à 93</i> ).
<b>HA</b>	« Il n'y a pas de grille d'évaluation. Le temps final de tour de table, c'est le temps où on évalue comment il se sent, quelle émotion il a pu ressentir. Et là c'est plus difficile. C'est peut-être le temps le plus important et finalement on a moins le temps de le faire » ( <i>lignes 108 à 110</i> ). « L'art du soignant, c'est d'avoir ce lien avec le patient pour comprendre ce que le patient dit, s'il y a quelque chose qui l'a perturbé » ( <i>lignes 116 à 117</i> ).
<b>IN</b>	« A travers l'observation du comportement, de l'état du patient, on peut évaluer si la personne est bien orientée, si elle a les capacités cognitives au niveau de la mémoire aussi pour se rappeler ce qui a été fait la dernière séance » ( <i>lignes 104 à 106</i> ). « C'est une observation qui se fait durant la séance et au fil des séances, sur la durée. Ce qu'on constate, c'est que l'activité, le temps de création, lorsqu'il est dans le faire, dans l'agir ça permet à la personne de se concentrer, se calmer, et mettre un peu de côté les problèmes, les maladies, ce qui la dérange etc. C'est l'objectif de cet atelier » ( <i>lignes 109 à 113</i> ).
<b>HU</b>	« Ça dépend depuis l'accueil du patient. Selon son état le matin, on voit tout de suite s'il y a du bien-être, s'il est posé, s'il est cohérent » ( <i>lignes 95 à 96</i> ). « A la fin on fait un tour de table pour évaluer s'il a pris du plaisir à faire le travail, s'il a rencontré des difficultés sur le travail demandé. Et on essaye de mettre un mot, un sentiment sur l'œuvre. Par rapport à toutes ses observations on peut définir l'effet, le sentiment qu'il a eu sur le patient » ( <i>lignes 100 à 103</i> ).

CO, JU, HA et HU disent que l'évaluation des « difficultés », du « comportement », des « émotions » du patient passent par une mise en commun. Les termes « tour de table » sont dit par HA et HU ou encore les mots « entre collègues » et « ensemble » (CO), « en commun » (JU).

Pour IN, l'évaluation passe par « l'observation » (IN) de la manière dont la personne va « se concentrer », se détacher de ses problèmes. Il s'agit là de « l'objectif de l'atelier ».

- **Question 8) J. P. Klein, psychiatre, Directeur de l'Institut national d'Expression, de création, d'art et Thérapie ; a sous-titré l'un de ses ouvrages « créer, c'est se recréer » (art thérapie, PUF, 2014). Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?**

L'objet de cette question était de déterminer le positionnement professionnel et personnel face au processus créatif. Il s'agissait d'ouvrir sur le processus de création à des fins thérapeutiques. Sont-ils identifiables ? De quelle manière sont-ils perçus ?

IDE	Réponses
<b>CO</b>	« Pour moi recréer c'est se retrouver, s'intérioriser. Justement ce genre de patient est en difficulté parce que la plupart du temps ils sont morcelés, comme on dit en psychiatrie. Il y en a qui ont plusieurs personnalités, qui ont des délires. Donc ils ne savent pas trop lequel est le vrai. Et c'est vrai que tant qu'ils n'arrivent pas à parler de ça à travers leurs créations ou ce qu'on leur demande de faire, ils ont du mal à s'exprimer. » (lignes 147 à 151).
<b>JU</b>	« C'est contenant "Créer" » (ligne 95). « S'exprimer dans sa création, ça a permis de le contenir » (ligne 102).
<b>HA</b>	« On part de rien, d'un désir, une volonté, une petite envie de construire un objet. Derrière tout ça il y a la capacité du patient à élaborer son projet » (lignes 109 à 120). « Dans son projet et son envie, il y a quelque chose qui se construit. Derrière ça, il y a de la valorisation. (...) Dans la production, il y a toutes ses compétences et ses difficultés que l'on peut mettre en évidence et à partir de là on peut faire un travail » (lignes 124 à 126).
<b>IN</b>	« C'est (...) la manière dont le soignant va mener l'atelier. C'est aussi pourquoi on insiste sur le côté individualisé (...). Pourquoi c'est se recréer soit- même ? Parce que dans la création, la production que fait la personne ça vient d'elle, c'est elle qui va faire ses choix, qui va faire selon ses envies, ses ressentis. C'est sa production, quelque part c'est une petite partie d'elle qu'elle va réaliser » (lignes 122 à 126). « On essaie de favoriser l'expression des ressentis des émotions, des pensées, en lien avec cette production. Ça nous permet aussi, à travers ça, de mieux la connaître et de mieux la comprendre aussi. » (lignes 129 à 131).
<b>HU</b>	« Le travail demandé c'est pour se recréer, c'est à dire qu'il ne vient là pas pour faire des œuvres d'art, des tableaux. Il a un travail sur lui-même, un travail de précision, un travail de se revaloriser. De reprendre gout à la vie, oublier ses problèmes. Il fait un travail sur sa personnalité. » (lignes 116 à 119).

Pour les soignants, le terme *recréer* désigne un processus qui permet de « s'intérioriser » (CO), il s'agit d'un travail intérieur « sur lui-même » (HU) qui part d'un « désir, une volonté » (HA), car « la production » faite par la personne « ça vient d'elle » (IN). Le champ sémantique révèle donc un travail intérieur du patient. Il y plusieurs objectifs : celle de la valorisation (HA et HU), mais aussi de l'expression. CO dit que c'est « à travers la création » que le patient s'exprime, pour IN la « production » permettra « l'expression des ressentis, des émotions ». JU

précise aussi qu'à travers la capacité contenante de l'action de « créer », le patient « s'exprime à travers sa création. »

- **Question 9) Dans la liste des besoins fondamentaux de Virginia Henderson, il y a le " besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit." Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?**

L'objectif de cette question était de revenir sur les besoins fondamentaux sur lesquels les soignants travaillent pour établir les projets de soins. De plus, en lien avec la question précédente, elle permettait de comparer les termes recréer et se récréer. Ce qui devait amener les notions d'atelier thérapeutique, atelier occupationnel, de soin relationnel.

IDE	Réponses
CO	« Je pense plus qu'ils se récréent qu'ils ne se recréent » ( <i>ligne 153</i> ). « Arriver à se recréer en faisant des choses, ça demande énormément de concentration » ( <i>lignes 156 à 157</i> ). « Le temps de se récréer, il y en a qui découvre les mandalas par exemple. Il y a en a une [patiente] qui me disait que ça lui permet de penser à autre chose car elle a plein de chose dans la tête. » ( <i>lignes 162 à 164</i> ).
JU	« Récréer c'est être bien. (...) pendant l'atelier créatif, le patient a eu une expérience qui lui a permis d'être bien » ( <i>lignes 108 à 109</i> ). « Avant il était dispersé et là il a pu se réunifier et se concentrer dans l'ici et maintenant et ne pas être dans ses hallucinations, ses délires » ( <i>lignes 112 à 113</i> ).
HA	« S'il prend du plaisir on est dans se récréer. Et si dans le plaisir il arrive à construire quelque chose ou en tout cas il arrive à " J'ai fait un projet, il y a quelque chose qui se passe, ça me valorise " là tout de suite on revient sur le travail, sur le terme de se recréer » ( <i>lignes 135 à 137</i> ).
IN	« A travers les ateliers thérapeutiques amener la notion de plaisir, c'est d'autant plus intéressant et on en voit d'autant plus les bienfaits » ( <i>lignes 152 à 154</i> ).
HU	« Se récréer pour le patient part plus dans ce sens où il ne va pas le faire par passion. Il va venir ici pour réapprendre à se récréer. Dans les activités proposées, il va prendre du plaisir et lui permettre de se récréer et trouver des passions dans les hobbies » ( <i>lignes 148 à 150</i> ).

La notion de *se récréer* est attachée au « plaisir » pour HU et, IN et HA. Si cela permet au patient « d'être bien » JU, cela lui permet surtout de « penser à autre chose » dit CO. CO et JU utilisent le terme de « concentration » de manière opposée : si CO estime qu'il est plus attaché au fait de se recréer, JU dit que la concentration « dans l'ici et maintenant » participe justement au bien être apporté par le fait de se récréer. Pour HA, c'est la construction d'un projet qui va déterminer si le patient est dans la récréation, le plaisir ou la récréation.

➤ **Question 10) Selon vous quelle place a l'objet créé dans l'atelier créatif ?**

L'objectif de cette question était d'interroger la création du patient vis-à-vis du soignant dans le cadre d'une relation thérapeutique. Elle consistait aussi à replacer l'objet créé par le patient et le lien, les effets en termes de soins, de développement personnel.

IDE	Réponses
CO	« Pour certain c'est une énorme valorisation, qui veulent repartir avec. (...) C'est vraiment un moment de satisfaction égoïste de notre part car on se dit qu'ils sont arrivés jusqu'au bout. » ( <i>lignes 171 à 173</i> ). « (...) Une satisfaction de leur part car ils se disent qu'ils ont réussi à faire ça. Ils sont fiers d'eux, ils le disent. C'est une petite victoire » ( <i>lignes 173 à 175</i> ). « Le fait d'afficher certains tableaux, ils étaient contents » ( <i>ligne 178</i> ).
JU	« Il a une place importante parce que le patient voit qu'il est arrivé à la fin de son œuvre. Pour moi, il faut qu'il y ait la satisfaction du patient » ( <i>lignes 114 à 115</i> ).
HA	« Dans les travaux de groupe, ça peut être un symbole de fierté si c'est quelque chose qu'il présente » ( <i>lignes 138 à 139</i> ). « Ça peut être un moyen de relation ou de soin. (...) Tout le tour de l'objet à son sens. Et l'objet en lui-même peut être. Il a une place importante. Je me dis souvent ce n'est pas pour rien qu'il fait quelque chose. Et s'il fait quelque chose, même si ce n'est pas en lien direct avec ce qu'il éprouve ou ressent, pour lui ça veut dire quelque chose. Nous notre travail c'est peut-être de voir quelle importance il y a entre ce qu'il a produit et quelle importance il met dans ce produit » ( <i>lignes 147 à 151</i> ).
IN	« Je n'ai pas grand-chose à dire là-dessus » ( <i>ligne 162</i> ).
HU	« Si on fait des expositions, que le patient est présent, il voit qu'il y a des gens qui viennent qui s'intéressent au travail qu'il a fait, je pense que c'est très motivant et valorisant pour le patient. » ( <i>lignes 159 à 161</i> ).

CO, JU et HU disent que l'objet réalisé est une « valorisation » (CO et HU) et une « satisfaction » (CO et JU) du patient. Pour CO et JU ce plaisir naît de « la fin de son œuvre ». Pour HA, HU et CO, c'est aussi la présentation de leur « tableaux » qui provoque cette valorisation. Pour HA, il « peut être un symbole de fierté ».

Nous n'avons pas vraiment d'arguments pour analyser l'absence de réponse de IN, mais qui a été plutôt surprenante.

➤ **Question 11) A votre avis, quelle est la différence entre une œuvre d'art créée par un artiste et un objet créé dans un atelier thérapeutique ? Pouvez-vous préciser ?**

Cette question permettait d'identifier le processus créatif dans le cadre des activités thérapeutiques. De plus elle amenait la particularité de la création dans les activités de soins en santé mentale, sa portée thérapeutique. Nous nous demandions quel regard le soignant porte sur l'objet créé par rapport à sa posture professionnelle de soignant et quel moyen de le comparer.

IDE	Réponses
<b>CO</b>	« Au niveau satisfaction, il y en a dans les deux (...). C'est l'aboutissement d'un objectif qu'ils s'étaient mis en tête et qui est la concrètement devant eux. » (lignes 182 à 184). « le psychotique, pour lui, c'est sa perfection à lui. Il ne va pas aller chercher l'avis de l'autre. S'il y a un avis qui vient se greffer, soit ça passe, soit ça casse » (lignes 194 à 195).
<b>JU</b>	« Il n'y en a pas. Parce que la personne elle vient sur l'atelier créatif, elle prend la matière qu'elle a choisi, et elle crée quelque chose selon son humeur, elle fait ce qu'elle vit. Et à la fin elle dit « c'est fini ». C'est son œuvre. » (lignes 121 à 123). « L'atelier thérapeutique, c'est thérapeutique dans le sens où nous soignant, on en parle on observe mais en aucun cas on dit qu'il faut faire comme si, comme ça. Après on revient vers lui pour voir son ressenti, (...) il va s'exprimer, verbaliser sur son œuvre » (lignes 125 à 128).
<b>HA</b>	« Chez le patient, si son désir de faire une peinture, même s'il n'a peut-être pas la capacité de le verbaliser, dans ces faits, il est aussi là dedans. C'est à dire faire quelque chose en fonction de ce qu'il vit. » (lignes 162 à 164). « le patient, c'est lui qui renvoie quelque chose. Cela peut nous renvoyer quelque chose, certes. Mais ce qu'il est important de savoir dans notre profession c'est de savoir ce que lui en dit, ce qu'il met autour, est-ce qu'il y a une signification ou pas » (lignes 168 à 171).
<b>IN</b>	« La différence c'est que les patients qui viennent ici, elles ne connaissent pas forcément les techniques que les artistes pourraient avoir. (...) Dans le côté création, le fait de créer, artiste ou pas, elle reste la création. » (lignes 170 à 174).
<b>HU</b>	« Le patient qui souffre de la schizophrénie, qui est artiste, fait ressortir son côté artistique » (lignes 163 à 164).

Pour CO et JU, l'œuvre d'un patient est « l'aboutissement d'un objectif » (CO), qu'il « crée (...) selon son humeur » (JU) ce que confirme HA en disant que le patient crée « en fonction de ce qu'il vit ». JU et HA parlent de l'approche soignante qui va permettre au patient de « s'exprimer, verbaliser son œuvre » (JU) car « ce qui est important dans notre profession, c'est de savoir ce qu'il en dit » HA.

IN et HU croisent leurs propos au niveau du sens : en parlant de création et d'art, il n'y a pas de différence entre une personne souffrant de troubles mentaux et une personne sans troubles. Pour IN l'action de « créer », que la personne soit « artiste ou pas, elle reste la création ». Quant à HU, l'acte de création « fait ressortir son côté artistique », à condition que le schizophrène soit artiste.

➤ **Question 12) Souhaitez-vous rajouter d'autres éléments à cet entretien ou aborder un aspect non exploité ?**

Il s'agissait de conclure et d'ouvrir aux remarques et critiques éventuelles sur le thème ou l'entretien.

IDE	Réponses
CO	« Non, c'est bien parce que avec ces questions c'est nous qui avons dit comment ça fonctionnait. » (lignes 196 à 197).
JU	« Je pense qu'on a parlé de tout, on a parlé du cadre. Qu'est ce qui fait que c'est thérapeutique, c'est qu'il y a une prescription médicale, un projet de soins par rapport à sa présence sur l'atelier. On est garant du cadre. (...) là où c'est thérapeutique c'est que nous on observe, on aide, on accompagne, on intervient » (lignes 130 à 135).
HA	« On est censé avoir beaucoup de compétences et finalement la formation même si elle dure trois ans est assez condensée car on doit apprendre beaucoup de discipline. (...) Il y a des formations comme la thérapie par l'eau, mais il manque ce genre de formation sur l'art thérapie comme sur le sport. On vient avec ce qu'on est, mais l'infirmier n'est pas un spécialiste, (...). Une courte initiation à tous les médias pourraient être intéressants en psychiatrie. » (lignes 178 à 185).
IN	<i>Les soignants nous ont invités à visiter les locaux dans lesquels se déroule l'activité de création.</i>
HU	

JU profite de cette dernière question pour rappeler le rôle infirmier et dans quel contexte s'inscrit l'activité thérapeutique de l'atelier créatif : il s'agit d'une « prescription médicale, un projet de soin », et rappelle que l'infirmier est « garant du cadre (...) nous on observe (...) on accompagne. »

HA met l'accent sur le manque de formation car l'infirmier « n'est pas un spécialiste » et « il manque ce genre de formation ».

Cette première présentation et analyse par question a permis de développer les idées générales des professionnels sur l'activité de création, leur perceptions et les enjeux du cadre. Néanmoins, nous pouvons voir que certaines réponses vont plus loin que les enjeux des questions de départ. Plusieurs notions apparaissent à des moments différents et qui n'entrent pas forcément dans les réponses aux questions.

C'est pourquoi nous allons compléter l'analyse, dans un deuxième temps, à partir des concepts élaborés dans le cadre exploratoire. Cette analyse fait l'objet d'une grille qui est présentée en ANNEXE V.

- **Analyse par thème.**

- Posture professionnelle infirmière.

Les entretiens ont permis d'avoir le témoignage du savoir-faire professionnel dans les activités thérapeutiques. Si les pratiques peuvent parfois être différentes d'un professionnel à un autre, en fonction de son expérience, de ses affections, des enjeux personnels en œuvre dans les soins relationnels (transferts, contre-transfert, déni, projection etc.) nous retrouvons néanmoins des lignes directrices qui résonnent avec les éléments du cadre théorique.

Pour commencer, il y a l'importance du cadre. Le terme cadre est employé 23 fois et celui d'encadrement : 5 fois. IN précise même que c'est l'un des premiers rôles de l'infirmier dans l'activité « on n'aura pas autant de compétences sur les activités pratiques faites par les autres mais on encadre les patients. ». Le cadre est instauré « pour pas qu'ils [les patients] ne s'éparpillent pas » (CO l. 59), c'est « un élément rassurant » (IN l. 46) ce que dit aussi HU. Il met en œuvre une série de « repères » (IN l.67) essentiels pour assurer la sécurité du patient. Les professionnels disent qu'ils doivent faire « respecter le cadre de la même façon à tous les patients. Dans mon rôle propre, qu'il y ait le respect et la bienveillance dans l'atelier, garant de la sécurité aussi de chacun. » (JU l. 37 à 39). Le cadre permet aussi au patient de se « sentir soutenu » (CO l. 59).

Le terme cadre résonne aussi avec celui d'habitude, qui est répété 15 fois. En effet, « Les habitudes c'est rassurant pour les patients. C'est pour ça que c'est toujours le même cadre, le même jour ». (CO l. 99). HA prend une approche un peu différente, lorsqu'il dit qu'on « ne change pas nos habitudes pour ne pas nous perturber nous-même » (HA l. 62-63). Cette remarque montre que des soignants peuvent remettre aussi en question les enjeux du cadre. CO dira aussi que la prise en soin des patients en santé mentale n'est « pas toujours facile » et que « ça nous interroge ». (CO l. 140) c'est la raison pour laquelle il y a un partage de l'information.

En effet, dans le cadre du soin prescrit pour un patient, il faut « veiller » pour savoir « où il en est au niveau de son évolution par rapport aux objectifs ». (JU l. 41). Il y a un consensus sur cette démarche de soin. Elle se réalise « en équipe » (JU l. 42), on « fait un débriefing » (HU l. 27) et parfois même « en dehors des réunions. ». (CO l. 140).

Les soignants relèvent aussi l'importance de leur présence dans la relation avec le patient en difficulté, pour « l'assister s'il a besoin » (HA. L.31). «S'il y a eu des difficultés, on va essayer de se focaliser » (CO l. 124), « A nous, soignant (...) de les orienter, de les aider » (HU l. 178).

### ➤ Ethique

L'éthique dans le cadre du rôle infirmier dans les ateliers créatifs est mise en œuvre lorsque le soignant accepte la personne telle qu'elle est, ce qu'elle réalise. Elle se développe à travers la considération positive inconditionnelle. CO en témoigne lorsqu'elle « s'est rendue compte qu'il faut les [les patients] laisser acteurs (...) les laisser s'exprimer » (CO l. 58). JU dit que l'on « ne demande pas de résultat (...) il n'y a pas de finalité » (JU l. 97 à 98). Et dans la place de l'objet créé, JU reconnaît la fin de l'œuvre lorsque le patient l'a décidé « même si pour moi soignant ce n'est pas fini. » (JU l. 155 à 116). Le côté inconditionnelle se trouve dans l'absence d'attente de résultat « on n'est pas là pour faire du beau » (IN l. 91 à 92). Cette perception est quasi unanime.

Nous retrouvons aussi la posture de non jugement lorsque CO dit que « c'est sa perfection à lui » (CO l. 194), le patient « s'exprime sur son ressenti » (HA l. 27) et pas sur celui du soignant. Cela passe aussi par une réflexivité par rapport au cadre. Parfois, les idées viennent

des soignants pour éviter que le patient « reviennent souvent sur des choses qu'il a déjà faites. » (HA l. 56) et ainsi c'est « souvent le désir du soignant au lieu du désir du patient » (HA l. 58).

Lors du déroulement des activités, les soignants adoptent de manière unanime une attitude de valorisation. Nous retrouvons 8 fois le terme valoriser et 7 fois celui de valorisation. Ce qui permet aux patients d'être « fiers d'eux » (CO l. 174).

➤ Humanitude

L'humanité va se révéler à travers le développement des potentialités de la personne avec l'aide du soignant. Le fait que le terme *échange* soit cité 8 fois à travers les entretiens, cela montre en premier lieu que les professionnels considèrent la participation à l'activité comme un espace interpersonnel entre les patients « ça permet d'avoir un échange entre eux » (CO l. 37), « ça permet de travailler la confiance en soi (...) d'échanger avec les autres. » (IN l. 33), de « réapprendre à être avec les autres ». « Le côté médiation (...) c'est favoriser le fait que la personne fasse autre chose de son quotidien, (...) un moment de partage. » (IN l. 55-56)/

Les discussions révèlent de quelle manière le patient est pris dans sa singularité. Ils sont « forcément tous différents » (CO l. 122), il y a des « projets individualisés » (JU l. 70). En fonction de ses « limites (...) on va l'accompagner de façon plus individuelle » (HA l. 107.) « On prend en compte l'individu avec ses spécificités, on adapte en fonction. » (IN, l. 88 à 89.)

Pour décrire l'attitude du professionnel lors des ateliers, un terme revient très souvent : accompagner. Cette qualité qui consiste à soutenir une personne renvoie au déplacement du « centre du pouvoir ». Le soignant ne « fait pas pour », il conduit, il escorte la personne à travers le processus thérapeutique. Le terme d'accompagnement (accompagne, accompagné) est cité 10 fois sur la totalité des entretiens.

L'atelier créatif, à travers les filtres du processus créatif et du « plaisir », va être le lieu à l'intérieur duquel le patient pourra « s'exprimer dans sa création » (JU l. 102) « à travers le dessin, la peinture (...) ça leur fournit un autre moyen d'exprimer ce qui est à l'intérieur » (IN l. 78), ce qui permettra « de mettre quelques émotions » (CO l. 43 -44)

➤ Processus créatif : culture d'une sensibilité à soi et aux autres.

Le soignant et le soigné vont être affectés par les processus en jeu dans l'atelier créatif. Les patients, soutenus et guidés par le professionnel, vont « arriver à exprimer des choses » à travers « des choses qu'ils n'ont pas l'habitude de faire chez eux » (CO l. 41 et 46.) Ils ne sont plus « dans l'habitude » (JU l. 46). Ils vont « s'ouvrir » et oser (CO l. 109), mettre en œuvre leur « sensibilité par rapport à la réaction des autres » (FU l. 78). Cela va particulièrement les aider à s'exprimer « à travers leurs création » (CO l. 150). IN constate que « la médiation créativité » avec l'aide des soignants, va permettre au patient de « s'exprimer à travers leur production. Il s'agit d'un support à la parole. » (IN l. 80). « La création (...) favorise l'imagination et ce que nous on recherche : l'expression des ressentis ». (IN l. 70 à 71.). Lorsque la personne est dans

l'acte de créativité « dans le faire, dans l'agir » (IN l. 112) elle peut « se concentrer, se calmer et mettre un peu de côté les problèmes, les maladies, ce qui la dérange ».

Les professionnels vont développer leurs savoir-être personnels en lien avec cette activité. Comme nous l'avons remarqué dans les réponses à la question 2 ci-dessus, ils ont tous une affinité plus ou moins forte avec les activités créatives. CO dit que « l'atelier créatif concerne (...) l'infirmier et le patient. » (CO l. 50). Il y a une faculté à innover dans le fait de réaliser chaque fois des objets différents « on ne s'enkyste pas » dit JU (l. 61). Si CO reconnaît certaines limites car « c'est bien de comprendre mais après il faut analyser et on n'a pas forcément les outils en tant qu'infirmier. » (CO l. 160), JU précise que l'atelier reste thérapeutique « dans le sens où nous soignant, on en parle, on observe mais en aucun cas on dit qu'il faut faire comme si ou comme ça » (l. 127). C'est le « projet de soin » qui justifie le terme de thérapeutique dit-elle un peu plus loin (l. 130). HA précise qu'il faut « laisser vivre l'expérience de quelque chose » (HA l. 34). Après tout, il s'agit « d'un moyen de relation ou de soin » (HA l. 144) et « tout le tour de l'objet à son sens » pour ajouter plus loin « (...) le patient, c'est lui qui renvoie quelque chose » (HA l. 144).

### **4.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.**

La comparaison du retour des entretiens avec les éléments du cadre exploratoire a permis de mettre en évidence quelques points communs dans les discours et les attitudes. Au-delà de la considération du rôle prescrit de la participation des patients dans le cadre d'une prise en soin thérapeutique, il y a des éléments du rôle propre et de la posture infirmière qui ressortent dans chaque discours avec la même perception. D'un côté nous avons le maintien du cadre, l'importance en termes de soin et de structure. Le cadre est tour à tour rassurant, sécurisant et permet au patient de sortir de son quotidien.

La considération de l'encadrement est exprimée comme un élément important du rôle infirmier. Il s'agit d'être attentif à l'état de santé du patient, observer et le guider durant l'activité en fonction des capacités, des difficultés qu'il peut présenter. Tout à la fois, il révèle l'importance de le laisser s'exprimer, libre de son expression à travers le processus créatif. En ce sens, ils soutiennent l'héritage de Jean Baptiste Pussin dans les rôles de l'infirmier en psychiatrie qui d'une part consiste à rassurer, valoriser et humaniser, et d'autre part d'être attentif aux troubles psychologiques et cognitifs, en adoptant un comportement cadrant et sécurisant.

Avec les termes créer et se recréer, nous avons pu voir qu'ils développent de manière quasi unanime le cheminement personnel qui se joue dans le processus créatif. Même s'ils reconnaissent ne pas posséder les compétences pour travailler sur l'objet, ils ont conscience que lors des ateliers créatifs, il se joue « le passage d'un état à un autre », et qui permet l'expression des patients.

Peu de divergences de fond apparaissent au terme de ces questionnements. Cependant nous pouvons remarquer, qu'il apparaît un regard critique et réflexif sur l'activité par rapport au

rôle soignant, sa place, son savoir-être personnel. Le soignant doit-il guider ou laisser faire le patient dans la mise en œuvre de son projet ?

\*\*\*

## 5. FORMULATION DE L'HYPOTHÈSE ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE.

En étudiant la situation d'appel et suite aux premières recherches, nous avons été amené à nous poser la question suivante : en quoi la considération à l'égard du processus créatif lors des ateliers créatifs par les patients en santé mentale enrichit la prise en soin ?

L'analyse et la synthèse des recherches empiriques avec le cadre exploratoire ont permis de faire ressortir que les attributs du Caring étaient présents au sein de la relation interpersonnelle du patient avec le soignant ou des patients entre eux. La considération du patient, dans sa singularité a été mise en avant. Les propos des infirmiers ont permis de comprendre que les patients vivent une expérience intérieure à des fins d'expression grâce à la créativité, ce qui témoigne de la capacité des soignants à être attentif au processus en œuvre.

L'interpellation de certains professionnels sur le savoir-être personnel et l'implication du « désir des soignants » pouvant influencer le « désir » des patients a reposé la question de manière différente. Elle l'a complété dans le sens où elle porte la réflexivité du soin par rapport à la relation interpersonnelle. C'est une réflexivité indispensable puisqu'elle permet au soignant de travailler sur la congruence, le non-jugement et la considération positive inconditionnelle.

Elle a aussi dévié la question initiale en mettant l'accent sur un élément qui nous semble important : l'influence du soignant. Dans le cadre du processus thérapeutique en œuvre dans la créativité, si le soignant oriente la création *a priori*, est-ce que cela influence la démarche du patient ? Et, conséquemment, la démarche thérapeutique en œuvre ?

Un des exemples cité par AH est intéressant à ce propos : « Il y a des moments, lorsqu'on travaillait sur des mosaïques par exemple, même si le patient les décorait, et pouvait l'emmener chez lui, il dit « non ». (...) Le questionnement est là. Est-ce que c'est le souhait du soignant ou son désir à lui [le patient] ? Je pense que quand l'idée vient vraiment du patient, il y a une importance car souvent il le ramène. Si ça vient de moi, même si je le valorise, que je le pousse à créer des formes etc. le plus souvent il va faire et laisser là. » (*HA lignes 147 à 154*)

Ce qui nous amène cette hypothèse : dans les ateliers créatifs, l'intention du soignant dans la création des objets peut influencer le processus thérapeutique en œuvre dans la créativité.

\*\*\*

## 6. PRÉSENTATION DU DEVIS DE RECHERCHE.

### **Porteur du projet**

Sébastien Rives

2016/2017

Promotion 2014/2017

### **Titre de l'étude envisagée :**

Etude observationnelle sur les conséquences de l'influence des soignants dans la création des objets dans les ateliers créatifs, sur le processus thérapeutique de créativité.

**Acronyme de l'étude :** Etud-influcrea.

### **Mots clés**

Santé mentale, atelier thérapeutique créatif, créativité, soins infirmiers, humanité.

### **Justification de l'étude (213 mots) :**

Les activités de médiation artistiques, souvent appelées ateliers créatifs, sont fréquemment mises en œuvre dans les structures de soins en santé mentale. Ces ateliers mettent en jeu des processus de créativité, d'intériorisation, de symbolisation et d'expression. Ils sont préconisés et prescrits pour des personnes ayant des maladies psychiatriques. Ils ont pour objectif de travailler sur les difficultés d'ordre cognitifs (concentration, attention) et des troubles psychiques comme la perte de sens du réel, les difficultés de projection, relationnels ou bien de symbolisation.

Inscrit dans le cadre légal de leur rôle propre et prescrit, les infirmiers encadrent les ateliers à visée thérapeutique comme les ateliers créatifs. Ils sont garants du cadre, de la surveillance et de l'évaluation des objectifs de soins de chaque patient. Ils veillent aussi à la diversité des propositions créatives pour stimuler les patients et conserver une dynamique de soins.

Cependant, lors du processus de créativité, une relation interpersonnelle s'établit et met en œuvre des enjeux qui dépassent les individus et créent des influences. Peu d'études démontrent les conséquences de l'influence des soignants sur le processus thérapeutique de la créativité des patients. Pourtant les premières enquêtes montrent que parfois l'action des soignants peut avoir un impact sur la réalisation du patient et *in fine*, sur le processus thérapeutique en œuvre dans l'atelier.

### **Hypothèse de la recherche :**

Dans les ateliers thérapeutiques créatifs, l'influence des soignants sur l'idée ou la réalisation d'un objet, peut avoir des conséquences sur le processus thérapeutique de créativité du patient.

### **Objectif principal et axes d'amélioration attendus**

Explorer les pratiques et savoir-être infirmiers pour accompagner les infirmiers dans leur posture vis-à-vis des patients dans les activités de médiations artistiques.

Optimiser les processus thérapeutiques créatifs en jeu dans les activités de médiations artistiques.

Développer le travail thérapeutique du patient dans les ateliers créatifs en donnant aux soignants des recommandations sur des pratiques.

### **Grande lignes du projet de recherche :**

La première étape de cette recherche serait de définir la notion d'influence par rapport au soignant et à l'activité. Dans un deuxième temps, dans des unités de soins en santé mentale dans lesquelles se déroulent des activités à médiations artistique, il s'agirait d'observer de quelle manière peuvent naître les influences, puis les réactions des patients (discours, comportements, expression, créativité etc.).

Dans un troisième temps, après avoir analysé les données, cela pourrait donner lieu à l'élaboration d'une échelle d'influence ou de conseils de bonnes pratiques et un élargissement des compétences thérapeutiques infirmières.

### **Citez cinq articles justifiant l'intérêt de mener ce projet**

- Yves Gineste, Rosette Marescotti et Jérôme Pelissier, *Philosophie de soin de l'humanité*, EMC (Elsevier Masson paris), *Savoirs et soins infirmiers*, 2010.
- Anne-Marie Dubois, Margarita Miquelarena, Nathalie Pommeret, *Art-thérapies*, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, (Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris), 2001.
- Anne Brun, *Perspectives générales et/ou groupales sur la médiation*, introduction, « *Le carnet psy*, 2010/01 (n° 141), p. 24-27, 2010.
- Jean-Pierre Klein, *Penser l'art-thérapie*, Edition Presse Universitaire de France, 2014, 384 pages.
- Jacky Merklings, *Activités thérapeutiques à médiation, rôle infirmier et soin en santé mentale*, Edition Elsevier Masson, 2010, 264 pages.

## 7. CONCLUSION.

Cette introduction au travail de recherche a permis d'avoir un aperçu de la portée réflexive dans le cadre du savoir-faire infirmier. Nous regrettons que le manque de temps n'ait pas permis d'aller plus loin dans la recherche et les analyses. En effet, quatre mois paraissent bien courts pour élaborer une telle démarche.

Nonobstant ces contraintes de temps, nous avons tenté d'aboutir à un travail qui donne un aperçu des phénomènes en jeu dans les activités à médiation artistiques. Ce mémoire est l'aboutissement de la formation des études en soins infirmiers. A ce titre, il révèle de quelle manière nous avons développé notre regard et notre réflexivité par rapport aux pratiques de soins infirmiers.

Notre intérêt pour les activités à médiation artistiques a démarré très tôt, dès le début de la deuxième année de formation en soins infirmiers. Puis elle s'est prolongée durant nos stages en santé mentale. Le rôle de l'infirmier dans les activités de soins en santé mentale met en œuvre les qualités essentielles pour prendre soin de l'autre : la patience, la modestie, l'empathie, l'écoute, la créativité, le non-jugement et l'accueil de l'autre dans toute son histoire.

L'étude en œuvre dans ce mémoire a abouti à une hypothèse à laquelle nous ne nous attendions pas. Le développement de cette hypothèse donnerait de la valeur à la pensée réflexive. Même si elle peut aboutir à une meilleure connaissance des pratiques, il y a toujours l'enjeu relationnel. Le soin est toujours une affaire de relation d'individu à individu. Et apporter de l'aide en tant que soignant c'est prendre soin, et « prendre soin ne peut, à chaque fois, qu'être unique » ce n'est « pas préétablie, ni programmable, ni répétable d'individu à individu » mais « toujours à penser, repenser, en fait, à créer ».<sup>62</sup>

\*\*\*

---

<sup>62</sup> Walter Hesbeen, prendre soin à l'hôpital, Masson, 1997, p.8.

## BIBLIOGRAPHIE

### Livres

Alfred Ernout, Alfred Meillet, Dictionnaire étymologique de la langue latine (4<sup>ème</sup> éd.), édition Klincksieck, Paris 2001, 833 pages.

Carl Ransom Rogers, Le développement de la personne, Dunod-InterEditions, 2005 (réédition), 274 pages.

Charles Baudelaire, Œuvres complètes, édition Robert Laffont, 2004, 1003 pages.

Donald Woods Winnicott, Jeu et réalité, Edition Folio, 2004 (première édition française 1975), 275 pages.

Isabelle Aubard, Emmanuel Digonnet, Anne-Marie Leyreloup, Ateliers en psychiatrie – médiations thérapeutiques, édition Elsevier MASSON, 2007, 160 pages.

Jacky Merklings, Activités thérapeutiques à médiation, rôle infirmier et soin en santé mentale, Edition Elsevier Masson, 2010, 264 pages.

Jean-Pierre Klein, l'art-thérapie, Edition Presse Universitaire de France, collection Que sais-je ?, 9<sup>ème</sup> édition, 2014, 128 pages.

Jean-Pierre Klein, Penser l'art-thérapie, Edition Presse Universitaire de France, 2014, 384 pages.

Marie-José Cottureau (dir), Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques II prise en charge et diagnostics infirmiers, Edition Elsevier Masson, 2007, 151 pages.

Merleau-Ponty, L'œil et l'esprit, Edition Gallimard, collection Folio Essais, 1997, 92 pages.

Michel Foucault, Histoire de la folie à l'âge classique, édition GALLIMARD, 1972, 688 pages.

Michel Hanus, Vincent Marchal, Psychiatrie et soins infirmiers, édition Maloine, 1997, 360 pages.

Monique Formarier, Ljiljana Jovice, les concepts en science infirmière, 2<sup>ème</sup> édition, Edition ARSI, 2012, 330 pages.

Paul Ricoeur, Soi-même pour un autre, Edition Seuil, 1990, 448 pages.

Quentin Debray (dir) Psychiatrie I Syndromes et maladies, Edition Elsevier Masson, 2007 (5<sup>ème</sup> édition), 188 pages.

Walter Hesbeen, Prendre soin à l'hôpital, Edition Masson, 1997, 208 pages.

## Articles

Anne Brun, Perspectives générales et/ou groupales sur la médiation, introduction, Le carnet psy, 2010/01 (n° 141), p. 24-27, 2010.

Anne-Marie Dubois, Margarita Miquelarena, Nathalie Pommeret, Art-thérapies, Edition Scientifiques et Médicales Elsevier, Psychiatrie, 2001

Anne-Marie Leyreloup, « Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie », édition ERES, Sud/Nord 2010/1 (n° 25), p. 121-128.

Chantal Carat et Louise O'Reilly, S'approprier la théorie du Human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique, Recherche en Soins Infirmiers n°95, 2008.

Compte rendu des travaux du 1er Congrès International de Psychiatrie, de Neurologie, de Psychologie et de l'Assistance des aliénés tenu à Amsterdam du 2 à 7 septembre 1907 [en ligne], lien : [https://archive.org/stream/b2129575x/b2129575x\\_djvu.txt](https://archive.org/stream/b2129575x/b2129575x_djvu.txt) (consulté le 25/03/2017)

Jack Huchet et Jacques Postel, le « surveillant » Jean Baptiste Pussin à la Salpêtrière, Histoire des Sciences Médicales, tome XXX, 1996, p.189-198.

Juchet Jack. L'« empirique » et le médecin dans la genèse de l'asile. Mots, n°26, mars 1991, pp. 109-120. Lien : [http://www.persee.fr/doc/mots\\_0243-6450\\_1991\\_num\\_26\\_1\\_1599](http://www.persee.fr/doc/mots_0243-6450_1991_num_26_1_1599).

Julie Hubert, Cours - Soins Infirmiers - Virginia Henderson, 2015, <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html> (consulté le 15/05/2017)

Mylène Coste, L'atelier culturel en hôpital psychiatrique : un « cadre modalisé », objet de détournements par le personnel soignant, Article pour "Etude de communication", 2012 [En ligne] <http://edc.revues.org/3888> (consulté le 02/03/2017).

Philippe Svandra, Repenser l'éthique avec Paul Ricœur, le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice, Recherche en soins infirmiers, 2016, p. 19-27.

Pierre Demeulenaere, la différence entre le relativisme des valeurs et la pluralité des valeurs du point de vue d'une sociologie de l'art, PUF « sociologies, 1998, pages 291 à 311.

Quétel Claude, Garder les fous dans un asile de province au XIXe siècle. Le Bon-Sauveur de Caen [Deuxième partie]. In: Annales de Normandie, 29<sup>e</sup> année, n°2, 1979. pp. 193-224. [www.persee.fr/doc/annor\\_0003-4134\\_1979\\_num\\_29\\_2\\_5327](http://www.persee.fr/doc/annor_0003-4134_1979_num_29_2_5327) (consulté le 04/04/2017)

Thierry Haustgen, Les archives et l'histoire de la psychiatrie. Première partie : les sources et les travaux, Editions Matériologiques PSN 2013/3 (Volume 11), p. 69-90.

Thomas Bender, Historique de la profession des infirmiers en psychiatrie, 20.03.09 Mise à jour le 18.12.12 [en ligne], consulté le 12/04/2017. Lien : <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/historique-de-la-profession-des-infirmiers-en-psychiatrie.html>.

Walter Hesbeen, Le caring est-il prendre soin ?, Revue perspective soignant, Edition Seli Arslan, 1999.

## **Textes législatifs :**

*CIRCULAIRE du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale.*

## **Définitions**

Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL)

Esthétique : <http://www.cnrtl.fr/definition/esth%C3%A9tique> (consulté le 24/04/2017)

Thérapeute <http://www.cnrtl.fr/definition/th%C3%A9rapeute> (consulté le 03/05/2017).

Aliéné : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/ali%C3%A9n%C3%A9> (consulté le 12/03/2017).

Ministère des solidarités et de la santé

Ergothérapeute : [http://www.ispc-prepas.com/DOC/5\\_ergo.pdf](http://www.ispc-prepas.com/DOC/5_ergo.pdf) (consulté le 05/05/2017).

Larousse médical en ligne.

Psychose :

<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/psychose/15628#OZwQmRbvI7HIAySL.99>  
(consulté le 24/04/2017)

Schizophrénie :

<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/schizophr%C3%A9nie/16006#G8RP02aPGU5rW9xX.99> (consulté le 24/04/2017).

Larousse en ligne.

Créativité :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cr%C3%A9ativit%C3%A9/20301?q=cr%C3%A9ativit%C3%A9#20190> (consulté le 04/04/2017).

Littre

Thérapeute : <http://www.littre.org/definition/th%C3%A9rapeutes> (consulté le 03/05/2017).

Création : <http://www.littre.org/definition/cr%C3%A9ation> (consulté le 02/04/2017)

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Définition de la santé mentale : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (consulté le 14/03/2017).

## LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : *Demande d'autorisation d'enquête.*

ANNEXE II : *Questionnaire d'entretien.*

ANNEXE III : *Guide d'entretien.*

ANNEXE IV : *Retranscription des entretiens.*

ANNEXE V : *Grille d'analyse des entretiens.*



Saint Pierre le 9 Mars 2017

**Mr Christophe Menard**  
Cadre Formateur  
Réfèrent des UE 3.4 S6 et 5.6 S6  
Initiation à la recherche  
IFSI - CHU Sud Réunion

A

**Monsieur Jean Marie LEBON**  
Coordonnateur Général des Soins  
C.H.U. de la Réunion  
CHU Sud réunion

Sous couvert de :  
**Mr BELLIER Franck**  
Directeur de l'IFSI Sud



N. Réf. : 063 D 2.3 CMe/FB/AC/17

**Objet** : Demande d'autorisation d'enquête dans le cadre de l'exploration empirique du mémoire de fin d'études valant pour la session n°1 des U.E 3.4 et 5.6 du semestre 6

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation aux étudiants infirmiers de troisième année de réaliser des enquêtes sous la forme d'entretien dans le cadre de leurs unités d'enseignement d'initiation à la recherche auprès des personnels paramédicaux de votre établissement.

En accord préalable avec les responsables des services de soins, l'enquête pourrait se dérouler du 15 Mars au 16 Mai 2017.

Vous trouverez joint à ma demande une copie par étudiant de l'outil d'exploration validé par le directeur de mémoire ainsi qu'un tableau récapitulatif par atelier des thèmes de recherche ainsi que les services souhaités d'enquête.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'expression de mes respectueuses salutations.

Christophe Menard

« Cette formation est financée par le Fonds Social Européen et la Région Réunion.  
Ce projet est financé par le Fonds Social Européen et la Région Réunion investissant dans votre avenir »

## ANNEXE II

# QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN

Sébastien RIVES  
Promotion 2014/2017 - Année 2016/2017

IFSI SAINT PIERRE  
CHU SUD REUNION

Dans le cadre de l'UE 3.4 et l'UE 5.6 du semestre 6, je dois mener une enquête pour l'exploration empirique de mon mémoire de fin d'étude sur le thème :

« Le rôle infirmier dans les ateliers thérapeutiques créatifs en santé mentale. »

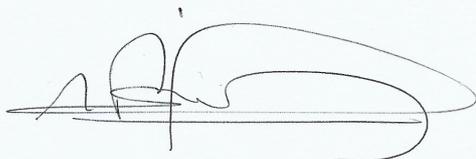
### Grille d'entretien

Homme  Femme  Age : 20 – 35  35 – 45  45-55  55-65

Année d'obtention du diplôme :

Parcours professionnel :

- 1) Depuis combien de temps participez-vous à l'atelier créatif ?
- 2) Comment avez-vous intégré l'atelier : de manière volontaire, par choix ou imposée ? Pourquoi ?
- 3) Pour vous, qu'est-ce que l'atelier créatif ?
- 4) Dans le cadre de votre rôle propre et concrètement, en quoi consiste l'animation d'un atelier créatif ?
- 5) Dans *Emile, ou de l'éducation* (1762) Jean-Jacques Rousseau a écrit : « L'habitude tue l'imagination, il n'y a que les objets nouveaux qui la réveillent », qu'en pensez-vous dans le cadre de l'atelier créatif ?
- 6) Bien qu'il s'agisse d'un atelier collectif, quelle place donnez-vous à chaque patient ?
- 7) Comment évaluez-vous les effets de l'atelier sur chaque patient ? A partir de quels critères ?
- 8) J. P. Klein, psychiatre, Directeur de l'Institut national d'Expression, de création, d'art et Thérapie ; a sous-titré l'un de ses ouvrages « créer, c'est se recréer » (art thérapie, PUF, 2014). Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?
- 9) Dans la liste des besoins fondamentaux de Virginia Henderson, il y a le " besoin de se recréer : nécessité pour chaque individu de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit." Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?
- 10) Selon vous quelle place a l'objet créé dans l'atelier créatif ?
- 11) A votre avis, quelle est la différence entre une œuvre d'art créée par un artiste et un objet créé dans un atelier thérapeutique ? Pouvez vous préciser ?
- 12) Souhaitez-vous rajouter d'autres éléments à cet entretien ou aborder un aspect non exploité ?



## ANNEXE III

### GUIDE D'ENTRETIEN

Thèmes	Questions	Objectifs
<b>Synoptique</b>	<i>Depuis combien de temps participez-vous à l'atelier créatif ?</i>	Question synoptique.
<b>Posture personnelle</b>	<i>Comment avez-vous intégré l'atelier : de manière volontaire, par choix ou imposée ? Pourquoi ?</i>	Identifier le positionnement personnel par rapport à l'activité. Repérer les postures personnelles et les affinités avec le cadre professionnel
<b>Savoir-faire professionnel</b>	<i>Pour vous, qu'est-ce que l'atelier créatif ?</i>	Approche professionnelle de l'activité. Identifier de quelle manière le soignant se représente l'activité
<b>Savoir être professionnel</b>	<i>Dans le cadre de votre rôle propre et concrètement, en quoi consiste l'animation d'un atelier créatif ?</i>	Identifier le cadre du rôle propre infirmier. Aborder le savoir-être professionnel.
<b>Considération positive inconditionnelle</b>	<i>Dans Emile, ou de l'éducation (1762) Jean-Jacques Rousseau a écrit : « L'habitude tue l'imagination, il n'y a que les objets nouveaux qui la réveillent », qu'en pensez-vous dans le cadre de l'atelier créatif ?</i>	Identifier les enjeux thérapeutiques. Questionner les notions de répétitions ainsi que les enjeux du soin
<b>Ipséité</b>	<i>Bien qu'il s'agisse d'un atelier collectif, quelle place donnez-vous à chaque patient ?</i>	Identifier la place de chaque patient, comme une personne singulière
<b>Non-jugement</b>	<i>Comment évaluez-vous les effets de l'atelier sur chaque patient ? A partir de quels critères ?</i>	Interroger de quelle manière les professionnels prennent en compte les effets thérapeutiques de l'atelier créatif sur l'état du patient, ainsi que des processus en jeux.
<b>Créativité</b>	<i>J. P. Klein, psychiatre, Directeur de l'Institut national d'Expression, de création, d'art et Thérapie ; a sous-titré l'un de ses ouvrages « créer, c'est se recréer » (art thérapie, PUF, 2014). Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?</i>	Identifier le positionnement professionnel et personnel face au processus créatif.
<b>Humanité / empathie</b>	<i>Dans la liste des besoins fondamentaux de Virginia Henderson, il y a le " besoin de se recréer : nécessité pour chaque individu de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit." Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?</i>	En lien avec la question précédente, comparer les termes recréer et se recréer. Identifier les questions et différences entre atelier thérapeutique et atelier occupationnel
<b>Processus, finalité</b>	<i>Selon vous quelle place a l'objet créé dans l'atelier créatif ?</i>	Identifier le processus créatif dans le cadre des activités thérapeutiques.
<b>Réflexivité savoir-être</b>	<i>A votre avis, quelle est la différence entre une œuvre d'art créée par un artiste et un objet créé dans un atelier thérapeutique ? Pouvez-vous préciser ?</i>	Interroger la création du patient dans le cadre d'une relation thérapeutique
<b>Ouverture</b>	<i>Souhaitez-vous rajouter d'autres éléments à cet entretien ou aborder un aspect non exploité ?</i>	Conclure et ouvrir aux remarques sur le thème ou l'entretien

## ANNEXE IV

### RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS

---

#### **PREMIER ENTRETIEN.**

IDE « CO »

Femme, tranche d'âge : 35-45 ans.

Diplômée en 1999 - 13 en MCO et 5 ans en santé mentale

Durée de l'entretien : 42 minutes.

#### **1) Depuis combien de temps participez-vous à l'atelier créatif ?**

1 CO - Ça fait un an, depuis que je suis arrivé dans cette unité.

*ESI - Aviez-vous participé à d'autres ateliers créatifs auparavant ?*

2 CO - Dans l'autre unité de santé mentale, je participais à la créativité avec du dessin aussi, mais  
3 ce n'était pas du tout le même cadre d'activité, il n'y avait pas d'ergothérapeute. Le projet est  
4 plus cadré ici, alors que ça partait un peu dans tous les sens. Ici, il y a des temps de groupe et  
5 individuels.

*ESI - C'est à dire que dans l'ancien atelier, les patients dessinaient pendant un temps donné ?*

6 CO - Les patients ne décidaient pas de ce qu'ils voulaient faire. C'était soit on fait tous une  
7 peinture avec un thème : chacun prenait sa toile, on donnait un thème comme une nature morte,  
8 parfois dans le jardin ou d'après une photo. Ou alors on donnait trois ou quatre photographies et  
9 chacun choisissait la photo qu'il voulait et il représentait sur ce papier. Alors bien sûr avec des  
10 représentations toutes différentes, très intéressantes. Mais on ne faisait pas forcément de travail  
11 dessus : qu'est-ce que ça veut dire ? Pourquoi ? « Pour toi qu'est-ce que tu as mis comme  
12 couleur », « Tiens tu as fait comme ça cette forme là mais ici tu as fait autrement... ». Il n'y  
13 avait pas forcément de recherche et de savoir pourquoi ça a été fait comme ça. Il n'y avait pas  
14 beaucoup de retour, sauf dans les transmissions mais ce n'était pas très élaboré. Pas de retour en  
15 équipe ou en réunion. C'est ce qui manquait. Parfois, lorsqu'il y avait des étudiants, on faisait  
16 des travaux en groupe, comme la réalisation d'un mandala géant. Chaque patient avait fait des  
17 petites mandalas et puis on avait fait un énorme mandala avec tous les petits. Ça avait été sympa  
18 car on avait vu l'interaction entre les patients. Je trouvais qu'il y avait plus de communication  
19 entre eux alors que lorsque chacun est devant sa toile ou son dessin, c'est hyper individuel, ça  
20 parle pas beaucoup. Selon les soignants on mettait un fond musical, histoire de détendre aussi un  
21 petit peu. Mais ce n'était pas fait sur le profil de cet atelier créatif.

#### **2) Comment avez-vous intégré l'atelier : de manière volontaire, par choix ou imposée ? Pourquoi ?**

22 CO - C'était imposé parce que je remplaçais quelqu'un qui faisait partie de l'atelier. Et en même  
23 temps, j'adore fabriquer plein de choses et créer plein de choses, j'aime dessiner. Donc ça coulait  
24 de source que je le fasse. Ici, comme dans l'ancienne unité, ce sont des activités qui me tiennent  
25 à cœur. Sachant qu'ici, pour certain patient il y a des projets individualisés autour de chaque  
26 activité qu'ils font. Ça aide le soignant à savoir où aller. En tant qu'infirmier, quand tu sors de  
27 MCO et que tu te retrouves à faire du dessin ou de la peinture ou à scier du bois avec les patients,  
28 le rôle infirmier au départ n'est pas facile à trouver. Donc avec ce projet-là, bien posé, si on a des  
29 doutes on retourne dans le classeur et on relit tout ça et on se rend compte qu'il y a vraiment un

30 intérêt et qu'on n'est pas là pour rien. Il faut laisser le patient acteur de ce qu'il fait, de comment  
31 il veut le faire. Ce n'est pas évident au début, on a souvent envie de les diriger alors que ce n'est  
32 pas forcément ce qu'il faudrait faire.

### 3) Pour vous, qu'est-ce que l'atelier créatif ?

33 CO - C'est un atelier qui permet au patient, quand ils sont en groupe, d'interagir selon les  
34 patients car ce n'est pas toujours évident. Souvent sur sollicitation des soignants mais ça permet  
35 d'avoir un échange entre eux quand ils font le même geste, qu'ils peignent la même pièce en  
36 même temps, qu'ils ne se battent pas pour un morceau de bois à peindre. Au moins il y a une  
37 sorte d'échange, même s'il peut y avoir des frictions, ça fait partie de la vie même quand on est  
38 malade. Dans l'atelier créatif il y a ce côté là où il y a l'interaction avec les patients. Et puis en  
39 même temps ça leur permet de faire des choses qu'ils n'ont pas l'habitude de faire chez eux. On  
40 peut leur apporter des outils (dessin, bois..) pour les ouvrir à ce qui se passe autour d'eux et  
41 ailleurs que chez eux. Et le temps individuel pour certain ça leur permet de mettre quelques  
42 émotions, pas tout le temps. Mais parfois, soit dans le dessin, soit dans la couleur ou la « non  
43 couleur », ils arrivent à exprimer des choses. Quand on leur demande « qu'est-ce que c'est que  
44 ce bonhomme », ils commencent à parler un peu plus, à s'exprimer. Et ça c'est vraiment  
45 intéressant car on prend le temps à chaque fin d'atelier de parler de ça. Ça leur permet de  
46 s'exprimer. Et nous aussi du coup car il y a un temps pour comparer. Le fait d'agir avec eux c'est  
47 important qu'ils ne se sentent pas juste observés.  
48 L'atelier créatif concerne vraiment tout le monde. L'infirmier et le patient.

### 4) Dans le cadre de votre rôle propre et concrètement, en quoi consiste l'animation d'un atelier créatif ?

49 CO - C'est vrai qu'après avoir passé 13 ans en MCO dans un service avec pas mal de rôle sur  
50 prescription, les soins de confort sont sur prescription et du rôle propre car lorsqu'on voit  
51 quelqu'un qui est pas bien on réagit. En psy, le plus dur pour moi, au tout début, j'avais  
52 l'impression d'être en colonie. C'était complètement décalé par rapport à ce que je pensais que  
53 ça pouvait être comme activité. Au départ ça me paraissait très simple, je pensais que c'était  
54 juste une sorte d'accompagnement, des patients. On est derrière les patients, on leur montre  
55 comment dessiner, comment tenir le stylo. Finalement je me suis rendu compte au fur et à  
56 mesure, qu'il faut les laisser acteurs de leur activité, les laisser s'exprimer. On est juste en retrait.  
57 On est là pour les cadrer et qu'ils se sentent soutenu pour pas qu'ils ne s'éparpillent. Car souvent  
58 se sont des personnalités qui ont beaucoup de mal à se sentir un, groupé. Le fait d'être bien cadré  
59 par plusieurs soignants, c'est rassurant pour eux. Ce n'est pas forcément un rôle sur prescription,  
60 ce n'est pas détaillé. Et le fait de les laisser faire, il y en a qui viennent car ils ne sont jamais  
61 rassurés et ils demandent « est ce que je mets ça comme couleur » et de leur dire : « qu'est-ce  
62 que toi tu en penses, aujourd'hui comment tu te sens ? Est-ce que tu es heureux ? Quelle couleur  
63 tu peux utiliser pour montrer que tu es heureux ? » etc.  
64 Et le fait de travailler avec l'ergothérapeute ça aide beaucoup parce qu'elle a des astuces de par  
65 son métier.

#### *ESI - Des astuces au niveau de la pratique, au niveau de l'encadrement ?*

66 CO - Au niveau pratique déjà. Elle a beaucoup aidé au projet car c'est son métier. Et au niveau  
67 de l'animation, on sent que c'est sa fonction. Elle entraîne les autres. C'est un peu le leader du  
68 groupe. Lorsqu'il n'y a que des infirmiers, j'ai l'impression que le groupe ne fonctionne pas tout

69 à fait de la même façon. J'ai l'impression que c'est un peu plus soignant. Je ne sais pas comment  
70 l'expliquer. C'est peut-être un peu plus maternant quand elle n'est pas là que quand elle est là.  
71 Quand elle est là, c'est un peu plus carré, cadré et entraînant. Elle connaît bien les patients psy,  
72 elle gère bien. Elle entend bien leur souffrance quand il y a des blocages. Elle les aide justement  
73 à s'exprimer sur ce qui ne va pas. Dès qu'il y a un rapport avec le médical, elle se met en retrait  
74 et elle laisse le champ. Si on sent qu'il y a une décompensation, elle va nous laisser gérer. Peut  
75 être parce qu'avec notre expérience d'infirmier on saura plus facilement calmer le patient,  
76 utiliser les mots qu'il faut pour le rassurer. C'est une bonne pluridisciplinaire.

*ESI - Dans le cadre de l'atelier de création, croyez vous que ce qu'elle fait est spécifique des compétences de l'ergothérapeute, est-ce que l'infirmier pourrait le faire ?*

77 CO - Je pense qu'un infirmier qui est bien au courant du projet qui sait où il veut aller, il pourrait  
78 faire lui même le travail. Mais de part sa formation, c'est travailler sur les activités. Elle a des  
79 manières de voir et de faire les choses qui ne nous sont pas forcément évidentes. Et comme nous,  
80 nous avons des manières de faire et de voir les choses qui ne sont pas forcément évidentes pour  
81 elle. D'où l'intérêt de mélanger les deux. C'est intéressant de travailler avec une ergothérapeute  
82 d'avoir leur point de vue.

*ESI - Lorsqu'elle n'est pas là, est-ce que les infirmiers s'inspirent de ses méthodes ?*

83 CO - Je pense que ça se fait naturellement. À force de travailler avec elle, on prend des uns et  
84 des autres. On se calque parfois sur des façons de faire qui nous parle.

### **5) Dans Emile, ou de l'éducation (1762) Jean-Jacques Rousseau a écrit : « L'habitude tue l'imagination, il n'y a que les objets nouveaux qui la réveillent », qu'en pensez-vous dans le cadre de l'atelier créatif ?**

85 CO - Je reviens à ce que je disais tout à l'heure par rapport à l'atelier de ma précédente unité. Il y  
86 avait une sorte de train-train. Il y avait trop d'habitudes et plus d'imagination. C'est ce que j'ai  
87 vu. Maintenant je sortais de 13 ans de MCO, donc ce n'est pas moi qui allais dire quelque chose,  
88 comme « à quoi ça sert ? C'est bizarrement monté » etc. Ce n'était pas mon rôle tout de suite.  
89 J'ai laissé faire.  
90 Avec l'atelier créatif, c'est différent. Il n'y a pas le temps de s'habituer aux choses.  
91 L'ergothérapeute fait en sorte de prendre les décisions à la place des patients car ils ont du mal à  
92 voir autre chose que leur habitude. Donc on essaie de leur faire sortir de leurs habitudes et ce  
93 n'est pas toujours évident. Les habitudes c'est rassurant pour les patients. C'est pour ça que c'est  
94 toujours le même cadre, le même jour. Dans l'atelier il y a un temps en groupe et un temps en  
95 individuel, ils le savent. Il y en a qui se sentent plus à l'aise en groupe et d'autre en individuel et  
96 l'inverse.  
97 Matériellement, on utilise beaucoup de chose, du bois, du papier, du fil de fer, plein d'outils  
98 différents, et ça permet aux patients de creuser lui-même pour savoir. Même si ce n'est pas ce  
99 qu'il veut faire à la fin, au moins il peut utiliser plusieurs choses et peut se poser la question. Je  
100 trouve ça super. Ce n'est pas le cas dans tous les ateliers créatifs. Quand un projet est terminé, il  
101 faut en relancer un autre, en groupe et c'est là qu'on voit lorsque l'un d'entre eux a commencé  
102 un objet particulier, les autres sont interpellés et disent « pourquoi on ne ferait pas un truc tous  
103 ensemble ». On se dit que c'est intéressant car ils s'ouvrent à quelque chose qu'ils ne connaissent  
104 pas forcément, ils osent et ça c'est bien je trouve.

*ESI – L’habitude de l’atelier de votre ancienne unité, à votre avis, à quoi était-elle liée ?*

105 CO - Je pense que c’était un manque de motivation des soignants, dû au manque de motivation  
106 médicale. Il y avait des patients qui étaient là depuis cinq à sept ans dans l’atelier et même des  
107 patients qui n’étaient plus rattachés à notre secteur mais dont les médecins avaient du mal à se  
108 séparer. C’était plus occupationnel que réellement atelier créatif. Du coup c’était déstabilisant.  
109 Quand je suis arrivé, j’ai eu l’impression d’avoir des patients lourdement handicapés par la  
110 maladie psychiatrique et qui faisaient toujours la même chose. C’était triste. Sachant qu’après ce  
111 n’était pas discuté en réunion clinique, il n’y avait pas de temps pour ça. De là est partie la  
112 démotivation des soignants qui voulaient au départ faire quelque chose de bien, mais qui  
113 n’avaient pas les moyens humains de le faire.

**6) Bien qu’il s’agisse d’un atelier collectif, quelle place donnez-vous à chaque patient ?**

114 CO – [silence] c’est une bonne question [rires] Chaque patient avec son vécu, sa maladie. Et dès  
115 le matin on voit qu’ils sont forcément tous différents. Souvent les patients se raccrochent aux  
116 infirmiers référents pour des questions, des soucis. Pour moi, c’est en fonction du comportement  
117 qu’ils ont eu la semaine avant. S’il y a eu des difficultés, on va essayer de se focaliser un peu  
118 plus sur ce patient. Ceux qui sont plus autonomes, on va les rendre plus autonomes, les laisser  
119 gérer eux-mêmes. Dans un travail collectif, c’est comme ça. Parfois ceux qui ont plus de facilités  
120 aident ceux qui ont moins de facilités, et on distingue bien la différence entre chaque patient,  
121 c’est intéressant pour nous.

122 Comme dans une cours de récré, entre les plus forts et les plus faibles. Les plus forts aident les  
123 plus faibles. Pas forcément les femmes. Parfois ils aident sans forcément parler. En prenant le  
124 pinceau ou le crayon en l’aidant. Il y a peu d’échange car ils ont du mal à communiquer mais  
125 c’est intéressant pour nous car on peut voir comment chaque patient réagit dans un même groupe  
126 pour le même travail. Chacun à sa manière apporte son édifice à l’atelier collectif.

**7) Comment évaluez-vous les effets de l’atelier sur chaque patient ? A partir de quels critères ?**

127 CO - A chaque fin d’atelier créatif on fait des transmissions écrites, souvent faites oralement  
128 entre collègues. Parfois au moment des pauses, on se fait les remarques oralement. Après le  
129 repas thérapeutique on met ce qu’il s’est passé, s’il y a eu des changements. En fonction de se  
130 qu’on connaît de la personne au départ. Ce n’est pas en fonction de la pathologie. Lorsque je suis  
131 arrivé, j’avais des difficultés à faire les transmissions parce que je les connaissais pas, je ne  
132 connaissais pas leur passé. C’est ensemble qu’on fait un point sur chaque patient. Même en  
133 dehors des réunions. Parce que ce n’est pas toujours facile d’être confronté à des malades et  
134 parfois ça nous interroge. On dit par oral pour être rassuré, pour être sûr que l’information est  
135 partagée et que plusieurs personnes sont au courant.

**8) J. P. Klein, psychiatre, Directeur de l’Institut national d’Expression, de création, d’art et Thérapie ; a sous-titré l’un de ses ouvrages « créer, c’est se recréer » (art thérapie, PUF, 2014). Qu’en pensez-vous par rapport à l’atelier créatif ?**

136 CO - Je pense que c’est vrai et en même temps ça peut être aussi un peu déstabilisant pour les  
137 patients parfois de par leur pathologie parce qu’ils ne sont pas habitués à créer, et à se recréer, à  
138 faire des choses pour eux, à se divertir. [Silence]

*ESI - Qu'est-ce que vous mettez derrière le terme "se recréer" ?*

139 CO - Pour moi recréer c'est se retrouver, s'intérioriser. Justement ce genre de patient est en  
140 difficulté parce que la plupart du temps ils sont morcelés, comme on dit en psychiatrie. Il y en a  
141 qui ont plusieurs personnalités, qui ont des délires. Donc ils ne savent pas trop lequel est le vrai.  
142 Et c'est vrai que tant qu'ils n'arrivent pas à parler de ça à travers leurs créations ou ce qu'on leur  
143 demande de faire, ils ont du mal à s'exprimer.

**9) Dans la liste des besoins fondamentaux de Virginia Henderson, il y a le " besoin de se recréer : nécessité pour chaque individu de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit." Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?**

*ESI - est ce que dans l'atelier créatif, les patients se recréent ou se récréent ?*

144 CO - Je pense plus qu'ils se recréent qu'ils ne se récréent. Ou alors s'ils se recréent c'est dans le  
145 temps individuel mais dans le temps collectif c'est plus difficile. Car on revient à la même chose,  
146 la communication est très compliquée, car ils ont déjà du mal à se percevoir en tant qu'une  
147 personne, donc c'est très complexe de percevoir l'autre autour. Arriver à se recréer en faisant des  
148 choses, ça demande énormément de concentration. Ce qui n'est pas forcément le lieu dans  
149 l'atelier collectif. Après dans l'atelier individuel, si on leur laisse le temps, je pense que c'est  
150 possible. Il faut un temps pour pouvoir discuter avec chaque personne pour qu'il puisse  
151 s'exprimer sur ce qu'il a voulu faire. Et on ne prend pas forcément ce temps-là, parce qu'on n'a  
152 pas le temps, parce que c'est bien de comprendre mais après il faut analyser et on n'a pas  
153 forcément les outils en tant qu'infirmier. Par contre le temps de se recréer, il y en a qui découvre  
154 les mandalas par exemple. Il y a en a une [patiente] qui me disait que ça lui permet de penser à  
155 autre chose car elle a plein de chose dans la tête.  
156 Le temps collectif est important car il permet de réapprendre à être avec d'autres personnes.  
157 Mais il est parfois difficile pour certain qui attendent vite la pause pour s'échapper et prendre  
158 une bouffée d'air. Et lors du débriefing à la fin de l'atelier, il y en a qui disent deux mots sur  
159 l'atelier collectif puis un vraie phrase pour le temps individuel. Donc on voit qu'ils sont plus à  
160 l'aise quand ils sont seuls face à leur feuille que lorsqu'ils sont avec les autres. C'est un effort  
161 qui n'est pas toujours assumé.

**10) Selon vous quelle place a l'objet créé dans l'atelier créatif ?**

162 CO - Pour certain c'est une énorme valorisation, qui veulent repartir avec. Dans l'ancien atelier,  
163 il y en a une qui voulait vendre ses toiles [rire]. C'est vraiment un moment de satisfaction égoïste  
164 de notre part car on se dit qu'ils sont arrivés jusqu'au bout. Et ensuite une satisfaction de leur  
165 part car ils se disent qu'ils ont réussi à faire ça. Ils sont fiers d'eux, ils le disent. C'est une petite  
166 victoire et ça c'est chouette. Finalement, la guerre n'est pas gagnée mais c'est une petite victoire  
167 dans leur vie, un petit truc positif qu'ils pourront raconter un jour, ou pas. Car certain garde  
168 secret ce qui se passe ici. Dans l'ancien atelier, il y en a une qui voulait donner son tableau au  
169 médecin, ça va loin. Le fait d'afficher certains tableaux, ils étaient contents. Il suffit qu'un  
170 nouveau soignant ou patient disent que c'est sympa et ils [les patients] disent "c'est nous", c'est  
171 chouette.

**11) A votre avis, quelle est la différence entre une œuvre d'art créée par un artiste et un objet créé dans un atelier thérapeutique ? Pouvez-vous préciser ?**

172 CO - Déjà l'œuvre d'art vaudra à priori plus cher qu'une œuvre faite par un patient. Ça dépend  
173 de l'artiste. Après au niveau satisfaction, il y en a dans les deux, comme je disais. C'est  
174 l'aboutissement d'un objectif qu'ils s'étaient mis en tête et qui est la concrètement devant  
175 eux. C'est quelque chose de bien. Si on montre à d'autres personnes, ils sont satisfaits. Après, je  
176 pense que pour les deux, il y a un travail à faire pas évident. Je ne suis pas artiste, mais les  
177 documentaires montrent qu'ils s'y reprennent à plusieurs fois. Ça fait un peu torturé, ça vient pas  
178 tout seul et c'est parfait tout de suite. Les patients c'est la même chose ils ne sont pas forcément  
179 satisfaits de ce qu'ils font tout de suite, ils le font et puis parfois il suffit juste d'une simple  
180 remarque d'un autre patient « oh c'est marrant » et l'autre dit « non ce n'était pas marrant » et du  
181 coup il va changer son truc. Alors normalement le patient va faire ça instinctivement, il ne va pas  
182 forcément creuser, chercher. Ça vient ou ça ne vient pas. C'est naturel, il pose ce qu'il a déposé  
183 et puis on n'a rien à changer. Il l'a voulu comme ça et il faut le respecter. L'artiste lui il l'a voulu  
184 mais il s'y reprend à plusieurs fois pour atteindre sa perfection à lui. Alors que le schizophrène,  
185 le psychotique, pour lui, c'est sa perfection à lui. Il ne va pas aller chercher l'avis de l'autre. S'il  
186 y a un avis qui vient se greffer, soit ça passe, soit ça casse. C'est ça le point commun et les  
187 différences (rires).

**12) Souhaitez-vous rajouter d'autres éléments à cet entretien ou aborder un aspect non exploité ?**

188 CO - (silence) Non, c'est bien parce que avec ces questions c'est nous qui avons dit comment ça  
189 fonctionnait.

\*\*\*

## DEUXIÈME ENTRETIEN.

IDE « JU ».

Femme, tranche d'âge : 45-55 ans.

Diplômée en 2003 - 14 ans d'emploi en santé mentale.

Durée de l'entretien : 32 minutes.

### **1) Depuis combien de temps participez-vous à l'atelier créatif ?**

1 JU - Je suis sur l'atelier créatif depuis je dirais 5 ans.

### **2) Comment avez-vous intégré l'atelier : de manière volontaire, par choix ou imposée ? Pourquoi ?**

2 JU - C'était volontaire de ma part puisque j'adore tout ce qui est créatif. Tout ce qui tourne  
3 autour de la création. Ça permet d'utiliser plusieurs matières, comme le bois, comme le carrelage  
4 pour faire de la mosaïque comme le dessin. Et avec ces différentes matières de pouvoir créer  
5 quelque chose.

*ESI – Aviez-vous déjà participé à d'autres ateliers créatifs dans le cadre de votre parcours ?*

6 JU - Un atelier dessin où là on ne faisait que du dessin. Ce n'est pas comme là actuellement où  
7 ce n'est que l'atelier créatif et selon le besoin du patient, le désir du patient il va travailler plus  
8 telle matières ou telle matière et créer quelque chose. Alors qu'anciennement, on faisait que  
9 l'atelier peinture, ciblé peinture. Là le patient arrive, il prend la feuille il fait le dessin ou des  
10 taches, il crée une œuvre sur un papier. J'aime beaucoup mieux l'atelier créatif avec les  
11 différents supports que l'on peut utiliser.

*ESI - Vous préférez l'atelier créatif par rapport au patient et au soignant ?*

12 JU - Comme je vous le disais, je préfère l'atelier créatif par rapport à la possibilité d'utiliser les  
13 différentes matières. Le carrelage, le bois, la peinture selon l'état de santé dans lequel se trouve  
14 le patient le jour de l'atelier il va être plus attiré sur cette matière. Il ne reste pas uniquement  
15 avec une matière. Je trouve que c'est ça qui est intéressant de pouvoir voir le patient utiliser,  
16 approcher ces différentes matières.  
17 Ça permet aussi de faire travailler plusieurs acquis. On n'utilise pas de la même manière des  
18 mosaïques et de la peinture. On mobilise beaucoup de choses à travers cette diversité de matière  
19 que l'on peut utiliser.

### **3) Pour vous, qu'est-ce que l'atelier créatif ? ESI – Vous avez déjà répondu à cette question, pouvez-vous me parler de l'encadrement, quelle était celle de l'ancien atelier et aujourd'hui ?**

20 JU - Il n'y avait que des infirmiers. Ici, anciennement, l'équipe n'était constituée que des  
21 infirmiers. On a eu la possibilité d'ouvrir notre équipe à la présence d'un ergothérapeute et une  
22 éducatrice. Ça permet la diversité parce qu'elle nous apporte un encadrement autre. Un regard  
23 autre, pas un encadrement, un regard autre par rapport à nous infirmiers on a tendance à  
24 observer.

#### **4) Dans le cadre de votre rôle propre et concrètement, en quoi consiste l'animation d'un atelier créatif ?**

25 JU - C'est selon l'état de santé du patient qui est sur l'atelier, qu'il puisse être à l'aise dans cet  
26 atelier avec le support qui lui est le plus facile à utiliser ce jour-là. Par exemple un patient qui va  
27 être déstabilisé, avec des symptômes prédominants, si tu lui dis on va utiliser le bois avec la scie  
28 dans mon rôle propre c'est non. Je n'attends pas que ça soit le médecin qui me dit : "JU ne lui  
29 donne pas la scie !". Le patient reste quand même maître du choix du support mais moi dans  
30 mon regard infirmier, j'apporte aussi ma contribution, ma remarque. Si ce n'est pas sécurisant  
31 j'arrête le patient dans ce choix-là, je l'oriente plus dans le choix où il ne va pas se mettre en  
32 danger. Et après dans mon rôle propre, comme c'est un atelier avec plusieurs personnes, c'est  
33 aussi de veiller à ce que chacun respecte chacun, chaque patient respecte chaque patient et qu'il  
34 n'y ait pas de débordement au niveau des cadres. Que moi aussi je fasse respecter le cadre de la  
35 même façon à tous les patients. Dans mon rôle propre, qu'il y ait le respect et la bienveillance  
36 dans l'atelier, garant de la sécurité aussi de chacun.

37 Dans l'atelier il y a quand même le projet. Le patient a un projet dans cet atelier, un projet  
38 personnel. Dans mon rôle aussi je veille où il en est, au niveau de son évolution par rapport aux  
39 objectifs qui ont été fixés. D'ailleurs c'est pour ça qu'après on a nos réunions et qu'on peut après  
40 en parler, prendre des décisions.

#### **5) Dans Emile, ou de l'éducation (1762) Jean-Jacques Rousseau a écrit : « L'habitude tue l'imagination, il n'y a que les objets nouveaux qui la réveillent », qu'en pensez-vous dans le cadre de l'atelier créatif ?**

41 JU - C'est pour ça que c'est bien que notre atelier créatif tel qu'il est conçu actuellement, moi je  
42 trouve qu'il est très bien. Car l'atelier créatif reste le nom, mais à l'intérieur de cet atelier on  
43 manipule différents supports. Certes on est dans la création mais le fait de créer, d'utiliser  
44 d'autres supports et de créer d'autres objets on n'est plus dans l'habitude. On est dans l'habitude  
45 de l'atelier de créer mais le fait d'utiliser différents supports, je trouve que ça tue l'habitude  
46 parce qu'on n'est pas confiné avec une matière. Du coup, pour moi, ça donne de l'imagination  
47 différente. Par exemple avec la pierre, je ne vais pas faire un bracelet. Quand je vois la pierre, je  
48 me dis « ah tiens je vais faire un cœur ». Avec la perle je vais me dire « ah tiens je vais faire un  
49 bracelet ». Du coup ça tue l'habitude. Je ne suis pas à faire les mêmes choses avec les mêmes  
50 supports. A un moment donné on revient avec les mêmes créations au final. Alors que là, avec  
51 les différentes matières, on peut élargir.

52 Après il dit « les objets nouveaux qui la réveillent », on donne des objets nouveaux au patient.  
53 Dans les travaux de groupe on a créé plein de choses, la maison, le paille-en-queue. Réfléchir sur  
54 des objets nouveaux. Pour arriver là, on part sur l'idée des patients : « qu'est-ce que vous  
55 aimeriez ? » du coup ça les relance. Ils réfléchissent. Ils n'ont pas tous les mêmes idées au  
56 départ. Mais après on arrive sur un objet commun et on part sur cet objet. Ça réveille les autres  
57 qui étaient restés peut-être sur leurs mêmes idées personnelles : c'est à dire « bah tiens on va  
58 refaire la maison ». Ben non on ne va pas refaire une maison.

59 Moi je ne trouve pas qu'on s'enkyste. Au contraire, c'est innovant. On est en train de faire un  
60 coin jardin. Les patients ont décidé de faire un coin zen. C'est venu d'un patient et chacun a  
61 apporté leur idée. Les soignants, on s'est dit : on va prendre de la toile pour mettre au dessus de  
62 l'espace vert.

### *ESI - Cela permet aux soignants d'investir aussi l'atelier ?*

63 JU - Tout à fait, on partage avec le reste de l'équipe car tout le monde va en profiter. Les objets  
64 nouveaux, les nouveaux projets. Une première partie de l'atelier c'est le travail en groupe et il est  
65 riche d'expérience. Et ensuite il y a le travail individuel et là, ils sont plus sur eux et la création  
66 personnelle qu'ils ramènent chez eux. On ne s'enkyste pas, on ne se lasse pas.

### **6) Bien qu'il s'agisse d'un atelier collectif, quelle place donnez-vous à chaque patient ?**

67 JU - Je reviens aux projets individualisé : chaque patient est là pour des raisons bien précises.  
68 Quel est le projet pour ce patient là et à quel stade d'évolution est-il aujourd'hui. Après on  
69 échange en équipe, on en discute. Il y a des réajustements à faire ou pas.

### **7) Comment évaluez-vous les effets de l'atelier sur chaque patient ? A partir de quels critères ?**

70 JU - Pareil, c'est les objectifs liés à chacun. Malgré tout, en commun, c'est la compréhension  
71 des consignes, l'attention, tout ce qui est cognitif, les capacités cognitives, qu'on évalue. Et  
72 l'échange avec le groupe, les uns avec les autres. Ça c'est en commun. Et puis la valorisation  
73 qu'à la personne par rapport à ce qu'elle a créé. Comment il vit le fait qu'il a créé cette affaire-là  
74 et que nous on lui dit : « ah c'est bien ». Comment il se valorise, comment il perçoit lui la  
75 valorisation. Sa sensibilité par rapport à la réaction des autres. Quelquefois, c'est l'ouvrir à se  
76 valoriser lui aussi. Les patients qu'on a sont des psychotiques. Ils ne sont pas dans tout ce qui est  
77 émotif. Ils n'expriment pas. Du coup quand je lui dis « ah bah c'est joli ça », au début il va rester  
78 indifférent, il ne va pas faire attention. Mais au fur et à mesure des séances à force de répéter  
79 « ah bah c'est joli », il finit par s'imprégner de cette information et se dire « ah oui j'ai fait  
80 quelque chose de bien ». Il se rend compte que finalement il est capable de faire quelque chose et  
81 qu'il peut être content de lui. Pas beaucoup mais à minima. Il y a des patients psychotiques qui  
82 ne sont pas dans les émotions et là, le travail est beaucoup plus long avant qu'ils prennent  
83 conscience que les émotions peuvent être exprimées. Ce n'est pas pour autant qu'on ne valorise  
84 pas. Et la réaction du patient par rapport à ce que nous renvoyons, c'est ça qui nous permet  
85 d'évaluer le patient et le groupe et adapter l'atelier par rapport au groupe sur lequel on est. Si on  
86 est sur un groupe qui a des difficultés à écouter les consignes peut être qu'on va voir nos  
87 objectifs de l'atelier plus bas. Des fois on a des groupes ou les patients sont moins déficitaires.  
88 De toute façon, l'évaluation reste permanente, en groupe ou en individuelle. En individuel, il y a  
89 des prescriptions avec des objectifs qui sont fixés et où en est par rapport à ces objectifs là et ça  
90 on doit absolument rendre compte dans le dossier du patient parce que l'atelier un moment donné  
91 il prend fin.

### **8) J. P. Klein, psychiatre, Directeur de l'Institut national d'Expression, de création, d'art et Thérapie ; a sous-titré l'un de ses ouvrages « créer, c'est se recréer » (art thérapie, PUF, 2014). Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?**

92 JU - C'est contenant. « Créer » c'est le patient aujourd'hui il arrive et il te dit « j'utilise la  
93 terre ». Et en fait quand tu le vois en train de masser, de prendre ce matériau dans la main il se  
94 défoule. Après il va créer quelque chose ou pas parce qu'en fait on ne demande pas de résultat. Il  
95 va créer, essayer mais il n'y a pas de finalité. C'est pour ça que là je ne suis pas d'accord [avec le  
96 titre], enfin on parle de thérapeutique là hein ? Alors « créer c'est recréer », oui mais on ne  
97 demande pas de résultat. Il peut arriver, prendre la terre, masser, masser et dire « ben voilà, c'est

98 fini ». Ce qui est bien c'est que ça l'a contenu pendant un temps donné, ça lui a permis de  
99 s'exprimer dans sa création, ça a permis de le contenir. Par exemple, dans l'atelier, il y a des  
100 patients qui n'étaient pas bien et on utilisait les dessins contenant : les mandalas. Voilà, le  
101 patient part dans tous les sens, il est désorganisé, et il ne va pas bien. On essaie de voir ce qu'il  
102 peut faire aujourd'hui et du coup on va partir sur une mandala car ça va le contenir. Il ne va pas  
103 le finir mais en tout cas pendant le temps où il a fait ça, il était bien, ça l'a contenu.  
104 Se recréer, vous retrouverez chez certains patients mais c'est très rare.

**9) Dans la liste des besoins fondamentaux de Virginia Henderson, il y a le " besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit." Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?**

105 JU - Récréer c'est être bien. Je reviens à ce que je disais tout à l'heure, pendant l'atelier créatif,  
106 le patient a eu une expérience qui lui a permis d'être bien. Et effectivement dans l'atelier  
107 thérapeutique, on peut utiliser plusieurs supports mais je trouve que la mosaïque non, le mandala  
108 reste quelque chose que l'on utilise beaucoup pour se recréer. Parce que pendant ce temps il s'est  
109 réunifié. Avant il était dispersé et là il a pu se réunifier et se concentrer dans l'ici et maintenant et  
110 ne pas être dans ses hallucinations, ses délires. Il a pu être bien.

**10) Selon vous quelle place a l'objet créé dans l'atelier créatif ?**

111 JU - Il a une place importante parce que le patient voit qu'il est arrivé à la fin de son œuvre. Pour  
112 moi, il faut qu'il y ait la satisfaction du patient. C'est lui qui voit quand c'est fini. Même si pour  
113 moi soignant ce n'est pas fini, pour lui, c'est fini et ben voilà c'est fini. L'objet c'est la place que  
114 donne le patient.  
115 On est dans une démarche où le patient crée ça selon son humeur, selon l'état psychologique où  
116 il est ce jour là. Il a fini ou pas, il en est content, il s'exprime sur la réalisation et la finalité et  
117 voilà.

**11) A votre avis, quelle est la différence entre une œuvre d'art créée par un artiste et un objet créé dans un atelier thérapeutique ? Pouvez-vous préciser ?**

118 JU - J'ai envie de dire : il n'y en a pas. Parce que la personne elle vient sur l'atelier créatif, elle  
119 prend la matière qu'elle a choisi, et elle crée quelque chose selon son humeur, elle fait ce qu'elle  
120 vit. Et à la fin elle dit « c'est fini ». C'est son œuvre. Et l'artiste c'est un peu pareil non ? (rire)  
121 C'est quoi finalement l'artiste ? Il va partir sur le bord de la rivière. Je prends le peintre : il va  
122 dessiner ce qu'il voit. C'est laisser prendre forme à ce qu'il a envie de faire, de créer. L'atelier  
123 thérapeutique, c'est thérapeutique dans le sens où nous soignant, on en parle on observe mais en  
124 aucun cas on dit qu'il faut faire comme si, comme ça. Après on revient vers lui pour voir son  
125 ressenti, qu'est ce qui fait qu'il a fait ça, il va s'exprimer, verbaliser sur son œuvre. Mais ça peut  
126 tout aussi bien être une œuvre d'art.

**12) Souhaitez-vous rajouter d'autres éléments à cet entretien ou aborder un aspect non exploité ?**

127 JU - Je pense qu'on a parlé de tout, on a parlé du cadre. Qu'est ce qui fait que c'est  
128 thérapeutique, c'est qu'il y a une prescription médicale, un projet de soins par rapport à sa  
129 présence sur l'atelier. On est garant du cadre. Le cadre c'est toujours à tel endroit, de telle heure

130 à telle heure (description du cadre de l'atelier). A l'intérieur des deux espaces : travaille de  
131 groupe et individuel, le patient utilise la matière qu'il veut. Et là où c'est thérapeutique c'est que  
132 nous on observe, on aide, on accompagne, on intervient.

\*\*\*

### TROISIÈME ENTRETIEN.

IDE « HA »

Homme, tranche d'âge : 25-35 ans.

Diplômée en 2009 - 8 ans en santé mentale.

Durée de l'entretien : 35 minutes.

#### **1) Depuis combien de temps participez-vous à l'atelier créatif ?**

1 HA - Ça fait cinq ans, dès mon arrivée dans l'unité.

#### **2) Comment avez-vous intégré l'atelier : de manière volontaire, par choix ou imposée ? Pourquoi ?**

2 HA - On fait d'abord une période d'observation un peu comme chez les patients, où on teste  
3 toutes les activités et après on peut se positionner sur les affinités que l'on a. C'était un choix,  
4 après réflexion.

*ESI - Donc vous étiez plutôt volontaire ?*

5 HA - Tout à fait.

*ESI - Qu'est-ce qui vous a attirée dans cet atelier ?*

6 HA - C'est le premier jour de la semaine avec les patients psychotiques que l'on prend en charge  
7 [l'atelier créatif se déroule tous les lundis dans cette unité]. Et c'est le côté où, au départ, le  
8 patient peut décider de son activité avec une palette assez large de possibilités que ce soit le  
9 travail avec de la terre, du dessin, des matières un peu spéciale. C'est le côté multi-possibilités.

*ESI - lorsque vous dites « au départ » est-ce que cela signifie que ce n'est plus le cas aujourd'hui ?*

10 HA - Avec le temps et avec le nombre de référents sur l'activité, j'y suis un peu moins. La réalité  
11 du travail, même si les patients changent, on reste un peu dans le même. Ce n'est pas quelque  
12 chose qui me convient, j'aime bien évoluer et varier les choses et du coup je suis référent d'une  
13 autre activité et j'y suis beaucoup moins.

#### **3) Pour vous, qu'est-ce que l'atelier créatif ?**

14 HA - C'est une activité où le patient peut s'exprimer à travers un média. Le média est varié, ça  
15 peut être du bois, de la terre. Il y a beaucoup de matière qu'il peut utiliser. Et, à travers ça aussi,  
16 il peut préparer un projet. Il y a quelque chose qui se construit : « Qu'est-ce que tu veux faire ?  
17 qu'est-ce que tu veux élaborer ? Qu'est-ce que tu veux travailler ? ». On essaie aussi souvent de  
18 solliciter le désir ou l'envie chez le patient de créer quelque chose de lui-même, de sa propre  
19 initiative, ce qui est plus difficile au départ.

20 Sur cet atelier il y a plusieurs temps. Un projet de temps où l'on essaie de faire émerger un projet  
21 de groupe ou chacun à sa tâche. Chacun propose quelque chose. Et un deuxième temps où il est  
22 sur un temps individuel où là il part sur quelque chose de différent. L'idée c'est de commencer  
23 un projet et de le finir. Le troisième, il s'exprime sur son ressenti après l'activité, sur ce qu'il a  
24 pu y trouver, ses difficultés et sur ses émotions.

#### **4) Dans le cadre de votre rôle propre et concrètement, en quoi consiste l'animation d'un atelier créatif ?**

25 HA - Déjà, à faire émerger une idée chez le patient. Notre rôle à nous, c'est de l'aider à  
26 construire ce projet, et évaluer la faisabilité. Savoir s'il est capable d'aller jusqu'au bout. L'idée  
27 c'est aussi de l'assister s'il a besoin. Et d'attendre qu'il sollicite de l'aide. C'est assez difficile en  
28 psychiatrie parce que souvent dans nos missions on a envie que le patient avance, on a envie  
29 qu'il fasse peut être quelque chose de beau ou de bien fait. L'idée pour moi ce n'est pas  
30 forcément ça. Ce qui est important pour moi c'est de le laisser vivre l'expérience de quelque  
31 chose. S'il part sur un projet et il a envie vraiment de faire quelque chose de pas forcément  
32 faisable, mon rôle à moi c'est aussi de le laisser aller jusqu'au bout de ce projet et jusqu'au  
33 moment où il bute et à ce moment-là, revenir dessus et dire qu'il y a quelque chose qui ne  
34 marche pas : « qu'est-ce qui fait qu'on pas pu avancer ou que tu n'as pas pu avancer ? Est-ce  
35 qu'il y a des choses que tu pourrais mettre en place ou modifier un peu ton projet pour avancer ».  
36 L'idée c'est de l'accompagner sur « tu as une idée, tu veux construire quelque chose, il y a des  
37 difficultés » mais aussi de dire « ton choix on le respecte » et si ce n'est pas possible ce n'est pas  
38 forcément un échec. Il y a ce qui va avec : la valorisation. On a un peu moins le temps sur une  
39 activité de groupe, mais pourquoi ne pas rebondir sur ce que ça lui renvoie. Il peut aussi créer  
40 quelque chose en lien avec ce qu'il vit en ce moment, en lien avec ses angoisses, avec sa maladie  
41 tout simplement. Même si on n'a pas trop le temps, l'idée c'est de pouvoir faire émerger ça un  
42 moment donné.

#### **5) Dans Emile, ou de l'éducation (1762) Jean-Jacques Rousseau a écrit : « L'habitude tue l'imagination, il n'y a que les objets nouveaux qui la réveillent », qu'en pensez-vous dans le cadre de l'atelier créatif ?**

43 HA - je suis assez d'accord avec ça et je trouve que ça englobe bien notre façon de fonctionner  
44 en psychiatrie, même si c'est en banalisant un peu. Parce que souvent on reste dans le même  
45 parce que, peut-être, souvent, le même n'est pas angoissant. Quand il n'y a pas de changements,  
46 on n'est pas surpris, on n'est pas angoissé, on n'est pas sujet à l'imprévu et du coup on n'a pas  
47 besoin de s'adapter. Je trouve que cette phrase traduit bien le fonctionnement du psychotique qui  
48 est souvent apathique. Il n'a pas forcément des désirs, des envies il n'a pas forcément envie de  
49 penser.

50 Par rapport à l'atelier créatif, on va être dans un cycle où on va commencer par la terre cuite, le  
51 papier mâché le bois et jardin. Et puis à la fin de ce projet il faudra retrouver une idée. Si on  
52 laisse le patient décider, il va souvent revenir sur des choses qu'il a déjà faites. Notre travail  
53 devrait être dans ce sens là où il faut se dire qu'il y a plein de choses qui existe. De là vient  
54 souvent le désir du soignant au lieu du désir du patient. On essaie de l'accompagner sur quelque  
55 chose de nouveau mais ça vient de nous. Et le plus difficile à mon sens dans notre métier c'est  
56 souvent de faire en sorte que c'est lui qui trouve quelque chose de différent, une matière ou un  
57 projet différent. Même si ça a l'air inconnu. L'idée c'est aussi de faire l'expérience de ça.  
58 Cette phrase rejoint bien le fonctionnement de la psychiatrie où on ne change pas nos habitudes  
59 pour ne pas perturber le patient. Ou pour pas nous perturber nous-même.

*ESI – Pourquoi dites-vous que “notre rôle devrait être”, pensez-vous qu'il ne l'est pas ?*

60 HA - Je ne dirais pas qu'on a un fonctionnement psychotique [rire] mais quand on est pris dans  
61 la réalité du travail, dans l'accompagnement du patient, il y a plusieurs façons de voir. Vous  
62 pouvez avoir des gens, professionnellement parlant, qui sont dans « il faut absolument qu'il s'en  
63 sorte socialement, qu'il trouve un appartement... » Et le patient lui-même, parfois, peut se dire

64 « ben non, moi je veux rester vivre chez maman parce que ça fait 30 ans que je vis chez elle » ou  
65 alors « je vais dans un appartement ». Mais nous, on estime qu'il n'est pas très bien ou pas  
66 adapté et on n'a pas trop confiance. Des fois je trouve que ça ne colle pas trop. C'est là le plus  
67 dur. Un moment donné : où sont nos limites ? Est-ce qu'on est dans un métier ou on essaie de  
68 renvoyer au patient qu'il faut qu'il évolue ? Ou est-ce qu'on n'est pas aussi dans  
69 l'accompagnement du patient dans ce qu'il vit ? Et un moment donné, on doit poser les choses et  
70 se dire : « si, vivre dans un appartement ou dans une ville que tu ne connais pas, ça t'angoisses et  
71 tu penses que tu ne peux pas faire, ça va être difficile de te motiver à le faire », a contrario de « si  
72 t'as envie de le faire » mais on ne connaît pas trop ses capacités. A la limite effectivement notre  
73 rôle est de l'accompagner, même si au bout de deux mois il décompense, on se dira que peut-être  
74 qu'il n'était pas capable. Mais l'expérience de l'échec fait aussi partie de la vie, que tu sois  
75 malade ou pas. C'est quelque chose d'intéressant.

76 En fonction des professionnels, des affinités, des convictions professionnelles, on peut avoir des  
77 fois, des désirs pour les patients, nos propres désirs. La difficulté, c'est se dire : est-ce que c'est  
78 mon idée de le faire évoluer ou est-ce que c'est lui qui a envie d'évoluer ? C'est intéressant parce  
79 qu'au final on travaille sur nous même, et je dirais même : c'est avec nous même d'abord avant  
80 de faire en sorte que le patient avance ou qu'il bouge, qu'il se passe quelque chose.

81 Rester dans le même comme dit Jean Jacques Rousseau, bon même s'il ne l'a pas dit comme ça  
82 [rire] ça caractérise bien la psychose. On est là, on n'a pas envie de bouger, on a rien envie de  
83 faire, on fume des clopes, on tourne, on vire. On vient parce qu'on nous demande de venir.  
84 Souvent c'est le discours des patients. Alors que derrière, il y a toute une équipe qui réfléchit à  
85 des objectifs. C'est là la limite, on se demande : qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce que ça l'aide ? Est-  
86 ce que ça ne l'aide pas ? Et demain si on arrêta tout, est ce qu'il serait bien ou pareil ? S'il est  
87 pareil, est ce que c'est utile ce que l'on fait ?

88 Je trouve que la psy, hors intra-hospitalier et services d'urgences, on se pose, on met sur la table  
89 la vie du patient et on se demande est-ce que c'est utile pour lui ? Le fait de se poser en équipe ça  
90 aide à relativiser les choses et à concentrer les choses au lieu d'avoir quinze objectifs différents.  
91 Comme le fait que le patient puisse exprimer une émotion par exemple.

## **6) Bien qu'il s'agisse d'un atelier collectif, quelle place donnez-vous à chaque patient ?**

92 HA - Le temps des ateliers collectifs, j'essaie de voir quelle place le patient se donne dans le  
93 groupe, c'est à dire s'il y a eu un seul projet aménagé pour un seul patient, voir si la personne a  
94 la capacité d'organiser les choses. On le laisse s'exprimer, on voit ses limites, si la personne est  
95 capable de travailler avec les autres. Mon rôle infirmier c'est de lui dire de répartir les tâches. Et  
96 observer les patients qui se mettent en retrait. On voit aussi plus ou moins celui qui a le plus  
97 d'habileté. Et celui qui est plus en difficulté, on va un peu plus l'accompagner, l'individualiser.  
98 Celui qui est plus autonome, on va le valoriser et le laisser organiser les choses, demander de  
99 l'aide à ses collègues, aux infirmiers, aux soignants qui sont là. Dans les ateliers individuels,  
100 notre rôle est dans le même ordre d'idée. Celui qui a un projet, on va le laisser, voir s'il peut faire  
101 son projet en une séance ou pas. Et il va verbaliser. Si c'est un patient qui a du mal on va  
102 l'accompagner de façon plus individuelle, concrètement.

## **7) Comment évaluez-vous les effets de l'atelier sur chaque patient ? A partir de quels critères ?**

103 HA - Sur cet atelier, il n'y a pas de grille d'évaluation. Le temps final de tour de table, c'est le  
104 temps où on évalue comment il se sent, quelle émotion il a pu ressentir. Et là c'est plus difficile.

105 C'est peut-être le temps le plus important et finalement on a moins le temps de le faire. On n'a  
106 pas forcément le temps de rebondir sur chaque patient. L'idée c'est d'être le plus précis possible.  
107 On est aussi sur la valorisation si on estime que ça peut aider les patients. C'est important de  
108 renvoyer ce qu'on a pu ressentir aussi. Même si c'est « négatif » [il dit « entre guillemet »], par  
109 exemple si le patient a été complètement parasité par quelque chose. C'est là où est la difficulté  
110 car c'est en groupe et c'est difficile de revenir sur sur ces difficultés devant les autres. C'est là où  
111 est aussi l'art du soignant, c'est d'avoir ce lien avec le patient pour comprendre ce que le patient  
112 dit, s'il y a quelque chose qui l'a perturbé.

**8) J. P. Klein, psychiatre, Directeur de l'Institut national d'Expression, de création, d'art et Thérapie ; a sous-titré l'un de ses ouvrages « créer, c'est se recréer » (art thérapie, PUF, 2014). Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?**

113 HA - [silence et rire] c'est bien, c'est joliment dit [rire]. Je pense qu'on est dans « on fait quelque  
114 chose ». On part de rien, d'un désir, une volonté, une petite envie de construire un objet. Derrière  
115 tout ça il y a la capacité du patient à élaborer son projet, qu'est ce qu'il connaît et que met-il en  
116 place pour atteindre son projet. Il y a aussi le fait de développer ses compétences sociales, est-ce  
117 qu'il a besoin d'aide ? Est ce qu'il est capable ou pas d'amener ou de demander à un soignant de  
118 l'aider ? Est-ce que son projet est cohérent ? Du coup dans son envie, dans son projet et son  
119 envie, il y a quelque chose qui se construit. Derrière ça, il y a de la valorisation. Il y a quelque  
120 chose qui se passe lorsqu'il produit. Dans la production, il y a toutes ses compétences et ses  
121 difficultés que l'on peut mettre en évidence et à partir de là on peut faire un travail.

**9) Dans la liste des besoins fondamentaux de Virginia Henderson, il y a le " besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit." Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?**

122 HA - La difficulté en psychiatrie, pour moi, c'est de pouvoir promouvoir notre activité aux  
123 patients. Donc forcément ça passe par l'affinité qu'il a. Souvent le patient il pense venir en  
124 activité parce qu'il s'ennuie dans sa maison. On fait des liens un peu directs comme ça. Des fois  
125 on a des orientations dans ce sens-là où il y a un patient suivi en consultation de suivi médical  
126 qui vit chez sa mère, retiré, replié sur lui-même, qui a des attitudes un peu bizarre, ou on suppose  
127 un diagnostic de schizophrénie ou de psychose. A ce moment-là on se dit : on va l'observer, on  
128 va faire une période d'observation. Le passage dans l'atelier créatif, pendant cette période, on va  
129 apprendre à se connaître. Il va sentir ou ressentir, s'il aime ou pas. S'il s'amuse, entre guillemet,  
130 s'il prend du plaisir on est dans se récréer. Et si dans le plaisir il arrive à construire quelque  
131 chose ou en tout cas il arrive à « j'ai fait un projet, il y a quelque chose qui se passe, ça me  
132 valorise » là tout de suite on revient sur le travail, sur le terme de se recréer.

**10) Selon vous quelle place a l'objet créé dans l'atelier créatif ?**

133 HA - C'est une bonne question. Dans les travaux de groupe, ça peut être un symbole de fierté si  
134 c'est quelque chose qu'il présente. Comme la décoration du réfectoire. Il voit ce qu'il a fait, les  
135 gens de l'extérieur voient aussi ce qu'il se passe. Ça donne une vie à l'endroit, au lieu. Pour les  
136 dernières fêtes ils ont fait un sapin en papier mâché. Ça avait un sens pour eux de le montrer.  
137 L'objet, s'il est visible, peut avoir un côté valorisant et du coup une certaine importance pour le  
138 patient s'il arrive à ressentir la valorisation.

139 Après ça peut être un moyen de relation ou de soin. Il peut très bien dire « je voudrais faire un  
140 dessin ». Il fait quelque chose et c'est plutôt dans ce qu'il a fait, comment il l'a fait et qu'est ce  
141 que ça lui fait d'avoir pu faire ce projet ? Il y a la préparation, la capacité à le faire, à élaborer un  
142 projet. Tout le tour de l'objet à son sens. Et l'objet en lui-même peut être. Il a une place  
143 importante. Je me dis souvent ce n'est pas pour rien qu'il fait quelque chose. Et s'il fait quelque  
144 chose, même si ce n'est pas en lien direct avec ce qu'il éprouve ou ressent, pour lui ça veut dire  
145 quelque chose. Nous notre travail c'est peut être de voir quelle importance il y a entre ce qu'il a  
146 produit et quelle importance il met dans ce produit.  
147 Il y a des moments, lorsqu'on travaillait sur des mosaïques par exemple, même si le patient le  
148 décorait, pouvait l'emmener chez lui, il dit « non ». A ce moment-là, est ce que ça a une  
149 importance pour lui ou est ce qu'il n'a pas plutôt répondu à une demande de notre part ? « On  
150 m'a demandé de faire une mosaïque, voilà, j'ai fait une mosaïque, c'est fait. » Le  
151 questionnement est là. Est-ce que c'est le souhait du soignant ou son désir à lui ? Je pense que  
152 quand l'idée vient vraiment du patient, il y a une importance car souvent il le ramène. Si ça vient  
153 de moi, même si je le valorise, que je le pousse à créer des formes etc. le plus souvent il va faire  
154 et laisser là.

### **11) A votre avis, quelle est la différence entre une œuvre d'art créée par un artiste et un objet créé dans un atelier thérapeutique ? Pouvez-vous préciser ?**

155 HA - Je ne sais pas, je dirais que l'artiste je ne le connais pas [rire]. Je pense que ça dépend des  
156 affinités qu'on a avec l'art. L'artiste ne connaissant pas le sujet, ça vient d'une envie de créer  
157 quelque chose, d'un désir de faire passer un message, de raconter une histoire etc. Chez le  
158 patient, si son désir de faire une peinture, même s'il n'a peut-être pas la capacité de le verbaliser,  
159 dans ces faits, il est aussi là dedans. C'est à dire faire quelque chose en fonction de ce qu'il vit.  
160 Si on part sur le dessin ou sur la peinture, il peut dessiner quelque chose qu'il vit et qu'il ressent,  
161 sans forcément qu'on le comprenne et là, notre rôle à nous c'est de le faire verbaliser.  
162 L'artiste, on va interpréter ce qu'il a réalisé, sauf si on le connaît. Souvent la peinture d'un artiste  
163 peut aussi nous renvoyer quelque chose en tant que personne. Avec le patient, c'est lui qui  
164 renvoie quelque chose. Cela peut nous renvoyer quelque chose, certes. Mais ce qu'il est  
165 important de savoir dans notre profession c'est de savoir ce que lui en dit, ce qu'il met autour,  
166 est-ce qu'il y a une signification ou pas. L'artiste, il fait ça par hobby, par passion pour travailler.  
167 Ce qui est de l'artistique et qui n'est pas dans le soin, en tout cas ce qui ne nous concerne pas,  
168 c'est l'interprétation de nos projections. Alors que ce que le patient peut produire. Pour le  
169 patient, on cherche ce qu'il met derrière. Ça peut être intéressant de lui renvoyer ce que l'on  
170 ressent, si c'est intéressant pour lui, mais toujours dans le cadre du soin.

### **12) Souhaitez-vous rajouter d'autres éléments à cet entretien ou aborder un aspect non exploité ?**

171 HA - non, je trouve que j'ai déjà beaucoup parlé [rire]. La profession infirmière est censée être  
172 multidisciplinaire. On est censé avoir beaucoup de compétences et finalement la formation même  
173 si elle dure trois ans est assez condensée car on doit apprendre beaucoup de discipline. La  
174 psychiatrie est une discipline et ce genre de média, l'atelier créatif ou l'art thérapie, ce sont des  
175 choses qui peuvent servir au patient et je trouve dommage qu'ils ne soient pas proposés dans les  
176 formations standards. Il y a des formations comme la thérapie par l'eau, mais il manque ce genre  
177 de formation sur l'art thérapie comme sur le sport. On vient avec ce qu'on est, mais l'infirmier  
178 n'est pas un spécialiste, même si après ça vient personnellement, tu peux faire un DU [diplôme

179 universitaire] ou d'autres formations. Une courte initiation à tous les médias pourraient être  
180 intéressants en psychiatrie.

\*\*\*

## QUATRIÈME ET CINQUIÈME ENTRETIEN.

IDE « IN »

Femme, tranche d'âge : 35 - 45 ans.

Diplômée en 2004 : 6 ans en MCO et depuis 7 ans en santé mentale.

AS « HU »

Homme, tranche d'âge : 35 - 45 ans,

Diplômée en 2016 : 2 mois MCO, depuis 7 mois en santé mentale.

Durée de l'entretien : 44 minutes.

### **1) Depuis combien de temps participez-vous à l'atelier créatif ?**

1 HU - Depuis que je suis arrivé en santé mentale, il y a sept mois. Il y a une infirmière qui est  
2 référente et moi je viens en second pour la continuité du travail et participer à l'encadrement des  
3 patients.

4 IN - Je ne suis pas référente, donc je ne pourrais pas dire depuis combien de temps. Je participe à  
5 l'activité lorsque la référente n'est pas là.

6 HU - On a fait un cahier sur l'exercice 2017/2018 pour la continuité du travail. Lorsque moi et  
7 l'infirmière ne sommes pas présents, les autres professionnels de santé peuvent continuer le  
8 travail avec le patient.

*ESI - Tous les soignants de l'unité participent à cet atelier, ce n'est pas réservé à des référents précis ?*

9 IN - C'est ça. Il y a des référents qui sont plus à l'aise avec la médiation « créativité », avec tout  
10 ce qui est travail manuel etc. C'est pour cela que des soignants se sont portés référents dans cette  
11 activité mais s'ils ne sont pas là, nous devons être à même de poursuivre l'activité avec les  
12 consignes qui ont été laissées. On n'aura pas autant de compétences sur les activités pratiques  
13 faites par les autres mais on encadre les patients.

### **2) Comment avez-vous intégré l'atelier : de manière volontaire, par choix ou imposée ? Pourquoi ?**

14 HU - Le vendredi on fait une réunion pour le planning de la semaine qui va arriver. C'est à dire  
15 les soignants qui sont là sur le planning, chacun se place. Je me suis mis sur l'atelier créatif pour  
16 découvrir l'activité. J'aime bien parce que j'ai la fibre artistique, je fais des arts plastiques, des  
17 tableaux. J'ai ramené ça pour que l'infirmière référente le voie. Puis on a mis en place pour cette  
18 année un travail de trois trimestres sur ces thèmes [nature morte, patchwork et collage].

19 IN - Les soignants qui participent sont volontaires car ils ont une fibre ou un intérêt. Comme  
20 c'est le cas pour les référents. Il y a du volontariat et d'un autre côté lorsque la personne n'est  
21 pas là, on le fait aussi.

### **3) Pour vous, qu'est-ce que l'atelier créatif ?**

22 HU - L'atelier créatif, c'est déjà recevoir des patients, mettre un thème en place et sur ce thème-  
23 là, observer et évaluer la façon dont le patient, par rapport à ce qu'il a en création de pouvoir  
24 transposer sur le support. Et observer la façon dont il va mener ce projet, comment il va le  
25 réaliser. A la fin, évaluer son comportement et voir s'il va aboutir à un tableau. On reste dans

26 l'observation, on voit comment il fait sortir sa créativité et à la fin on fait un débriefing sur la  
27 réalisation.

28 IN - [tout en lisant le document écrit de présentation de l'atelier création] c'est une médiation  
29 thérapeutique, c'est à dire que l'on va utiliser la créativité, la peinture, le dessin, le collage etc.  
30 diverses techniques pour permettre d'avoir un temps où il y a une relation thérapeutique avec le  
31 patient, c'est à dire que l'on favorise la relation avec le patient. Ça permet de travailler sur la  
32 confiance en soi, sur l'expression, sur le côté socialisation, le fait de travailler en groupe,  
33 d'échanger avec les autres. Ça permet aussi d'évaluer au niveau des troubles de la personne  
34 qu'elle peut présenter, évaluer son comportement, sa symptomatologie, sur le plan cognitif, s'il y  
35 a des difficultés de concentration, de compréhension. Tout ça au travers de l'activité. Ce qui est  
36 important c'est aussi la notion de plaisir. Pour que la personne puisse être motivée à faire les  
37 choses. C'est un atelier où il y a de l'observation et aussi de l'accompagnement et un  
38 encadrement de ces personnes. Il y en a qui sont plus autonomes que d'autres.

#### **4) Dans le cadre de votre rôle propre et concrètement, en quoi consiste l'animation d'un atelier créatif ?**

39 HU - Sur l'animation, nous on reçoit les patients. On essaye de les mettre à l'aise. Ça permet de  
40 les accueillir. Il y a la communication. On met aussi un fond de musique pour les détendre et  
41 augmenter la créativité. Tout ça pour les valoriser et les mettre à l'aise.

42 IN - Ce qui est important, c'est de faire ressortir par rapport au projet mis en place c'est le côté  
43 cadrant de cette activité. Ça nécessite un cadre qui doit être le même. C'est pour ça que ça se  
44 déroule le même jour, dans la même salle et toujours un accueil. Il faut des temps où les patients  
45 puissent se repérer dans ce temps d'activité. Ce sont des éléments rassurants.

46 Ils savent pourquoi ils viennent et comment ça se passe. Pour cette activité, c'est le soignant qui  
47 amène le thème, qui guide la personne. Le projet est fait sur l'année ce qui permet au patient de  
48 se projeter. Le patient n'est pas perdu. Les choses sont expliquées. C'est rassurant et ça favorise  
49 le bien être de la personne et le fait qu'elle puisse s'exprimer. Certes il y a la médiation, mais  
50 dans le cadre de cet atelier les patients savent qu'ils ont la possibilité de s'exprimer, sur la  
51 maladie, sur des difficultés, d'être entendus et écoutés par les infirmiers.

*ESI - Vous êtes là pour accueillir leurs difficultés.*

52 IN - Voilà, c'est ça. On est là pour pouvoir être à l'écoute de la personne et juger avec elle s'il y  
53 a des choses qui ne vont pas bien. Le côté médiation, une des indications, c'est favoriser le fait  
54 que la personne fasse autre chose que son quotidien, que cela puisse être un moment de partage  
55 avec les soignants et d'autres personnes. On y intègre la notion de plaisir, c'est important. La  
56 notion de se concentrer, faire quelque chose qu'on aime et parler avec les gens. Ce temps-là  
57 permet de mettre de côté les autres choses vécues et difficiles.

#### **5) Dans Emile, ou de l'éducation (1762) Jean-Jacques Rousseau a écrit : « L'habitude tue l'imagination, il n'y a que les objets nouveaux qui la réveillent », qu'en pensez-vous dans le cadre de l'atelier créatif ?**

58 HU - [relit la question plusieurs fois], C'est assez philosophique cette phrase-là. Je dirai que  
59 l'habitude, on est dans le train-train quotidien, donc on reste dans du concret. Sur les objets  
60 nouveaux on met sur la table la créativité. Moi j'ai une vision de l'abstrait, de faire ressortir des  
61 choses nouvelles, pas vraiment dans un cadre bien défini. Tandis que l'habitude reste dans la  
62 routine de tous les jours.

*ESI - ça revient à ce que vous disiez plus tôt concernant la routine de leur vécu ?*

63 IN - Tout à fait. Je suis tout à fait d'accord avec cette phrase. Il faut distinguer dans l'habitude ce  
64 qui est important pour les patients psychotiques, c'est important de garder un cadre rassurant et  
65 des repères. Je ne suis pas quelqu'un de manuel mais je comprends tout à fait cette phrase.  
66 Effectivement l'habitude... [Elle lit la phrase]. C'est vrai que faire la création, être dans un  
67 atelier créatif, cela ne peut que favoriser l'imagination et ce que nous on recherche : l'expression  
68 des ressentis, de la manière dont ils se représentent les choses. Ce qu'ils ressentent par rapport à  
69 tout ça.

70 HU - c'est vrai que ce dit ma collègue, ce qu'ils vont transposer sur le support, le papier le  
71 tableau, des fois ça reflète un peu leur personnalité, leur état du moment. Et tout ça on pourra le  
72 lire par rapport à l'œuvre qu'ils ont sortie.

73 IN- Ce qui est intéressant aussi par rapport à la médiation créativité, ce qui est compliqué pour  
74 les patients psychotiques, c'est de pouvoir exprimer verbalement ce qu'ils ressentent. A travers  
75 le dessin, la peinture, ça leur fourni un autre moyen d'exprimer ce qui est à l'intérieur. Notre rôle  
76 c'est de les encourager, les valoriser, mettre en valeur leur capacité et compétences individuelles  
77 et de les aider ensuite à exprimer à travers leur production. C'est un support à la parole.

**6) Bien qu'il s'agisse d'un atelier collectif, quelle place donnez-vous à chaque patient ?**

78 HU - C'est un groupe, en ce moment on est à cinq patients. Chacun à son habitude, sa place.  
79 Après c'est vrai que nous dans l'encadrement, on prend les patients dans le collectif. Et après  
80 c'est chaque patient qui est pris individuellement pour son travail. On adapte par rapport à ses  
81 compétences. On fait vraiment un accueil collectif mais à la fois personnalisé pour chaque  
82 patient. Par exemple un patient va faire un collage parce que c'est plus adapté pour lui et l'autre  
83 il pourra attaquer dans le même thème, de la peinture.

84 IN - Il y a ce côté intéressant de l'activité, qui permet l'échange. Chacun est différent et tout le  
85 monde peut travailler ensemble. On prend en compte l'individu avec ses spécificités, on adapte  
86 en fonction. Ce qui est intéressant à la fin c'est la valorisation. Quoiqu'il en soit, ce qui est très  
87 important dans un atelier de médiation thérapeutique, c'est de toujours valoriser la personne.  
88 Quels que soient ses capacités et ses compétences, quel que soit ce qu'il produit. On n'est pas là  
89 pour faire du beau. La personne crée avec ce qu'elle est, avec ses compétences et on est toujours  
90 là pour valoriser le travail, ce qui a été fait. Même si parfois la personne n'est pas en état de faire,  
91 ce n'est pas grave, ce n'est pas ça le plus important. On échange le fait de participer à l'atelier lui  
92 permet d'exprimer ses ressentis.

**7) Comment évaluez-vous les effets de l'atelier sur chaque patient ? A partir de quels critères ?**

93 HU - Ca dépend depuis l'accueil du patient. Selon son état le matin, on voit tout de suite s'il y a  
94 du bien-être, s'il est posé, s'il est cohérent. Arrivé dans la salle, on reprend le cahier d'activité  
95 pour continuer le travail, dans l'observation. Savoir s'il reprend son travail, s'il est perdu etc. par  
96 rapport à toutes ses observations, s'il est un peu un côté, on va le remettre sur les rails pour qu'il  
97 continue son travail. Et pour évaluer l'effet de l'atelier sur le patient, chaque fois que l'on fait  
98 l'activité et que l'on a fini, que le travail soit achevé ou pas, à la fin on fait un tour de table pour  
99 évaluer s'il a pris du plaisir à faire le travail, s'il a rencontré des difficultés sur le travail  
100 demandé. Et on essaye de mettre un mot, un sentiment sur l'œuvre. Par rapport à toutes ses  
101 observations on peut définir l'effet, le sentiment qu'il a eu sur le patient.

102 IN - A travers l'observation du comportement, de l'état du patient, on peut évaluer si la personne  
103 est bien orientée, si elle a les capacités cognitives au niveau de la mémoire aussi pour se rappeler  
104 ce qui a été fait la dernière séance. Cela permet de faire le lien. La concentration, la tension,  
105 l'organisation, comment elle est capable de s'organiser. Est-ce qu'il a réfléchi et à tout en tête  
106 ou alors est-ce qu'elle doit faire le tour du matériel pour voir ce qu'elle va prendre. On voit aussi  
107 au niveau de l'humeur, du moral. S'il y a des symptômes, on peut les constater. C'est une  
108 observation qui se fait durant la séance et au fil des séances, sur la durée. Ce qu'on constate,  
109 c'est que l'activité, le temps de création, lorsqu'il est dans le faire, dans l'agir ça permet à la  
110 personne de se concentrer, se calmer, et mettre un peu de côté les problèmes, les maladies, ce qui  
111 la dérange etc. C'est l'objectif de cet atelier.

**8) J. P. Klein, psychiatre, Directeur de l'Institut national d'Expression, de création, d'art et Thérapie ; a sous-titré l'un de ses ouvrages « créer, c'est se recréer » (art thérapie, PUF, 2014). Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?**

112 HU - c'est une belle phrase et je suis tout à fait d'accord avec ce qu'il dit. Créer c'est se recréer  
113 surtout dans le contexte de l'atelier. Le patient il est là, ce sont des prescriptions que le  
114 psychiatre a fait pour participer à des ateliers de créativité. Il est orienté pour venir. Le travail  
115 demandé c'est pour se recréer, c'est à dire qu'il ne vient là pas pour faire des œuvres d'art, des  
116 tableaux. Il a un travail sur lui-même, un travail de précision, un travail de se revaloriser. De  
117 reprendre goût à la vie, oublier ses problèmes. Il fait un travail sur sa personnalité. Je pense que  
118 cette activité prescrite aura un impact dans le futur, sur sa personnalité, sa maladie, avec un  
119 impact positif.

120 IN - Je suis d'accord avec cette phrase, c'est aussi la manière dont le soignant va mener l'atelier.  
121 C'est aussi pourquoi on insiste sur le côté individualisé, favoriser les individualités. Pourquoi  
122 c'est se recréer soit- même ? Parce que dans la création, la production que fait la personne ça  
123 vient d'elle, c'est elle qui va faire ses choix, qui va faire selon ses envies, ses ressentis. C'est sa  
124 production, quelque part c'est une petite partie d'elle qu'elle va réaliser. C'est ça qui est  
125 intéressant. A nous, soignant de mettre tout en place pour que ça puisse se faire le mieux  
126 possible, dans un cadre rassurant, que les personnes aient la possibilité de s'exprimer et vraiment  
127 que sa production vienne d'elle au maximum. On essaie de favoriser l'expression des ressentis  
128 des émotions, des pensées, en lien avec cette production. Ça nous permet aussi, à travers ça, de  
129 mieux la connaître et de mieux la comprendre aussi.

*ESI - Les soignants sont des guides ?*

130 IN - Chacun à sa manière, certains aimeront plus guider la personne. D'autres laisseront plus de  
131 liberté. Tout en sachant que l'objectif général de l'atelier soit la création personnelle de la  
132 personne.

133 HU - Je suis d'accord avec ce que ma collègue dit, ça dépend de l'encadrement. Certains  
134 soignant vont juste donner le thème, les consignes, et ce sont les patients de faire le travail.  
135 D'autre sont un peu dans l'assistance. C'est à dire que le patient va pas vraiment faire comme on  
136 attend et on va aider, on va assister ce patient. Après pour se recréer, le patient il est isolé dans sa  
137 case, et lorsqu'il vient ici, il vient pour se recréer, pour se socialiser. Il y a une  
138 communication dans l'activité. Ça permet de se revaloriser et communiquer, sociabiliser avec  
139 d'autres personnes aussi.

**9) Dans la liste des besoins fondamentaux de Virginia Henderson, il y a le " besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit." Qu'en pensez-vous par rapport à l'atelier créatif ?**

140 HU - Le patient il est créé, on ne sait pas s'il est arrivé à sa naissance avec des problèmes de  
141 santé mentale ou il a quelque chose qui s'est passé dans sa vie. Il a des symptômes de santé  
142 mentale, il est suivi par un psychiatre, par une unité de soin. Il arrive des choses dans la vie et le  
143 patient a besoin de se récréer. Une personne a besoin de vivre et de travailler et en même temps  
144 il a besoin d'avoir des hobbies, des passions. Chaque personne est animée par ce qu'il a besoin  
145 pour le faire vibrer. Se récréer pour le patient part plus dans ce sens où il ne va pas le faire par  
146 passion. Il va venir ici pour réapprendre à se récréer. Dans les activités proposées, il va prendre  
147 du plaisir et lui permettre de se récréer et trouver des passions dans les hobbies.

148 IN - Se récréer c'est aussi important et nécessaire d'autant plus pour les patients qui sont atteints  
149 de psychose, c'est compliqué, c'est difficile. Et si on peut à travers les ateliers thérapeutiques  
150 amener la notion de plaisir, c'est d'autant plus intéressant et on en voit d'autant plus les  
151 bienfaits.

**10) Selon vous quelle place a l'objet créé dans l'atelier créatif ?**

152 HU - L'objet, il y a différent support, papier, tableau, cadre sous verre. Une fois que l'œuvre est  
153 achevée, on peut faire une exposition dans l'unité. Aussi à travers ça, on avait parlé de faire un  
154 vernissage et peut être de les vendre et récupérer l'argent dans l'achat de matériel et en même  
155 temps de valoriser le travail du patient. On n'attend pas que le patient ait fait des œuvres d'art  
156 pour pouvoir faire des expositions, des vernissages. Si on fait des expositions, que le patient est  
157 présent, il voit qu'il y a des gens qui viennent qui s'intéressent au travail qu'il a fait, je pense que  
158 c'est très motivant et valorisant pour le patient.

159 IN - je n'ai pas grand-chose à dire là-dessus.

**11) A votre avis, quelle est la différence entre une œuvre d'art créée par un artiste et un objet créé dans un atelier thérapeutique ? Pouvez-vous préciser ?**

160 HU - A mon avis, il n'y a pas de différences, le patient qui souffre de la schizophrénie, qui est  
161 artiste, fait ressortir son côté artistique. Il peut avoir différentes techniques. Alors que le patient  
162 qui vient dans l'unité peut aussi sortir des œuvres d'art. Tout dépend de sa fibre, de sa créativité.  
163 Je connais des patients qui viennent ici et qui font des tableaux que j'ai même envie de mettre  
164 chez moi. Je connais pas mal d'artiste, je m'intéresse à l'art et je vais à des vernissages et ça  
165 dépend du goût de la personne. On a des patients qui viennent qui font de belles choses comme  
166 des artistes reconnus qui font de belles choses. Il n'y a pas de différences.

167 IN - La différence c'est que les patients qui viennent ici, elles ne connaissent pas forcément les  
168 techniques que les artistes pourraient avoir. Les artistes ont des formations, des connaissances  
169 artistiques, ils connaissent des techniques que les patients n'ont pas. Ça peut arriver qu'il y en ait  
170 un qui connaît, qui dessine mais il n'a pas la technique d'un artiste. Dans le côté création, le fait  
171 de créer, artiste ou pas, elle reste la création.

172 HU - C'est vrai que l'artiste a la fibre, la technique. Finalement ils ont une idée qu'ils mettent sur  
173 un support. Le patient il arrive sur l'activité, à nous soignant de mettre notre dose de créativité,  
174 de les orienter, de les aider. Une fois qu'ils ont la technique ils peuvent faire la création.

**12) Souhaitez-vous rajouter d'autres éléments à cet entretien ou aborder un aspect non exploité ?**

175 HU - Je pense qu'on a fait le tour, j'aimerais vous montrer l'endroit où se déroule l'activité.

176 IN - Et les créations.

\*\*\*

**ANNEXE V**  
**GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS**

---

THEMES	SOUS-THEMES	NOM / LIGNE
<b>Posture professionnelle infirmière en psychiatrie</b>	Cadre de l'activité	
	Savoir-faire professionnel	
	Savoir-être professionnel	
<b>Ethique</b>	Considération positive inconditionnelle	
	Non-jugement	
<b>Humanitude</b>	Patient unique, ipséité	
	Développement des potentialités de la personne	
<b>Créativité : culture d'une sensibilité à soi et aux autres. (facteur caratif selon Jean Watson)</b>	Effet thérapeutique pour le patient	
	Savoir-être personnel	
	Congruence	
	Réflexivité	

## ABREVIATIONS

Abréviation	Signification.
<b>CMP</b>	<b>Centre médicaux-psychologique.</b>
<b>Ibid</b>	<b>ibidem</b> , même auteur et même ouvrage qu'à la référence précédente.
<b>IDE</b>	<b>Infirmier diplômé d'Etat.</b>
<b>loc cit</b>	<b>loco citato</b> , même auteur, même ouvrage et même page que la référence précédente.
<b>op cit</b>	<b>opere citato</b> , après le prénom et nom de l'auteur, il indique un ouvrage déjà cité de cet auteur.
<b>p.</b>	<b>pages.</b>

## RESUME

**IFSI**

**CHU SUD Réunion**

**97448 SAINT PIERRE**

Promotion : 2014 - 2017

Année scolaire : 2016 - 2017

**AUTEUR : RIVES Sébastien**

**TITRE : Viens avec moi, je dessine.**

**MOTS CLEFS : Santé mentale, soins infirmiers, ateliers créatifs, caring, humanitude.**

### **RESUME :**

L'usage des médiations artistiques est courant dans les soins des établissements en santé mentale. Prescrits par les psychiatres, souvent en collaboration avec des psychologues, les ateliers créatifs sont animés et encadrés par des infirmiers. Ayant une affection particulière pour les arts et des savoir-faire en arts plastiques, j'ai réinvesti un atelier créatif lors d'un stage en psychiatrie. L'attention que j'ai portée sur les objets réalisés par les patients a suscité des réactions positives inattendues. Rapportant l'expérience au rôle infirmier, j'ai abouti à cette question : en quoi la considération à l'égard du processus créatif lors des ateliers créatifs par les patients en santé mentale enrichit la prise en soin ?

La phase exploratoire a défini la psychiatrie, le métier d'infirmier en santé mentale et les ateliers créatifs. Par la suite, l'étude conceptuelle, centrée sur le Caring, a investi les notions de d'éthique dans le soin, de posture infirmière et d'humanitude. Guidé par ces recherches, un questionnement empirique a été réalisé grâce à des entretiens semi-directifs menés auprès d'infirmiers encadrant des ateliers créatifs dans des centres médico-psychologiques.

L'analyse et la synthèse des entretiens avec les recherches, ont fait émerger la manière unanime le rôle cadrant et rassurant des infirmiers. Puis, ils ont identifié que les patients vivent une expérience intérieure à des fins d'expression grâce à la créativité. Cependant, des questionnements ont montré que les désirs des soignants peuvent croiser ceux des patients.

La question de départ a obtenu des réponses claires et communes. Elle a conduit à une hypothèse de recherche : dans les ateliers créatifs, l'influence des soignants sur la réalisation d'un objet peut avoir des conséquences sur le processus thérapeutique.

(276 mots)

**Nombre de pages : 40.**