



HAL
open science

Place de l'art dans la thérapie des troubles anxieux et des troubles dépressifs

Zofia Scibor

► **To cite this version:**

Zofia Scibor. Place de l'art dans la thérapie des troubles anxieux et des troubles dépressifs. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04098957

HAL Id: dumas-04098957

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04098957>

Submitted on 16 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ANNEE 2022-2023 – n° - 25-23-13

PLACE DE L'ART DANS LA THERAPIE DES TROUBLES ANXIEUX ET DES TROUBLES
DEPRESSIFS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le : **7 avril 2023**

pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN PHARMACIE

PAR

ZOFIA SCIBOR

Né(e) le 10 AVRIL 1996

Président :	Lhassane Ismaili	Professeur des Universités
Directeur de la thèse :	Florence Van Landuyt	Docteur en Pharmacie
Juges :	Yann Pellequer Quentin Henriët	Professeur des Universités Docteur en Pharmacie



ANNEE 2022-2023 – n° - 25-23-13

**PLACE DE L'ART DANS LA THERAPIE DES TROUBLES ANXIEUX ET DES TROUBLES
DEPRESSIFS**

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le : **7 avril 2023**

pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN PHARMACIE

PAR

ZOFIA SCIBOR

Né(e) le 10 AVRIL 1996

Président :	Lhassane Ismaili	Professeur des Universités
Directeur de la thèse :	Florence Van Landuyt	Docteur en Pharmacie
Juges :	Yann Pellequer Quentin Henriet	Professeur des Universités Docteur en Pharmacie

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR	PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEURS ADJOINTS	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN	DIRECTEUR DES ETUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME CAROLE COINTEAU	

DEPARTEMENT MEDECINE

PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2EME CYCLE
PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3EME CYCLE
PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MEDECINE
PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
PROFESSEUR BENOIT DINET	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ETUDES
PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	

DEPARTEMENT MAÏËUTIQUE

BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
---------------------------------------	----------------------------

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE

DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)	
PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
PROFESSEUR ELOI MAGNIN	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - MONTBELAIRD) (MCF)	
YOSHIMASA SAGAWA (MCF)	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

GAELE BLERVAQUE (MAST)	COORDINATRICES PEDAGOGIQUES
JULIE LAPREVOTTE (MAST)	

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

PROFESSEUR CLEMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STEPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (REEDUCATION)	
VERONIQUE GRATTARD (REEDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRESIDENTE
PROFESSEUR FREDERIC AUBER	VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

<i>FORMATION CONTINUE</i>	COORDINATEURS
	MME SYLVIE DEVAUX (MCF)
<i>HISTOIRE DE LA MEDECINE</i>	COORDINATEURS
	PROFESSEUR LAURENT TATU
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET
<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	COORDINATEURS
	PROFESSEUR KATY JEANNOT
	DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)
	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)
<i>ALUMNI-USB</i>	COORDINATEUR
	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER
	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) PRESIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

– PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION (RETRAITE LE 01/11/22)

M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
M	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Antoine	TRACQUI	MEDECINE LEGALE
M.	Pierre	TIBERGHEN	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNÉCOLOGIE OBSTETRIQUE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	WEIL- VERHOEVEN	HEPATOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHESIE-REANIMATION
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoît	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
M.	Chong Hun Stephano	KIM	PR associé ONCOLOGIE
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MCF ASSOCIE MEDECINE GENERALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTE AU TRAVAIL
Mme	Anne-Lise	TREMEAU	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
MME	Anne-Laure	CLAIRET	SCIENCES DU MEDICAMENT
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MEDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTE
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	MOULARI	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
MME	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	SENEJOUX	PHARMACOGNOSIE
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTE

Mme	Aline	CHASSAGNE	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES INFIRMIERES
M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M.	Alexandre	KUBICKI	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
M.	Yoshimasa	SAGAWA JUNIOR	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Alice	BOULLAUD	PROFESSEUR CERTIFIEE - ERGOTHERAPIE
MME	Gaelle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME	Lise	FIARDET	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
MME	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
M.	Nicolas	MICHAUD	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.	Charles Dale	SANTANA	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

Mise à jour 8/09/2022

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Lhassane Ismaili,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de présider lors de ce jour marquant la fin de mes études. J'en suis honorée.

Je vous remercie pour la relecture de ma thèse, votre disponibilité durant cette dernière étape, mais également tout au long du cursus pharmaceutique. Je vous remercie également pour votre sens pédagogique, votre gentillesse et vos conseils précieux.

A Madame le Docteur Florence van Landuyt,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de m'accompagner dans l'écriture de la thèse en tant que Directeur de Thèse. J'en suis honorée.

Je vous remercie pour votre soutien, vos remarques constructives et précieuses, ainsi que vos conseils qui m'ont permis, dès le début de l'écriture, d'emprunter un chemin pertinent.

Je vous remercie également pour votre pédagogie extrêmement positive et mémorable. Merci pour vos cours qui nourrissaient de l'envie d'en savoir davantage et pour votre passion du monde pharmaceutique et du conseil du patient.

Ce fut un plaisir d'écrire ma thèse sous votre direction.

A Monsieur le Professeur Yann Pellequer,

Je tiens à vous remercier pour votre présence précieuse en tant que Membre du Jury en ce grand moment. J'en suis honorée.

Je vous remercie pour votre disponibilité durant ces six années, votre soutien, vos conseils et votre gentillesse. Merci pour votre dévouement auprès des étudiants, votre sens de l'enseignement et de partage d'expérience.

A Monsieur le Docteur Quentin Henriet, Cher Quentin,

Je te remercie pour ton soutien et nos révisions ensemble les rendant directement plus légères et agréables. Je te remercie pour nos rires à la BU, notre fatigue commune avant les partiels. Merci pour ta compréhension dans toutes les situations. Enfin, et avant tout, je te remercie d'être un Membre de mon Jury en ce jour unique. Cela me touche et m'émeut tout particulièrement. Je suis honorée et ravie de ta présence.

A MA FAMILLE

Chère Maman,

Droga Mamo, Małgorzatko, Gosiu, Goni,

Je tiens à te remercier pour ton soutien tout au long de mes études pharmaceutiques, de la vie. Je te remercie de croire en moi depuis...toujours. Merci pour ta bienveillance, ton sourire, ton « Wszystko będzie dobrze ». Merci pour ta créativité, ton côté artistique (que tu m'as visiblement transmis !), nos promenades, tes plats et gâteaux incroyables. Merci pour être une femme douce et aux multiples talents (incomptables !). Merci pour le bonheur et la paix que je ressens dès que je te vois ou que je t'entends. Tu es mon inspiration.

Kocham Cię Mamo !

Chère Kinga,

Droga Kingusiu, Kiniu,

Je te remercie pour nos appels interminables, pour notre proximité et pour nos rires. Merci pour ta présence, pour la sœur, l'amie, l'acolyte de folies que tu représentes pour moi. Merci pour nos journées dans les rues de Londres riches en émotions, conversations, rires, sourires, paysages, photos.

Tu es ma plus grande sœur, mon exemple, l'intelligence, la bienveillance et le cœur en or ...je ne saurais trouver suffisamment d'adjectifs pour te décrire. Tu es mon inspiration.

Kocham Cię Kingusiu !

Chère Gabriela,

Droga Gabi, Gabrysiu,

Je te remercie pour ton écoute, ton intelligence, ta sagesse et tes conseils. Merci pour ton point de vue si différent du mien, que j'admire toujours autant. Je te remercie pour ta bonté, ton sens du partage, ta gentillesse, ton aide. Je te remercie de m'avoir emmené dans les endroits que je n'aurais jamais pensé découvrir, de m'avoir présenté l'Italie et son charme. Merci d'être ma grande sœur, mon amie, l'intelligence et la sagesse. Je te remercie pour nos moments parisiens de pur bonheur avec Gabriele et Arthur, que j'aime tant. Tu es mon inspiration.

Kocham Cię Gabciś !

Cher Kacper,

Drogi Kacperku, Kacperusiu,

Je te remercie pour être le petit frère plus parfait que ce que l'imagination est en mesure de créer. Merci pour ton intelligence, ton mot juste et adapté à chaque situation, ta culture générale (tu m'apprends quelque chose tous les jours !), ton savoir-être et savoir-vivre...qui sont si naturels chez toi. Je t'admire pour ta sagesse, ton calme, ta douceur, ta capacité d'écriture, ton autonomie, ton autodidaxie et pour ta modestie. Je te remercie pour nos sorties cinéma, nos promenades (que tu adores tant !!!!), nos danses, nos folies, les jeux de société, nos conversations intéressantes et intelligentes. Tu es mon inspiration.

Kocham Cię Kacperku !

Cher Papi,

Drogi Dziadku, Dziadziusiu, Józefie,

Je tiens à te remercier pour tes histoires, tes quelques mots de « français ». Je te remercie également pour ton regard, ce regard doux et perçant, qui m'a toujours donné confiance en moi. Merci d'avoir vu en moi ce que je n'ose percevoir. Merci pour ton sourire, ta gentillesse, ton dévouement, ton amour pour les plantes et les oiseaux. Merci pour les jeux dans la nature, les premières expériences culinaires, les promenades « cueillettes » inoubliables. Tu es mon exemple de passion, de vie, d'appréciation du moment présent. Tu es mon inspiration.

Kocham Cię Dziadziusiu !

Chers Lyszczarze,

Drodzy Lyszczarze,

Je tiens à vous remercier pour mes plus beaux souvenirs d'enfance et de Pologne. Babciu Róziu, je te remercie pour ton amour, tes yeux attendris, tes pensées et ton sourire. Wujku Tadku, je t'admire beaucoup pour ton calme, ton ouverture d'esprit, tes livres, ton espoir, ton équilibre de vie. Tu es toujours ma source d'inspiration. Ciociu Agato, je te remercie pour ta pensée et les promandes « Na skałki ». Ciociu Kasiu, je te remercie pour ta bonté, ton accueil, ta curiosité, ta fierté et nos échanges. Ciociu Bożenko, je te remercie pour ton rire, tes anecdotes plus drôles les unes des autres, tes beaux bouquets de fleurs, tes compliments.

Ciociu Tesiu, je te remercie pour ton livre de biochimie, que j'ai lu à l'âge de 6 ans et qui m'a peut-être mené vers les études pharmaceutiques. Merci pour ton écoute, ton séjour en France, nos discussions.

A MES AMI(E)S...
... DE LA FACULTÉ

Cher Camile,

Je ne sais comment te remercier pour ta présence, jusqu'à aujourd'hui, malgré la distance. Je te remercie pour toutes nos discussions, nos promenades, nos rires. Merci pour ton soutien infailible, tes conseils, ta personnalité unique et passionnante. Merci pour ton amitié, si forte.

Chère Marie,

Je te remercie de m'avoir prêté une feuille blanche en PACES, une feuille sur laquelle nous avons pu écrire l'histoire de notre amitié tout au long de ces études. Merci pour nos rires, nos jeux de théâtre, ton soutien, nos discussions intéressantes et philosophiques. Merci pour ta positivité, ton enthousiasme et ta motivation qui rayonnent tout autour de toi.

Chère Alizée,

Je te remercie pour tous les moments passés ensemble, nos rires, ton sourire et ta positivité permanente. Merci d'être une personne si rayonnante et optimiste.

Chère Lisa,

Je te remercie pour nos rires, nos discussions, ton sourire. Merci pour nos journées de révisions à la BU et nos pauses ressourçantes. Merci pour la belle personne que tu es.

Chère Liza,

Je te remercie pour ta bonne humeur, notre voyage en Italie inoubliable et nos retrouvailles agréables. Merci pour tes mots précieux, ton approche à la vie et ta présence.

Chère Joana,

Je te remercie pour ta sagesse, nos conversations constructives et nos partages de points de vue. Merci pour ta présence, ton soutien, tes mots encourageants et ta positivité.

Chère Célia,

Je te remercie pour les moments que nous avons passé ensemble pour rédiger nos thèses mutuelles. Merci pour ton soutien et tes conseils, mais aussi pour les pauses accompagnées de cafés noisette.

Chère Jamila,

Je te remercie pour les années de pharmacie passées à tes côtés, mais aussi l'année de Master 2 à Sorbonne Université. Merci pour ton amitié, ton accueil, notre sortie théâtre, nos conversations sur le sens de la vie et nos rires.

Chère Camille,

Je te remercie pour nos conversations sérieuses et celles qui l'étaient moins, ton sourire incessant et nos instants parisiens. Merci pour les promenades à vélo, les sorties culturelles et les cafés en terrasse. Merci d'être toi !

Chère Ava,

Je te remercie pour ta positivité, ta motivation et ta douceur. Merci pour toutes les séances de sport partagées, les rendant ainsi incontestablement merveilleuses. Merci pour nos conversations incroyables. Merci d'être toi !

Merci également à Fortuna, Akli, Thibaut, Agathe, ...

... DU LYCÉE

Chère Ophélie,

Je te remercie d'être mon amie depuis si longtemps. Merci d'avoir eu envie de me découvrir malgré mes difficultés en français et merci de ne jamais me l'avoir fait ressentir. Je te remercie pour la femme formidable que tu es, tes conseils, ton écoute et tes histoires passionnantes.

... DU COLLÈGE

Chère Marina et Marilyn,

Je vous remercie pour votre présence au collège, nos rires, notre insouciance. Merci pour la sensation de liberté, les sourires, les journées de cours devenues trop courtes. J'ai toujours eu l'impression que notre rencontre ne relevait pas du hasard.

Merci !

...D'AILLEURS

Chère Elise, Cher Arnaud, Cher Paulo, Chère Alexiane,

Elise, je tiens à te remercier pour ton soutien, tes mots justes me poussant toujours plus haut, ta positivité et ton regard bienveillant. Merci d'être toi.

Arnaud, je tiens à te remercier pour ta présence, ton aide précieuse dans la rédaction de mon mémoire (et les éclairs !), ton soutien infaillible, ton sourire, tes conseils et ta sagesse. Merci pour les pensées communes et partagées. Merci d'être toi.

Paulo, je tiens à te remercier pour ta bonne humeur, ton sourire, ta belle énergie et ta positivité. Merci également pour ton écoute, tes blagues et ta bienveillance. Merci d'être toi.

Alexiane, je tiens à te remercier pour nos conversations, ton ouverture d'esprit, ton grain de folie, ton sourire permanent et ta bienveillance, même à distance. Merci d'être toi. Merci pour nos sorties culturelles, nos promenades, nos rires, les étoiles filantes, les cafés en terrasse, les conversations intelligentes, intéressantes, enrichissantes et philosophiques.

Cher Clément,

Je te remercie pour ta sagesse et nos conversations parcourant tous les sujets autour d'un verre de vin. Merci pour tes conseils, ta gentillesse, ainsi que tes mots justes et encourageants. Merci d'être si vrai, d'être passionné, de savoir profiter de l'instant présent, d'être toi.

Chère Valentine,

Je te remercie pour toutes nos discussions dans la cuisine, et les évasions dans la nature. Merci pour tes mots d'encouragement, pour ta bonne humeur et pour ton partage d'énergie.

A TOUS CEUX QUI M'ONT PERMIS DE CROITRE PROFESSIONNELLEMENT

A la Smaltis'team,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier Sophie et Cédric de m'avoir acceptée et accueillie au sein de l'équipe dans le cadre de mon alternance. Je suis ravie de poursuivre cette expérience en tant que Business Developer et de continuer à apprendre chaque jour davantage sur le monde de marketing, du commerce, de la stratégie de l'entreprise et de la communication et de pouvoir apporter mes connaissances, ainsi que ma personnalité à mon poste.

Je tiens à te remercier Clarisse pour ta formation initiale, nos conversations enrichissantes, et nos succès.

Merci également à Marjorie, Steffi, Paulo, Arnaud, Alexandre, Florine, Juliette, Maurane, Laura, Manon et Salomé pour nos échanges constructifs et votre énergie positive.

A l'équipe Sanofi...

Je tiens à vous remercier pour votre accueil, l'apprentissage, le partage de connaissances et de compétences, ainsi que votre gentillesse. Il s'agissait, grâce à vous, d'une incroyable première expérience en industrie pharmaceutique. Merci !

...Et tout particulièrement Myriam,

Je te remercie Myriam pour ton accueil, ton accompagnement, ta formation et toutes les explications. Je te remercie de m'avoir initié aux diverses missions et cela avec passion. Merci également pour ta compréhension, ta gentillesse et ton professionnalisme. Il s'agissait d'une très belle expérience humaine qui m'a permis de me découvrir et d'apprendre davantage sur le monde de l'industrie. Merci !

A la Pharmacie de la Grette et à la Pharmacie Schroll,

Je remercie toute l'équipe de la Pharmacie Schroll pour l'initiation au métier de pharmacien d'officine, le partage de compétences et toutes les explications. Je vous remercie également pour votre accueil, toutes les missions qui m'ont été confiées et votre gentillesse. Je suis ravie d'avoir appris le métier de pharmacien à vos côtés.

Je remercie toute l'équipe de la Pharmacie de la Grette pour le stage de six mois clôturant les six années d'apprentissage. Il s'agissait d'une belle mise en pratique de toutes les connaissances apprises durant ces quelques années. Je vous remercie pour votre confiance,

vosre gentillesse, vosre accueil et vosre soutien. Je suis ravie d'avoir appris le métier de pharmacien à vos côtés.

A toute l'équipe de la DRCI – promotion externe, du CHU de Besançon,

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame le Professeur Macha Woronoff-Lemsi, de m'avoir accueillie au sein des lieux de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) et d'avoir suivi ma progression professionnelle et personnelle.

Je vous remercie Fabienne, Hervé, Annick et Nathalie pour votre accueil, nos conversations et votre bonne humeur. Je suis ravie d'avoir travaillé ces quelques mois à vos côtés et d'avoir pu effectuer les missions confiées dans une atmosphère chaleureuse, bienveillante et très humaine. Ce fut une expérience formidable et inoubliable. Merci !

A toute l'équipe du Laboratoire de l'EA 3181...

Je remercie toute l'équipe pour votre accueil, votre disponibilité, votre partage de connaissances et compétences, ainsi que votre gentillesse. Votre présence a rendu ce stage très agréable.

... et tout particulièrement à Docteur David Guenat,

Je vous remercie pour votre accueil dans le cadre de ce stage d'initiation à la recherche autour du projet de « Mise au point d'un contrôle qualité des ADN cellulaires et viraux (HPV) par PCR en temps réel en vue de leur séquençage par NGS ». Je vous remercie pour votre gentillesse, votre accompagnement, votre pédagogie et votre soutien. Ce fut une expérience très enrichissante d'un point de vue professionnel et personnel. Merci !

A toute l'équipe du « Restaurant des Arcades »,

Je tiens à vous remercier pour les étés passés dans une atmosphère humaine et chaleureuse. Je vous remercie pour cette expérience enrichissante, qui m'a permis, sans aucun doute, d'améliorer mes compétences relationnelles et de communication. Je vous remercie de savoir si bien partager votre passion pour les mets et le vin. Merci pour votre positivité, vos sourires, nos rires, l'intensité des moments vécus. Merci d'avoir rendu ces instants de travail si agréables et inoubliables ! Merci d'être vous !

A TOUS LES PARTICIPANTS

Je remercie toutes les personnes ayant répondu à mon questionnaire. En effet, sans vous ma thèse n'aurait pas pu voir le jour. Merci d'avoir pris ces quelques instants et d'avoir apporté votre retour d'expérience si précieux.

Je remercie également toutes les personnes ayant participé au partage et à la transmission du questionnaire permettant ainsi de toucher une population plus importante.

A TOUTES LES RENCONTRES

Enfin, je tiens à remercier toutes les rencontres que j'ai pu avoir jusqu'à aujourd'hui, longues ou très brèves...même celles d'une durée d'un sourire ou d'une discussion. Parfois ces quelques échanges volés arrivent au « bon moment ».

En effet, comme le précise François Mauriac « Nous méritons toutes nos rencontres. Elles sont accordées à notre destinée. »

SERMENT DE GALIEN

« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

SOMMAIRE

1. Introduction	1
2. Dépression	3
2.1. Généralités et clinique de l'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC)	3
2.2. Épidémiologie.....	7
2.3. Étiologie	8
2.4. Conséquences.....	11
2.5. Traitement	12
2.5.1. Soutien.....	13
2.5.2. Psychothérapies	14
2.5.3. Traitement pharmacologique.....	17
2.5.4. Sismothérapie.....	20
2.5.5. Traitements complémentaires	20
3. Anxiété.....	23
3.1. Généralités et clinique des troubles anxieux.....	23
3.2. Épidémiologie.....	27
3.3. Étiologie	28
3.4. Conséquences.....	29
3.5. Traitement	30
3.5.1. Mesures hygiéno-diététiques.....	30
3.5.2. Psychothérapies	31
3.5.3. Traitement pharmacologique.....	32
3.5.4. Traitements complémentaires	35
4. Art.....	37
4.1. Généralités	37
4.2. Classification des arts	37
4.3. Art-thérapie.....	38
4.3.1. Apparition de l'art-thérapie.....	38
4.3.2. Généralités sur l'art-thérapie	41
4.3.3. Art-thérapeute – Formation et Déontologie	44
4.3.4. A qui s'adresse l'art-thérapie ?.....	45
4.4. Impact des activités artistiques sur l'anxiété et la dépression – Rapport OMS	45
5. Questionnaire	49
5.1. Matériel et Méthodes.....	49
5.2. Résultats	53
5.3. Discussion	65
5.3.1. Discussion générale	65
5.3.2. Discussion de la Partie 1 du questionnaire.....	65
5.3.3. Discussion de la Partie 2 du questionnaire.....	67
5.3.4. Discussion de la Partie 3 du questionnaire.....	70
5.3.5. Avantages du questionnaire	73
5.3.6. Limites du questionnaire	73

5.3.7. Conclusion du questionnaire.....	75
6. Conclusion.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES	89
1) Annexe 1 : Document descriptif envoyé avec le questionnaire, lorsque ce dernier était communiqué aux art-thérapeutes pour transmission à leurs patients.....	89
2) Annexe 2 : Questionnaire	92
3) Annexe 3 : Echelle HAD - Hospital Anxiety and Depression scale.....	100
4) Annexe 4 : Résultats de la Partie 3 du questionnaire incluant les scores	102

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAA : pratique de l'Art Avec Art-Thérapeute

AFRATAPEM : Association Française de Recherches et d'Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie Et Médecine

APA : Activité Physique Adaptée

ASA : pratique de l'Art Sans Art-thérapeute

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor, facteur neurotrophique issu du cerveau

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} version

DA : Dopamine

DCI : Dénomination Commune Internationale

DRESS : Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms

DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5^{ème} édition

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

EMDR : Eyes Movement Desensitization and Reprocessing

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

FFAT : Fédération Française des Art-Thérapeutes

GABA : Acide γ -AminoButyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

iMAO : Inhibiteur de la Monoamine-Oxydase

IRSNa : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

MAO : Monoamine-Oxydase

NA : Noradrénaline

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Pression Artérielle

SFAT : Syndicat Français des Art-Thérapeutes

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TCC : Thérapie Cognitive-Comportementale

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

5-HT : Sérotonine 5-HTP : Tryptophane

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : TROIS SYMPTOMES PRINCIPAUX SELON LA CLASSIFICATION CIM-10.	4
FIGURE 2 : SEPT "AUTRES SYMPTOMES" SELON LA CLASSIFICATION CIM-10.	4
FIGURE 3 : DEUX SYMPTOMES PRINCIPAUX SELON LA CLASSIFICATION DSM-V.	5
FIGURE 4 : SEPT AUTRES SYMPTOMES SELON LA CLASSIFICATION DSM-V.	5
FIGURE 5 : IMAGE REPRESENTANT LE TABLEAU DE VINCENT VAN GOGH, INTITULE "LA NUIT ETOILEE", CREE EN JUIN 1889 AVEC, POUR INSPIRATION, LA VUE DEPUIS LA FENETRE DE SA CHAMBRE A LA MAISON DE SANTE SAINT-PAUL-DE-MAUSOLE, A SAINT-REMY-DE-PROVENCE (145).....	39
FIGURE 6 : FIGURE REPRESENTANT LE REFLET DE L'ART PERMETTANT SON IMPACT POSITIF DANS LES TROUBLES LEGERES A MODERES (174).....	46
FIGURE 7 : FIGURE REPRESENTANT L'EVOLUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE DE L'ANXIETE OBTENUE PAR L'INTERPRETATION DES SCORES HAD AVANT ET APRES LA PRATIQUE DE L'ART, AVEC LE POURCENTAGE DE PERSONNES POUR LESQUELLES UNE DIMINUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE A ETE OBSERVEE ET LE POURCENTAGE DE PERSONNES POUR LESQUELLES LA DIMINUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE PAR L'INTERPRETATION DES SCORES N'A PAS PU ETRE CONSTATEE. IL S'AGIT DE L'ANALYSE POUR LE GROUPE AAA.	62
FIGURE 8 : FIGURE REPRESENTANT L'EVOLUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA DEPRESSION OBTENUE PAR L'INTERPRETATION DES SCORES HAD AVANT ET APRES LA PRATIQUE DE L'ART, AVEC LE POURCENTAGE DE PERSONNES POUR LESQUELLES UNE DIMINUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE A ETE OBSERVEE ET LE POURCENTAGE DE PERSONNES POUR LESQUELLES LA DIMINUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE PAR L'INTERPRETATION DES SCORES N'A PAS PU ETRE CONSTATEE. IL S'AGIT DE L'ANALYSE POUR LE GROUPE AAA.	62
FIGURE 9 : FIGURE REPRESENTANT L'EVOLUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE DE L'ANXIETE OBTENUE PAR L'INTERPRETATION DES SCORES HAD AVANT ET APRES LA PRATIQUE DE L'ART, AVEC LE POURCENTAGE DE PERSONNES POUR LESQUELLES UNE DIMINUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE A ETE OBSERVEE ET LE POURCENTAGE DE PERSONNES POUR LESQUELLES LA DIMINUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE PAR L'INTERPRETATION DES SCORES N'A PAS PU ETRE CONSTATEE. IL S'AGIT DE L'ANALYSE POUR LE GROUPE ASA.....	63
FIGURE 10 : FIGURE REPRESENTANT L'EVOLUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA DEPRESSION OBTENUE PAR L'INTERPRETATION DES SCORES HAD AVANT ET APRES LA PRATIQUE DE L'ART, AVEC LE POURCENTAGE DE PERSONNES POUR LESQUELLES UNE DIMINUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE A ETE OBSERVEE ET LE POURCENTAGE DE PERSONNES POUR LESQUELLES LA DIMINUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE PAR L'INTERPRETATION DES SCORES N'A PAS PU ETRE CONSTATEE. IL S'AGIT DE L'ANALYSE POUR LE GROUPE ASA.	63

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : TABLEAU REPRESENTANT LES CRITERES DES DIFFERENTES INTENSITES DE L'EDC (LEGER, MODERE, SEVERE) SELON LES CLASSIFICATIONS CIM-10 ET DSM-V (5,22).....	5
TABLEAU 2 : TABLEAU DE CLASSIFICATION DES TRAITEMENTS ANTIDEPRESSEURS EN FONCTION DE LEUR CLASSE MEDICAMENTEUSE ET LEUR ORDRE DE PRESCRIPTION (42,62-74).	18
TABLEAU 3 : TABLEAU REPRESENTANT LES SIX TYPES DE TROUBLES ANXIEUX ET LEUR PREVALENCE SUR LA VIE ENTIERE DANS LA POPULATION GENERALE EN FRANCE.	28
TABLEAU 4 : TABLEAU REPRESENTANT LES DIFFERENTS TYPES DE PSYCHOTHERAPIES EN FONCTION DU TROUBLE ANXIEUX (87,113). .	32
TABLEAU 5 : TABLEAU DECRIVANT LA PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE DES SIX TYPES DE TROUBLES ANXIEUX (87,114-117). .	32
TABLEAU 6 : TABLEAU REPRESENTANT LES TRAITEMENTS ANXIOLYTIQUES EN FONCTION DE LEUR CLASSE MEDICAMENTEUSE (12,87,114,116-129).....	34
TABLEAU 7 : TABLEAU REPRESENTANT DEUX EXEMPLES D'ARTS IMPLIQUES DANS LES ETUDES ANALYSEES DANS LE RAPPORT DE L'OMS, AINSI QUE L'EXPLICATION DE L'EFFET BENEFIQUE DE CES ARTS SUR L'ESPT (174).	47
TABLEAU 8 : TABLEAU REPRESENTANT LE NOMBRE DE REPONSES APPORTEES, THEORIQUES ET LE TAUX DE REPONSES DANS LE SOUS-GROUPE AAA.	53
TABLEAU 9 : TABLEAU REPRESENTANT LE NOMBRE DE REPONSES APPORTEES, THEORIQUES ET LE TAUX DE REPONSES DANS LE SOUS-GROUPE ASA.	54
TABLEAU 10 : TABLEAU REPRESENTANT LES REPONSES AUX QUESTIONS DE LA PARTIE 1 DU QUESTIONNAIRE. REPONSES DE 61 PERSONNES (N).....	54

TABLEAU 11 : TABLEAU REPRESENTANT LES REPONSES APPORTEES DANS LA PARTIE 2 PAR LES PERSONNES INCLUSES. LES REPONSES SONT REPRESENTEES DISTINCTEMENT POUR LES PERSONNES AYANT PRATIQUE DE L'ART SANS UN ART-THERAPEUTE (N'=47 PERSONNES) ET AVEC UN ART-THERAPEUTE (N=14 PERSONNES).....	54
TABLEAU 12 : TABLEAU REPRESENTANT L'INTERPRETATION DU SCORE (POUR L'ANXIETE ET LA DEPRESSION), AVEC UN CODE COULEUR ASSOCIE.	59
TABLEAU 13 : TABLEAU REPRESENTANT LES RESULTATS ISSUS DES REPONSES DE PERSONNES PRATIQUANT DE L'ART AVEC UN ART-THERAPEUTE (AAA) ET CELA POUR L'ANXIETE ET LA DEPRESSION, A L'AIDE D'UN CODE COULEUR EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DU SCORE DEFINIE DANS LE TABLEAU 12. IL S'AGIT DE SCORES AVANT ET APRES LA PRATIQUE DE L'ART POUR LES QUESTIONS RELATIVES A L'ANXIETE ET A LA DEPRESSION. UNE MOYENNE DES SCORES A ETE EGALEMENT CALCULEE POUR CHAQUE SITUATION ET UN CODE COULEUR A ETE ATTRIBUE A L'INTERPRETATION DE LA MEME MANIERE QUE POUR LES SCORES INDIVIDUELLEMENT.	59
TABLEAU 14 : TABLEAU REPRESENTANT LES RESULTATS ISSUS DES REPONSES DE PERSONNES AVANT ET APRES AVOIR PRATIQUE DE L'ART SANS ART-THERAPEUTE (ASA) ET CELA POUR L'ANXIETE ET LA DEPRESSION, A L'AIDE D'UN CODE COULEUR EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DU SCORE DEFINIE DANS LE TABLEAU 12. UNE MOYENNE DES SCORES A ETE EGALEMENT CALCULEE POUR CHAQUE SITUATION ET UN CODE COULEUR A ETE ATTRIBUE A L'INTERPRETATION DE LA MEME MANIERE QUE POUR LES SCORES INDIVIDUELLEMENT.	60
TABLEAU 15 : TABLEAU REPRESENTANT LES RESULTATS ISSUS DES REPONSES DE PERSONNES AYANT REPONDU A LA QUESTION 4 NE JAMAIS AVOIR EU DES SYMPTOMES ANXIEUX OU DEPRESSIFS. LES RESULTATS SONT REPRESENTES AVANT ET APRES AVOIR PRATIQUE DE L'ART, ET CELA POUR L'ANXIETE ET LA DEPRESSION, A L'AIDE D'UN CODE COULEUR EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DU SCORE DEFINIE DANS LE TABLEAU 12. UNE MOYENNE DES SCORES A ETE EGALEMENT CALCULEE POUR CHAQUE SITUATION.	64
TABLEAU 16 : TABLEAU REPRESENTANT LES RESULTATS ISSUS DES REPONSES DE PERSONNES N'AYANT PAS REPONDU LA QUESTION «4. AVIEZ-VOUS DES SYMPTOMES ANXIEUX OU DEPRESSIFS AVANT LA RENCONTRE AVEC L'ART OU LES AVEZ-VOUS ENCORE ? ». LES RESULTATS SONT REPRESENTES AVANT ET APRES AVOIR PRATIQUE DE L'ART, ET CELA POUR L'ANXIETE ET LA DEPRESSION, A L'AIDE D'UN CODE COULEUR EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DU SCORE DEFINIE DANS LE TABLEAU 12. UNE MOYENNE DES SCORES A ETE EGALEMENT CALCULEE POUR CHAQUE SITUATION.	64
TABLEAU 17 : TABLEAU REPRESENTANT LES RESULTATS ISSUS DES REPONSES DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'INTERPRETATION SUGGERE UNE ABSENCE DE SYMPTOMATOLOGIE AVANT LA PRATIQUE DE L'ART AVANT LA PRATIQUE DE L'ART. LES RESULTATS SONT REPRESENTES AVANT ET APRES AVOIR PRATIQUE DE L'ART, ET CELA POUR L'ANXIETE ET LA DEPRESSION, A L'AIDE D'UN CODE COULEUR EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DU SCORE DEFINIE DANS LE TABLEAU 12. UNE MOYENNE DES SCORES A ETE EGALEMENT CALCULEE POUR CHAQUE SITUATION.	64
TABLEAU 18 : TABLEAU REPRESENTANT LES SCORES ISSUS DES REPONSES DE PERSONNES PRATIQUANT DE L'ART AVEC UN ART-THERAPEUTE (AAA) ET CELA POUR L'ANXIETE (HAD-A) ET LA DEPRESSION (HAD-D), AVEC UN CODE COULEUR ASSOCIE EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DEFINIE DANS LE TABLEAU 12. IL S'AGIT DE SCORES AVANT ET APRES LA PRATIQUE DE L'ART POUR LES QUESTIONS RELATIVES A L'ANXIETE ET A LA DEPRESSION. UNE MOYENNE DES SCORES A ETE EGALEMENT CALCULEE POUR CHAQUE SITUATION. LA COULEUR EST ORANGE LORSQU'IL MANQUE UNE REPONSE.	102
TABLEAU 19 : TABLEAU REPRESENTANT LES SCORES POUR CHAQUE PERSONNE AVANT ET APRES AVOIR PRATIQUE DE L'ART SANS ART-THERAPEUTE (ASA) AVEC UN CODE COULEUR ASSOCIE EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DEFINIE DANS LE TABLEAU 12. UNE MOYENNE DES SCORES A ETE EGALEMENT CALCULEE POUR CHAQUE SITUATION. LA COULEUR EST ORANGE LORSQU'IL MANQUE UNE REPONSE.....	102
TABLEAU 20 : TABLEAU REPRESENTANT LES SCORES POUR CHAQUE PERSONNE AYANT REPONDU A LA QUESTION 4 NE JAMAIS AVOIR EU DES SYMPTOMES ANXIEUX OU DEPRESSIFS. LES SCORES SONT REPRESENTES AVANT ET APRES AVOIR PRATIQUE DE L'ART, ET CELA POUR L'ANXIETE ET LA DEPRESSION, AVEC UN CODE COULEUR ASSOCIE EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DEFINIE DANS LE TABLEAU 12. UNE MOYENNE DES SCORES A ETE EGALEMENT CALCULEE POUR CHAQUE SITUATION.	104
TABLEAU 21 : TABLEAU REPRESENTANT LES SCORES POUR LA PERSONNE N'AYANT PAS REPONDU LA QUESTION «4. AVIEZ-VOUS DES SYMPTOMES ANXIEUX OU DEPRESSIFS AVANT LA RENCONTRE AVEC L'ART OU LES AVEZ-VOUS ENCORE ? ». LES SCORES SONT REPRESENTES AVANT ET APRES AVOIR PRATIQUE DE L'ART, ET CELA POUR L'ANXIETE ET LA DEPRESSION, AVEC UN CODE COULEUR ASSOCIE EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DEFINIE DANS LE TABLEAU 12.....	104
TABLEAU 22 : TABLEAU REPRESENTANT LES SCORES POUR LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'INTERPRETATION SUGGERE UNE ABSENCE DE SYMPTOMATOLOGIE AVANT LA PRATIQUE DE L'ART AVANT LA PRATIQUE DE L'ART. LES SCORES SONT REPRESENTES AVANT ET APRES AVOIR PRATIQUE DE L'ART, ET CELA POUR L'ANXIETE ET LA DEPRESSION, AVEC UN CODE COULEUR ASSOCIE EN FONCTION DE L'INTERPRETATION DEFINIE DANS LE TABLEAU 12.	104

1. Introduction

Les troubles anxieux et dépressifs touchent, respectivement, environ 21%, et entre 15% et 20% de la population au cours de leur vie (1,2). De plus, ces deux troubles ont connu une augmentation de 25% au cours de la crise sanitaire du COVID-19 (3).

Ces troubles entravent la vie quotidienne des personnes qui en souffrent et ne sont pas sans conséquences. Tout d'abord, les deux troubles exposent à un grand risque de suicide (4–6). De plus, ils peuvent mener à une consommation de substances psychoactives, à des douleurs (comme des douleurs articulaires) ou encore des vertiges (4,6–9). Ces pathologies représentent également un risque de maladies cardio-vasculaires, tel que le diabète (2,6,8,9). Enfin, l'anxiété peut engendrer la dépression et inversement. Ces deux pathologies sont inter-liées (4,10).

De nombreux moyens pour améliorer les symptômes de ces troubles existent, incluant principalement les psychothérapies et les traitements médicamenteux (11–15).

L'activité artistique semble apparaître comme ayant un effet bénéfique dans le cadre de ces deux pathologies, que ce soit en prévention, sur la gestion ou le traitement.

Ainsi, dans le cadre de ce travail, nous souhaitons évaluer par le biais d'un questionnaire l'effet de l'art sur l'anxiété et/ou la dépression au travers de la perception des participants.

Dans un premier temps nous détaillerons la dépression et l'anxiété, afin de comprendre ces deux troubles.

Ensuite, nous nous intéresserons à l'art et à l'application thérapeutique des processus de création artistique par le biais de l'art-thérapie (16–20).

Enfin, nous présenterons et analyserons les résultats du questionnaire portant sur la perception de la population touchée par l'anxiété et la dépression de l'effet de l'art sur leur symptomatologie.

2. Dépression

2.1. Généralités et clinique de l'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit la dépression de manière suivante :

« La dépression est un trouble mental courant. On estime que 5 % des adultes en souffrent dans le monde. Elle se caractérise par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant enrichissantes ou agréables. Elle peut également se traduire par un manque de sommeil et d'appétit. La fatigue et les difficultés de concentration sont fréquentes. La dépression est l'une des principales causes de handicap dans le monde et contribue grandement à la charge mondiale de morbidité. Les effets de la dépression peuvent être durables ou récurrents et peuvent affecter considérablement la capacité d'une personne à fonctionner et à vivre une vie enrichissante.

La dépression est due à des interactions complexes entre des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Des événements de la vie tels que l'adversité vécue pendant l'enfance, le deuil et le chômage favorisent la dépression.

Il existe des traitements psychologiques et pharmacologiques destinés à lutter contre la dépression. » (21).

« La dépression et les troubles mentaux qui y sont associés peuvent avoir un effet profond sur tous les aspects de la vie, y compris les résultats scolaires, la productivité au travail, les relations avec la famille et les amis, et la capacité de participer à la vie locale. Des études montrent également qu'il existe des liens étroits entre la dépression et la santé physique, notamment en cas de tuberculose et de maladies cardiovasculaires. La dépression touche tous les types de personnes – jeunes et moins jeunes, riches et pauvres – dans tous les pays. Les femmes sont plus susceptibles de sombrer dans la dépression que les hommes. » (21).

Il existe deux classifications internationales de référence que sont la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} version) de l'OMS, ainsi que le DSM-V (le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5^{ème} édition) permettant de faire le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) à l'aide de sa clinique (5,22).

Tout d'abord, comme le précise la recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

« Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- Être présents durant une période minimum de deux semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- Avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- Induire une détresse significative. » (22).

De plus, les deux classifications définissent l'EDC par la présence de symptômes suivants (5,22,23):

- La classification CIM-10 décrit un EDC par la présence d'au moins deux des trois symptômes principaux (listés dans la Figure 1) et au moins deux des sept autres symptômes (listés dans la Figure 2) (5,22).

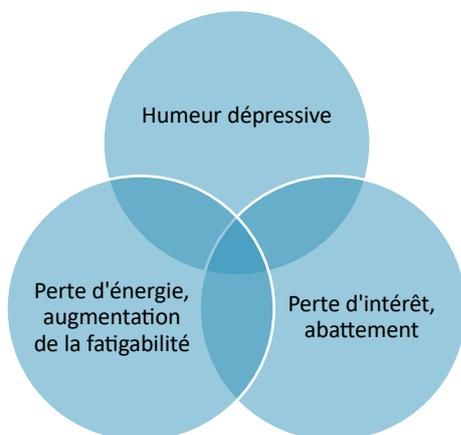


Figure 1: Trois symptômes principaux selon la classification CIM-10.

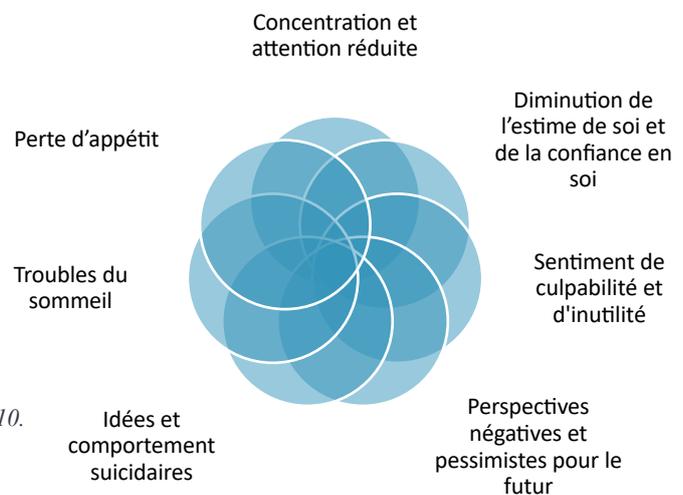


Figure 2 : Sept "autres symptômes" selon la classification CIM-10.

- La classification DSM-V, quant à elle, permet de qualifier la dépression d'une manière sensiblement différente, lorsqu'au moins quatre des sept autres symptômes (Figure 4) se manifestent en plus d'un des deux symptômes principaux (Figure 3) (5,22,23).

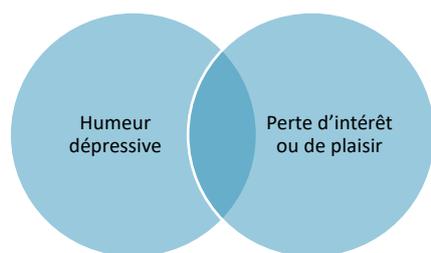


Figure 3 : Deux symptômes principaux selon la classification DSM-V.

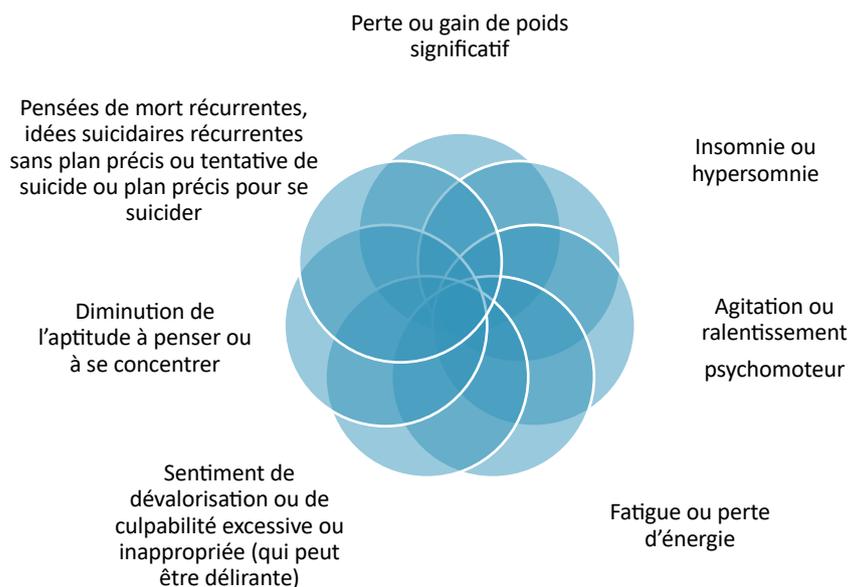


Figure 4 : Sept autres symptômes selon la classification DSM-V.

Au diagnostic s'ajoute la qualification de la sévérité de la dépression qui se caractérise de manière suivante (Tableau 1) (5,22):

Tableau 1 : Tableau représentant les critères des différentes intensités de l'EDC (léger, modéré, sévère) selon les classifications CIM-10 et DSM-V (5,22).

Intensité de l'EDC	Nombre de symptômes (principaux et autres)	
	CIM-10	DSM-V
Léger	Nombre de symptômes nécessaires pour répondre au diagnostic (informations ci-dessus)	
Modéré	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres	Au moins 1 symptôme essentiel et ≥ 5 autres
Sévère	3 symptômes dépressifs principaux et ≥ 4 autres + idées suicidaires	Au moins 1 symptôme essentiel et ≥ 6 autres

En effet, en fonction du nombre et de l'intensité de symptômes, l'EDC aura une gravité donnée, avec un retentissement plus ou moins important sur la vie quotidienne du patient. Ainsi, il peut

s'agir d'une énergie supplémentaire que le patient doit apporter pour effectuer les tâches habituelles tout comme d'une incapacité totale à les mener. Dans ce dernier cas, la vie professionnelle, personnelle et sociale du patient est ébréchée (22).

La question à laquelle il est naturel de répondre est : Que cachent réellement ces symptômes et comment se caractérisent-ils ?

Tout d'abord, il est nécessaire de souligner que la dépression fait partie des troubles de l'humeur. L'humeur est caractérisée comme « dépressive » dans le cadre d'un EDC. En effet, cette humeur dépressive, se développant progressivement, est la principale caractéristique de la dépression. Un des signaux est la présence de pleurs répétitifs et non maîtrisables dus à une hyperréactivité émotionnelle négative face aux événements ordinaires. Cette humeur dépressive est un mal-être pouvant aller jusqu'à une tristesse profonde que nous pouvons qualifier de « souffrance morale » ou d' « humeur douloureuse ». La dépression se caractérise également par un pessimisme, et un sentiment de désespoir. Le patient sera désintéressé et n'aura pas suffisamment d'énergie pour participer aux activités quotidiennes, ce qui l'amène à refuser les invitations de proches et d'amis pour toute activité. En effet, tout semble dénué de sens et le futur est difficilement envisageable. La culpabilité et des auto-accusations dominent une personne souffrant de dépression. A cela s'ajoute une perte de l'estime de soi et une auto-dévalorisation (24–27).

Les symptômes anxieux accompagnent fréquemment la dépression. En effet, la dépression peut être due au stress ou peut être anxieuse. Lorsque l'anxiété et la dépression sont associées, les classifications évoquent un trouble anxio-dépressif. La clinique anxieuse engendrant entre autres des palpitations, raideur de la nuque, difficulté à respirer, une tension musculaire, une sueur, un état d'agitation peut contrebalancer le ralentissement psychomoteur pouvant être rencontré lors d'une dépression (24,25).

En effet, la dépression est accompagnée d'un ralentissement psychomoteur chez 90% de personnes. Ce dernier se traduit par une fatigue, un épuisement, une difficulté à effectuer les tâches quotidiennes comme se lever, se préparer le matin ou lire. Chaque mouvement est difficile pour la personne, donc la marche devient plus lente et la vivacité des mouvements diminue. En outre, l'expression du visage devient monotone, sans changement d'émotions apparent, avec le regard vide et fixe (24,25).

Ce ralentissement psychomoteur, comme son nom l'indique atteint également la partie cognitive avec un trouble de concentration, une diminution de la capacité de mémorisation, et

une difficulté dans la prise de décision. Les troubles de mémoire concernent les événements récents, mais peuvent également engendrer une mémorisation sélective, avec un appui sur les faits négatifs, entraînant le patient dans un cercle vicieux. Tout comme pour le ralentissement physique, le ralentissement psychique rend l'action de penser difficile, menant à une difficulté ou une impossibilité de réaliser les tâches quotidiennes. De plus, les conversations sont appauvries avec un délai de réponse plus important puisque le patient concentre toute son attention sur sa souffrance (24,25).

La dépression peut être également accompagnée de troubles alimentaires (80-90% de personnes) qui se caractérise la plupart du temps par une perte de poids, puisque la personne a perdu le plaisir de manger (24,25).

En outre, 60% de personnes souffrant de l'EDC fait face à l'insomnie, avec des réveils répétitifs ou un réveil précoce. A l'inverse, une hypersomnie peut également apparaître (24,25).

Par ailleurs, l'EDC peut être accompagné par des envies suicidaires voire mener au passage à l'acte. En effet, le décès engendré par suicide est 10 fois plus fréquent parmi les personnes présentant un EDC. Ainsi, le risque de passage à l'acte est observé lors du bilan initial par le professionnel de santé, au travers des questions. Ceci est à différencier des pensées de mort qui sont présentes chez environ 80% personnes souffrant de la dépression (22,28,29).

2.2. Épidémiologie

La dépression est une maladie courante dans le monde et en augmentation. En effet, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2021, elle touche 3,8% de la population, soit environ 280 millions de personnes. De plus, plus de 700 000 personnes décèdent du suicide chaque année au monde (et environ 9 000 en France), ce qui fait que le suicide se place en 4^{ème} position en termes de cause de décès des personnes entre 15 et 29 ans (6,30,31). D'après l'INSERM, la dépression touche environ une personne sur cinq (entre 15 et 20%) au cours de sa vie (1).

Durant la première année de la crise sanitaire du Covid-19 les cas de dépression tout comme de l'anxiété ont augmenté de 25% dans le monde (3).

En France, ce sont les jeunes (15-24 ans) qui sont les plus touchés par ce trouble, puisqu'ils sont 22% à déclarer avoir des symptômes dépressifs en 2020 à la suite du premier confinement (soit deux fois plus qu'en 2019). De surcroît, 15,8% de femmes affirment avoir ces symptômes en 2020 contre 12,5% en 2019. En effet, en France, comme au monde, la dépression est une pathologie qui touche davantage les femmes (15,8%) que les hommes (11%) (3,6,26,30,32). Cela est dû principalement au stress lié à l'isolement social et aux restrictions. A cela s'ajoutent bien évidemment les problèmes financiers, la solitude, la peur de l'infection et de la mort pour soi-même et pour ses proches. Les perturbations de services de troubles mentaux et de neurologie ont coexisté avec l'augmentation de cas de ces troubles. Bien que la situation ait connue une amélioration, de nombreuses personnes peinent à obtenir des soins et du soutien (3,6,30).

D'après D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, le Directeur général de l'OMS, le Covid-19 représente un « signal d'alarme adressé à tous les pays, afin qu'ils accordent plus d'attention à la santé mentale et fassent de plus gros efforts pour soutenir la santé mentale de leurs populations. » (3). En effet, la dépression représente une maladie où le manque de soutien et la stigmatisation sociale mènent à une non prise en charge. La majorité d'États Membres de l'OMS effectuent des efforts afin d'apporter un soutien psychosocial à la population et ont reconnu lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2021 le besoin d'amélioration du service de santé mentale et de soutien psychosocial. Cependant, afin de renforcer ce système, l'investissement doit également connaître une augmentation. En effet, la crise a révélé un sous-investissement dans ce domaine, puisqu'en 2020, seulement environ 2% du budget de santé a été affecté pour la santé mentale par les gouvernements du monde entier (3,6,30).

2.3. Étiologie

La dépression est une maladie d'origine multifactorielle. En effet, la dépression peut avoir :

- Une origine génétique,
- Une origine psychosociale et environnementale,
- Un lien avec une atteinte somatique,
- Une origine biologique (1,33).

Le risque de développement de cette maladie est donc variable d'une personne à une autre (1,33).

Tout d'abord, le risque de développer une dépression est en partie héréditaire. En effet, les personnes avec un lien au 1^{er} degré de la personne déprimée ont un risque plus important de développer cette maladie. Il a été montré que le risque de développer un épisode dépressif au cours de sa vie augmente de deux à quatre fois lorsqu'un des parents a un antécédent de ce trouble. Un exemple en faveur de ce facteur génétique présente une concordance élevée entre les jumeaux homozygotes : 54 % chez les jumeaux homozygotes, contre 19 % chez les jumeaux hétérozygotes. Cependant, ce facteur génétique, bien qu'existant n'est pas exhaustif. En effet, c'est l'impact de l'environnement, soit une interaction entre les gènes et l'environnement qui expliquent l'apparition des symptômes, ce qui a été prouvé notamment par les études sur l'adoption (1,34,35).

Les événements de vie précoces comme un abandon, de la violence, des relations difficiles avec les parents ou des traumatismes sexuels constituent des facteurs prédisposants d'un épisode dépressif (1,34,36–39).

La dépression peut faire suite à un événement de vie marquant, comme le décès d'un proche, un chagrin amoureux, un licenciement, des problèmes financiers ou encore en réaction à une affection (comme le cancer ou une crise cardiaque). En effet, il s'agit de facteurs déclenchants ou précipitants l'apparition de troubles (1,34,36–39).

De plus, les différentes addictions comme celles au tabac, à l'alcool ou aux drogues illicites (amphétamine...) augmentent le risque de développement de la dépression. En outre, la cause pharmacologique n'est également pas à exclure (1,34,36–39). Parmi les médicaments qui pourraient potentiellement induire la dépression, nous pouvons citer, entre autres, efavirenz, les interférons alpha et bêta, le lévétiracétam, la tiagabine, le topiramate ou encore la vigabatrine (40).

La dépression peut être liée à un trouble sur un des 3 axes suivants : l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, hypothalamo-hypophyso-thyroïdien et l'hormone de croissance hypothalamo-pituitaire. En effet, elle peut résulter par exemple d'une hypothyroïdie, de l'hypogonadisme, ou encore de la maladie d'Addison (34,38).

L'EDC peut également faire suite à une modification neurologique engendrée par un accident vasculaire cérébral (AVC) ou par une tumeur cérébrale bénigne ou maligne (34,38).

Enfin, la dépression a une origine encore imparfaitement élucidée d'un point de vue neurobiologique. En effet, plusieurs hypothèses ont été émises. Une des hypothèses, dite monoaminergique, affirme que la dépression est liée à une diminution de la neurotransmission sérotoninergique et/ou noradrénergique. En effet, lorsque le taux de sérotonine diminue, les symptômes réapparaissent chez un patient en dépression traité. Une deuxième hypothèse ne concerne pas les neurotransmetteurs en eux-mêmes, mais leurs récepteurs. En effet, elle suggère que ce sont les récepteurs aux monoamines qui fonctionneraient de manière anormale. Une des théories évoque que la diminution de monoamines engendrerait une diminution d'activité des récepteurs 5-HT1 à cause d'une augmentation du fonctionnement des récepteurs 5-HT2C dans le cas d'une anxiété (1,41,42).

En plus de la sérotonine et de la noradrénaline, d'autres neurotransmetteurs seraient mis en jeu dans ce trouble mental et plus exactement la balance entre le glutamate et l'acide γ -aminobutyrique (GABA). Cette proportion serait impliquée dans la sécrétion du facteur neurotrophique issu du cerveau (Brain-Derived Neurotrophic Factor, BDNF) qui a un rôle dans la prolifération, la différenciation et la survie des cellules neuronales. Ainsi, un balance glutamate-GABA anormale peut engendrer une impossibilité de créer de nouveaux neurones et cela surtout au niveau de l'hippocampe.

De surcroît, il existerait un trouble dans la réponse au stress menant à une augmentation de l'hormone du stress, le cortisol, qui :

- D'une part, engendrerait une désorganisation et même une dégénérescence du système neuronal de l'hippocampe,
- Et d'autre part, inhiberait la formation du BDNF et donc mènerait au même effet que la modification de la balance glutamate/GABA (1,41,42).

En effet, lors de la dépression le volume de l'hippocampe diminue, donc ce trouble pourrait être caractérisé comme neurodégénératif. Dans ce cadre, les médicaments de la dépression restaureraient des fonctions de l'hippocampe (1,41,42).

La neurobiologie de cette maladie reste cependant toujours méconnue, sachant que l'amélioration thérapeutique apparaît seulement deux à trois semaines après l'initiation du traitement, alors que les changements de neurotransmission ont déjà eu lieu (1,41,42).

2.4. Conséquences

D'après l'OMS il existe un lien entre la dépression et le risque du recours aux substances psychoactives, ainsi que la présence de différentes pathologies comme le diabète, une cardiopathie etc. L'inverse est également vrai. En effet, il s'agit d'un cercle vicieux entre la maladie somatique et la dépression où l'un empire l'état de l'autre. Cela mène à une augmentation de la morbidité et de la mortalité (6,8,9).

En plus des pathologies cardiaques et le diabète, les personnes souffrant de l'EDC rencontrent des douleurs de manière plus fréquente que la population générale. Il peut s'agir de dorsolombalgies, de douleurs tendineuses ou de douleurs articulaires. De surcroît, plus l'épisode dépressif a une intensité importante et plus la douleur est intense (6,8,9).

La dépression pourrait également aggraver les troubles digestifs dont le reflux gastro-œsophagien, le ballonnement chronique, la dyspepsie fluctuante, la présence de bruits digestifs de manière intense et fréquente, la sensation de nausées ou encore des vomissements. La dépression peut également être à l'origine de diarrhées motrices ou de la présence de glaires, normalement imperceptibles (6,8,9).

En outre la dépression peut avoir un lien avec des manifestations dermatologiques telles que le prurit, surtout présent au niveau ano-génital, des avant-bras ou au niveau du dos. L'épisode dépressif peut entraîner également une chute de cheveux de manière aiguë ou chronique (6,8,9).

Au niveau uro-génital, la dépression peut être à l'origine :

- Au niveau urinaire : de la dysurie, de la pollakiurie ou de mictions nocturnes.
- Au niveau génital : d'une baisse voire parfois d'une augmentation de la libido :
 - o Chez la femme, cela se caractérise surtout par une absence de l'orgasme ou une dyspareunie. Les menstruations peuvent être perturbées et une mastodynie peut apparaître, tout comme des douleurs pelviennes.
 - o Chez l'homme, la dépression peut perturber l'érection et l'éjaculation (6,8,9).

Comme évoqué préalablement, la dépression peut également être à l'origine d'un trouble alimentaire avec une perturbation de la prise alimentaire, et une prise ou une perte du poids (6,8,9).

Les manifestations neurologiques sont également liées à la dépression comme une présence de vertiges, les distractions, un tremblement fin et rapide ou une spasmophilie (6,8,9).

Outre cette liste non exhaustive de troubles somatiques liées à la dépression, cette dernière peut être à l'origine d'une envie suicidaire. La dépression est la première cause de suicide, donc la recherche des envies suicidaires est systématiquement effectuée. Ainsi, toute idée suicidaire ou crise suicidaire doit être signalée à un professionnel de santé (5,6).

La dépression peut également être à l'origine de l'hystérie, de l'irritabilité ou encore de l'émotivité. Elle peut également augmenter le risque de développer ultérieurement des troubles anxieux (4,10).

Enfin, la dépression est une pathologie qui a des répercussions sur les relations personnelles, sur la vie professionnelle, familiale, sociale ou encore éducative du patient. La dépression a un impact sur le souffrant lui-même mais également sur son entourage, comme le conjoint, puisque sa vie sociale et professionnelle sera impactée. En effet, lorsque la dépression touche les enfants ou les adolescents, elle peut mener à un choix différent d'études supérieures (en ne choisissant pas les opportunités les plus intéressantes), à un risque plus important de grossesse avant l'âge adulte. En outre, chez les adultes, la dépression peut mener à une diminution de la productivité, à un plus important absentéisme dans le milieu du travail, à une invalidité de longue durée voire à une retraite anticipée. En conséquence, le patient et sa famille peuvent plonger dans des difficultés financières (30,35,43).

2.5. Traitement

Le traitement de la dépression repose de manière générale sur trois aspects : le soutien (ou psychothérapie de soutien), la psychothérapie, ainsi que le traitement médicamenteux, en fonction de la gravité des symptômes. En effet, pour les dépressions légères, le traitement sera composé du soutien et de la psychothérapie. Les dépressions de gravité plus importante, c'est-

à-dire soit modérées et sévères, vont nécessiter le recours aux médicaments, voire une sismothérapie (14,15).

2.5.1. Soutien

La psychothérapie de soutien peut s'effectuer par le médecin généraliste, le psychiatre ou d'autres professionnels de santé. Il s'agit d'un premier pas nécessaire pour une prise en charge complète et efficace du patient. Le soutien consiste en une explication de la maladie et du traitement au patient, ainsi qu'à son entourage, afin d'établir avec le patient une prise en charge adéquate et augmenter l'adhésion au traitement. La clarification de cette maladie permet aux personnes de comprendre la pathologie et son évolution, ainsi que la progression du traitement dans le temps. Elle comprend également la précision du délai d'action du médicament, son efficacité, mais également les effets indésirables pouvant être présents, et cela surtout en début du traitement. Après l'accord du patient, l'information de son entourage est tout aussi important, afin qu'il découvre la pathologie à son tour et qu'il participe au soutien. L'explication de cette pathologie permet également aux personnes de comprendre les différentes étapes qu'elles vont traverser (comme la disparition et la réapparition du mal-être) et de les surmonter avec plus d'aisance. En effet, cela permet d'instaurer une relation de confiance, afin d'aider le patient à comprendre ses émotions, à réaliser les tâches quotidiennes, mais également à instaurer les habitudes saines et les activités qui lui seront agréables (5,14,15).

Il existe des groupes de soutien, comme celui organisé par l'Association France-Dépression, créée en 1992. En effet, par le biais de groupes de paroles, ainsi que de diverses activités (atelier d'écriture, atelier tricot, sophrologie, mélodie du corps...), cette association vise à prévenir, informer et soutenir toute personne souffrant de la dépression. Les ateliers sont animés par des bénévoles ayant eux-mêmes connus personnellement ce type de maladie (44,45).

D'autres ressources existent afin d'assurer l'écoute et l'information aux personnes dans le besoin, comme :

- S.O.S. Amitié : permettant des appels anonymes et gratuits 7j/7j et 24h/24h,
- La Porte Ouverte : un lieu d'accueil, présent dans plusieurs villes, accordant aux personnes la possibilité de s'exprimer anonymement au sujet de leur problème,
- Suicide écoute ou SOS Suicide Phenix : associations visant à prévenir le suicide en proposant une écoute de manière anonyme et confidentielle à toute personne faisant face

à des envies suicidaires, ou étant confrontée à cette question par son entourage. « Suicide écoute » assure une aide téléphonique 24h/24h, 7j/7j. « SOS Suicide Phenix » quant à lui possède également un local, mais son accueil téléphonique se fait uniquement à des horaires définis (46–49).

2.5.2. Psychothérapies

La psychothérapie est un terme créé par un médecin français Bernheim en 1891 signifiant « l'aide qu'un psychisme peut apporter un à un autre psychisme ». En effet, la psychothérapie est, d'après Porot, « l'ensemble des moyens par lesquels nous agissons sur l'esprit malade ou sur le corps malade par l'intervention de l'esprit ». Cette définition montre bien que le traitement est psychologique, ce qui le différencie d'un traitement pharmacologique. La psychothérapie a pour but de modifier les processus psychiques ou somatiques de la personne en effectuant un travail sur elle-même et en faisant face aux problèmes rencontrés. Pour cela, la séance de psychothérapie s'effectue par un professionnel formé (un psychiatre ou un psychologue), tenu au secret professionnel, ce qui permet d'instaurer une ambiance de confiance, d'échange libre et d'expression pour le patient (15,50–52).

Ainsi, la psychothérapie est un traitement conseillé à un patient souffrant de dépression, quel que soit la sévérité de ses symptômes. Il s'agit d'une thérapie pouvant être utilisée seule dans le cas des épisodes dépressifs légers. Elle est associée à un traitement médicamenteux dans le cas de dépressions modérées et sévères (15,50,51,53).

Les effets peuvent être observés à la suite d'une première séance, mais plusieurs échanges et semaines, voire mois ou années sont nécessaires pour obtenir une modification de l'état du patient. La durée du traitement, la fréquence des rencontres et la durée de chaque séance sont variables en fonction de la sévérité des symptômes, mais également en fonction du contexte du patient (contexte social, relationnel...). Une fréquence d'une séance par semaine est généralement préconisée, avec une durée d'environ 60 minutes par rendez-vous. La psychothérapie peut être également maintenue à la suite de la disparition de symptômes dépressifs, soit après la guérison, dans le but de diminuer le risque de rechute (50,51,54).

La psychothérapie peut être individuelle, familiale ou de groupe. De plus, il existe plus de 400 types de psychothérapies différentes, dont quelques approches les plus communes, que sont :

- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC),
- Les thérapies psychodynamiques ou psychanalytiques,
- Les thérapies systémiques (15,55–57).

Le choix de la psychothérapie s'effectue en fonction des symptômes ou encore la préférence du patient (15,55–57).

2.5.2.1. Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Tout d'abord, les Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont des thérapies de courte durée, puisqu'elles nécessitent généralement quelques mois. En effet, le but est de diminuer les symptômes, mais sans un travail sur les causes profondes. Il s'agit d'une thérapie travaillant sur les émotions, les pensées et les comportements, afin de comprendre les mécanismes négatifs qui habitent cette personne qui est dans un EDC et afin d'acquérir les compétences lui permettant de surmonter les difficultés futures en développant de nouveaux modes de fonctionnement neuronaux et comportementaux. La stratégie de cette thérapie est définie sur la base des problématiques identifiées en début du traitement ou révélées au fur et à mesure des séances (50,55,58,59).

La TCC peut être décomposée en trois périodes :

- Une génération comportementale, de 1950 à 1980, qui consiste en un changement du comportement du patient par désensibilisation. Pour cela, le patient apprendra les mécanismes de détente, qui visent à diminuer de l'anxiété pour associer cet état de relaxation aux représentations de situations qui sont anxieuses pour lui. Cet exercice, qui sera effectué de manière répétée, permettra au patient de répondre à une situation anxieuse avec un comportement détendu, appris au-préalable ;
- Une période cognitiviste, de 1980 à 1990 où la thérapie porte sur la pensée et non pas sur le comportement. En effet, ce modèle a été développé de manière élaborée par Aaron Beck en 1984 pour qui les patients souffrant d'un EDC voient les expériences avec une perception négative. En effet, ils auraient un schéma de pensée dysfonctionnel, automatique et inconscient, développé durant l'enfance à cause de divers traumatismes. Il s'agit donc d'un mécanisme d'adaptation qui mène à ne retenir que les aspects négatifs. La psychothérapie cognitive vise ici à modifier ce schéma de pensée afin de s'approcher d'un schéma plus réaliste et plus positif ;

- Une période « émotionnelle », la plus actuelle (depuis 1990), visant à accepter les pensées et les émotions. En effet, elle a pour but d'être dans le moment présent et d'accepter sans jugement toute pensée qui habite le patient dans cet instant présent, qu'elle soit positive ou négative. Il s'agit d'une thérapie en pleine conscience, inspirée de la méditation ayant pour but d'acquérir une meilleure régulation des différentes émotions (50,55,58,59).

La TCC nécessite donc une implication de la part du patient, pendant les séances, mais également entre les séances, puisqu'en dehors de ces rendez-vous, le patient aura également des exercices. La durée des séances est généralement de 30 minutes à 1 heure. La fréquence est d'environ deux rendez-vous par semaine (50,55,58,59).

2.5.2.2. Thérapies psychodynamiques ou psychanalytiques

Les thérapies psychodynamiques s'intéressent à l'inconscient de la personne, à son conflit psychique qui est à l'origine de ses symptômes et de son mal-être. Le but est d'exprimer par le patient toutes ses pensées, ses sentiments ou émotions permettant au thérapeute d'avoir un accès à son inconscient et à son conflit psychique. En effet, cette psychothérapie permet l'évaluation de l'impact des événements passés sur le comportement, et la réflexion actuelle du patient (50,55,60).

2.5.2.3. Psychothérapies systémiques

La psychothérapie systémique est une psychothérapie familiale visant à observer les relations entre les membres de famille, la place et le rôle de chaque personne au sein de la famille, mais également dans les générations précédentes. Le patient n'est donc pas pris en charge seul, mais au travers de la communication entre les membres de la famille, puisque lors des séances toute la famille est conviée dans un espace et leurs interactions sont filmées et observées par les superviseurs et les thérapeutes. Ainsi, ce sont les deux, l'interaction verbale et non verbale qui sont analysées. La famille est intégrée dans la prise en charge du patient. Cette psychothérapie est relativement courte, puisqu'elle est constituée généralement de moins de 12 séances qui sont espacées dans le temps (toutes les deux semaines environ) (5,50,61).

2.5.3. Traitement pharmacologique

En fonction de la sévérité des symptômes de la dépression, le recours au traitement pharmacologique peut s'avérer nécessaire. C'est le cas pour les dépressions modérées et sévères. Le traitement médicamenteux s'effectue en complément de la psychothérapie et de la psychothérapie de soutien. En effet, les antidépresseurs ont pour but de diminuer la tristesse et le ralentissement psychomoteur, afin de retrouver de l'appétit, des pensées positives...

Le choix du traitement parmi de nombreuses classes d'antidépresseurs s'effectue d'une manière adaptée au patient en fonction d'une réponse antérieure à une des classes, de la tolérance et des effets indésirables du médicament, des comorbidités éventuelles et selon des caractéristiques de la dépression (5,15,57,62,63).

Certaines classes sont conseillées en première intention, comme les :

- Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)
- Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa)
- « Autres antidépresseurs » tels que la miansérine ou la mirtazapine (15,56,57).

En effet, il s'agit de médicaments qui offrent la meilleure tolérance. Lors de l'inefficacité, il est recommandé en deuxième intention d'utiliser les antidépresseurs imipraminiques, pour lesquels une toxicité cardio-vasculaire est notée (15,56,57).

En troisième intention sont recommandées les molécules suivantes : la tianépine et l'agomélatine, pouvant engendrer respectivement une dépendance ou des abus, pour la première molécule, et une toxicité hépatique pour la deuxième molécule (15,56,57).

Les inhibiteurs sélectifs de la monoamine oxydase (iMAO) ne sont prescrits qu'en dernier recours, puisqu'ils possèdent de nombreux effets indésirables et peuvent interagir avec d'autres médicaments (15,56,57).

Voici un tableau récapitulatif et non exhaustif des traitements pharmacologiques selon la classe médicamenteuse :

Tableau 2 : Tableau de classification des traitements antidépresseurs en fonction de leur classe médicamenteuse et leur ordre de prescription (42,62–74).

Classe Médicamenteuse	Molécules (Dénomination Commune Internationale (DCI))
Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) - Prescrits en première intention.	Citalopram, Escitalopram, Sertraline, Paroxétine, Fluvoxamine, Fluoxétine
Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) - Prescrits en première intention.	Duloxétine, Venlafaxine, Milnacipran
« Autres anti-dépresseurs » - Prescrits en première intention.	Miansérine Mirtazapine
Anti-dépresseurs imipraminiques ou antidépresseurs tricycliques - Prescrits en 2^{ème} intention.	Clomipramine, Imipramine, Doxépine, Amitryptiline, Maprotiline, Dosulépine, Trimipramine

« Autres anti-dépresseurs »	Tianéptine
-	
Prescrit en 3^{ème} intention. Utilisés chez une personne âgée.	
Prescrit sur une ordonnance sécurisée avec une durée limitée à 28 jours.	
Anidépresseur mélatoninergique	Agomélatine
-	
Prescrit en 3^{ème} intention.	
Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (iMAO)	Moclobémide, Iproniazide
-	
Prescrits lors de l'échec aux autres antidépresseurs	

En outre, une molécule récemment apparue sur le marché, soit la vortioxétine, a une place en tant qu'alternative aux autres antidépresseurs. Il s'agit d'une molécule ayant une action antagoniste des récepteurs 5-HT₃, 5-HT₇ et 5-HT_{1D}, une action agoniste partielle des récepteurs 5-HT_{1B}, agoniste des récepteurs 5-HT_{1A} et inhibitrice du transporteur de la 5-HT. Ainsi, la vortioxétine module la neurotransmission sérotoninergique. Elle modifie probablement également la neurotransmission noradrénergique, dopaminergique, tout comme celle de l'histamine, de l'acétylcholine, du glutamate et du GABA. Cette substance a donc une action multimodale, mais qui reste encore peu connue chez l'humain. Concernant les effets indésirables, la vortioxétine est surtout responsable de nausées, mais peut également engendrer des vomissements, une diminution d'appétit, les rêves anormaux, les diarrhées ou une constipation, des démangeaisons, ou encore des sensations vertigineuses (63,75–77).

L'effet des antidépresseurs s'observe à la suite de deux à quatre semaines de traitement. Le traitement antidépresseur aigu, donc visant la rémission complète du patient, est généralement d'une durée de trois à six mois. Le traitement est maintenu au minimum pendant six mois à la suite de l'amélioration de l'état de santé du patient, afin d'éviter le risque de rechute et de réapparition de symptômes. Il s'agit du traitement d'entretien. A la suite de cela, l'arrêt de médicaments s'effectue avec le médecin et de manière progressive. En outre, en début de traitement, les benzodiazépines peuvent être prescrits en cas d'agitation ou de troubles de sommeil (1,5,15,56,62).

2.5.4. Sismothérapie

La sismothérapie, ou électro-convulsivothérapie est utilisée entre autres dans le cas d'une dépression sévère avec un risque suicidaire important mettant en jeu le pronostic vital du patient.

Pour suivre cette thérapie le patient se voit appliquer deux électrodes de chaque côté du crâne permettant le passage d'un courant électrique. Ainsi, une induction électrique mènera à une convulsion, une crise épileptique de manière sécurisée. En effet, pour cela, le patient sera sous anesthésie générale et aura reçu du curare, afin de diminuer l'impact musculaire et les douleurs que ce traitement pourrait engendrer. Bien qu'efficace, puisqu'entraînant une amélioration chez 90% des patients en seulement six à douze séances régulières, la sismothérapie est souvent poursuivie par un traitement pharmacologique, afin de diminuer le risque de rechutes (62,78,79).

2.5.5. Traitements complémentaires

2.5.5.1. Photothérapie ou Luminothérapie

La photothérapie est une thérapie par la lumière utilisée principalement pour des dépressions saisonnières. Il s'agit d'une luminothérapie par les yeux où le patient est exposé, dans les deux heures à la suite du réveil, à des rayonnements de lumière du jour pendant environ 30 minutes par jour. La puissance de la lampe permettant cette luminothérapie est de 10000 lux. L'exposition s'effectue à une distance de 30 centimètres. Si la puissance de la lampe est moindre, la durée d'exposition est plus importante. Cette thérapie s'étend sur toute la période de la dépression saisonnière dans le but de diminuer ses symptômes, dont l'hypersomnie. Les effets thérapeutiques ont pu être notifiés principalement au bout d'une à deux semaines (5,34,80).

2.5.5.2. Activité Physique Adaptée (APA)

L'activité physique adaptée (APA) peut être également prescrite par le médecin. En effet, il existe des structures proposant du sport avec des professionnels formés, afin d'adapter le sport à chaque patient (5,81).

L'activité sportive à raison de trois fois par semaine, pendant environ 30-60 minutes montre des effets positifs sur la diminution des symptômes de la dépression en améliorant la condition physique et l'autonomie des patients, mais également en augmentant une confiance en soi, en renforçant l'image de soi-même et en favorisant les interactions sociales (5,81).

2.5.5.3. Phytothérapie

La phytothérapie est un traitement permettant de soulager les symptômes présents dans le cadre d'une dépression légère à modérée. Cependant, afin d'y recourir il est important d'avoir un avis d'un professionnel de santé (médecin, pharmacien...). En effet, elles peuvent ne pas être suffisantes, lorsque l'épisode dépressif est prolongé ou d'intensité sévère. La phytothérapie peut également être sujette aux interactions (82,83).

La plante la plus connue ayant des propriétés antidépressives est le millepertuis, *Hypericum perforatum* dont il existe des médicaments et les compléments alimentaires. En effet, elle a montré ses preuves pour une dépression légère à modérée au travers des essais cliniques évoquant que son efficacité semble similaire à celle de certains antidépresseurs (fluoxétine, sertraline, imipramine). Son action passe par une inhibition de la recapture de la 5-HT, de la NA et de la DA. Si cette plante est très connue, c'est également pour ses nombreuses interactions. En effet, elle interagit avec de nombreux médicaments (anticoagulants, contraceptifs oraux ou encore les immunodépresseurs). De plus, elle a des propriétés photosensibilisantes amenant le patient à se protéger lors d'une exposition solaire, surtout lorsque le teint de la personne est clair (82–84).

La rhodiola, *Rhodiola rosea*, aurait également montré son efficacité dans les dépressions légères à modérées. Elle possède une action « adaptogène », aidant la personne à s'adapter aux divers états émotionnels (82,83).

De surcroît, nous pouvons citer le griffonia, *Griffonia simplicifolia*, source du 5-hydroxytryptophane qui par action enzymatique est converti en 5-HT. Ainsi, les extraits de griffonia augmentent le niveau de sérotonine dans le cerveau, au niveau des fentes synaptiques, dont la neurotransmission serait réduite dans le cadre de la dépression (85). Le safran, *Crocus sativus*, aurait également une influence, entre autres, sur la neurotransmission sérotoninergique (86).

Il existe de nombreuses autres plantes ayant une visée anti-dépressive, comme la passiflore, la mélisse, ou encore la valériane (84).

3. Anxiété

3.1. Généralités et clinique des troubles anxieux

Tout d'abord, l'anxiété englobe six entités différentes que sont :

- La Phobie Spécifique,
- Le Trouble Anxieux Généralisé (TAG),
- Le Trouble Anxiété Sociale,
- L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT),
- L'Attaque de Panique et le Trouble panique,
- Le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) (87).

Ces formes de troubles anxieux se traduisent de différentes manières avec des tableaux cliniques particuliers décrits ci-dessous (2,87–91).

La **Phobie Spécifique** est un trouble anxieux qui apparaît précocement au cours d'une vie, la médiane étant vers 12-14 ans. C'est le trouble le plus fréquent. Il s'agit d'une peur intense, qui est activée par (2,87–92):

- Un objet ou un animal (que l'on appelle « zoophobie »): il peut s'agir d'une aiguille ou d'un objet pointu (« bélérophobie »), tout comme d'un serpent, d'une souris ou d'une araignée (« arachnophobie »),
- Ou encore une situation : il peut s'agir d'une peur de la hauteur (« acrophobie »), des orages (« astraphobie » ou « brontophobie »), d'un espace étroit (« claustrophobie »), ou encore des injections (« trypanophobie ») (2,87–92).

Lorsque la phobie est présente, elle concerne généralement au moins deux objets, animaux ou situations. Le patient a conscience du caractère irraisonné de cette peur et en conséquence, peut en souffrir. Afin d'y faire face, la personne peut soit éviter les éléments qui sont à l'origine de la peur, soit au contraire les affronter volontairement. Majoritairement, ce trouble anxieux n'entrave pas la vie quotidienne. Cependant, cela peut être le cas si la réaction face à ces éléments est démesurée et lorsque la personne n'arrive pas à gérer émotionnellement cette peur (2,87–92).

L'Anxiété Généralisée ou Trouble Anxieux Généralisé (TAG) est un trouble survenant le plus tardivement de tous les troubles anxieux, puisque son incidence augmente vers 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes. Il n'est présent que chez 2% de personnes entre 15 et 24 ans, et chez environ 6% de la population plus tard. L'anxiété généralisée survient chez les personnes à terrain anxieux, mais qui arrivaient à maîtriser leur anxiété (2,87–91,93).

Le TAG est une inquiétude :

- Présente en permanence, à la différence de la phobie spécifique,
- Démesurée par rapport au risque réel,
- Durable (plus de six mois),
- Difficile à contrôler (2,87–91).

Cette anxiété apparaît face aux événements de quotidien, comme la vie relationnelle avec sa famille, ses amis, face à son futur, sa santé, voire mêmes les tâches à faire au cours de la journée, ou la prise de ses rendez-vous... Elle peut mener à une agitation, une tension musculaire, engendrer des douleurs musculaires ou des palpitations. Parmi les symptômes classiques, peuvent être retrouvées également les mains froides et humides, une bouche sèche, les difficultés à avaler, les maux de tête, les troubles digestifs comme diarrhées ou nausées, voire le syndrome du côlon irritable. L'anxiété généralisée va également diminuer la capacité de concentration et induire des troubles du sommeil. Elle mène à un « état de vigilance » énergivore, fatiguant la personne souffrant d'un TAG et engendrant ainsi un impact négatif sur son quotidien (2,87–91).

Dans le **Trouble d'anxiété sociale ou Phobie sociale**, il y a une appréhension des rencontres et du jugement d'autrui. La peur se manifeste donc en amont d'une rencontre d'une nouvelle personne ou d'un groupe de personnes, mais aussi avant une prise de parole en public. Il s'agit d'une peur de rugir ou de trembler en public, de faire un mauvais geste, de manger, de marcher ou écrire devant quelqu'un, ou même d'aller dans les toilettes publiques (87,89,90). Cette peur est assez commune, mais présente à différents degrés. Cependant, dans le cadre de ce trouble, elle devient handicapante. En effet, tous ces questionnements conduisent à une baisse de l'estime de soi, à l'éviction des événements pouvant entraîner cette anxiété, et donc à l'isolement (87,89,90).

L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) est une anxiété survenant à la suite d'un événement de gravité importante qui a entraîné un stress aigu de manière soudaine. Cependant, ce n'est pas uniquement la gravité objective de la situation qui influe sur l'apparition de l'ESPT, mais aussi celle subjective. En effet, toute personne a une prédisposition plus ou moins importante à être atteint de l'ESPT suivant son histoire personnelle, son âge, sa culture et le prisme par lequel elle voit divers événements. La prise en charge et le contexte à la suite de la situation traumatisante joue également un rôle dans le développement de cet état. Il peut s'agir d'un accident mortel, d'un attentat, d'un meurtre, d'une agression sexuelle ou encore de catastrophe naturelle dont la personne est la victime ou le témoin. L'ESPT s'installe et a une durée de moins d'un mois. Le stress peut cependant avoir une durée plus importante allant jusqu'à plusieurs mois (87,90,94,95).

Comment est-ce que la personne vit cet ESPT ? Voici quelques mots clés ainsi que leurs explications permettant une meilleure compréhension de cet état complexe :

- Reviviscence : la personne va revivre la ou les scène(s) traumatisante(s) à travers les souvenirs, les pensées, les images, les flash-back ou les cauchemars. La reviviscence peut-être spontanée mais peut aussi apparaître à la suite d'un bruit, d'une odeur ou d'un lieu. Ainsi, les symptômes physiques ressentis le jour de l'événement bouleversant peuvent réapparaître et aller jusqu'aux attaques de panique ou crises d'angoisses (87,90,94,95).
- Comportement d'évitement : avec un évitement de personnes, de paroles ou des lieux qui pourraient lui rappeler l'événement à l'origine de l'ESPT (87,90,94,95).
- Signes d'activité neurovégétative : avec une irritabilité ou des troubles du sommeil. Ce dernier est perturbé par les rêves et pensées liées au moment traumatisant. Des difficultés de concentration, et une hypervigilance peuvent également être présents (87,90,94,95).
- Impact sur la vie quotidienne : comme la vie personnelle, sociale et professionnelle. En effet, en plus des symptômes décrits, la personne peut développer un détachement émotionnel, ainsi que des troubles de l'humeur (87,90,94,95).

Lorsque l'ESPT s'installe dans le temps et devient chronique (20% des cas), il a un effet de plus en plus délétère menant le patient vers les troubles du comportement alimentaire, la toxicomanie, et une apparition de symptômes dépressifs (dans 25 à 30% des cas). En outre, il

est important de souligner que la prévalence est probablement sous-estimée en raison de la méconnaissance actuelle de ce trouble anxieux. Ce trouble est davantage étudié dans certaines populations à risque, comme les militaires ou des témoins d'actes terroristes : par exemple environ 25% des militaires ayant participé à une guerre ont présenté ce trouble, tout comme 18% des témoins (3% des témoins à proximité et 31% des personnes directement menacées) de l'attentat en janvier 2015 (Charlie Hebdo, Hyper Casher, Montrouge, Dammartin-en-Goële) (87,90,94,95).

L'Attaque de Panique ou Crise de Panique est une peur intense survenant de manière soudaine et imprévisible. Elle apparaît la plupart du temps entre 20 et 30 ans. Il s'agit d'une peur d'intensité importante, brutale, d'un sentiment de mort ou de catastrophe imminente, alors que le risque n'est pas réel (2,87–90,93,96).

Cette attaque se caractérise par des tremblements, des palpitations, une sensation d'engourdissement ou de picotement, une transpiration, des bouffées de chaleur ou au contraire des frissons, un essoufflement, un étouffement, une sensation de vertige ou d'évanouissement, mais également une tachycardie et une douleur thoracique faisant penser à une crise cardiaque (ce sont d'ailleurs ces manifestations cardiaques, pulmonaires, ou cérébrales qui amènent parfois le patient à consulter ; cependant, l'attaque de panique ne présente pas de gravité). La personne peut craindre de devenir folle ou de mourir, puisqu'elle ne contrôle pas du tout les émotions et symptômes qui la traversent (2,87–90,93,96).

Le pic des symptômes est atteint en quelques minutes. La crise quant à elle dure moins d'une heure (une 30-aine de minutes) et se résout « naturellement », sans traitement. La fréquence est extrêmement variable d'une personne à une autre ou même pour une personne, d'une période à une autre. Le patient peut redouter ensuite cette crise, ce qui entraîne « la peur d'avoir peur » et guide la personne vers un évitement de situations pouvant mener à cet état. Il s'agit dans ce cas d'un Trouble Panique que certaines personnes touchées par une crise de panique développent (2,87–90,93,96).

Ce trouble panique peut être accompagné d'une agoraphobie. L'agoraphobie se manifeste majoritairement autour des 35 ans. Dans ce cadre, la personne redoute les files d'attente, les transports en communs, les théâtres, salles de spectacle, parkings, ou encore les salles de classe... soit les endroits ou les situations desquelles il est difficile de prendre fuite, ou dans lesquelles personne ne pourrait venir en aide si elle se sentait mal subitement. La sensation de

peur est ici initiée par une situation de manière répétitive, ce qui engendre un comportement d'évitement allant même jusqu'à un isolement. Il s'agit d'une souffrance pouvant entraver de manière significative le fonctionnement quotidien et donc la qualité de vie du patient (87,88,97).

Le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) : Comme son nom l'indique, le TOC se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions. Il s'agit d'une maladie apparaissant chez une personne jeune (65% des cas faisant surface avant 25 ans) voire des enfants. Les obsessions sont des idées, pensées et images permanentes, obsédantes, ne pouvant être réprimés et engendrant une angoisse. Il peut s'agir d'une peur d'être contaminé par une maladie (comme les maladies sexuellement transmissibles), de provoquer un accident, de la peur de la saleté ou du désordre, ou encore celle d'accomplir un vol, meurtre ou viol. Ainsi, afin de diminuer l'intensité de ces pensées et de cette angoisse, la personne va développer des compulsions, c'est-à-dire des gestes répétitifs, ritualisés. Il peut s'agir d'un nettoyage intense, d'un rangement prédéfini, d'une répétition de phrases, de chiffres, de calculs mentaux, de lavage de mains, des vérifications de la fermeture de la porte, ou encore des comptages de mots. Ces compulsions ont une durée non négligeable, pouvant occuper même plusieurs heures dans la journée de la personne (89,90,98–100).

3.2. Épidémiologie

Les troubles anxieux sont une maladie psychique fréquente, puisque les données de l'INSERM affirment que l'anxiété touche 21% des adultes au cours de leur vie, soit environ une personne sur cinq. Les femmes sont affectées deux fois plus que les hommes (2,90). Par ailleurs, ce sont les jeunes qui sont davantage impactés par la pathologie, puisqu'elle touche surtout la tranche d'âge de 25 à 44 ans (101).

De plus, tout comme la dépression, l'anxiété a connu une hausse de 25% durant la première année de la crise sanitaire du COVID-19 (3).

Le Tableau 3 précise les six différents types de troubles anxieux avec leur prévalence. La classification de ce tableau repose sur la prévalence sur la vie entière décroissante respective de chacun de ces troubles anxieux dans la population générale en France (2,87,89,90).

Tableau 3 : Tableau représentant les six types de troubles anxieux et leur prévalence sur la vie entière dans la population générale en France.

Le type du trouble anxieux	La prévalence (en %) sur la vie entière dans la population générale
Phobie Spécifique	11,6%
Trouble Anxieux Généralisé (TAG) ou Anxiété Généralisée	6%
Trouble d'anxiété sociale ou Phobie Sociale	4,7%
État de Stress Post-Traumatique (ESPT)	3,9%
Attaque de Panique (dont Trouble Panique)	3%
Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC)	0,7%

Il est important de souligner que lorsque la personne présente un de ces troubles, la probabilité de développer un trouble (anxieux ou dépressif) est plus importante (102).

3.3. Étiologie

Les causes d'une anxiété ne sont pas élucidées à ce jour. En effet, pour certains patients les troubles anxieux apparaissent sans qu'aucun facteur ne puisse être décrit (2,11,90,103).

Cependant, tout comme la dépression, les troubles anxieux semblent avoir une origine multifactorielle (génétique, environnementale, psychologique). En effet, quelques facteurs semblent favoriser la survenue de ce trouble, comme les antécédents familiaux de cette maladie, des événements traumatisants mettant en jeu la vie du patient, un stress chronique engendré par le travail ou les relations, le décès d'un proche, les problèmes financiers, l'existence de certaines pathologies (hyperthyroïdie, insuffisance cardiaque, asthme, trouble du rythme,...), ou encore la présence d'autres troubles psychiatriques (comme la dépression ou la schizophrénie). De plus, certains médicaments (corticostéroïdes...), tout comme la consommation de l'alcool, des drogues (cocaïne, amphétamine, ...) ou de la caféine peuvent engendrer les troubles anxieux (2,11,90,103).

D'un point de vue neurobiologique, plusieurs structures du cerveau et neurotransmetteurs sont responsables de la régulation des émotions. Il s'agit entre autres du cortex préfrontal. De plus,

l'amygdale faisant partie des voies de la peur ou de l'anxiété s'est avérée être suractivée dans le cas de l'anxiété. Cette suractivation concerne également le cortex insulaire. En outre, d'un point de vue moléculaire, le GABA intervient dans le contrôle de l'hyperactivité neuronale présente dans le cadre de l'anxiété. C'est pour cela que ce neurotransmetteur inhibiteur fait partie des cibles pharmacologiques. Il en est de même pour la sérotonine qui agit sur le taux de GABA. En effet, les ISRS ont montré une efficacité dans l'anxiété. De plus, la sérotonine seule, sans une action indirecte par le GABA, montre également une amélioration de symptômes de patients présentant des attaques de panique, de l'anxiété généralisée ou des phobies. De surcroît, les endozépines auraient également un effet anxiolytique endogène, tout comme les endocannabinoïdes (2,104). Voici les structures qui sont impliquées dans l'anxiété. Cependant, ces structures ne sont pas encore élucidées pour les troubles anxieux pathologiques, même s'il s'avère de plus en plus que ce sont les circuits physiologiques neuronaux qui sont suractivées dans le cadre de troubles anxieux (2,104).

3.4. Conséquences

Les troubles anxieux engendrent des conséquences importantes en termes de morbidité, ce qui les classe au 6^{ème} rang des pathologies les plus invalidantes (en prenant en compte les années en invalidité) au niveau mondial, derrière la dépression (4,105).

Tout d'abord, les troubles anxieux peuvent mener à des consommations abusives d'alcool ou à un recours aux drogues. En effet, environ 20% de personnes ayant cet usage présentent également les symptômes d'un trouble anxieux, et le plus fréquemment, le TAG ou le trouble panique. De plus, dans environ 75% des cas, les symptômes de troubles anxieux sont présents avant l'usage abusif de substances psychoactives. Il est important de mentionner, qu'il s'agit d'un cercle vicieux, puisque l'abus sur un long terme d'alcool ou de drogues accroît les symptômes des troubles anxieux (par des difficultés financières qu'il peut engendrer, par des conflits etc.) (4).

De surcroît, les symptômes anxieux peuvent engendrer une dépression et les troubles anxieux augmentent le risque de dépression. Les troubles anxieux et dépressifs sont inter-liés (4).

Tout comme les troubles dépressifs et les troubles psychiatriques en général, les troubles anxieux exposent à un risque plus important de suicide. Ainsi, face à un trouble anxieux, le professionnel de santé évalue le risque suicidaire et inversement (4).

Par ailleurs, il existerait un lien entre les troubles anxieux et le risque plus élevé de maladies cardiovasculaires. En effet, le risque de maladie coronarienne, d'AVC, d'insuffisance cardiaque ou encore de mortalité cardiovasculaire est augmenté lors du diagnostic de troubles anxieux caractérisés ou des symptômes anxieux. Les troubles anxieux sont également liés à un développement plus important du diabète de type 2. Ces liens peuvent cependant avoir de nombreuses explications, dont le fait que l'anxiété peut être la conséquence, et non la cause d'une atteinte vasculaire cérébrale (2).

Enfin, les TAG peut être associé à la présence des symptômes somatiques de manière très fréquente, comme la douleur, les céphalées, une faiblesse, de la douleur des membres, des vertiges ou encore une douleur articulaire (7).

3.5. Traitement

Les troubles anxieux sont traités par des mesures hygiéno-diététiques, une psychothérapie (qui constitue le traitement de fond) et/ou un traitement médicamenteux. En effet, le traitement pharmacologique est utilisé lorsque les deux premiers ne sont pas suffisants. Les médicaments utilisés diffèrent en fonction du type du trouble anxieux dont souffre le patient (11–13).

3.5.1. Mesures hygiéno-diététiques

Afin de lutter contre les symptômes des troubles anxieux, les mesures hygiéno-diététiques sont conseillées en première intention avec de la psychothérapie ou en association avec le traitement pharmacologique si cette première approche s'avère insuffisante. Ces mesures hygiéno-diététiques sont également un moyen de prévention de ces troubles (106,107).

Il s'agit de :

- Une durée de sommeil suffisante,
- Une pratique d'une activité sportive régulière,
- Une alimentation équilibrée,
- Une diminution voire un arrêt de boissons « excitantes » comme le thé, le café, coca-cola,

- Une diminution ou arrêt de boissons alcoolisées, du tabac et de drogues illicites (106,107).

3.5.2. Psychothérapies

Le Tableau 4 représente les différents types de psychothérapies utilisées en fonction du trouble anxieux que présente le patient.

La TCC, étant la psychothérapie la plus utilisée dans différents troubles anxieux, a été détaillée en amont.

La psychothérapie la plus utilisée dans le cadre d'une ESPT, en plus du soutien psychosocial est, quant à elle, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) signifiant une désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires. Cette technique a pour but de diminuer l'anxiété et de résoudre les conséquences du stress aigu vécu, par le biais de mouvements oculaires. La découverte du bien-être de ces mouvements s'est effectuée de manière hasardeuse et naturelle par Francine Shapiro (une psychologue et thérapeute comportementale américaine), en 1987, en se promenant dans un parc. En effet, elle a pu observer que ce mouvement oculaire permettait de faire disparaître les pensées et de diminuer la « charge émotionnelle » (55,108,109).

Les séances d'EMDR ont une durée d'environ 1h-1h30 et leur progression s'effectue selon des étapes bien définies, puisque l'EMDR est caractérisée par huit phases. Pour cela, après un échange avec le patient et préparation du patient (explication de la thérapie, de ses objectifs, de l'indication, établissement d'une relation de confiance), les souvenirs traumatisants seront traités séparément jusqu'à une absence d'une perturbation liée à ce souvenir. Cela est possible grâce à des stimulations d'attention double par mouvements oculaires (en suivant le doigt du professionnel) ou un son (avec un casque ou un appareil) ou tapotement (sur les genoux ou les mains du patient par le professionnel) pendant que le patient focalise ses pensées autour de l'information traumatisante. Entre les stimulations, le patient peut exprimer toute idée qu'il a envie. Outre la stimulation bilatérale, les séances permettent d'instaurer des pensées positives chez le patient (108–112).

Tableau 4 : Tableau représentant les différents types de psychothérapies en fonction du trouble anxieux (87,113).

Type du trouble anxieux	Type de psychothérapie
Trouble anxieux généralisé	Majoritairement TCC
Trouble panique	TCC
Trouble d'anxiété sociale	TCC
Phobie spécifique	Seule la TCC est indiquée (aucun traitement pharmacologique n'y est indiqué)
Trouble Obsessionnel compulsif	TCC
État de Stress Post-Traumatique	Soutien psychosocial et psychothérapie, majoritairement EMDR.

3.5.3. Traitement pharmacologique

Le traitement médicamenteux n'est utilisé que lorsque les troubles présentent un caractère invalidant dans la vie quotidienne du patient. En effet, comme indiqué ci-dessus, c'est la psychothérapie qui constitue le traitement de fond de cette pathologie (12,13,114).

Voici un tableau récapitulatif de la prise en charge pharmacologique de différents types de troubles anxieux :

Tableau 5 : Tableau décrivant la prise en charge pharmacologique des six types de troubles anxieux (87,114–117).

Type du trouble anxieux	Molécules
Trouble anxieux généralisé	Antidépresseur ISRS : Paroxétine, Escitalopram, Duloxétine, Ou antidépresseur IRSNa : Venlafaxine, Anxiolytique : Buspirone, Antiépileptique avec une action anxiolytique : Prégabaline, Ou encore Benzodiazépines (anxiolytique).
Trouble panique	ISRS : Paroxétine Escitalopram, Citalopram, Sertraline,

	<p>Ou IRSNa : Venlafaxine,</p> <p>Antidépresseurs tricycliques : clomipramine, à utiliser en cas d'échec,</p> <p>Benzodiazépines : utilisés dans le cadre de l'attaque de panique.</p>
Trouble d'anxiété sociale	<p>ISRS : Paroxétine, Escitalopram, Sertraline,</p> <p>IRSNa : Venlafaxine,</p> <p>Bêta-bloquant non cardio-sélectif : propranolol, à utiliser dans le cas d'anxiété de performance,</p> <p>Benzodiazépines à utiliser sur de courtes périodes lorsque l'anxiété est invalidante.</p>
Phobie spécifique	<p>Aucun médicament n'a montré ses preuves dans la phobie spécifique.</p> <p>Benzodiazépines à utiliser pendant des périodes courtes si anxiété anticipatoire invalidante.</p>
Trouble Obsessionnel compulsif	<p>ISRS : Fluoxétine, Fluvoxamine, Paroxétine, Sertraline, Escitalopram,</p> <p>Antidépresseur tricyclique : Clomipramine dont une utilisation de doses plus élevées que dans les troubles de l'humeur peut s'avérer nécessaire.</p>
État de Stress Post-Traumatique	<p>ISRS : Paroxétine, Sertraline</p>

Hypnotiques dans le cas de troubles de sommeil invalidants. Le traitement par les hypnotiques ne doit pas excéder 4 semaines dans la majorité des cas.

Ainsi, comme l'indique le Tableau 5, le traitement pharmacologique des troubles anxieux repose principalement sur certains antidépresseurs et les anxiolytiques. Les détails concernant les antidépresseurs figurent dans leur partie respective. Concernant les anxiolytiques, la liste est précisée dans le Tableau 6 ci-dessous (de manière non exhaustive).

Tableau 6 : Tableau représentant les traitements anxiolytiques en fonction de leur classe médicamenteuse (12,87,114,116-129).

Classe médicamenteuse	Molécules (Dénomination Commune Internationale (DCI))
Benzodiazépines à action anxiolytique	Alprazolam, bromazépam, clobazam, clorazépate, clotiazépam, diazépam, loflazépate, lorazépam, oxazépam, prazépam.
Autres anxiolytiques	Buspirone, Hydroxyzine, Étifoxine
Antiépileptique à action anxiolytique	Prégabaline
Autres traitements de l'anxiété	Cyamémazine & Sulpiride
Bêta-bloquant	Propranolol

Les conditions de prescription des anxiolytiques (dont les benzodiazépines) sont soumises aux bonnes pratiques stipulant que l'instauration du traitement s'effectue à la suite d'un diagnostic de troubles anxieux. En effet, une anxiété mineure ou occasionnelle ne devrait justifier un tel traitement. Par ailleurs, celui-ci doit être prescrit à la dose la plus faible efficace. Ainsi, une fois le traitement pharmacologique instauré, l'efficacité est évaluée à deux semaines de traitement. De plus, la durée de la prescription ne devrait pas dépasser 12 semaines, période de sevrage incluse.

L'arrêt du traitement, quant à lui, ne devrait pas être brutal, mais progressif et devrait être défini lors de l'instauration du traitement avec le patient. En effet, l'information du patient est nécessaire. La diminution progressive de la posologie avant l'arrêt du traitement est proportionnelle à la durée du traitement. Ainsi, plus la durée du traitement est longue et plus la période d'escalade dégressive de posologie avant l'arrêt définitif du traitement sera longue (130).

En outre, le traitement pharmacologique des troubles anxieux s'accompagne d'une conversation avec le patient lors de l'instauration de celui-ci, afin d'expliquer le caractère temporaire du traitement, mais également afin de rendre le patient acteur dans la prise en charge. En effet, le traitement par anxiolytique n'est pas compatible avec une prise de psychotropes comme de l'alcool ou du cannabis. La consommation de l'alcool lors du traitement par anxiolytiques peut provoquer des accidents, des troubles de mémoire ou des troubles du comportement. De plus, les anxiolytiques exposent au risque de somnolence ce qui peut être dangereux lors de l'utilisation de machines ou pour les conducteurs de voitures (114,130).

3.5.4. Traitements complémentaires

3.5.4.1. Phytothérapie

La phytothérapie peut être utilisée chez les patients ne souhaitant pas recourir aux médicaments pharmacologiques et chez qui les troubles anxieux sont passagers et n'entraînent pas d'incapacité dans la vie quotidienne. Il s'agit donc d'un traitement pour des troubles anxieux d'intensité légère ou du stress passager. Elle peut également faire suite à un traitement pharmacologique (84,131,132).

Pour cela, quelques plantes suivantes sont connues pour avoir des propriétés calmantes :

- La Passiflore, ou *Passiflora incarnata*, utilisée chez un patient présentant de l'anxiété, mais également lors du sevrage par les benzodiazépines. En effet, cette plante est anxiolytique, sédative, antispasmodique et antidépressive. Son action passe entre autres par le système gabaergique, opioïde et par liaison aux récepteurs des benzodiazépines (84,131,132).
- La Mélisse, ou *Melissa officinalis*, possède une propriété sédative et antispasmodique pouvant être mise à profit dans l'anxiété comme dans le

syndrome dépressif. Le mécanisme d'action responsable de ses effets n'a pas été élucidé (84,131,132).

- La Valériane, ou *Valeriana officinalis* : il s'agit d'une plante dont une faible dose (100mg) sera indiquée comme anxiolytique ou antidépresseur et une dose plus importante (400mg) aura une action hypnotique. La valériane peut donc être utilisée chez des patients présentant un stress avec des troubles de sommeil. Son mécanisme d'action passerait par une liaison aux récepteurs des benzodiazépines avec, en plus, une inhibition de la GABA-transaminase, soit une enzyme responsable de la dégradation de GABA. Cela facilite l'action du neurotransmetteur GABA. L'effet de la valériane apparaît au bout de deux à quatre semaines (84,131,132).

3.5.4.2. Exercices de relaxation

Afin de diminuer l'anxiété, le patient peut recourir à une pratique de différentes activités relaxantes, comme le yoga, de la sophrologie, la méditation, du tai-chi, un apprentissage de la respiration, etc. (106).

4. Art

4.1. Généralités

L'« art » provient du latin « *ars* », signifiant « habileté », « savoir-faire ». En effet, la définition du Trésor de la Langue Française informatisé prévoit qu'il s'agit d'un « ensemble de moyens, de procédés conscients par lesquels l'homme tend à une certaine fin, cherche à atteindre un certain résultat ». Elle nous indique que la notion d'art s'oppose à la nature, qui est « conçue comme puissance produisant sans réflexion » et à la science « conçue comme pure connaissance indépendante des applications » (133).

Par ailleurs, nous pouvons citer les définitions de l'art de quelques philosophes et d'un écrivain :

- Selon Aristote « L'art (*techne*) est une certaine disposition accompagnée de règle vraie, capable de produire » ;
- Selon Kant « L'art se distingue de la nature comme faire d'agir ou effectuer en général et le produit ou la conséquence du premier, l'ouvrage se distingue de même des effets de la seconde. L'art, habileté de l'homme, se distingue aussi de la science (comme pouvoir de savoir) » ;
- Selon Nietzsche : « L'essentiel dans l'art, c'est qu'il parachève l'existence, c'est qu'il est générateur de perfection et de plénitude. L'art est par essence affirmation, bénédiction, divinisation de l'existence » ;
- Selon André Gide : « L'œuvre d'art est une exagération. » (134,135).

Cependant la définition de l'art est évolutive, ayant connu une transformation au cours de l'histoire et ne pouvant être établie avec précision (136).

4.2. Classification des arts

Une classification des arts a été proposée par Georg Wilhelm Friedrich Hegel au XIX^{ème} siècle dans son œuvre, « l'Esthétique ». Celle-ci a connu une évolution pour arriver à 10 arts suivants :

- 1^{er} art : l'architecture
- 2^{ème} art : la sculpture,

- 3^{ème} art : les arts visuels : la peinture et le dessin,
- 4^{ème} art : la musique,
- 5^{ème} art : la littérature et la poésie,
- 6^{ème} art : les arts de la scène tels que le théâtre, la danse, le cirque, le mime,
- 7^{ème} art : le cinéma,
- 8^{ème} art : les arts médiatiques tels que la télévision ou la radio,
- 9^{ème} art : la bande dessinée,
- 10^{ème} art : les jeux vidéo (137–139).

4.3. Art-thérapie

4.3.1. Apparition de l'art-thérapie

L'art-thérapie possède des origines lointaines, car l'Homme a observé l'utilité de l'art il y a des milliers d'années. En effet, les bénéfices psychologiques de l'art étaient reconnus déjà durant l'Antiquité avec la musique et le théâtre utilisés en Grèce Antique pour les bienfaits qu'ils procuraient. S'il y a bien un pionnier à citer, c'est Freud, en 1896, en évoquant la psychanalyse et en s'intéressant à l'inconscient. Il aimait l'art et en possède une grande collection (140,141).

En outre, certains psychiatres ont pu observer que l'art apportait aux patients de l'occupation et de la distraction. D'autres psychiatres ont aperçu les bienfaits de la peinture, sculpture ou production d'image en tant qu'un moyen supplémentaire de communication, en plus du langage verbal. De plus, cela représenterait un moyen de soulagement des maux chez les patients souffrant de troubles psychologiques. En effet, certains psychiatres utilisaient l'art, puis observaient et analysaient les productions afin d'apprendre davantage sur le patient, son histoire, ses souffrances et pour accompagner le patient dans la guérison (140,142,143).

Un des exemples de cette ouverture d'esprit sur l'art dans le domaine de la psychiatrie que nous pouvons citer est la Maison de Santé Saint-Paul-de-Mausole, à Saint-Rémy-de-Provence. En effet, elle s'était montrée ouverte à l'idée de l'art en permettant à Vincent Van Gogh, le fameux peintre, de s'exercer artistiquement et ainsi de construire des tableaux célèbres, tel que « La nuit étoilée » (Figure 5) durant son séjour dans cette clinique pendant 53 semaines, du 16 mai 1889 au 16 mai 1890. C'est d'ailleurs le côté émotionnel, avec les couleurs et les formes

représentant ce qu'il ressentait, qui a séduit le public dans la création de ce peintre néerlandais. En effet, concernant le tableau « La nuit étoilée », il a précisé dans la lettre à sa sœur Willemien van Gogh « *Lorsque tu y feras attention tu verras que de certaines étoiles sont citronnées, d'autres ont des feux roses, verts, bleus myosotys. Et sans insister davantage il est évident que pour peindre un ciel étoilé il ne suffise point du tout de mettre des points blancs sur du noir bleu.* ». De surcroît, la clinique s'était montrée ouverte non pas seulement à la création en elle-même, mais également à la mise à disposition de deux autres chambres à Vincent van Gogh, afin qu'il puisse en faire un atelier et un lieu de stockage pour ces œuvres d'art. Cette clinique continue d'avoir une renommée pour sa prise en charge incluant de l'art-thérapie (140,142–148).



Figure 5 : Image représentant le tableau de Vincent van Gogh, intitulé "La nuit étoilée", créé en juin 1889 avec, pour inspiration, la vue depuis la fenêtre de sa chambre à la Maison de Santé Saint-Paul-de-Mausole, à Saint-Rémy-de-Provence (145).

Un intérêt apparaît également pour l'art et aux créations de personnes rencontrant des troubles mentaux, car en 1900 a été organisée une première exposition des œuvres d'art de personnes souffrant d'une pathologie à Bethlem Royal Hospital, à Londres. Un événement similaire a eu lieu quelques années plus tard à Paris (1905), organisé par Docteur Auguste Marie. En Suisse, c'est un psychiatre Walter Morgentaler qui est connu pour ses travaux dont l'inspiration est puisée d'Adolf Wölfli, souffrant de schizophrénie. En effet, il a publié un livre « Un malade mental en tant qu'artiste » en 1921, une monographie d'ouvrages d'A. Wölfli en 1922 et a aménagé le Musée psychiatrique de Berne à la clinique de la Waldau (140,143,149,150).

Par la suite, un peintre et sculpteur français, Jean Dubuffet créa le mouvement d'« art brut » en 1945 à partir des œuvres d'arts de personnes ne possédant pas de formation artistique avec entre autres les patients des hôpitaux psychiatriques. Dans ce cadre il fonda en 1947 un Foyer puis une Compagnie de l'art brut, et organisa une exposition. Cette première exposition en art brut, s'intitulant « *L'Art brut préféré aux arts culturels* » a eu lieu en 1949 à la galerie Drouin à Paris. De nombreux artistes ont adhéré à ce mouvement, reconnaissant la thérapie que l'art peut procurer (140,143,149,150).

Ainsi, comme précisé ci-dessus, l'art a pris une nouvelle tournure avec le XX^{ème} siècle, en s'intéressant plutôt à une perception subjective de l'extérieur et de l'environnement, au rêve, à l'inconscient, tout en mettant de côté la représentation réaliste et objective du monde. Il s'agit également d'une période où les artistes s'inspiraient des maladies mentales pour créer, tout comme les psychiatres s'intéressaient à l'art de ceux qui souffrent de différents maux. Cependant, il est important de souligner que le but d'un artiste et d'un patient ne sont pas les mêmes. En effet, même si les deux prennent l'inspiration dans leurs émotions, le patient souhaite, au travers de l'art, exprimer ses maux et les dépasser, alors que l'artiste crée en se basant sur ses connaissances techniques et y applique une logique, afin de construire son œuvre. Ainsi, l'objectif principal d'un artiste n'est pas de dépasser ses maux et celui d'un patient n'est pas de parfaire sa technique et de créer avec une logique que l'artiste possède. Néanmoins, bien que ces composantes ne soient pas principales, elles sont tout de mêmes présentes (151).

L'art-thérapie a pris donc petit à petit naissance en rencontrant de nouveau ce qui a été connu et exploité au cours de l'histoire. En effet, c'est en 1945 que le terme d'« art-thérapie » est utilisé pour la première fois par Adrian Hill dans le cadre de son soin dans un sanatorium, puisqu'il a été touché par la tuberculose. Lors de son séjour A. Hill dessinait les objets qui l'entouraient, expérience qu'il a décidé de raconter au travers de son livre « *L'Art contre la maladie. Une histoire d'art-thérapie* ». Il a ainsi été soutenu par divers hôpitaux, la Croix-Rouge et le ministère de la Santé britannique. Cela avait été suivi de plusieurs expositions d'œuvres de personnes à troubles psychologiques et d'une réelle utilisation de l'art-thérapie, d'abord aux Etats-Unis au milieu du XX^{ème} siècle. L'art-thérapie a pris place également en France avec une utilisation de l'art à but thérapeutique dans les hôpitaux (143,152).

En effet, l'art-thérapie est une pratique qui se démocratise, puisque plus de 92% des structures d'accueil en France « déclarent que l'art-thérapie ou l'une de ses spécialités est intégrée à l'équipe de soin » (153,154).

L'OMS s'est également intéressé au lien entre l'art et la santé. C'est dans ce cadre qu'il a publié un rapport, basé sur l'analyse des centaines d'articles, montrant que l'art exercerait une influence positive sur la santé mentale et physique. Il révèle entre autres que dans les situations d'urgence, la musique, l'artisanat et les clowns auraient des effets bénéfiques sur l'anxiété. En plus, le rapport met en avant le fait que « les interventions artistiques peuvent combiner plusieurs facteurs de promotion de santé à la fois (l'activité sportive et le soutien en matière de santé mentale), elles ont un faible taux de conséquences négatives et qu'elles permettent de toucher les populations minoritaires, car ces interventions peuvent être adaptées à différentes cultures ». Ainsi, de nombreux pays prennent en considération la mise en place des prescriptions de l'activité artistique par le médecin (155).

4.3.2. Généralités sur l'art-thérapie

L'art-thérapie étant une pratique dont l'intérêt est grandissant depuis le milieu du XXème siècle et d'autant plus depuis 1980, il est nécessaire de préciser sa définition (156).

D'après la définition du Syndicat Français des Art-Thérapeutes (SFAT) « Les arts-thérapies constituent une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique ». En effet, comme le nom l'indique, l'art-thérapie est constituée de deux mots que sont « art » et « thérapie » :

- Art : du latin « *ars* » signifiant « faire avec », pour faire référence à l'art-thérapie où le patient avec l'art-thérapeute « font avec » la souffrance, la violence. L'objet créé, soit la production permettrait *in fine* au patient de faire le lien entre le conscient et l'inconscient, entre ce qui se passe en lui et l'extérieur.
- Thérapie : dans le cadre de l'art-thérapie, la thérapie vise à accompagner le patient dans une amélioration de son état être au travers de la création, qui comme indiqué ci-dessous est un élément sur lequel le patient fait le transfert (16–20).

Le but de l'art-thérapie est donc d'utiliser une pratique artistique dans le cadre d'une thérapie. Ainsi, cette pratique vise à accompagner le patient rencontrant une difficulté ou une pathologie au travers de la création artistique lui permettant ainsi de se sentir mieux et de se recréer (16–20).

Dans le cadre de l'art-thérapie, le patient pourra se projeter dans sa propre œuvre et effectuer un travail sur soi-même lors de son travail sur sa création. L'art-thérapie permet également l'accompagnement de l'expression de la souffrance au travers des créations ou de la parole et ainsi de les externaliser, les mettre à distance. En plus d'une stimulation créative, l'art-thérapie participe à l'amélioration de la communication, elle aide le patient à devenir plus autonome, plus acteur de sa vie avec une nouvelle vision du monde. De plus, il s'agit d'une activité agréable et plaisante ce qui serait signe de son caractère thérapeutique, puisque comme l'a précisé Freud « le plaisir est thérapeutique ». En outre, l'art permet d'élargir les horizons, d'apporter une ouverture d'esprit nouvelle et donc de comprendre certains éléments bloquants dans un conflit existentiel (16–20).

L'art-thérapie ne se limite pas à un ou plusieurs arts en particulier. Tous les arts peuvent s'y prêter (chant, danse, musique, arts plastiques comme le dessin, la peinture, la sculpture, voire la cuisine ou le jardinage...) (157–159).

De plus, il n'existe pas seulement une seule méthode d'exercer de l'art-thérapie. En effet, outre les différentes tendances utilisées dans l'art-thérapie (freudienne, jungienne, phénoménologiste...), l'art-thérapie pratiquée en France peut l'être selon deux courants, « L'art comme thérapie » et « La psychothérapie par l'art » (160).

L'art comme thérapie est un courant pratiqué la plupart du temps par des artistes qui se sont intéressés et formés à la psychologie. Dans ce cadre, le patient peut contempler l'œuvre ou créer dans le but de diminuer les maux et de les guérir, mais également d'augmenter sa confiance en soi. En effet, lorsque le patient admire l'œuvre, cette dernière peut le ramener intérieurement aux expériences passées et ainsi l'aider à changer de vision, de perception de ces événements et ainsi de modifier son comportement futur. Lorsqu'il s'agit de la création, cette dernière apporte un bien-être au patient et participe à la guérison, surtout lorsque le patient aura des difficultés à exprimer sa souffrance (après avoir subi de violences sexuelles par exemple). Bien que ce soit l'art-thérapeute qui fournisse les différentes œuvres et le matériel nécessaires, c'est le patient qui fait le choix de sa propre création qui apportera un point de communication

supplémentaire à un échange verbal. De plus, afin de symboliser l'acceptation du patient et de son passé, et d'améliorer sa confiance en soi, et de s'épanouir et de se sociabiliser, les œuvres peuvent être proposées aux expositions. Il est important de préciser que l'art par thérapie est tout à fait complémentaire à une psychothérapie avec un professionnel dédié (161).

La psychothérapie par l'art quant à elle utilise l'art comme un moyen de « verbalisation » du mal-être ou de l'élément perturbateur ou d'« accès aux processus psychiques du client ». En effet, la parole est davantage présente dans ce courant d'art-thérapie, avec l'art comme l'élément initiateur pour une prise de parole ultérieure permettant au patient de dévoiler plus facilement les origines du problème. L'art permet également de faciliter l'accès à l'inconscient pour rendre conscients certains éléments, d'externaliser les émotions négatives et de modifier l'approche psychologique. En effet, la psychothérapie par l'art, comme son nom l'indique se concentre davantage sur le mal-être que vit le patient sur la base des acquis de l'art-thérapeute dans le domaine de la psychopathologie, dans le but de diminuer les symptômes rencontrés.

La création artistique pourra être guidée afin que le patient « reste en contact avec l'émotion » et que les solutions innovantes puissent être envisagées, comme une transformation symbolique de la situation difficile au travers de l'art, afin que cette modification puisse présager le changement dans la vie du patient (p.ex. dessiner un moyen de surmonter un mur, qui est lui-même la représentation d'un obstacle rencontré dans la vie) (162).

Le choix de la modalité d'exercer de l'art-thérapie se porte en fonction du besoin du patient. Il est souvent nuancé entre les deux courants décrits ci-dessus. Comme toute thérapie, l'art-thérapie est concentrée sur la problématique du patient pour adapter la thérapie en retour afin de porter le choix sur les modalités et les axes de travail. Par exemple, une personne en dépression pourra travailler avec l'art-thérapie sur la négativité et son apathie (163,164).

En outre, les intentions en art et en art-thérapie sont différentes, donc afin d'apporter une approche thérapeutique à la création artistique, les séances d'art-thérapie s'effectuent avec un professionnel ayant les connaissances dans le domaine artistique et psychothérapeutique, et ayant effectué une formation d'art-thérapeute (163,165).

4.3.3. Art-thérapeute – Formation et Déontologie

Pour devenir un art-thérapeute, il existe des formations proposées par des universités, comme des diplômes universitaires en art-thérapie, des Masters Création Artistique, ou encore des instituts privés délivrant des Certificats Professionnels. Ces différentes structures disposent des programmes qui suivent les recommandations des associations professionnelles du domaine d'art-thérapie. En effet, ces associations fixent des normes pour encadrer ces formations, tout comme la pratique de l'art-thérapeute par la suite. Parmi les associations, il y a la Fédération Française des Art-Thérapeutes (FFAT), ou encore l'Association Française de Recherches et d'Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie Et Médecine (AFRATAPEM) (166–169).

Ces formations s'adressent aux candidats ayant des compétences relevant de l'art (connaissances théoriques, maîtrise de l'histoire de l'art, maîtrise de la pratique de son art, présentation de ses œuvres) et de la psychologie (psychologie du développement, psychopathologie, tout comme une connaissance de soi pour ne pas extrapoler ses propres problèmes non résolus sur les patients futurs). A ces compétences s'ajoutent ensuite les connaissances et compétences en art-thérapie acquises durant la formation, grâce à des cours théoriques (la psychopathologie, la médecine, les normes de pratique, l'éthique...) et pratiques (stages). A la suite de cette formation initiale, un art-thérapeute débutant doit être soutenu par un autre professionnel d'art-thérapie ayant déjà de l'expérience. Par la suite, le maintien des connaissances et compétences (théoriques et pratiques) s'impose, afin de proposer une thérapie qualitative tout au long de la pratique. Ce maintien peut être effectué grâce à la formation continue, une curiosité personnelle pour des informations nouvelles, et une pratique régulière (166–169).

La confidentialité et l'éthique sont des éléments inhérents à cette pratique et concernent les éléments évoqués lors des échanges tout comme les œuvres d'arts créés. En effet, les productions artistiques sont la propriété du patient et sont couvertes par la propriété intellectuelle. Ainsi, le patient et le professionnel se mettent d'accord sur l'endroit où seront conservés les œuvres. Lorsqu'une exposition a lieu, il est nécessaire d'avoir un consentement écrit de la part du patient. En amont de l'exposition, le professionnel apporte au patient des explications quant aux réactions des proches, spectateurs, ou même des émotions du patient lorsque l'œuvre sera dévoilée en public (170,171).

Ces éléments sont présents dans le code de déontologie des art-thérapeutes de la FFAT, avec également les notions de respect du patient, de compétence, de qualité de soins, de collaborations avec les professionnels d'autres domaines etc. (170,171).

Il est important de souligner que le métier de l'art-thérapeute n'est pas encore reconnu par l'État (167).

Cependant, bien que la pratique d'art-thérapie ne soit pas soumise à un cadre légal, les associations, tout comme les structures d'enseignement permettent une formation initiale et continue nécessaires. Ainsi, sachant qu'il n'y a pas d'ordre professionnel pour les art-thérapeutes, les patients doivent être vigilants lors du choix de l'art-thérapeute, afin que celui-ci ait reçu une formation suffisante et qu'il respecte la confidentialité et l'éthique. De plus, le patient peut choisir le professionnel en fonction de l'art-thérapie qui lui convient le plus (172).

4.3.4. A qui s'adresse l'art-thérapie ?

L'art-thérapie s'adresse aux personnes de tout âge, rencontrant diverses problématiques que l'art-thérapie pourrait aider à résoudre. Elle peut correspondre à toute personne, car tout le monde possède en soi une « puissance créatrice », et l'art-thérapie ne demande pas de pratique préalable, de connaissances techniques ou de talent dans un art donné (19,159,173).

4.4. Impact des activités artistiques sur l'anxiété et la dépression – Rapport OMS

Nous pouvons observer l'impact de l'activité artistique sur l'anxiété et la dépression au travers d'un rapport de l'OMS, datant de 2019, intitulé « What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? ». Ce rapport basé sur plus de 900 publications explore les données lorsque l'art a été pratiqué de manière quotidienne ou avec un thérapeute qualifié. Ainsi, nous nous sommes intéressés aux données de ce rapport concernant les maladies mentales, et plus particulièrement les troubles anxieux et/ou dépressifs dans le cadre de la prévention, mais aussi de la gestion et du traitement. Pour ces deux cas de figure, le rapport indique un impact positif de l'art (174).

En effet, concernant la prévention, l'activité artistique participerait à la diminution du risque du développement de l'anxiété ou de la dépression, et cela à l'adolescence ou à un âge plus avancé.

La prévention des maladies mentales par le biais de l'art passerait par une augmentation de la confiance, de l'estime de soi ou l'acceptation de soi apportant une action protectrice. Économiquement, l'activité artistique représenterait un avantage, puisqu'il s'avère que chaque dollar apporté aux programmes de cirque social rapporterait 7 dollars. En effet, ces interventions permettraient de diminuer des coûts de traitement de ces troubles (174).

Cette activité artistique aurait également un effet bénéfique sur la gestion et le traitement des troubles anxieux et dépressifs légers à modérés, mais également sévères. Dans le premier cas, les études ont montré un impact positif pour des enfants, adolescents, adultes et pour des personnes âgées pour la pratique des arts divers (tels que la musicothérapie ou la danse pour les enfants et les adolescents et le chant choral, l'écriture expressive ou encore le tambourinage en groupe pour les adultes). Ainsi, une explication potentielle du reflet des bénéfices de l'art dans les troubles mentaux légers à modérés a été proposée au travers des éléments dans la Figure 6 ci-dessous (174).

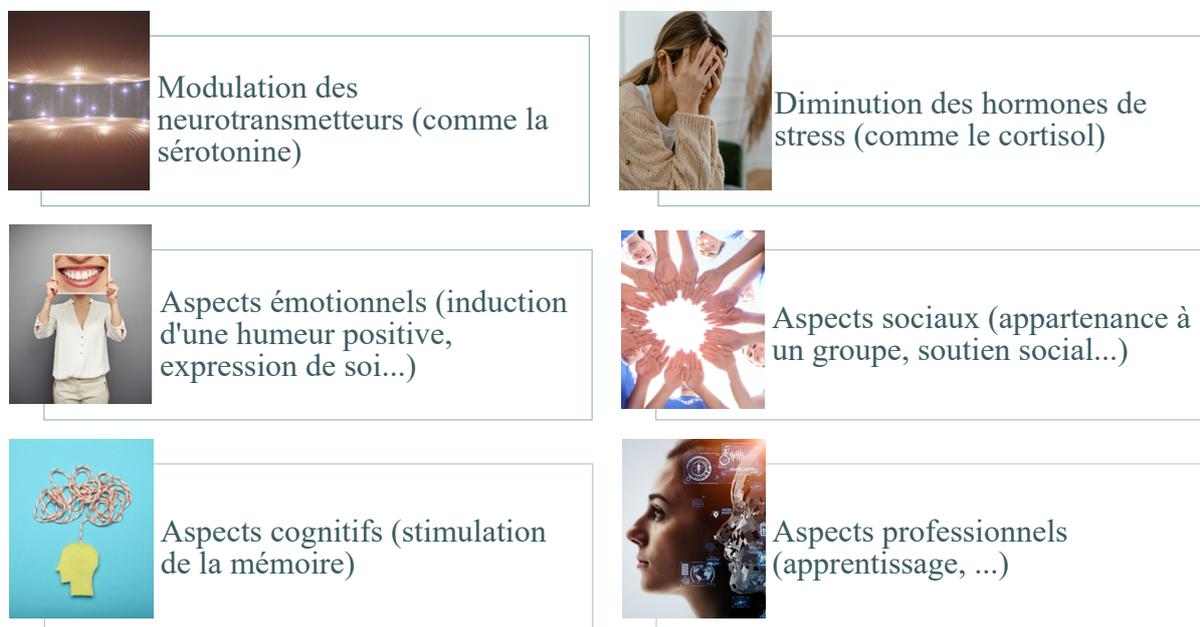


Figure 6 : Figure représentant le reflet de l'art permettant son impact positif dans les troubles légers à modérés (174).

Dans le cas des troubles sévères, l'art serait « un soutien supplémentaire » à une prise en charge psychologique et pharmacologique classique. Cela a été décrit particulièrement pour une pratique de l'art dans le cadre de l'art-thérapie et musicothérapie. Pour les troubles dépressifs sévères, cela a été observé également lors de la thérapie à l'argile (174).

Par ailleurs, l'art aurait montré des résultats prometteurs dans l'ESPT, et cela dans quelques différentes populations ayant subi un événement traumatisant ou un abus :

- Chez les enfants, où l'art a également montré un effet positif sur la dépression,
- Chez les adultes où l'art avait un effet bénéfique sur l'anxiété et la réduction, entre autres, des reviviscences ou des comportements d'évitement qui, comme nous avons pu l'observer, sont présents chez les personnes souffrant de l'ESPT,
- Chez les personnes réfugiées ou demandeuses d'asile où en plus de la réduction du stress post-traumatique, l'art a permis une diminution de l'anxiété et la dépression (174).

De quelle manière l'art a pu montrer l'effet positif dans l'ESPT ? A travers du Tableau 7 ci-dessous nous répondons à cette question par deux exemples issus du rapport de l'OMS (174).

Tableau 7 : Tableau représentant deux exemples d'arts impliqués dans les études analysées dans le rapport de l'OMS, ainsi que l'explication de l'effet bénéfique de ces arts sur l'ESPT (174).

Art pratiqué dans l'étude	De quelle manière les symptômes de l'ESPT est diminué ?
Exemple 1 : Musique (étude chez les adultes)	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'anxiété et les symptômes dépressifs, - Augmentation du plaisir, - Aide dans la régulation des émotions, - Favorisation de la création de communautés et des réseaux de soutien, → Favorisation de la résilience, diminution de la stigmatisation, ...
Exemple 2 : Danse	<ul style="list-style-type: none"> - Neutralisation des tensions musculaires engendrées par le stress et augmentation du mouvement, - Diminution du stress ressenti, → Rétablissement d'une relation saine avec le corps.

En outre, le rapport révèle également la lecture de livres et le visionnage de films seraient des facteurs protecteurs des idées suicidaires (174).

Enfin, le rapport encourage « le développement de politiques ou de stratégies à long terme qui permettront une collaboration plus synergique entre les secteurs de la santé et des arts qui pourraient permettre d'exploiter le potentiel des arts pour améliorer la santé mondiale. ». En effet, il n'y a que certains pays qui montrent des progrès dans le développement des politiques incluant l'art dans le soutien de la santé (174).

5. Questionnaire

5.1. Matériel et Méthodes

Nous avons souhaité évaluer l'effet de l'art dans les troubles anxieux et dépressifs par le biais d'un questionnaire anonyme qualitatif et rétroactif. Il s'agit d'une évaluation visant la population générale, donc le questionnaire a été distribué par le biais des réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn, Instagram ; la distribution a été effectuée sous forme d'une publication sur le profil, des partages et des publications sur les groupes Facebook d'art-thérapie) et des art-thérapeutes qui ont pu le transmettre à leurs patients. Le style de l'écriture du questionnaire a été réfléchi, afin qu'il puisse être simple, concis et compréhensible par toute personne (nous parlons par exemple de la dépression et de l'anxiété pour englober l'EDC et les différents troubles anxieux).

L'objectif principal de ce questionnaire est d'évaluer l'effet (positif ou négatif) de l'art sur les symptômes des troubles anxieux ou dépressifs. De plus, nous avons établi trois objectifs secondaires :

- Observer si l'avis subjectif de chaque personne sur ses symptômes et l'effet de l'art est cohérent avec des réponses plus objectives ;
- Évaluer le délai qui permet d'observer une diminution potentielle de symptômes de troubles anxieux et/ou dépressifs ;
- Observer la pertinence des critères d'exclusion.

Pour répondre à ces objectifs, le questionnaire était ouvert à toute personne (de tout âge, de tout sexe, sans prise en compte des antécédants médicaux).

Nous souhaitons y analyser les résultats de personnes ayant souffert ou souffrant des troubles anxieux et/ou dépressifs et ayant pratiqué ou pratiquant de l'art, et cela sous toutes ses formes.

Ainsi, deux critères d'exclusion ont été définis :

- Ne pas avoir souffert/souffrir de troubles anxieux et/ou dépressifs,
- Ou ne jamais avoir pratiqué de l'art ou ne pas en pratiquer.

Afin que les personnes répondant au questionnaire comprennent directement le sujet de celui-ci, il a été associé à un document descriptif (Annexe 1) lorsqu'il était envoyé aux art-thérapeutes. En effet, celui-ci a été demandé par l'un des art-thérapeutes avec lequel nous étions

entrés en relation, afin qu'il puisse servir de support pour pouvoir expliquer le but du questionnaire au patient. Sans intermédiaires de communication sur les réseaux sociaux, nous n'avons pas supplémenté le questionnaire de ce document lors de la publication, afin de ne pas surcharger le post publié.

Le questionnaire est constitué d'un ensemble de 25 questions à réponses uniques ou multiples (représenté dans l'Annexe 2). En effet, nous souhaitons proposer un questionnaire de taille raisonnable, mais avec suffisamment de questions pertinentes pour obtenir des résultats pouvant répondre aux objectifs définis. Ainsi, les questions se suivent naturellement en entrant progressivement dans le détail de la symptomatologie. Pour cela, le questionnaire est constitué de 3 parties suivantes :

- Partie 1 : Les questions générales - Questions 1-2 :

Le but des deux questions générales est de comprendre la population qui a répondu au questionnaire en termes de sexe et de l'âge. Il est effectivement essentiel de bien connaître la population dans un premier temps, afin de tirer des conclusions pertinentes de ce questionnaire en lien avec l'épidémiologie des pathologies étudiées.

Dans cette partie, nous allons analyser les réponses de toutes les personnes incluses dans l'analyse du questionnaire.

- Partie 2 : Les questions permettant de recueillir les réponses subjectives concernant les troubles anxieux et/ou dépressifs, la prise en charge du patient, la pratique de l'art et l'effet potentiel de l'art – Questions 3 – 11 :

Cette série de questions (au nombre de neuf) permet de savoir si les personnes pensent souffrir des troubles anxieux et/ou dépressifs, la durée de leurs troubles, leur ressenti subjectif quant à l'effet potentiel de l'art sur leurs symptômes et le délai qui a permis d'observer cet effet, la personne qui leur a conseillé de pratiquer de l'art, l'art ou les arts pratiqués, le cadre de cette pratique, la prise en charge en amont de la pratique de l'art et à la suite de celle-ci. Ainsi, ces questions permettent d'avoir des informations plus poussées concernant l'art et sa pratique, mais aussi de connaître la symptomatologie, le ressenti subjectif et la prise en charge avant et après la pratique.

Pour cette partie, les résultats seront analysés de manière séparée pour les personnes ayant pratiqué de l'art avec un art-thérapeute et sans art-thérapeute.

- Partie 3 : Les questions permettant d'évaluer l'effet de l'art dans les troubles anxieux et/ou dépressifs de manière plus objective - Questions 12 – 25 :

Pour cette partie, les questions (au nombre de 14) ont été construites à l'aide de l'Échelle HAD (Annexe 3), soit Hospital Anxiety and Depression Scale. Il s'agit d'un « instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Cette échelle comporte 14 items cotés de 0 à 3 » (175). Ainsi, sept questions de notre questionnaire se rapportent aux troubles anxieux (12,14,16,18,20,22,24) « et sept autres à la dimension dépressive » (175) (13,15,17,19,21,23,25). Grâce à cette distinction et la cotation, nous pouvons obtenir les scores distincts pour les deux troubles (« la note maximale de chaque score = 21 » (175)). De plus, nous avons décliné chaque question en une partie avant la pratique de l'art et après la pratique de l'art, afin que, pour chaque question, la personne puisse répondre sur la manière dont elle se sentait avant la pratique de l'art et à la suite de celle-ci. Cela nous permet d'obtenir quatre scores :

- Pour les troubles anxieux :
 - Un score avant la pratique de l'art,
 - Un score après la pratique de l'art.
- Pour les troubles dépressifs :
 - Un score avant la pratique de l'art,
 - Un score après la pratique de l'art.

Dans cette partie, bien que les réponses soient subjectives et faisant référence au passé, nous espérons un résultat plus objectif, puisque la Partie 3 est basée sur l'échelle de diagnostic, donc bien que le patient réponde subjectivement à chacune des réponses, il ne connaît pas le score final qui en découle et donc ne s'attribue pas lui-même souffrir ou non d'une pathologie.

En effet, les scores finaux sont associés à une interprétation. « Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores [...]:

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine. » (175)

C'est donc l'interprétation de cette troisième partie qui nous permettra d'atteindre l'objectif principal de ce questionnaire grâce à la comparaison de scores (décrits ci-dessus) pour l'ensemble des personnes incluses dans l'analyse du questionnaire. L'un des objectifs secondaires « Observer si l'avis subjectif de chaque personne sur ses symptômes et leur amélioration est cohérent avec des réponses plus objectives » sera répondu par comparaison des réponses de la Partie 3 à celles de la Partie 2. Le deuxième objectif secondaire « Évaluer le délai qui permet d'observer une diminution de symptômes de l'anxiété et/ou de la dépression » pourra être analysé grâce à la question « 9. Si l'art permet de diminuer les symptômes d'anxiété et/ou de dépression, au bout de combien de temps avec-vous observé une amélioration ? ».

L'analyse des informations recueillies et la réponse aux objectifs définis sera effectuée grâce aux réponses apportées par toutes les personnes incluses. En effet, afin de pouvoir appliquer les critères d'exclusion, nous utilisons :

- La question quatre dans la Partie 2 du questionnaire : « Aviez-vous des symptômes anxieux ou dépressifs avant la rencontre avec l'art ou les avez-vous encore ? ». La réponse « Non, je ne les ai jamais eus » à cette question, ou la non-réponse, entraîne une exclusion des réponses de l'analyse principale,
- Les scores obtenus dans la Partie 3. En effet, lorsque les scores montrent que la personne n'a souffert ni de troubles anxieux, ni dépressifs, nous considérons qu'elle ne répond pas aux critères d'inclusion.
- Les réponses relatives à l'art dans la Partie 2. Nous considérons que lorsqu'une personne ne répond à aucune question relative à l'art, elle ne l'a potentiellement pas pratiqué, et donc ne peut pas être incluse dans notre analyse.

Par ailleurs, nous serons contraints d'exclure de notre analyse toutes les personnes qui n'ont pas répondu à une ou plusieurs questions entravant l'analyse principale.

Pour les Parties 2 et 3 les résultats seront analysés de manière séparée pour deux sous-groupes :

- Les personnes ayant pratiqué de l'art avec un art-thérapeute (que nous nommerons « AAA »),
- Et sans art-thérapeute (que nous nommerons « ASA »).

Cela nous permettra effectivement de comparer aisément les informations obtenues dans les deux parties (Partie 2 et 3 du questionnaire) pour les deux sous-groupes séparément. En effet,

il existe une approche thérapeutique dans le cadre de l'art-thérapie qui est absente dans la pratique de l'art sans le professionnel dédié.

5.2. Résultats

Le questionnaire a été complété par 70 personnes. Cependant, certaines personnes ne peuvent être incluses dans l'analyse :

- Quatre personnes (5,7%) qui déclarent dans la question quatre ne jamais avoir eu de symptômes anxieux et/ou dépressifs avant la rencontre avec l'art et ne pas en avoir,
- Une (1,4%) personne qui n'a pas répondu à la question quatre,
- Une personne (1,4%) qui dans la partie 3 obtient les scores suggérant qu'elle n'a souffert avant la pratique de l'art ni de l'anxiété, ni de la dépression.
- Trois personnes (4,3%) qui n'ont pas répondu à plusieurs réponses dans la Partie 3, entravant l'interprétation des scores obtenus.

Ainsi 61 réponses (87,1%) seront traitées, dont :

- 47 réponses (environ 77% des réponses incluses) dans le sous-groupe ASA,
- 14 réponses (environ 23% de réponses incluses) dans le sous-groupe AAA.

Parmi les personnes incluses dans l'analyse principale, le taux de réponses a été calculé pour le groupe AAA (Tableau 8) et ASA (Tableau 9). Il s'agit d'un taux de réponses pour toutes les questions.

Tableau 8 : Tableau représentant le nombre de réponses apportées, théoriques et le taux de réponses dans le sous-groupe AAA.

Nombre de réponses sous-groupe AAA	
Réponses apportées	543
Réponses théoriques	546
Taux de réponses	99%

Tableau 9 : Tableau représentant le nombre de réponses apportées, théoriques et le taux de réponses dans le sous-groupe ASA.

Nombre de réponses sous-groupe ASA	
Réponses apportées	1799
Réponses théoriques	1833
Taux de réponses (en %)	98%

Dans le Tableau 10 et le Tableau 11 nous avons représenté les réponses pour la Partie 1 et 2, et cela, respectivement, pour toutes les personnes incluses et en fonction du sous-groupe (ASA ou AAA).

Tableau 10 : Tableau représentant les réponses aux questions de la Partie 1 du questionnaire. Réponses de 61 personnes (N).

Question	Nombre Réponses		Pourcentage
Partie 1			
Réponses pour l'ensemble des 61 personnes (N)			
1. Je suis	-une femme	55	90,16%
	-un homme	6	9,84%
2. Mon âge est	< 25 ans	12	19,67%
	25 – 35 ans	18	29,51%
	36 – 45 ans	11	18,03%
	46 – 55 ans	14	22,95%
	56 – 65 ans	6	9,84%
	> 66 ans	0	0,00%

Tableau 11 : Tableau représentant les réponses apportées dans la Partie 2 par les personnes incluses. Les réponses sont représentées distinctement pour les personnes ayant pratiqué de l'art sans un art-thérapeute (n'=47 personnes) et avec un art-thérapeute (n=14 personnes).

Question	Nombre Réponses				Pourcentage	
	Partie 2					
		Sans art- thérapeute (n'=47 personnes)	Avec art- thérapeute (n=14 personnes)	Sans art- thérapeute (n'=47 personnes)	Avec art- thérapeute (n=14 personnes)	
3. Depuis quand souffriez ou souffrez-vous de l'anxiété et/ou dépression ?	Plusieurs jours	2	1	4,26%	7,14%	
	Plusieurs semaines	0	0	0,00%	0,00%	
	Plusieurs mois	9	2	19,15%	14,29%	
	Plusieurs années	35	11	74,47%	78,57%	
	Vide	1	0	2,13%	0,00%	

4. Aviez-vous des symptômes anxieux ou dépressifs avant la rencontre avec l'art ou les avez-vous encore ?	Oui, je les avais avant	24	5	51,06%	35,71%
	Oui, je les ai toujours	21	9	44,68%	64,29%
	Non, je ne les ai plus	2	0	4,26%	0,00%
5. Qui vous a-t-il conseillé la pratique de l'art ?	Citad'elle // Citadelles espace pour les femmes victimes de violence	0	2	0,00%	14,29%
	Coach	0	1	0,00%	7,14%
	Famille	1	0	2,13%	0,00%
	J ai suivi des cours de musique dès l'âge de 3 ans	1	0	2,13%	0,00%
	Un(e) ami(e)	4	1	8,51%	7,14%
	Un(e) arthérapeute	1	1	2,13%	7,14%
	Un(e) artiste	1	0	2,13%	0,00%
	Un(e) professionnel(le) de santé	3	2	6,38%	14,29%
	une séance d'essai en groupe au salon Zen et bio m'a encourager à commencer cette thérapie	0	1	0,00%	7,14%
	Vous-mêmes (livres, internet...)	36	6	76,60%	42,86%
6. Quel art côtoyez-vous ?	Chant	3	0	6,38%	0,00%
	Cinéma	1	0	2,13%	0,00%
	Collage et recycl'art	1	0	2,13%	0,00%
	Coloriage // Coloriages pour adultes	3	2	6,38%	14,29%
	Coloriage, diamond painting, lecture, tricot, point de croix, crochet	1	0	2,13%	0,00%
	Coloriage, diamonds paintings, broderie point de croix conte, puzzel 1000piece et lecture	1	0	2,13%	0,00%
	Couture et broderie	1	0	2,13%	0,00%
	Danse	2	0	4,26%	0,00%

	Danse + théâtre : arts pratiqués depuis plusieurs années mais j'aime bcp l'art en général	0	1	0,00%	7,14%
	Danse, dessin, peinture	0	1	0,00%	7,14%
	Dessin	9	3	19,15%	21,43%
	Diverses techniques graphiques	0	1	0,00%	7,14%
	Écriture	2	0	4,26%	0,00%
	Écriture dessin peinture	0	1	0,00%	7,14%
	Écriture, sculpture, danse, musique, chant, clown, dessin	1	0	2,13%	0,00%
	Musique	5	2	10,64%	14,29%
	Peinture	6	2	12,77%	14,29%
	Photographie essentiellement	1	0	2,13%	0,00%
	Photographie, fabrication de bijoux	1	0	2,13%	0,00%
	Puzzle	1	0	2,13%	0,00%
	Sculpture modelage et tous les autres....	1	0	2,13%	0,00%
	Sculpture modelage poterie	1	0	2,13%	0,00%
	Sculpture sur argile	1	0	2,13%	0,00%
	Techniques visuelles	0	1	0,00%	7,14%
	Théâtre	2	0	4,26%	0,00%
	Tricotin, crochet, coloriage	1	0	2,13%	0,00%
	Vide	2	0	4,26%	0,00%
7. Dans quel cadre rencontrez-vous l'art ?	Seul€ // Chez moi // Tout€ seul€ // moi-même sa ma toujours attiré // a la maison // lorsque j'en ressens le besoin // par moi-même // Seule chez moi // passe-temps personnel // Seule a la maison // chez moi seule	20	0	42,55%	0,00%

	Avec un art-thérapeute	0	14	0,00%	100,00%
	Cadre hospitalier	1	0	2,13%	0,00%
	En soirée, en cours	1	0	2,13%	0,00%
	Loisirs // Temps libre	1	0	2,13%	0,00%
	Lors des ateliers artistiques // Cours // dans une association	16	0	34,04%	0,00%
	Réseaux sociaux // YouTube, groupes Facebook, instagram	2	0	4,26%	0,00%
	Vide	6		12,77%	0,00%
8. Voyez-vous vos symptômes diminuer grâce à l'art ?	Oui	41	12	87,23%	85,71%
	Non	5	2	10,64%	14,29%
	Vide	1	0	2,13%	0,00%
9. Si l'art permet de diminuer les symptômes d'anxiété et/ou de dépression, au bout de combien de temps avec-vous observé une amélioration ?	Plusieurs jours	19	5	40,43%	35,71%
	Plusieurs semaines	13	5	27,66%	35,71%
	Plusieurs mois	7	4	14,89%	28,57%
	Plusieurs années	3	0	6,38%	0,00%
	Vide	5	0	10,64%	0,00%
10. Aviez-vous une prise en charge spécifique de l'anxiété et/ou de la dépression avant la rencontre avec l'art ? Si oui, précisez laquelle ou lesquelles :	Aucun(e) // non // pas spécialement // rien // Non rien, pas nécessaire grâce aux hobbies	6	1	12,77%	7,14%
	Cohérence cardiaque yoga	1	0	2,13%	0,00%
	D'abord antidépresseur et Xanax, ensuite sophrologie et hypnothérapie	1	0	2,13%	0,00%
	Développement personnel individuel et en groupe (stage)	0	1	0,00%	7,14%
	Psychiatre	1	0	2,13%	0,00%
	J'ai un suivi par un psychiatre (qui m'a mis sous traitement)	0	1	0,00%	7,14%
	La plage	1	0	2,13%	0,00%

	Les deux // Les 2 réponses // 2 Médicaments et psychologue	2	2	4,26%	14,29%
	Médicaments	11		23,40%	0,00%
	Médicaments thérapie et	0	1	0,00%	7,14%
	Psy et traitement	1	0	2,13%	0,00%
	Psychanalyse // Psychanalyste 2	2	0	4,26%	0,00%
	Psychiatre, psychologue, médicaments	1	0	2,13%	0,00%
	Psychologue	11	7	23,40%	50,00%
	Seule	1	0	2,13%	0,00%
	Vide	8	1	17,02%	7,14%
	Oui	29	9	61,70%	64,29%
11. Continuez-vous cette prise charge en parallèle ou à la suite de la pratique de l'art ?	Oui ms cela me parait moins important que ma thérapie par l'art (les discussions et ses différentes approches thérapeutiques y sont pour beaucoup)	0	1	0,00%	7,14%
	Non	12	4	25,53%	28,57%
	Vide	6	0	12,77%	0,00%

Pour la Partie 3, les résultats ont été obtenus sous forme de scores pour chaque personne en suivant la règle dictée par l'échelle HAD (ces résultats sont présentés dans l'Annexe 4). Pour rappel, le score a été calculé pour chaque personne et de manière séparée pour les questions relatives aux troubles anxieux et dépressifs, et cela avant et après la pratique de l'art. Lorsque, pour une question, deux réponses ont été choisies, une moyenne des deux réponses a été calculée (p.ex. Lorsqu'à la question « 21. Je ne m'intéresse plus à mon apparence [Avant la pratique de l'art] », les réponses « 3 : Plus du tout » et « 1 : Il se peut que je n'y fasse plus autant attention » ont été cochées, le score pour la question qui est pris en considération est de 2). Nous avons également calculé les moyennes de scores pour chaque situation. En fonction du score obtenu, un code couleur a été attribué, comme l'indique le Tableau 12 en suivant l'interprétation de l'échelle HAD évoquée préalablement. Cela permet d'observer les interprétations de manière plus visuelle. Ainsi, les résultats après application du code couleur relatif à l'interprétation sont représentés dans le Tableau 13 pour le sous-groupe AAA (pour

toutes les personnes incluses, numérotées de 1 à 14) et dans le Tableau 14 pour le sous-groupe ASA (pour toutes les personnes incluses, numérotées de 1' à 47').

Tableau 12 : Tableau représentant l'interprétation du score (pour l'anxiété et la dépression), avec un code couleur associé.

Interprétation des scores pour la partie du questionnaire relative à l'anxiété et à la dépression individuellement	
Score obtenu	Interprétation relative
7 ou moins	Absence de symptomatologie
Entre 8 et 10	Symptomatologie douteuse
11 et plus	Symptomatologie certaine

Tableau 13 : Tableau représentant les résultats issus des réponses de personnes pratiquant de l'art avec un art-thérapeute (AAA) et cela pour l'anxiété et la dépression, à l'aide d'un code couleur en fonction de l'interprétation du score définie dans le Tableau 12. Il s'agit de scores avant et après la pratique de l'art pour les questions relatives à l'anxiété et à la dépression. Une moyenne des scores a été également calculée pour chaque situation et un code couleur a été attribué à l'interprétation de la même manière que pour les scores individuellement.

Le numéro de chaque personne	Anxiété		Dépression	
	Interprétation du score avant la pratique de l'art	Interprétation du score après la pratique de l'art	Interprétation du score avant la pratique de l'art	Interprétation du score après la pratique de l'art
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

14				
Moyenne des scores				

Tableau 14 : Tableau représentant les résultats issus des réponses de personnes avant et après avoir pratiqué de l'art sans art-thérapeute (ASA) et cela pour l'anxiété et la dépression, à l'aide d'un code couleur en fonction de l'interprétation du score définie dans le Tableau 12. Une moyenne des scores a été également calculée pour chaque situation et un code couleur a été attribué à l'interprétation de la même manière que pour les scores individuellement.

Numéro attribué	Anxiété (Interprétation du score HAD-A)		Dépression (Interprétation du score HAD-D)	
	Interprétation du score avant la pratique de l'art	Interprétation du score après la pratique de l'art	Interprétation du score avant la pratique de l'art	Interprétation du score après la pratique de l'art
	1'			
2'				
3'				
4'				
5'				
6'				
7'				
8'				
9'				
10'				
11'				
12'				
13'				
14'				
15'				
16'				
17'				
18'				
19'				
20'				
21'				
22'				
23'				
24'				
25'				
26'				
27'				
28'				
29'				
30'				

31'			
32'			
33'			
34'			
35'			
36'			
37'			
38'			
39'			
40'			
41'			
42'			
43'			
44'			
45'			
46'			
47'			
Moyenne des scores			

De plus, la Figure 7 et la Figure 8, ainsi que la Figure 9 et la Figure 10 montrent l'évolution de la symptomatologie de l'anxiété et de la dépression, respectivement, dans les groupes AAA et ASA, avec le pourcentage de personnes pour lesquelles une amélioration de la symptomatologie par interprétation des scores avant et après la pratique de l'art a pu être observée et pour lesquelles cette amélioration n'a pas pu être constatée.

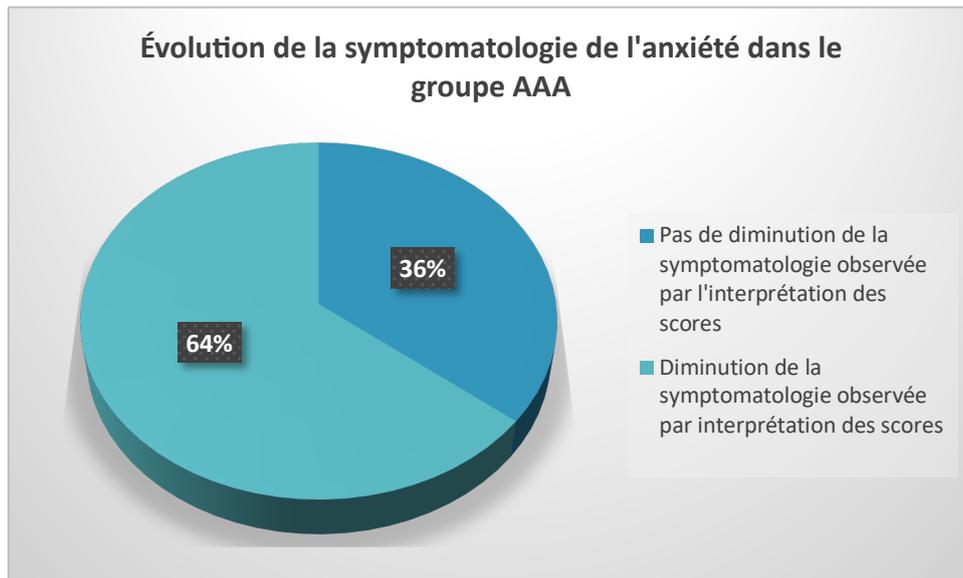


Figure 7 : Figure représentant l'évolution de la symptomatologie de l'anxiété obtenue par l'interprétation des scores HAD avant et après la pratique de l'art, avec le pourcentage de personnes pour lesquelles une diminution de la symptomatologie a été observée et le pourcentage de personnes pour lesquelles la diminution de la symptomatologie par l'interprétation des scores n'a pas pu être constatée. Il s'agit de l'analyse pour le groupe AAA.

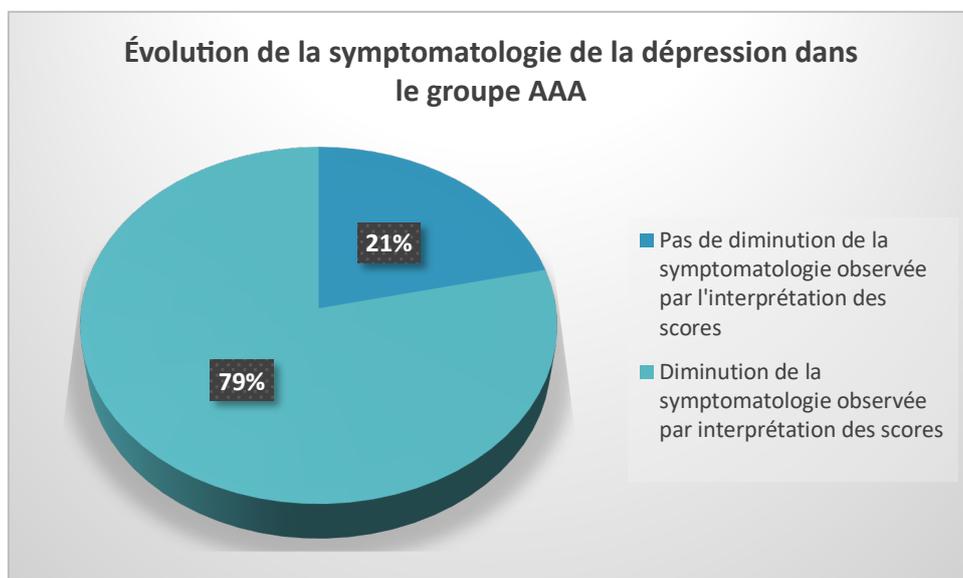


Figure 8 : Figure représentant l'évolution de la symptomatologie de la dépression obtenue par l'interprétation des scores HAD avant et après la pratique de l'art, avec le pourcentage de personnes pour lesquelles une diminution de la symptomatologie a été observée et le pourcentage de personnes pour lesquelles la diminution de la symptomatologie par l'interprétation des scores n'a pas pu être constatée. Il s'agit de l'analyse pour le groupe AAA.

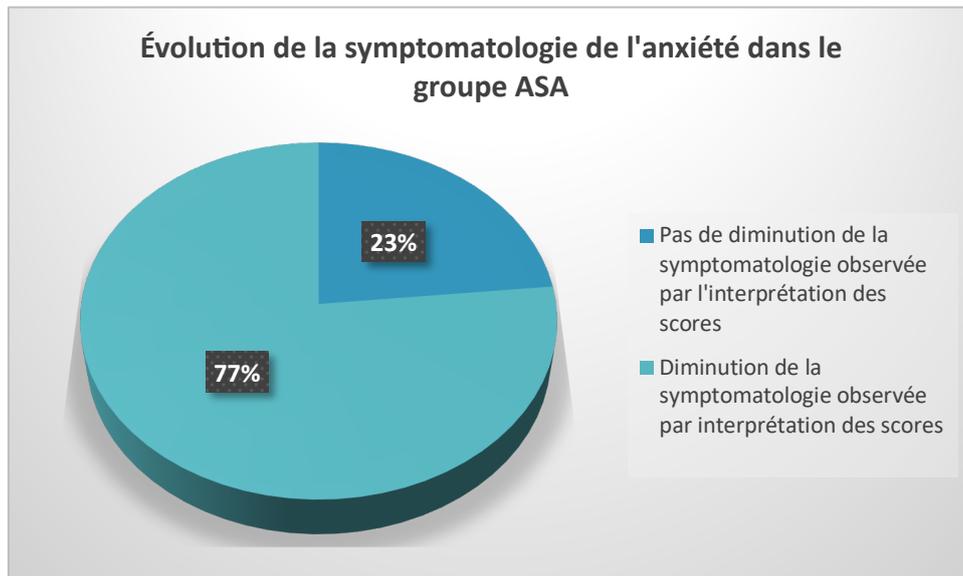


Figure 9 : Figure représentant l'évolution de la symptomatologie de l'anxiété obtenue par l'interprétation des scores HAD avant et après la pratique de l'art, avec le pourcentage de personnes pour lesquelles une diminution de la symptomatologie a été observée et le pourcentage de personnes pour lesquelles la diminution de la symptomatologie par l'interprétation des scores n'a pas pu être constatée. Il s'agit de l'analyse pour le groupe ASA.

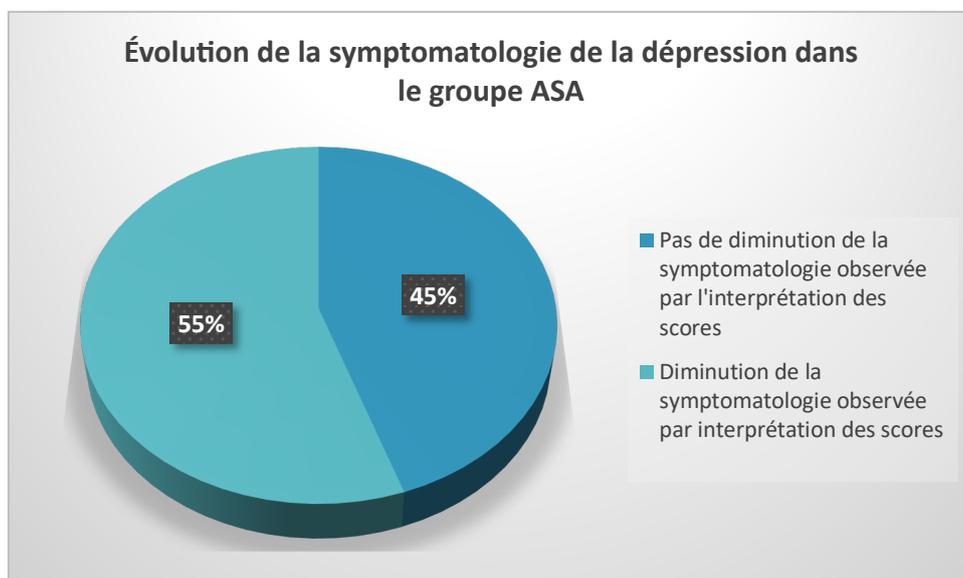


Figure 10 : Figure représentant l'évolution de la symptomatologie de la dépression obtenue par l'interprétation des scores HAD avant et après la pratique de l'art, avec le pourcentage de personnes pour lesquelles une diminution de la symptomatologie a été observée et le pourcentage de personnes pour lesquelles la diminution de la symptomatologie par l'interprétation des scores n'a pas pu être constatée. Il s'agit de l'analyse pour le groupe ASA.

Ainsi, nous pouvons observer que l'amélioration de la symptomatologie observée par l'interprétation des scores avant et après la pratique de l'art concerne dans le groupe AAA 64,29% de personnes pour l'anxiété et 78,57% de personnes concernant la dépression. Dans le groupe ASA, cette évolution positive de la symptomatologie concerne 76,60% de personnes pour l'anxiété et 55,32% de personnes concernant la dépression.

Par ailleurs, il est intéressant de présenter les résultats exclus sur la base des critères et donc n'entrant pas dans notre analyse principale :

- Le Tableau 15 montre les résultats des personnes ayant répondu à la question quatre ne jamais avoir eu des symptômes anxieux ou dépressifs,
- Le Tableau 16 montre le résultat de la personne n'ayant pas répondu à cette question,
- Le Tableau 17 montre les résultats de la personne qui dans la Partie 3 obtient les scores suggérant qu'elle n'a souffert avant la pratique de l'art ni de troubles anxieux ni dépressifs.

Tableau 15 : Tableau représentant les résultats issus des réponses de personnes ayant répondu à la question 4 ne jamais avoir eu des symptômes anxieux ou dépressifs. Les résultats sont représentés avant et après avoir pratiqué de l'art, et cela pour l'anxiété et la dépression, à l'aide d'un code couleur en fonction de l'interprétation du score définie dans le Tableau 12. Une moyenne des scores a été également calculée pour chaque situation.

Le numéro attribué	Score avant la pratique de l'art		Score après la pratique de l'art	
	Anxiété	Dépression	Anxiété	Dépression
1'N				
2'N				
3'N				
4'N				
Moyenne des scores				

Tableau 16 : Tableau représentant les résultats issus des réponses de personnes n'ayant pas répondu la question «4. Avez-vous des symptômes anxieux ou dépressifs avant la rencontre avec l'art ou les avez-vous encore ? ». Les résultats sont représentés avant et après avoir pratiqué de l'art, et cela pour l'anxiété et la dépression, à l'aide d'un code couleur en fonction de l'interprétation du score définie dans le Tableau 12. Une moyenne des scores a été également calculée pour chaque situation.

Numéro attribué	Score avant la pratique de l'art		Score après la pratique de l'art	
	Anxiété	Dépression	Anxiété	Dépression
1'V				

Tableau 17 : Tableau représentant les résultats issus des réponses de la personne pour laquelle l'interprétation suggère une absence de symptomatologie avant la pratique de l'art avant la pratique de l'art. Les résultats sont représentés avant et après avoir pratiqué de l'art, et cela pour l'anxiété et la dépression, à l'aide d'un code couleur en fonction de l'interprétation du score définie dans le Tableau 12. Une moyenne des scores a été également calculée pour chaque situation.

Numéro attribué	Score avant la pratique de l'art		Score après la pratique de l'art	
	Anxiété	Dépression	Anxiété	Dépression
1'S				

Les personnes non incluses dans l'analyse à cause d'un manque de plusieurs réponses à plusieurs questions dans la Partie 3 ne seront pas représentées ni analysées.

5.3. Discussion

5.3.1. Discussion générale

Tout d'abord, nous pouvons observer que le questionnaire a été complété par 70 personnes. Nous nous attendions à davantage de réponses (plus que 100), puisque le questionnaire était ouvert à toute personne et il touche deux pathologies fréquentes dans notre société et ayant connu une augmentation durant la première année de la crise COVID-19. Ainsi, nous sommes en dessous de l'objectif initial, malgré les partages et les relances sur des réseaux sociaux (LinkedIn, Facebook, Instagram) et le partage auprès des art-thérapeutes. De plus, cet échantillon a été réduit par la non-inclusion de plusieurs personnes dans l'analyse principale et par la séparation de l'analyse en deux sous-groupes : AAA et ASA.

Nous pouvons observer que seulement quatre personnes (5,7%) ont répondu ne jamais avoir eu de symptômes anxieux ou dépressifs et une personne (1,4%) n'a pas répondu à cette question quatre. De plus, toutes les personnes ayant répondu au questionnaire ont pratiqué de l'art. Nous pouvons en déduire que, dans l'ensemble, le sujet du questionnaire a été compris et donc que la communication autour de ce questionnaire était pertinente.

Par ailleurs, nous observons que le taux de réponses est très important : 99% dans le sous-groupe AAA et 98% dans le sous-groupe ASA. Les réponses qui n'ont pas été apportées, l'ont été de manière parsemée tout au long du questionnaire. Cela démontre que les personnes avaient tendance à répondre jusqu'à la dernière question. Nous pouvons en déduire que le questionnaire était fluide, clair, et facile à remplir.

5.3.2. Discussion de la Partie 1 du questionnaire

Dans la première partie toutes les personnes incluses ont complété les questions. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit de premières questions et donc une envie de terminer le questionnaire de manière imminente n'est pas encore apparue. Ceci peut être expliqué également par le fait qu'il s'agit de questions générales, et donc n'étant potentiellement pas intrusives. Elles n'atteignent ni les habitudes, ni le passé médical, ni les émotions.

Cette première partie permet d'observer qu'environ 90,1% de personnes ayant répondu au questionnaire sont des femmes. En effet, ce sont davantage les femmes qui sont touchées par les troubles anxieux ou dépressifs. Cependant, cette différence dans le nombre de réponse est trop importante pour qu'il puisse être expliqué uniquement par cette raison. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses quant à ce déséquilibre :

- Nous pouvons nous demander si autant de femmes que d'hommes ont eu accès à ce questionnaire. En effet, comme cela a été évoqué préalablement, le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram et LinkedIn). Il est donc difficile de savoir si plus de femmes que d'hommes ont pu voir la publication sachant que dans nos contacts sur les réseaux sociaux, il peut y avoir un déséquilibre dans le ratio femmes/hommes. Cela en est de même pour toute personne qui a repartagé ou interagit à la publication (en effet, sur LinkedIn, lorsqu'une personne interagit à une publication, celle-ci devient visible pour ses contacts). De plus, cette publication a été partagée sur des groupes de personnes pratiquant de l'art-thérapie en ligne, ainsi que par mail et LinkedIn (message direct) auprès des art-thérapeutes qui ont transmis le questionnaire à leurs patients, dont nous ne connaissons pas le sexe ;
- Nous ne pouvons pas avoir d'informations sur le nombre et le sexe de personnes ayant ouvert le questionnaire sans le compléter.

La deuxième question de la première partie porte sur l'âge des personnes répondant au questionnaire. La majorité des personnes a un âge situé entre 25 et 35 ans (29,5%). Nous pouvons compter en deuxième position les personnes entre 46 et 55 ans (22,9%), puis < 25 ans (19,7%), entre 36 et 45 ans (18%), et enfin entre 56 et 65 ans (9,8%).

L'épidémiologie nous a montré que ce sont les personnes entre 15 et 24 ans qui souffrent le plus de dépression et entre 25 et 44 ans concernant les troubles anxieux (32,101). Ainsi, sachant que le questionnaire englobe ces deux troubles, les réponses devraient être prédominantes pour :

- <25 ans,
- Entre 25 et 35 ans,
- Entre 36 et 45 ans.

Cependant, ce n'est pas exactement le cas, puisque nous pouvons observer un pourcentage de réponses plus élevé pour les personnes entre 46 et 55 ans que pour les personnes <25 ans ou entre 36 et 45 ans. Tout comme dans l'analyse concernant le sexe des personnes ayant répondu au questionnaire, plusieurs hypothèses sont plausibles :

- La distribution du questionnaire n'a pas été homogène en termes de l'âge, puisque, comme pour le sexe, chaque personne ayant participé au partage de la publication incluant le questionnaire a ses propres contacts. En effet, nous pouvons prendre l'exemple du premier distributeur pour lequel, le nombre de contacts ayant un âge < 25 ans, entre 56 et 65 ans et > 66 ans est relativement faible. La proportion et donc le pourcentage sont potentiellement biaisés.
- Par ailleurs, bien que les données démographiques par âge soient variables en fonction du réseau social, il est observé que parmi la population de plus de 65 ans, moins de personnes fréquentent les réseaux sociaux que dans les autres tranches d'âge (176). Cela peut donc s'ajouter aux biais de réponses.

5.3.3. Discussion de la Partie 2 du questionnaire

La Partie 2 du questionnaire nous permet d'obtenir l'information sur les antécédents des troubles anxieux et dépressifs, sur la prise en charge, la pratique de l'art et l'amélioration ressentie grâce à la pratique de l'art. Il s'agit de réponses subjectives. Comme expliqué préalablement, l'analyse s'effectue séparément pour les groupes ASA et AAA, afin de pouvoir *in fine* analyser les Parties 2 et 3 ensembles.

La question trois nous permet d'observer que la majorité de personnes ayant répondu au questionnaire (74,47% dans le groupe ASA et 78,57% dans le groupe AAA) souffrent des troubles anxieux et/ou dépressifs depuis quelques années. Cela est suivi par une atteinte depuis plusieurs mois (19,15% dans le groupe ASA et 14,29% dans le groupe AAA). Seulement une minorité de personnes (4,26% dans le groupe ASA et 7,14% dans le groupe AAA) souffre de ces pathologies depuis quelques jours. Ainsi, pour plus de 90% de personnes dans chaque groupe, il s'agirait d'une affection durant depuis relativement longtemps. Nous pouvons en déduire que le descriptif transmis aux art-thérapeutes, ainsi que l'explication du questionnaire proposé sur les réseaux sociaux ont été explicites. De plus, il en découle que les personnes comprennent bien la terminologie de la dépression et de l'anxiété et qu'elles l'associent aux pathologies.

Par ailleurs, afin de continuer la description de profils de personnes ayant participé au questionnaire, nous pouvons observer que la pratique de l'art sans art-thérapeute est débutée par l'initiative de la personne elle-même pour la majorité d'entre-elles (76,60%), bien qu'elle puisse avoir une origine externe (26%). Avec un art-thérapeute, elle vient de la personne elle-

même pour 40% de réponses. Ainsi, la pratique de l'art avec un art-thérapeute est pour la majorité des cas (60%) un conseil venant de diverses sources externes. Parmi les sources externes, nous pouvons trouver : citad' elle espace pour les femmes victimes de violence, un(e) art-thérapeute, un professionnel de santé, un(e) ami(e), un(e) coach, la famille, une pratique de l'art depuis longtemps (avec des réponses « autodidacte depuis l'adolescence », « j'ai suivi des cours de musique dès l'âge de 3 ans), « une séance d'essai en groupe au salon Zen et bio m'a encourager à commencer cette thérapie ». Ainsi, nous pouvons observer une inversion de pourcentages dans les deux groupes, avec une majorité de personnes dans le groupe ASA débutant la pratique par eux-mêmes et une majorité de personnes dans le groupe AAA débutant la pratique par conseil externe. Cela peut être potentiellement et hypothétiquement dû au fait que l'art est initié par une envie de la pratique d'un art qui plaît à chaque personne sans un but précis initial dans les troubles anxieux. Il pourrait s'agir également d'une méconnaissance du domaine de l'art-thérapie.

De surcroît, nous pouvons observer que les participants pratiquent des arts très divers : le chant, le cinéma, le coloriage, le collage, la couture, la broderie, la danse, le théâtre, l'écriture, la musique, la peinture, la photographie, le puzzle, la sculpture, le modelage, etc. La pratique du dessin et de la peinture sont des réponses attribuées le plus fréquemment dans les deux groupes (ASA et AAA). Nous retrouvons ensuite la musique, puis le coloriage. De plus, la majorité de personnes répondent pratiquer un art en particulier et pas plusieurs.

En outre, nous pouvons observer que, dans le groupe ASA, la majorité de personnes pratiquent l'art par elles-mêmes (42,55%) ou lors des cours ou ateliers (34,04%). Dans le groupe AAA, il s'agit d'une pratique avec un art-thérapeute pour 100% de réponses. En effet, c'est cette question qui nous a permis de catégoriser les réponses en deux groupes (AAA et ASA). Les personnes ayant répondu par un vide à cette question sont automatiquement attribuées au groupe ASA. En effet, dans ce cadre, la proposition « Avec un art-thérapeute » faisait partie des réponses, donc nous nous basons sur l'hypothèse que les personnes n'ayant pas coché cette réponse ne pratiquent pas l'art avec ce professionnel.

Nous pouvons observer par le biais de la question quatre que le questionnaire a été répondu de manière assez équivalente par les personnes qui déclarent que l'art leur a permis de faire disparaître les symptômes que par les personnes qui définissent toujours posséder les symptômes des troubles anxieux et/ou dépressifs. Cette question nous a permis donc de savoir :

- Dans un premier temps, si les personnes ont souffert ou souffrent des symptômes de l'anxiété ou de la dépression. Ainsi, cette question, comme expliqué préalablement, nous a permis d'établir un critère d'exclusion pour toute personne déclarant ne pas avoir et ne jamais avoir eu de symptômes d'anxiété ou de dépression, mais également les personnes n'ayant pas répondu à cette question. Nous ne voulions pas prendre le risque d'intégrer ces réponses dans les interprétations et se rendre compte que les pourcentages s'avèrent finalement faussés.
- Dans un second temps, indirectement, si l'art a selon eux, permis de faire disparaître ces symptômes, s'ils existaient. Cependant, la réponse « Oui, je les ai toujours » est envisageable tout aussi bien pour les personnes pour lesquelles l'art n'a pas apporté d'amélioration que pour les personnes qui ont vu leurs symptômes s'améliorer mais pas disparaître. Ce sont donc les questions huit et neuf qui apportent ces informations complémentaires.

En effet, la question « 8. Voyez-vous vos symptômes diminuer grâce à l'art ? » permet d'observer que la majorité de personnes (plus de 85 %) dans les groupes ASA et AAA voit une diminution de symptômes de l'anxiété ou de la dépression grâce à l'art. La question « 9. Si l'art permet de diminuer les symptômes d'anxiété et/ou de dépression, au bout de combien de temps avec-vous observé une amélioration ? » permet donc d'entrer encore plus dans le détail dans l'amélioration de symptômes. Les réponses se répartissent entre plusieurs jours, semaines, mois et années et cela de manière dégressive. Ainsi, pour la majorité de personnes (82,98% du groupe ASA et 100% du groupe AAA), l'amélioration était ressentie entre plusieurs jours et plusieurs mois. Nous pouvons en déduire que cet effet positif est relativement rapide, d'autant plus que la majorité de répondants souffrent des troubles anxieux et/ou dépressifs depuis plusieurs années.

Nous pouvons déduire des questions quatre, huit et neuf que la majorité de personnes ayant répondu au questionnaire se décrit comme ayant souffert ou souffrant des troubles anxieux et/ou dépressifs (critère d'inclusion à l'analyse), voyant les symptômes de ces troubles diminuer grâce à la pratique de l'art, et cela majoritairement au bout de quelques jours, semaines ou mois, donc sur des périodes relativement courtes.

Il est intéressant de notifier que dans la question quatre, il n'y a pas de distinction entre l'anxiété et la dépression. Ainsi, nous considérons la réponse à cette question peut concerner aussi bien les troubles anxieux que dépressifs et c'est de cette manière que nous comparerons ce ressenti subjectif de la question quatre avec les résultats de l'échelle HAD de la Partie 3.

De plus, dans les deux groupes, la majorité de personnes (68,9% du groupe ASA et 85,71% du groupe AAA) avait une prise en charge particulière pour lutter contre les troubles dépressifs et/ou anxieux, avec le recours au psychologue, aux médicaments ou aux autres prises en charge, tels que le psychiatre, la plage, le yoga, le développement personnel, la sophrologie, l'hypnothérapie, un psychanalyste. Cette prise en charge est poursuivie en parallèle ou à la suite de la pratique de l'art pour la majorité de personnes (61,70% dans le groupe ASA et 64,29% dans le groupe AAA).

Nous pouvons en déduire que notre analyse se porte majoritairement sur des personnes qui reconnaissent souffrir d'une pathologie, depuis une période longue et qui ont déjà une prise en charge des troubles anxieux et/ou dépressifs. Nous pouvons donc supposer que pour la majorité des réponses, il ne s'agit pas d'un « coup de blues » ou d'une anxiété passagère (due à une situation stressante isolée), mais bien d'un trouble pathologique. De plus, ces personnes ressentent un effet positif de l'art sur leurs symptômes, voire une disparition de ceux-là et cela au bout d'un temps relativement court. Par ailleurs, la prise en charge initiale est maintenue en parallèle ou à la suite de la pratique de l'art pour la majorité des personnes.

5.3.4. Discussion de la Partie 3 du questionnaire

La Partie 3 du questionnaire est celle qui nous permet d'effectuer le diagnostic des troubles anxieux et/ ou dépressifs avant et après la pratique de l'art. Comme évoqué préalablement l'analyse est réalisée séparément pour les groupes ASA et AAA.

Tout d'abord, dans le sous-groupe de personnes ayant pratiqué de l'art avec un art-thérapeute (AAA), nous pouvons observer que les personnes n°4 et 5 ont omis chacune une réponse, mais nous pouvons tout de même interpréter leurs résultats. Cela en est de même pour les personnes n°8', 25' et 29' dans le groupe ASA. En effet, même si nous ajoutons le score le plus important aux réponses manquantes, l'interprétation des scores finaux ne change pas (p.ex même si la question manquante relative à la dépression après la pratique de l'art, la personne n°5 avait répondu par une réponse ayant un score maximal, soit de 3, le score final aurait été de 4 et donc l'interprétation serait toujours « Absence de symptomatologie »).

La Partie 2 du questionnaire ne nous a pas apporté de précisions quant à la pathologie dont les répondants souffrent, puisque toutes les questions y englobaient les troubles anxieux et dépressifs. C'est donc la Partie 3 qui amène ce niveau de précision. Ainsi, nous pouvons observer dans le groupe AAA que la majorité de personnes (78,57%) présente une symptomatologie certaine ou douteuse pour l'anxiété et la dépression. Cela en est de même dans le groupe ASA, bien que la proportion de personnes soit moins importante (61,70%). Nous pouvons en déduire que la majorité de personnes ayant répondu au questionnaire possède une symptomatologie de ces deux pathologies.

Parmi les personnes possédant la symptomatologie seulement d'une des deux pathologies, nous pouvons décrire que 66,67% de personnes dans le groupe AAA et 88,89% de personnes dans le groupe ASA possèdent une symptomatologie douteuse ou certaine pour l'anxiété. Ainsi, lorsqu'une des deux pathologies est présente, il s'agirait majoritairement de l'anxiété.

De plus, nous pouvons remarquer, que dans le groupe AAA, la moyenne du score HAD-A avant la pratique de l'art nous indique une symptomatologie certaine et après la pratique de l'art, une symptomatologie douteuse. Concernant le score HAD-D, la symptomatologie se situe entre celle douteuse et certaine avant la pratique de l'art puis il y a une absence de symptomatologie à la suite de la pratique de l'art. Dans le groupe ASA, la moyenne du score HAD-A permet une interprétation de la symptomatologie certaine avant la pratique de l'art et entre une symptomatologie douteuse et absence de symptomatologie à la suite de la pratique de l'art. La moyenne des scores HAD-D avant la pratique de l'art montre une symptomatologie douteuse et une absence de symptomatologie à la suite de la pratique de l'art.

De surcroît, l'amélioration de la symptomatologie observée par l'interprétation des scores avant et après la pratique de l'art concerne dans le groupe AAA 64,29% de personnes pour l'anxiété et 78,57% de personnes concernant la dépression. Dans le groupe ASA, cette évolution positive de la symptomatologie concerne 76,60% de personnes pour l'anxiété et 55,32% de personnes concernant la dépression. Nous pouvons en déduire qu'une amélioration de la symptomatologie est observée pour les troubles anxieux et dépressifs par la pratique de l'art pour la majorité de personnes des deux groupes. Cela correspond aux réponses données à la question 8 où 85,7% de personnes du groupe AAA et 87,2% de personnes dans le groupe ASA indiquent une amélioration des symptômes par la pratique de l'art.

Nous pouvons en déduire que pour la majorité de personnes dans les deux groupes, la pratique de l'art permet de ressentir subjectivement une amélioration des symptômes de l'anxiété et/ou de la dépression. Cela se confirme par le biais de l'échelle HAD (donc de manière plus objective).

Dans un second temps, nous pouvons observer pour des personnes non-incluses dans l'analyse principale, car ayant répondu ne jamais avoir eu de symptômes d'anxiété et/ou de la dépression, que l'interprétation des scores HAD-A et HAD-D indique une symptomatologie douteuse ou absente avant la pratique de l'art. Quant à l'interprétation de la moyenne de ces scores pour toutes ces personnes, elle est entre une symptomatologie douteuse et absence de symptomatologie pour l'anxiété et elle indique une absence de symptomatologie pour la dépression avant la pratique de l'art. Nous pouvons en déduire que, dans l'ensemble, le ressenti apporté par ces personnes dans la question quatre semble corrélérer avec l'interprétation des scores de l'échelle HAD.

L'interprétation des scores avant la pratique de l'art de la personne n° 1'V non-incluse dans l'analyse par non réponse à la question quatre, montre une symptomatologie certaine de l'anxiété et une symptomatologie douteuse de la dépression. La personne semble avoir souffert de l'anxiété et de dépression avant la pratique de l'art. Il s'agit d'une personne qui aurait donc pu être incluse dans notre analyse. L'interprétation de ces scores HAD-A et HAD-D après la pratique de l'art dévoile une absence de symptomatologie. L'art semble avoir apporté une amélioration de symptômes.

Enfin, nous pouvons décrire pour la personne n°1'S non-incluse dans l'analyse (car l'interprétation de ces scores HAD-A et HAD-D montre une absence de symptomatologie avant la pratique de l'art) que sa symptomatologie reste absente après la pratique de l'art pour l'anxiété et pour la dépression.

Comme précisé préalablement, les personnes non-incluses à cause d'un manque de plusieurs réponses à plusieurs questions dans la partie 3 ne sont pas analysées. En effet, cela aurait pu entraver une analyse objective et mener à des conclusions biaisées.

5.3.5. Avantages du questionnaire

Lors de la construction du questionnaire nous avons pu réfléchir à certains aspects afin de rendre le questionnaire qualitatif, interprétable et complet. De plus, certains avantages ont émané lors de l'interprétation des résultats. En effet, le questionnaire est :

- Ouvert au grand public : nous souhaitons que le questionnaire soit ouvert au grand public et donc l'avons construit dans ce sens avec un langage clair et compréhensible par toute personne. En effet, les troubles anxieux et dépressifs peuvent toucher toute personne à tout âge donc nous ne voulions pas nous diriger vers un échantillon particulier de la population cible.
- Sous forme de Google Form : l'objectif de cette version digitale du questionnaire était la simplicité de la distribution et de recueil des réponses, ce qui est limité par une version papier.
- Distribué par le biais des réseaux sociaux et les art-thérapeutes : cette distribution nous permet de toucher plus facilement une grande population grâce aux divers partages. Ainsi, une personne touchée peut le transmettre aux autres et ainsi de suite.
- Anonyme : le questionnaire possède les interrogations médicales sur un sujet qui peut être tabou pour certaines personnes. Il était donc essentiel de le rendre anonyme, afin que chaque personne puisse répondre avec confiance et sans crainte que les informations apportées soient dévoilées nominativement.
- Construit avec des questions permettant de répondre aux objectifs définis : nous avons créé des questions pour, d'une part, connaître et décrire la population participant au questionnaire, et d'autre part définir des critères de non-inclusion et s'assurer que l'analyse des réponses va nous permettre de répondre aux objectifs tout en essayant de minimiser les biais.
- Construit à l'aide d'une échelle HAD : il s'agit en effet d'un instrument validé permettant de dépister les troubles anxieux et dépressifs.
- Rapide : le questionnaire contient seulement 25 questions à choix simple ou multiple. Ainsi, il peut être répondu en cinq minutes.

5.3.6. Limites du questionnaire

Lors de la rédaction du questionnaire certaines limites ont été inévitables. D'autres limites ont pu être aperçues lors de l'analyse du questionnaire. En effet, le questionnaire est :

- En français : ce qui limite la population touchée à celle francophone ;
- Sous forme de Google Form : il s'agit d'un avantage, mais également d'un inconvénient. En effet, certaines personnes ne possèdent pas d'ordinateur. Il s'agit d'une forme numérique du questionnaire, donc nous ne rencontrons pas les personnes qui y répondent. Nous n'avons donc pas pu apporter de réponses aux éventuelles interrogations à la suite d'une incompréhension par les répondants d'une des questions. Il est donc possible que certaines questions aient été mal interprétées.
- Distribué par le biais des réseaux sociaux et les art-thérapeutes : il s'agit de nouveau d'un avantage tout comme d'un inconvénient, puisque nous avons pu toucher par ce biais là uniquement les personnes qui possèdent un compte sur l'un de ces réseaux ou qui sont en contact avec un art-thérapeute. De plus, la distribution a été limitée aux partages grâce aux contacts sur ces réseaux et à quelques dizaines d'art-thérapeutes ;
- Incomplet pour certaines informations :
 - Lors de l'analyse nous avons réalisé qu'il manque une question permettant de distinguer (subjectivement) si la personne souffre de l'anxiété ou de dépression ;
 - Il aurait été intéressant de savoir si la dépression ou l'anxiété ont été diagnostiquées ou s'il s'agit d'un ressenti ;
 - Nous aurions pu ajouter une question permettant de savoir si la pratique de l'art a été débuté afin de contrer les symptômes de l'anxiété et/ou de dépression ou si elle a été commencée avant, mais que les personnes ont observé l'effet positif sur leur(s) trouble(s).
- Rétroactif : nous demandons dans le questionnaire un retour sur une expérience ayant été vécue dans le passé plus ou moins proche. En effet, les gens doivent se souvenir de la manière dont ils se sentaient avant la pratique de l'art et de la manière dont ils se sentaient ou se sentent à la suite de celle-ci. Il peut donc y avoir un biais entre un souvenir (idéalisé ou au contraire plus pessimiste) et la réalité.
- Non exhaustif : il est impossible de connaître tout le contexte et l'environnement de la personne par le biais d'un questionnaire. Nous ne pouvons être sûrs que l'effet attribué à l'art par les répondants le soit vraiment.

Ainsi, du fait de ces deux derniers points et parce que les troubles anxieux et dépressifs sont multifactoriels, nous ne pouvons être certains que la diminution de symptômes ressentie par les répondants est attribuable seulement à l'art. En effet, le questionnaire nous a montré que la majorité de personnes possédait également une prise en charge spécifique du (des) trouble(s) avant la pratique de l'art et la continuent, donc il est possible que ce soit cette prise en charge qui soit en partie ou en totalité responsable de l'effet observé. Cependant, sachant que dans le questionnaire nous avons bien indiqué qu'il s'agit d'une évaluation de l'effet de l'art dans le cadre de ces troubles et que dans la troisième partie, les personnes sont interrogées sur leurs symptômes avant et après la pratique de l'art, nous pouvons espérer que l'effet qui ressort dans notre discussion soit essentiellement attribuable à la pratique de l'art.

5.3.7. Conclusion du questionnaire

Nous pouvons conclure que le questionnaire constitué de 3 parties a bien rempli son rôle et cela sur plusieurs aspects. Tout d'abord, il a été clair, explicite et facile à compléter. En effet, la majorité de répondants ont pu être inclus dans l'analyse (87,1%). De plus, plus de 90% de ces personnes déclarent souffrir de troubles anxieux ou dépressifs depuis plusieurs mois ou années, donc nous pouvons penser que les répondants ont bien compris qu'il s'agit d'un questionnaire portant sur de réels troubles pathologiques. Le taux de réponses aux questions était important (98% dans le groupe ASA et 99% dans le groupe AAA).

Par ailleurs, il a permis une description de la population en termes d'âge, de sexe, de l'avis subjectif quant aux troubles anxieux et/ou dépressifs, la pratique de l'art, l'amélioration de la symptomatologie. Nous avons pu recueillir également les informations sur la prise en charge et son maintien en parallèle ou à la suite de la pratique de l'art.

Il en ressort que les répondants sont principalement des femmes. La tranche d'âge la plus représentée est celle entre 25 et 35 ans. Cependant, ces deux informations sont probablement biaisées par les réseaux de distribution du questionnaire.

Concernant la pratique de l'art, nous apprenons que celui qui est prédominant dans les réponses est le dessin et la peinture, puis la musique et ensuite le coloriage. De surcroît, la majorité des personnes pratique l'art seule ou lors des ateliers artistiques dans le groupe ASA et avec un art-thérapeute dans le groupe AAA.

Par ailleurs, le questionnaire nous dévoile que la plupart de personnes présentait une prise en charge avant la pratique de l'art, et celle-ci est poursuivie pour la majorité de personnes.

Les informations recueillies dans le cadre de ce questionnaire nous ont permis de conclure que l'art semble participer à l'amélioration de la symptomatologie des troubles anxieux et dépressifs dans les deux groupes, observée par le biais de l'interprétation des scores HAD. Cependant, les troubles anxieux et dépressifs sont multifactoriels et donc complexes, le questionnaire est rétroactif et nous n'avons pas la connaissance globale de l'environnement (soutien familial, vie sociale, professionnelle ...) de chaque personne au travers de ce questionnaire ni de l'impact de chaque facteur sur son bien-être et ses symptômes.

De plus, nous avons pu observer une corrélation de réponses entre le ressenti subjectif et l'interprétation des scores HAD qui nous a donné un résultat plus objectif. En effet, les personnes se sont décrites comme ayant souffert ou souffrant de l'anxiété et/ou de la dépression et l'interprétation des scores semble le confirmer. De surcroît, plus de 85% de personnes ressent subjectivement une amélioration des symptômes de l'anxiété et/ou de la dépression grâce à la pratique de l'art ce que nous montre également l'interprétation des scores HAD avant et après la pratique de l'art pour l'anxiété et la dépression.

Cet effet positif a été observé au bout de plusieurs jours à plusieurs mois, comme l'ont précisé 82,98% de personnes du groupe ASA et 100% de personnes du groupe AAA.

En outre, les critères de non-inclusion dans l'analyse ont été établies. C'est par le biais de la question quatre, le calcul des scores HAD, les questions sur l'art, et l'observation du taux de réponse, que nous avons intégré dans notre analyse les personnes possédant les symptômes de l'anxiété et/ou de la dépression, pratiquant de l'art et ayant répondu aux questions en quantité suffisante afin de ne pas entraver l'analyse. Ces critères semblent avoir été pertinents. Nous pouvons cependant affirmer que la personne n°1'V aurait pu être incluse dans l'analyse, puisque son score montre une symptomatologie certaine pour les troubles anxieux et une symptomatologie douteuse pour la dépression avant la pratique de l'art.

Pour conclure, sur la base des réponses et de l'analyse, nous pouvons définir un profil type de la personne ayant répondu au questionnaire. Il s'agirait d'une femme, d'un âge entre 25 et 35 ans, souffrant de troubles anxieux et/ou dépressifs depuis plusieurs années. Cette femme aurait initié la pratique de l'art, et plus particulièrement du dessin, par sa propre initiative. Elle

pratiquerait cet art en autonomie, lors des ateliers artistiques (groupe ASA) ou encore avec un art-thérapeute (groupe AAA). Elle affirmerait ressentir subjectivement une amélioration de la symptomatologie de ses troubles par la pratique de l'art et cela en quelques jours à quelques mois. Cette amélioration de la symptomatologie par la pratique de l'art semble se confirmer par l'échelle HAD. Cette femme aurait eu une prise en charge médicamenteuse et/ou des séances avec un psychologue avant de débiter l'art. Elle continuerait cette prise en charge en parallèle et/ou à la suite de la pratique de l'art.

Enfin, il est intéressant de citer quelques points forts du questionnaire : son approche anonyme, le fait qu'il soit ouvert à toute personne souhaitant y répondre, qu'il soit numérique et donc visant à toucher le plus de personnes. Il est également court et facile à remplir. De plus, il est construit sur la base d'un instrument permettant de dépister les troubles anxieux et dépressifs, ce qui favorise une interprétation plus objective. Cependant, malgré les efforts fournis dans ce sens, nous aurions pu envisager d'autres canaux de distributions, tels qu'une transmission aux professionnels de santé divers (médecins, pharmaciens...) ou psychologues, afin d'atteindre une plus grande population et une population plus variée. De plus, le questionnaire est rétroactif et ne permet que de manière limitée la visualisation de l'environnement de chaque personne. Ainsi, il serait intéressant de construire une étude en temps réel, encadrée par des professionnels de santé permettant un retour régulier et en temps réel de la part des personnes sur l'effet de l'art, ainsi qu'une attribution plus juste des effets bénéfiques à l'art.

6. Conclusion

Les troubles anxieux et dépressifs sont des pathologies fréquentes. Face à ces troubles multifactoriels, les professionnels de santé peuvent orienter le patient vers des traitements pharmacologiques, des psychothérapies ou encore des traitements complémentaires, en fonction de la gravité de leurs symptômes.

L'art semble avoir un effet bénéfique dans le cadre de la prévention, de la gestion ou du traitement des troubles anxieux ou dépressifs, comme l'indique le rapport de l'OMS. De plus, l'effet positif de l'art semble également apparaître par l'analyse des réponses (subjectives et celles plus objectives) du questionnaire où il participerait à l'amélioration de la symptomatologie de ces troubles. Afin de surmonter davantage les biais rencontrés il serait

intéressant d'observer plus en détail cette tendance sur une population plus importante et grâce à une étude clinique.

Enfin, nous avons pu observer que des suggestions d'efforts plus importants de la part de tous les pays dans la santé mentale et d'une « collaboration plus synergique entre les secteurs de la santé et des arts » par le biais de différentes politiques ont été proposées par, respectivement, le Directeur général de l'OMS et le rapport de l'OMS (3,174). Ainsi, restons à l'affût d'éventuelles nouvelles études ou approches complémentaires visant à répondre aux troubles anxieux ou dépressifs, en lien avec l'art ou d'autres domaines.

BIBLIOGRAPHIE

1. Inserm, Gardier A, Corruble E. Dépression Mieux la comprendre pour la guérir durablement [Internet]. Inserm. 2019 [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
2. Inserm, El-Hage W, Beyeler A. Troubles anxieux · Quand l'anxiété devient pathologique [Internet]. Inserm. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>
3. Organisation Mondiale de la Santé. Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19 [Internet]. 2022 [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
4. Lemogne C, Airagnes G, Hoertel N, Limosin F. Pronostic des troubles anxieux : au 6e rang des maladies les plus invalidantes [Internet]. 2019 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/pronostic-des-troubles-anxieux-au-6e-rang-des-maladies-les-plus-invalidantes>
5. Dre Oberle L, Prof Broers B. LA DEPRESSION [Internet]. 2017 [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/st_rategie_depression.pdf
6. Organisation Mondiale de la Santé. Dépression: parlons-en [Internet]. 2017 [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
7. Boyer P. L'anxiété généralisée. John Libbey Eurotext; 2005. 46 p.
8. Dassonville V. Du symptôme dépressif à la thérapeutique. L'Encéphale. sept 2007;
9. Maroy B. La dépression et son traitement : aspects méconnus. L'Harmattan; 2019. 47-93 p.
10. Maroy B. La dépression et son traitement : aspects méconnus. L'Harmattan; 2019. 100-104 p.
11. W. Barnhill J. Revue générale des troubles anxieux - Troubles psychiatriques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2020 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-troubles-anxieux?query=anxi%C3%A9t%C3%A9>
12. Vidal. La prise en charge de l'anxiété [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/diagnostic.html>
13. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 650 p.
14. Coryell W. Dépression - Troubles mentaux [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. 2021 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/troubles-de-l-humeur/d%C3%A9pression>
15. L'Assurance Maladie. Traitement des troubles dépressifs [Internet]. 2022 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/doubs/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/traitement>
16. Evers A. Le grand livre de l'art-thérapie. EYROLLES; 2010. XVII, 4-9.
17. Ray MC. Art-thérapie : qu'est-ce que c'est ? [Internet]. Futura. 2017 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-art-therapie->

16292/

18. Klein JP. L'art-thérapie. Cah Gestalt-Thérapie. 2007;20(1):55-62.
19. Syndicat Français des Art-thérapeutes. Définition [Internet]. SFAT. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://syndicat-arts-therapeutes.com/definition/>
20. Klein JP. Penser L'art-thérapie. Presses Universitaires de France; 2012. 103-113 p.
21. Organisation Mondiale de la Santé. Dépression [Internet]. 2022 [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/depression>
22. Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique - Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2017 [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf
23. Haute Autorité de Santé. Annexe_4 Définition de l'EDC selon le DSM-5 [Internet]. 2014 [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf
24. Peretti CS. Comprendre et soigner la dépression. Elsevier Masson; 2013. 28-35 p.
25. Fondacci C. Les dépressions. Springer Verlag France; 2009. 13-23 p.
26. Magalon-Bingenheimer K, Magalon D, Zendjidjian X, Boyer L, Griguer Y, Lançon C. Dépression en médecine générale. Presse Médicale. 1 avr 2013;42(4, Part 1):419-28.
27. Agbokou C, Fossati P. Traitements médicamenteux de la dépression - ScienceDirect [Internet]. 2008 [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com.scd1.univ-fcomte.fr/science/article/pii/S0755498208000936?via%3Dihub>
28. Institut du Cerveau. La dépression, qu'est ce que c'est ? [Internet]. Institut du Cerveau. 2022 [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://institutducerveau-icm.org/fr/depression/>
29. Fondacci C. Les dépressions. Springer Verlag France; 2009. 25-27 p.
30. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur la dépression [Internet]. 2021 [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
31. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Observatoire national du suicide [Internet]. 2022 [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide>
32. la rédaction de Vie-publique.fr. Covid-19 : hausse des états dépressifs après le premier confinement [Internet]. vie-publique.fr. 2021 [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279037-covid-19-sante-mentale-et-etats-depressifs-apres-les-confinements>
33. Papeta D. Evènements de vie et dépression. 2003. 5 p.
34. Coryell W. Troubles dépressifs - Troubles psychiatriques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2021 [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-d%C3%A9pressifs?query=d%C3%A9pression>
35. Madelin R. Actions contre la dépression. 2004;58.
36. Papeta D. Evènements de vie et dépression. 2003. 6-7 p.
37. Vidal. Pourquoi développe-t-on une dépression ? [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/causes.html>
38. CAMH. La dépression [Internet]. 2022 [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-depression>
39. L'Assurance Maladie. Comprendre la dépression [Internet]. 2022 [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/doubs/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/comprendre-depression>

40. Botts S, Ryan M. Drug-Induced Diseases - Prevention, Detection and Management - Section IV: Drug-Induced Psychiatric Diseases Chapter 18: Depression. In 2010. Disponible sur: <https://www.ashp.org/-/media/assets/pharmacy-practice/resource-centers/medications-suicidality/drug-induced-diseases.ashx?la=en&hash=A13BB8139724ECC96702217C4823B641234F93AB>
41. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 667-668 p.
42. Landry Y, Gies JP, Sick E, Niederhoffer N. Pharmacologie – Des cibles à la thérapeutique. Dunod; 2019. 301 p.
43. Maroy B. La dépression et son traitement : aspects méconnus. L'Harmattan; 2019. 103 p.
44. France Dépression. France Dépression - Grand Paris Ile de France [Internet]. 2022 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: https://francedepression.fr/index.php/content_page/item/7-grand-paris-ile-de-france
45. France Dépression S. France Dépression - Qui sommes-nous [Internet]. 2022 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: https://francedepression.fr/index.php/content_page/item/1-qui-sommes-nous
46. S.O.S Amitié. S.O.S Amitié - Accueil [Internet]. France. 2022 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.sos-amitie.com/>
47. La Porte Ouverte. La Porte Ouverte Un lieu d'écoute, anonyme, gratuit, sans rendez-vous [Internet]. 2022 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.la-porte-ouverte.fr/>
48. Suicide Écoute. Suicide Écoute | Le suicide plus on en parle...moins on y pense [Internet]. 2022 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.suicide-ecoute.fr/>
49. SOS SUICIDE Phénix. SOS Suicide Phénix – En parler, c'est déjà revivre ! [Internet]. 2022 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://sos-suicide-phenix.org/>
50. Pr Chahraoui K, Dr Reynaud M. Différents types de techniques psychothérapeutiques. 2017 [cité 24 oct 2022];67. Disponible sur: https://www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr/wp-content/uploads/2017/09/ref71_reynaud-1.pdf
51. Fondacci C. Les dépressions. Springer Verlag France; 2009. 89-98 p.
52. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées. Guide [Internet]. 2021 [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-8.pdf>
53. Vidal. Comment soigne-t-on la dépression ? [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/traitements.html>
54. Ferrara V. Combien de temps dure une psychothérapie? [Internet]. Virginie FERRARA. 2017 [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.virginieferrara.com/2017/07/18/combien-de-temps-dure-therapie/>
55. Chiche S. Les grandes familles de psychothérapies. 2013;31(6):13-13.
56. Arielle Fontaine, Haute Autorité de Santé. Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974237/fr/depression-de-l-adulte-reperage-et-prise-en-charge-initiale
57. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours 2. Prise en charge thérapeutique et suivi [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf
58. Caria A, Loubières C. Psychothérapies - Thérapies comportementales et cognitives (TCC) [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Therapies-comportementales-2021.pdf>

59. Ginger S. Psychothérapie - 100 réponses pour en finir avec les idées reçues. Dunod; 2006. 38-40 p.
60. B. First M. Traitement des maladies mentales - Troubles mentaux [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/pr%C3%A9sentation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale/traitement-des-maladies-mentales>
61. Ginger S. Psychothérapie - 100 réponses pour en finir avec les idées reçues. Dunod; 2006. 40-41 p.
62. Coryell W. Traitement pharmacologique de la dépression - Troubles psychiatriques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/traitement-pharmacologique-de-la-d%C3%A9pression?query=d%C3%A9pression>
63. Vidal. Les médicaments antidépresseurs [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/medicaments.html>
64. ANSM. Résumé des caractéristiques du produit - MIANSERINE RPG 10 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2017 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61465932&typedoc=R>
65. Vidal. MOCLAMINE [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/moclamine-6234.html>
66. Vidal. MARSILID [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/marsilid-5882.html>
67. M. Stahl S. Psychopharmacologie essentielle - Bases neuroscientifiques et applications pratiques. 4e édition. Lavoisier - Médecine Sciences; 2015. 284-294 p.
68. Vidal. Venlafaxine : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2013 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/venlafaxine-5747.html>
69. CNPM. Imipraminiques [Internet]. 2018 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/imipraminiques>
70. Vidal. Moclobémide : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2013 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/moclobemide-4149.html>
71. Vidal. Iproniazide : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2013 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/iproniazide-4147.html>
72. CNPM. Antagonistes alpha2-adrénergiques en tant qu'antidépresseurs Mirtazapine/miansérine [Internet]. 2018 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antagonistes-alpha2-adrenergiques-en-tant-qu-antidepresseurs-mirtazapine-mianserine>
73. Vidal. Tianeptine : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2013 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/tianeptine-6884.html>
74. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 674-675 p.
75. Vidal. BRINTELLIX [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/brintellix-63016.html>
76. Vidal. Vortioxétine : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2017 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/vortioxetine-24205.html>

77. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 674 p.
78. Vidal. Recommandations Dépression [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/depression-1567.html>
79. AP-HM. Traitement de la dépression par sismothérapie [Internet]. 2012 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/actu/traitement-de-la-depression-par-sismotherapie>
80. Bandiera C, Carli DD, Berger DJ. La luminothérapie, traitement de premier choix. 2019;
81. Vidal. L'activité physique adaptée à la dépression [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/sport-ordonnance.html>
82. Vidal. La phytothérapie dans le traitement de la dépression [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/phytotherapie-plantes.html>
83. Goetz P. Traiter la dépression en 2018 [Internet]. 2018 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.proquest.com/docview/2167290897?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar>
84. Tissot O. Prise en charge de l'anxiété par la phytothérapie. Actual Pharm. 1 nov 2019;58(590):27-8.
85. de Melo Guerra Ribas R, Oliveira D, da Silva P, Martins H, de Moraes J, Silva M, et al. The different roles of Griffonia simplicifolia in the treatment of depression: a narrative review. Jpn J Complement Altern Med. 16 juin 2021;14:167-71.
86. Talaei A, Hassanpour Moghadam M, Sajadi Tabassi SA, Mohajeri SA. Crocin, the main active saffron constituent, as an adjunctive treatment in major depressive disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot clinical trial. J Affect Disord. mars 2015;174:51-6.
87. Haute Autorité de Santé. Guide – Affection de longue durée - Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves [Internet]. 2007 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
88. Psycom. Anxiété, phobies et TOC [Internet]. <https://www.psycom.org/>. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/les-troubles-psy/anxiete-phobies-et-toc/>
89. Association des médecins psychiatres du Québec. Anxiété [Internet]. Association des médecins psychiatres du Québec. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://ampq.org/info-maladie/anxiete/>
90. L'Assurance Maladie. Comprendre les troubles anxieux (anxiété grave) [Internet]. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/doubs/assure/sante/themes/troubles-anxieux-anxiete/comprendre-troubles-anxieux-anxiete>
91. Boyer P. L'anxiété généralisée. John Libbey Eurotext; 2005. 41 p.
92. W. Barnhill J. Troubles phobiques spécifiques - Troubles mentaux [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. 2020 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/troubles-phobiques-sp%C3%A9cifiques>
93. Cavicchioli L. «Les troubles anxieux sont fréquents, il faut les diagnostiquer» [Internet]. The Conversation. 2020 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <http://theconversation.com/les-troubles-anxieux-sont-frequents-il-faut-les-diagnostiquer-129637>
94. Vidal. Etat de stress post traumatique (ESPT) - symptômes, causes, traitements et prévention [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/etat-stress-post-traumatique-espt.html>

95. Gagnepain P, Inserm. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. 2020 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
96. W. Barnhill J. Crises de panique et trouble panique [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. 2020 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/crises-de-panique-et-trouble-panique>
97. W. Barnhill J. Agoraphobie - Troubles mentaux [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. 2020 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/agoraphobie>
98. Inserm, Mallet L, Clair AH, Domenech P. Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-obsessionnels-compulsifs-toc/>
99. Pelissolo A. Des troubles anxieux à la dépression. Phase 5 éditions médicales; 2006. 38 p.
100. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 649 p.
101. Anxiété. Troubles anxieux : Quelques chiffres [Internet]. Anxiété. 2022 [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/quelques-chiffres/>
102. Boyer P. L'anxiété généralisée. John Libbey Eurotext; 2005. 41-45 p.
103. Vidal. Les symptômes et les causes de l'anxiété [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/symptomes-causes.html>
104. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 647-648 p.
105. Gouvernement de Québec. À propos des troubles anxieux [Internet]. 2019 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/troubles-anxieux/a-propos-troubles-anxieux>
106. Vidal. Prévenir l'anxiété [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/prevention.html>
107. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 650-661 p.
108. Dellucci H, Tarquinio C. L'EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing – au service de la thérapie systémique. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2015;55(2):59-90.
109. EMDR France. La thérapie EMDR [Internet]. Association EMDR France. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.emdr-france.org/lemdr-cest-quoi/la-therapie-emdr/>
110. Haour F, de Beaurepaire C. Évaluation scientifique de la psychothérapie EMDR pour le traitement des traumatismes psychiques. L'Encéphale. 1 juin 2016;42(3):284-8.
111. Rydberg JA. Protocoles et procédures EMDR - Huit phases, trois volets et onze points [Internet]. 2022 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:rsu-PwCZf8kJ:scholar.google.com/+EMDR+8+%C3%A9tapes&hl=fr&as_sdt=0,5
112. Desbiendras N. Chapitre 14. Les mouvements oculaires seulement ? In: Pratique de la psychothérapie EMDR [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 29 oct 2022]. p. 157-64. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie->

emdr--9782100737802-p-157.htm

113. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 654-662 p.

114. Vidal. Les médicaments de l'anxiété [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/medicaments.html>

115. Haute Autorité de Santé. ALD n°23 - Troubles anxieux graves [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_556489/fr/ald-n23-troubles-anxieux-graves

116. Vidal. Prégabaline : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2013 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/pregabaline-22716.html>

117. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 650-662 p.

118. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées. Le bon usage des benzodiazépines par les professionnels de santé [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/bon-usage-par-les-professionnels/article/le-bon-usage-des-benzodiazepines-par-les-professionnels-de-sante>

119. Vidal. Buspirone : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/buspirone-6705.html>

120. Vidal. BUSPIRONE MYLAN [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/buspirone-mylan-42069.html>

121. Vidal. ATARAX [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/atarax-739.html>

122. Vidal. STRESAM [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/stresam-9825.html>

123. Haute Autorité de Santé. COMMISSION DE LA TRANSPARENCE - Avis [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15529_STRESAM_PIS_RI_Avis2_CT15529.pdf

124. Vidal. CYAMEMAZINE BIOGARAN [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/cyamemazine-biogaran-87930.html>

125. Vidal. SULPIRIDE MYLAN [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/sulpiride-mylan-42237.html>

126. Vidal. Sulpiride : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2013 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/sulpiride-3408.html>

127. ANSM. Résumé des Caractéristiques du Produit - SYNEDIL 50 mg [Internet]. 2012 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0205118.htm>

128. ANSM. Résumé des Caractéristiques du Produit - TERCIAN 25 mg [Internet]. 2012 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0213724.htm>

129. ANSM. Résumé des Caractéristiques du Produit - AVLOCARDYL 40 mg [Internet]. 2012 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0214484.htm>

130. Limat S, Professeur Dupuis A, Docteur Fagnoni P, Docteur Demoré B, Fernandez C,

- Aulagner G. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 5ème édition. Elsevier Masson; 2018. 657-662 p.
131. Vidal. La phytothérapie dans le traitement de l'anxiété [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/phytotherapie-plantas.html>
132. Vidal. Soulager une anxiété passagère [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/soulager.html>
133. Dictionnaire de la langue française. Définitions du mot « art » [Internet]. La langue française. 2023 [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/art>
134. La-Philo. L'Art : Définition Philosophique [Internet]. La-Philosophie.com : Cours, Résumés & Citations de Philosophie. 2012 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://la-philosophie.com/art-definition-philosophique>
135. ARTSPLASTIQUES. A vous de donner votre définition de l'art [Internet]. Arts Plastiques. 2017 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://perezartsplastiques.com/2017/10/06/a-vous-de-donner-votre-definition-de-lart/>
136. Visual Arts Encyclopedia. Art Definition: Meaning, Classification of Visual Arts [Internet]. 2023 [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.visual-arts-cork.com/art-definition.htm#definition>
137. Performance Art. Quels sont les 10 arts ? [Internet]. 2021 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.artperformance.org/10-arts/>
138. Performance Art. Histoire de l'art : origine et résumé [Internet]. 2022 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.artperformance.org/>
139. Ecole Supérieure de l'Image et du Son. POURQUOI APPELLE-T-ON LE CINÉMA « LE SEPTIÈME ART » ? [Internet]. esis-paris. 2021 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.esis-paris.fr/actualites/pourquoi-appelle-t-on-le-cinema-le-septieme-art/>
140. Hamel J, Labrèche J. Art-thérapie - Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs. Larousse; 2019. 9-29 p. (Poche).
141. Evers A. Le grand livre de l'art-thérapie. EYROLLES; 2010. 6-7 p.
142. Evers A. Le grand livre de l'art-thérapie. EYROLLES; 2010. 6-8 p.
143. Marin A. Quand le musée soigne. Lett L'OCIM Mus Patrim Cult Sci Tech. 1 janv 2015;(157):12-7.
144. Association Saint-Paul de Mausole. Saint Paul de Mausole - Cloître Saint-Paul, historique et touristique Vincent van Gogh [Internet]. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.saintpauldemausole.fr/van-gogh.html>
145. The Museum of Modern Art. Vincent van Gogh. The Starry Night. Saint Rémy, June 1889 [Internet]. The Museum of Modern Art. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.moma.org/collection/works/79802>
146. Iker A. Vincent van Gogh [Internet]. The Museum of Modern Art. 2020 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.moma.org/artists/2206>
147. Van Gogh Museum. Lettre de van Gogh [Internet]. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: https://vangoghletters.org/vg/letters/let678/original_text.html
148. Van Gogh Museum. 678 (681, W7): To Willemien van Gogh. Arles, Sunday, 9 and about Friday, 14 September 1888. - Vincent van Gogh Letters [Internet]. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://vangoghletters.org/vg/letters/let678/letter.html>
149. Evers A. Le grand livre de l'art-thérapie. EYROLLES; 2010. 6-12 p.
150. Müller C. Morgenthaler, Walter [Internet]. hls-dhs-dss.ch. 2008 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://hls-dhs-dss.ch/articles/014559/2008-01-03/>
151. Evers A. Le grand livre de l'art-thérapie. EYROLLES; 2010. 8-11 p.
152. Evers A. Le grand livre de l'art-thérapie. EYROLLES; 2010. 12 p.

153. Chardon F, Platel H. Quand l'art répare le cerveau. *Cerveau Psycho*. 4 janv 2018;N° 98(4):18-25.
154. AFRATAPEM. L'ART-THÉRAPIE EN FRANCE - Etat chiffré et commenté [Internet]. 2018 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <http://art-therapie-tours.net/wp-content/uploads/2019/06/art-therapie-%C3%A9tat-chiffr%C3%A9-et-comment%C3%A9.pdf>
155. University of Exeter. Can you dance your way to better health and well-being? For the first time, WHO studies the link between arts and health [Internet]. BCIHub. 2019 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://bci-hub.org/news/can-you-dance-your-way-better-health-and-well-being-first-time-who-studies-link-between-arts>
156. Evers A. *Le grand livre de l'art-thérapie*. EYROLLES; 2010. 13 p.
157. Klein JP. L'art-thérapie : avec quoi ? In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2014 [cité 1 nov 2022]. p. 44-84. (Que sais-je ?; vol. 9e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-art-therapie--9782130633525-p-44.htm>
158. Moron P, Sudres JL, Roux G. *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*. 2ème édition. Masson; 2004. 30-32 p.
159. Evers A. *Le grand livre de l'art-thérapie*. EYROLLES; 2010. 3 p.
160. Hamel J, Labrèche J. *Art-thérapie - Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Larousse; 2019. 28-29 p. (Poche).
161. Hamel J, Labrèche J. *Art-thérapie - Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Larousse; 2019. 26-32 p. (Poche).
162. Hamel J, Labrèche J. *Art-thérapie - Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Larousse; 2019. 32-34 p. (Poche).
163. Hamel J, Labrèche J. *Art-thérapie - Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Larousse; 2019. 34 p. (Poche).
164. Evers A. *Le grand livre de l'art-thérapie*. EYROLLES; 2010. XVII, 14.
165. Evers A. *Le grand livre de l'art-thérapie*. EYROLLES; 2010. 8-14 p.
166. Hamel J, Labrèche J. *Art-thérapie - Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Larousse; 2019. 34-40 p. (Poche).
167. Syndicat Français des Art-thérapeutes. Formation [Internet]. SFAT. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://syndicat-arts-therapeutes.com/formation/>
168. AFRATAPEM. Formation Continue [Internet]. AFRATAPEM. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://art-therapie-tours.net/formation-continue/>
169. Evers A. *Le grand livre de l'art-thérapie*. EYROLLES; 2010. 65-66 p.
170. Hamel J, Labrèche J. *Art-thérapie - Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Larousse; 2019. 40-42 p. (Poche).
171. Fédération Française des Art-thérapeutes. Code de déontologie des art-thérapeutes [Internet]. 2014 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.emergence-creative.fr/wp-content/uploads/2016/08/Code-deontologie-Ffat.pdf>
172. Hamel J, Labrèche J. *Art-thérapie - Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Larousse; 2019. 23-24 p. (Poche).
173. Hamel J, Labrèche J. *Art-thérapie - Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Larousse; 2019. 44-85 p. (Poche).
174. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019 [cité 9 janv 2023]. 133 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329834>
175. Haute Autorité de Santé. Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf
176. Barnhart B. Les données démographiques sur les réseaux sociaux pour étayer la stratégie

de votre marque en 2021 [Internet]. Insights (Français). 2021 [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: https://sproutsocial.com/fr/insights/new-social-media-demographics-fr_fr/

ANNEXES

- 1) Annexe 1 : Document descriptif envoyé avec le questionnaire, lorsque ce dernier était communiqué aux art-thérapeutes pour transmission à leurs patients.

La place de l'art dans l'anxiété et la dépression



ZOFIA SCIBOR



0917



0917



Madame, Monsieur,

Je me présente. Je m'appelle Zofia Scibor et je suis pharmacienne. Afin d'obtenir le titre de Docteur en Pharmacie, je rédige une thèse d'exercice ayant pour titre "La place de l'art dans l'anxiété et la dépression".

Ainsi, dans ce cadre, j'ai établi un questionnaire rapide évaluant l'influence de l'art, quelle qu'en soit la forme, sur la manière dont la personne qui le pratique se sent au quotidien. Le questionnaire est anonyme et se présente sous forme informatique en accédant au lien suivant :

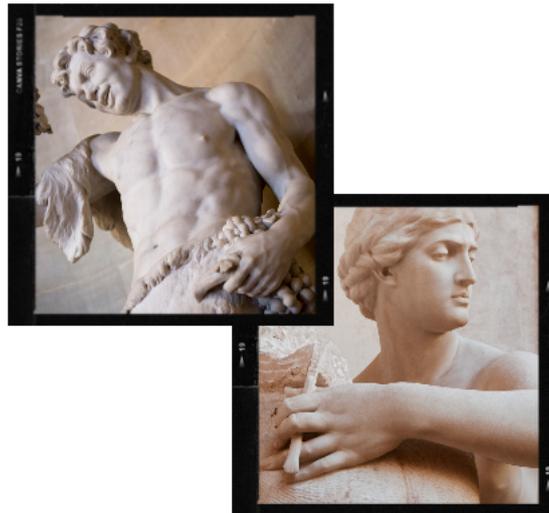
<https://docs.google.com/forms/d/1XTCzU-jsqmDjaEz kf3hrsMLnXx3YCnf0XARzL7zjLI4/prefill>

Il peut s'agir de la pratique de la musique, de la danse, du chant, de la peinture, du théâtre, de la sculpture etc. Vous pouvez pratiquer cette activité individuellement, à la maison, lors des ateliers en groupe ou individuels, avec un art-thérapeute etc.

Chaque réponse est donc une source intéressante d'informations et un pas en avant inestimable dans mon travail d'écriture.

Je vous remercie en avance pour votre retour !

Zofia Scibor.



2) Annexe 2 : Questionnaire



Anxiété-Dépression & Art

Questionnaire anonyme dans le cadre d'une thèse d'exercice - dans le but d'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie,
Zofia SCIBOR
2022

Questions générales

1. Je suis

- Une femme
- Un homme

2. Mon âge est :

- < 25 ans
- 25 - 35 ans
- 36 - 45 ans
- 46 - 55 ans
- 56 - 65 ans
- > 66 ans

3. Depuis quand souffriez ou souffrez-vous de l'anxiété et/ou dépression ?

- Plusieurs jours
- Plusieurs semaines
- Plusieurs mois
- Plusieurs années

4. Aviez-vous des symptômes anxieux ou dépressifs avant la rencontre avec l'art ou les avez-vous encore ?

- Oui, je les avais avant
- Oui, je les ai toujours
- Non, je ne les ai jamais eu
- Non, je ne les ai plus

5. Qui vous a-t-il conseillé la pratique de l'art ?

- Vous-mêmes (livres, internet...)
- Un(e) ami(e)
- Un(e) professionnel(le) de santé
- Un(e) art-thérapeute
- Un(e) artiste
- Autre : _____

6. Quel art côtoyez-vous ?

- Musique
- Clown
- Théâtre
- Danse
- Écriture
- Dessin
- Peinture
- Chant
- Autre : _____

7. Dans quel cadre rencontrez-vous l'art ?

- Avec un art-thérapeute
- Lors des ateliers artistiques
- Autre : _____

8. Voyez-vous vos symptômes diminuer grâce à l'art ?

- Oui
- Non

9. Si l'art permet de diminuer les symptômes d'anxiété et/ou de dépression, au bout de combien de temps avec-vous observé une amélioration ?

- Plusieurs jours
- Plusieurs semaines
- Plusieurs mois
- Plusieurs années

10. Aviez-vous une prise en charge spécifique de l'anxiété et/ou de la dépression avant la rencontre avec l'art ? Si oui, précisez laquelle ou lesquelles :

- Médicaments
- Psychologue
- Autre : _____

11. Continuez-vous cette prise charge en parallèle ou à la suite de la pratique de l'art ?

- Oui
- Non
- Autre : _____

L'effet de l'art

12. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

	3 : La plupart du temps	2 : Souvent	1 : De temps en temps	0 : Jamais
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

	0 : Oui, tout autant	1 : Pas autant	2 : Un peu seulement	3 : Presque plus
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

	3 : Oui, très nettement	2 : Oui, mais ce n'est pas trop grave	1 : Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	0 : Pas du tout
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

	0 : Autant que par le passé	1 : Plus autant qu'avant	2 : Vraiment moins qu'avant	3 : Plus du tout
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Je me fais du souci

	3 : Très souvent	2 : Assez souvent	1 : Occasionnellement	0 : Très occasionnellement
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Je suis de bonne humeur

	3 : Jamais	2 : Rarement	1 : Assez souvent	0 : La plupart du temps
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

	0 : Oui, quoi qu'il arrive	1 : Oui, en général	2 : Rarement	3 : Jamais
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

	3 : Presque toujours	2 : Très souvent	1 : Parfois	0 : Jamais
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

	0 : Jamais	1 : Parfois	2 : Assez souvent	3 : Très souvent
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

	3 : Plus du tout	2 : Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	1 : Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	0 : J'y prête autant d'attention que par le passé
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

	3 : Oui, c'est tout à fait le cas	2 : Un peu	1 : Pas tellement	0 : Pas du tout
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

	0 : Autant qu'avant	1 : Un peu moins qu'avant	2 : Bien moins qu'avant	3 : Presque jamais
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. J'éprouve des sensations soudaines de panique

	3 : Vraiment très souvent	2 : Assez souvent	1 : Pas très souvent	0 : Jamais
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

	0 : Souvent	1 : Parfois	2 : Rarement	3 : Très rarement
Avant la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la pratique de l'art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Annexe 3 : Echelle HAD - Hospital Anxiety and Depression scale

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

4) Annexe 4 : Résultats de la Partie 3 du questionnaire incluant les scores

Tableau 18 : Tableau représentant les scores issus des réponses de personnes pratiquant de l'art avec un art-thérapeute (AAA) et cela pour l'anxiété (HAD-A) et la dépression (HAD-D), avec un code couleur associé en fonction de l'interprétation définie dans le Tableau 12. Il s'agit de scores avant et après la pratique de l'art pour les questions relatives à l'anxiété et à la dépression. Une moyenne des scores a été également calculée pour chaque situation. La couleur est orange lorsqu'il manque une réponse.

Numéro attribué	Anxiété (Scores HAD-A associés à l'interprétation)		Dépression (Scores HAD-D associés à l'interprétation)	
	Avant la pratique de l'art	Après la pratique de l'art	Avant la pratique de l'art	Après la pratique de l'art
1	11	3	8	3
2	10	6	6	1
3	15	12	10	10
4	17	7	14	1
5	15	12	11	11
6	16	9	15	4
7	11	17	11	6
8	17	8	11	2
9	7	7	11	6
10	15	10	9,5	3
11	16	7	10	5
12	19	14	13	6
13	9	4	7	5
14	14	10	11	8
Moyenne des scores	13,7142857	9	10,5357143	5,07142857

Tableau 19 : Tableau représentant les scores pour chaque personne avant et après avoir pratiqué de l'art sans art-thérapeute (ASA) avec un code couleur associé en fonction de l'interprétation définie dans le Tableau 12. Une moyenne des scores a été également calculée pour chaque situation. La couleur est orange lorsqu'il manque une réponse.

Numéro attribué	Anxiété (Scores HAD-A associés à l'interprétation)		Dépression (Scores HAD-D associés à l'interprétation)	
	Avant la pratique de l'art	Après la pratique de l'art	Avant la pratique de l'art	Après la pratique de l'art
1'	16	7	14	1
2'	14	9	2	1

3'	14	8,5	10	6
4'	15	13	17	12
5'	13	5	9	1
6'	10	5	13	9
7'	11	8	7	5
8'	17	14	5	4
9'	17	5	10	0
10'	2	0	13	10
11'	15	8	7	6
12'	19	4	16	4
13'	12	7	8	3
14'	17	6	12	2
15'	10	6	7	2
16'	14	12	11	9
17'	12	3	3	4
18'	15	4	6	5
19'	13	8	8	7
20'	8	7	10	8
21'	14,5	3,5	5,5	1,5
22'	13	11	4	5
23'	18	10	18	7
24'	10	4	8	4
25'	17	6	12	6
26'	21	9	17	3
27'	16	10	18	8,5
28'	15	6	2	3
29'	15	14	7,5	5,5
30'	17	11	14	6
31'	12	4	15	11
32'	13	7	9	7
33'	16	8	5	6
34'	11	6	5	2
35'	7	5	9	5
36'	17	13	10	9
37'	14	8	8	7
38'	13	3	12	5
39'	10,5	8,5	5	4
40'	10	7	5	6
41'	14	6,5	8	4
42'	16	10	10	6
43'	15	5	5	2
44'	13	9,5	17,5	7

45'	16	9	12	5
46'	17	16	3	3
47'	15	4	12	9
Moyenne des scores	13,8297872	7,5212766	9,45744681	5,24468085

Tableau 20 : Tableau représentant les scores pour chaque personne ayant répondu à la question 4 ne jamais avoir eu des symptômes anxieux ou dépressifs. Les scores sont représentés avant et après avoir pratiqué de l'art, et cela pour l'anxiété et la dépression, avec un code couleur associé en fonction de l'interprétation définie dans le Tableau 12. Une moyenne des scores a été également calculée pour chaque situation.

Le numéro attribué	Score avant la pratique de l'art		Score après la pratique de l'art	
	Anxiété	Dépression	Anxiété	Dépression
1'N	9,5	8	3	2
2'N	9	1	5	0
3'N	5	7	2	2
4'N	6	2	4	2
Moyenne des scores	7,375	4,5	3,5	1,5

Tableau 21 : Tableau représentant les scores pour la personne n'ayant pas répondu la question « 4. Avez-vous des symptômes anxieux ou dépressifs avant la rencontre avec l'art ou les avez-vous encore ? ». Les scores sont représentés avant et après avoir pratiqué de l'art, et cela pour l'anxiété et la dépression, avec un code couleur associé en fonction de l'interprétation définie dans le Tableau 12.

Numéro attribué	Score avant la pratique de l'art		Score après la pratique de l'art	
	Anxiété	Dépression	Anxiété	Dépression
1'V	15	9	7	5

Tableau 22 : Tableau représentant les scores pour la personne pour laquelle l'interprétation suggère une absence de symptomatologie avant la pratique de l'art avant la pratique de l'art. Les scores sont représentés avant et après avoir pratiqué de l'art, et cela pour l'anxiété et la dépression, avec un code couleur associé en fonction de l'interprétation définie dans le Tableau 12.

Numéro attribué	Score avant la pratique de l'art		Score après la pratique de l'art	
	Anxiété	Dépression	Anxiété	Dépression
1'S	3	7	2	5

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : SCIBOR -ZOFIA

Thèse soutenue le : 07/04/2023

Titre de la thèse :

PLACE DE L'ART DANS LA THÉRAPIE DES TROUBLES ANXIEUX ET DES TROUBLES
DEPRESSIFS

Résumé :

Les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont fréquents dans la population et touchent davantage les femmes que les hommes. De plus, ces deux troubles ont connu une augmentation de 25% au cours de la première année de la crise COVID-19. Ces deux pathologies ont une origine multifactorielle, avec, entre autres, une cause génétique, environnementale, psychosociale ou encore biologique. Lorsqu'elles surviennent, elles peuvent avoir un effet négatif sur la vie du patient, sur le plan personnel, professionnel ou social. En plus, il existe un lien entre ces troubles et la présence de différentes pathologies, avec, entre autres, le diabète ou diverses douleurs. Ainsi, différents traitements sont disponibles en fonction de la gravité des symptômes, tels que les psychothérapies, les traitements pharmacologiques et les traitements complémentaires. Parmi ces derniers nous pouvons citer, pour les troubles dépressifs, la photothérapie, l'activité physique adaptée ou la phytothérapie (avec le millepertuis p.ex.). Dans le cadre des troubles anxieux, les traitements complémentaires sont représentés par la phytothérapie (avec la passiflore p.ex.) ou les exercices de relaxation tels que le yoga ou la méditation. Par ailleurs, les bénéfices psychologiques de l'art ont été observés durant l'Antiquité et ont suscité l'intérêt à différents moments de l'histoire, avec un intérêt grandissant pour l'art-thérapie à partir du milieu du XXème siècle. Plus récemment, en 2019, c'est l'OMS qui s'est intéressée à l'impact de l'activité artistique sur l'anxiété de la dépression au travers d'un rapport basé sur plus de 900 publications. Ce dernier précise que l'art aurait un effet positif dans la prévention, la gestion et le traitement des troubles anxieux et dépressifs. Enfin, cette étude de l'effet de l'art dans l'anxiété et de la dépression a été effectuée par le biais d'un questionnaire basé sur l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). Les résultats sont également prometteurs montrant que l'art semblerait participer à l'amélioration de la symptomatologie chez les personnes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs. Cette analyse dévoile des perspectives d'exploration intéressantes, par le biais par exemple d'une étude clinique.

Mots clés : troubles anxieux, troubles dépressifs, art, art-thérapie, pharmacie, questionnaire, thérapie