

N°
Note :

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**ART-THÉRAPIE AUPRÈS D'ADULTES
EN SEVRAGE À L'ALCOOL
- DOMINANTE MODELAGE ET MUSIQUE -**

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

de la faculté de Médecine de TOURS

Présenté par HAMON Marguerite

Année 2013

Sous la direction de :
VESPROUMIS Pascal
Médecin généraliste - addictologue

Lieu de stage :
Service d'Addictologie
Fondation Saint Jean de Dieu
Centre Hospitalier Dinan/St Brieu
BP 81 055 – 22101 Dinan cedex

Remerciements

Un grand merci aux patients rencontrés dans le cadre du stage, notamment Mme B. et M. E.

A Mme Gour, cadre de santé, pour m'avoir ouvert les portes de l'unité addictologie de Dinan,

A toute l'équipe pour son accueil,

A l'équipe pédagogique de l'A.F.R.A.T.A.P.E.M.,

A M. Forestier pour son riche enseignement

Merci au directeur de ce mémoire, Dr Vesproumis, pour les indications constructives,

A l'art-thérapeute Claude Cadiou pour ses conseils,

A Guillaume Vincent, Gwenaél Hamon, Nina Lohyn-Cochin pour leur relecture et pour les échanges qui ont suivis.

Remerciements.....	1
PLAN.....	2
Glossaire.....	6
Introduction.....	8
Première partie : l'art-thérapie auprès d'adultes en sevrage à l'alcool peut impacter la qualité de vie des patients	9
A. Les personnes souffrant d'addiction présentent une altération des facultés nécessaires à une bonne qualité de vie.....	9
1. Les addictions entraînent une incapacité à contrôler un comportement.....	9
2. Trois types de facteurs de risques sont déclencheurs du cycle de l'addiction.....	9
2.1. Les risques peuvent être liés au produit.....	9
2.2. Les risques peuvent être liés à l'individu.....	9
2.3. Les risques peuvent être liés à l'environnement.....	9
3. L'entrée dans le cycle de l'addiction induit dysrégulation du « système de récompense » et une déconnexion du contrôle inhibiteur.....	10
3.1. L'addiction entraîne une dysrégulation du « système de récompense ».....	10
3.2. La dopamine a un rôle dans le système de récompense.....	10
3.3. Les drogues dérèglent des mécanismes fondamentaux.....	11
4. L'entrée dans le cycle de l'addiction induit une désadaptation dans les liens entre le monde intérieur et le monde extérieur.....	11
5. L'alcoolisme provoque des difficultés d'ordre physique, psychique et social qui altèrent la qualité de vie.....	12
5.1. L'alcool se différencie des autres drogues.....	12
5.2. L'alcoolisme provoque des difficultés d'ordre physique.....	12
5.3. Les représentations du corps peuvent être également altérés.....	12
5.4. L'alcoolisme provoque des difficultés d'ordre social.....	13
5.5. L'alcoolisme provoque des difficultés d'ordre mental.....	13
5.6. La personne atteinte d'alcoolisme a une qualité de vie altérée.....	13
5.6.1. La désadaptation dans les liens entre le monde intérieur et le monde extérieur empêche l'épanouissement de la personne.....	13
5.6.2. La qualité de vie altérée entraîne une perte de confiance en soi et en l'avenir, pourtant nécessaires pour s'engager dans le soin.....	14
B. L'activité artistique implique l'impression et l'expression, avec le corps comme médiateur.....	14
1. L'Art est une modalité particulière de l'expression humaine.....	14
1.1. L'activité artistique implique l'impression.....	14
1.2. L'impression peut provoquer une réaction ; l'expression.....	15
1.3. Ce mode d'expression est volontaire et orienté vers le Beau*.....	15
1.4. L'action générée implique le corps moteur et des savoir-faire.....	15
1.5. La production artistique est adressée à la communauté humaine.....	16
1.6. L'expression artistique peut être communication, voire relation.....	16
1.7. L'activité artistique nécessite une capacité critique.....	16
1.8. Un schéma permet de rendre compte de la globalité du processus.....	16
2. L'activité artistique implique le goût, le style et l'engagement.....	17
3. Le goût, le style et l'engagement sollicitent le corps et l'esprit.....	17
4. La sculpture (modelage) est une technique d'expression artistique spécifique.....	18
4.1. La sculpture se base sur un travail en volume.....	18

4.2. La sculpture peut -être réalisée avec différents matériaux.....	19
4.3. Le modelage est vecteur d'expérimentation.....	19
4.4. L'œuvre réalisée laisse une trace concrète.....	19
4.5. Le modelage induit une maîtrise de la représentation du temps.....	19
4.6. Le modelage sollicite fortement les sens.....	19
4.7. Le corps moteur est engagé dans le modelage.....	20
4.8. Le modelage est cadré par des contraintes techniques.....	20
4.9. Le modelage nécessite confiance en soi et une structure corporelle maîtrisée.....	20
5. La musique est une technique d'expression artistique spécifique.....	20
5.1. Elle se définit par l'organisation de sons.....	20
5.2. Elle est dépendante de l'artiste.....	21
5.3. L'enregistrement permet de rendre l'œuvre autonome.....	21
5.4. Un ressenti particulier est éprouvé par la stimulation des sens.....	21
6. Différencions l'artiste de l'esthète.....	21
7. La contemplation mobilise le corps et l'esprit.....	21
C. L'art-thérapie peut restaurer le rapport entre le monde intérieur et extérieur.....	21
1. L'art-thérapie est une discipline paramédicale.....	21
2. L'art-thérapeute oriente le pouvoir de l'Art	22
3. L'Art donne envie de guérir.....	22
4. L'opération artistique permet d'élaborer une stratégie thérapeutique.....	22
4.1. L'opération artistique s'organise en 9 phases	22
4.2. La schématisation de l'opération artistique l'inscrit dans une globalité dynamique.....	22
5. L'art-thérapeute accompagne le patient dans un échange adapté entre le monde intérieur et le monde extérieur	23
6. L'activité artistique utilisée participe à la stratégie thérapeutique.....	23
7. L'art-thérapeute travaille sur l'auto-évaluation de l'activité artistique par le patient.....	24
<u>Deuxième partie : un projet de soin en art-thérapie est mis en place au sein de l'unité addictologie</u>	<u>25</u>
A. L'unité hospitalière présente certaines spécificités.....	25
1. L'unité fait partie de l'établissement Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu	25
2. Le soin a pour objectif de consolider l'abstinence.....	25
3. Le service d'addictologie accueille des patients selon des modalités spécifiques.....	25
4. Le soin proposé se base sur une interdisciplinarité.....	26
B. La création de l'activité art-thérapie est conditionnée par de nombreux facteurs qui influencent le cadre art-thérapeutique.....	26
1. L'activité art-thérapeutique s'inscrit dans le planning général	26
1.1. Les séances sont programmées sur 4 semaines.....	26
1.2. La durée des séances est irrégulière et incite à faire des choix stratégiques.....	26
1.3. Le nombre de séances est limité et programmé.....	26
2. L'activité art-thérapeutique s'inscrit dans un espace dédié.....	27
3. Au regard de la pathologie, du cadre thérapeutique et des objectifs de la structure, le champ d'action de l'art-thérapeute est orienté et délimité.....	27
C. Deux études de cas révèlent la difficulté de poser des objectifs art-thérapeutiques sur 7 séances.....	28
1. Afin de répondre aux contraintes de temps, une stratégie générale est élaborée avant la rencontre des patients	28
2. Les deux premières séances sont consacrées à l'enrichissement des informations sur l'état de base du patient	28

3. Le cas de Mme B illustre le potentiel art-thérapeutique.....	29
3.1. Les informations recueillies sur la patiente précisent les sites d'actions.....	29
3.2. Les observations de la première séance induisent un objectif supplémentaire concernant la communication et la relation.....	31
3.3. L'évaluation se décline en 4 faisceaux d'items.....	32
3.4. La séance n°3 illustre la forte intention de Mme B.....	33
3.5. L'évaluation apporte des informations internes et externes au cadre art-thérapeutique..	34
3.6. Le bilan relate une évolution de la nature des objectifs.....	39
4. Le cas de M. E illustre le fait que l'activité art-thérapeutique adapte ses objectifs selon le contexte.....	40
4.1. L'état de base illustre les difficultés liées à l'alcoolisme.....	40
4.2. Les observations de la première séance induisent un objectif supplémentaire concernant la faculté critique.....	40
4.3. L'évaluation se décline en 5 faisceaux d'items.....	42
4.4. La séance n°3 illustre les difficultés résolues concernant le choix de l'œuvre à reproduire.....	43
4.5. L'évaluation fait apparaître des résultats inconstants.....	44
4.4 Le bilan pose la question d'une amélioration pérenne.....	50
5. Les objectifs prioritaires, posés en amont de la prise en charge, peuvent être discutés.....	50
<u>Troisième partie : la dominante « modelage » et la dominante « musique » sont à concilier avec certaines caractéristiques des adultes alcooliques</u>	51
A. L'art-thérapie à dominante modelage est liée à la notion de temps et doit être articulée avec la temporalité alcoolique	51
1. L'expérience de stage illustre la nécessité de s'interroger sur le « temps art-thérapeutique ».....	51
2. Le temps présent est à réinvestir pour le patient alcoolique.....	51
2.1. Pour les philosophes, la notion de « temps » peut être objective et subjective.....	51
2.2. Le rapport de la personne alcoolique au temps est particulier.....	52
2.3. Le temps n'existe plus pour le patient alcoolique.....	52
2.4. Faire réfléchir un patient alcoolique sur son avenir est illusoire.....	52
2.5. Le temps du soin permet certains repères.....	52
2.6. L'art-thérapeute accompagne également le patient dans le présent.....	53
2.7. La temporalité est variable selon les individus et nécessite un cadre thérapeutique adapté.....	53
B. L'exercice de contemplation doit être concilié avec les spécificités du patient alcoolique.....	53
1. L'expérience de stage illustre la nécessité de s'interroger sur les spécificités du champ de l'impression chez le patient alcoolique.....	53
2. L'histoire de la philosophie au sujet de l'Art enrichit la notion d'impression.....	53
2.1. Le modèle de Platon s'appuie sur l'objectivité (427-347 av. J.C).....	54
2.2. Le modèle de Kant s'appuie sur la subjectivité (1724-1804).....	54
2.3. Le modèle de Bergson (1859-1941) s'appuie sur l'objectivité et la subjectivité.....	54
2.4. Le modèle enseigné à l'Ecole de Tours introduit la notion de cohérence.....	54
2.5. Certains modes de captation sont privilégiés.....	54
3. L'expérience relatée illustre une nécessaire « sécurité intérieure ».....	55
3.1. Lors de l'expérience de stage, l'exercice sur l'impression provoque des réactions.....	55
3.2. L'écoute musicale se différencie de la contemplation de sculptures.....	55

3.3. Le témoignage du Docteur Vesproumis mentionne des déformations dans la captation chez le patient alcoolique.....	56
3.4. L'art-thérapeute doit discerner une préférence pour un mode de captation et le manque de sécurité intérieur.....	56
C. L'exercice de contemplation à dominante musique doit être conciliée avec les spécificités du patient alcoolique.....	56
1. L'écoute de certains morceaux de musique a provoquée une émotion de tristesse.....	56
2. Les émotions est un concept au cœur de la problématique étudiée.....	56
2.1. Les différents types d'émotions permettent leur distinction.....	57
2.2. Les émotions sont dépendent de mécanismes biologiques.....	57
2.3. Les émotions ont une fonction.....	57
2.4. Les émotions sont liées à l'homéostasie.....	57
2.5. Différencions émotion et émotion esthétique.....	58
3. L'activité artistique « musique » a un lien spécifique avec les émotions.....	59
4. Concernant l'expression de ses émotions, l'art-thérapeute agit pour l'autonomie du patient.....	59
4.1. La première stratégie concerne les émotions esthétiques.....	59
4.2. Une deuxième stratégie concerne les émotions.....	60
4.3. L'art-thérapeute inscrit le patient dans une dynamique tournée vers l'avenir.....	60
5. Les précautions de l'art-thérapeute stagiaire peuvent être remises en question.....	60
D. D'autres disciplines vont utiliser l'écoute musicale comme outil thérapeutique.....	61
1. L'hypnose peut-être utilisée par le médecin addictologue.....	61
2. Pour engendrer un état de confusion, l'hypnothérapeute peut utiliser la musique.....	61
3. L'hypnose à écoute musicale est une transe hypnotique.....	61
4. Cet état permet la mise à distance des émotions négatives.....	62
5. Cet état facilite la réparation d'une pensée en souffrance (suite à des traumatismes plus ou moins enfouis).....	62
5.1. La réparation est nommée « résilience ».....	62
5.2. L'hypnose participe à la réparation.....	62
6. Cet état peut faciliter la fluidité de la pensée.....	62
7. Comparons l'hypnose musicale et art-thérapie lorsqu'elle travaille sur le champs de la contemplation (l'impression domine l'expression).....	62
8. Un tableau comparatif permet de synthétiser les éléments de comparaison.....	63
<u>Conclusion.....</u>	<u>64</u>
<u>Bibliographie.....</u>	<u>65</u>

Glossaire (tous les ouvrages ont leurs références détaillées dans la bibliographie)

Art-thérapie : Exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique. (Repère Métier Art-thérapie, Publication Afratapem, décembre 2012)

Autonomie : Indépendance, possibilité de gérer sa santé et plus généralement sa vie en plein conscience et en toute liberté. (ABCDaire des sciences humaines en médecine)

Beau : Ce qui provoque le sentiment esthétique*. (La philosophie de A à Z, p.37)

Chamotte : Particules d'argile cuite et broyée ajoutée à la terre pour la renforcer. (Karin Hesseberg, La sculpture, tiré du glossaire)

Cible thérapeutique : Élément précis sur lequel l'art- thérapeute travaille. (Richard Forestier, Tout savoir sur l'art-thérapie p.193)

Conscience : Perception, connaissance plus ou moins claire que chacun peut avoir de son existence et de celle du monde extérieur. (Dictionnaire Larousse 1994)

Consistance du cuir : Se dit d'une argile devenue rigide mais pas complètement sèche. (Karin Hesseberg, La sculpture, tiré du glossaire)

C.S.A.P.A. : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Cycle : Toute suite plus ou moins régulière de phénomènes. (Dictionnaire Larousse 1994)

Dépendance psychique : Se traduit par le besoin de consommer des drogues modifiant l'activité mentale. L'abstinence provoque un désir compulsif, tyrannique, de recourir de nouveau au produit. (Larousse médical 2011)

Dépendance physique : Se traduit par des troubles organiques dès que la drogue cesse d'être consommée : c'est l'état de manque, caractérisé par des vomissements, des crampes, une angoisse intense, etc... Par extension, la dépendance comprend aussi la dépendance à des situations (jeux, alimentation). (Larousse médical 2011)

Disponible : (...) libre, qui a du temps pour soi, qui accueille bien ce qui est différent, nouveau. (Dictionnaire Larousse 1994)

Dominante : Caractérise la nature de l'activité artistique. (Richard Forestier, Tout savoir sur l'art-thérapie p.191)

Ebauchoir : Outil fréquemment utilisé pour modeler ; sert à déplacer les masses et préciser les formes. (Karin Hesseberg, La sculpture, tiré du glossaire)

Emotion : Réaction psychique intense, agréable ou douloureuse, de durée variable, qui influe puissamment sur de nombreux organes. (Dictionnaire médical Masson 2009)

Esthétique : Théorie de l'Art et des conditions du Beau*. Dès l'origine, ce terme réunit théorie de l'Art et théorie de la sensibilité, puisque Baumgarten l'inaugure en 1950 dans son ouvrage Aesthetica, qui traite de la formation du goût et de l'appréciation de l'œuvre d'Art. (La philosophie de A à Z, p 115)

Intention artistique : Avoir la volonté de produire quelque chose de dirigé vers l'esthétique. L'association de la volonté et de la direction est l'intention artistique. (Richard Forestier, Tout savoir sur l'art occidental, p.168)

Items : Les plus petites unités observables en rapport avec les problèmes du patient. (Richard Forestier, Tout savoir sur l'art-thérapie, p.63)

Mirette : Outil fréquemment utilisé pour modeler ; sert pour évider (Evider : Enlever l'excédent de terre pour former un volume intérieur, pour alléger une pièce, pour affiner ses parois ou pour faciliter le séchage. (Karin Hessenberg, La sculpture, tiré du glossaire)

Praxie : Activité gestuelle différenciée et coordonnée, produit d'une activité nerveuse supérieure, en fonction d'une action exercée sur le corps ou sur le monde extérieur et ses objets. (Dictionnaire médical Masson 2009)

Sens de l'espace : Faculté d'apprécier la position du corps dans l'espace. (Dictionnaire médical Masson 2009)

Sens kinesthésique : Sens qui permet d'apprécier les mouvements et les postures. (Dictionnaire médical Masson 2009)

Sens musculaire : Sensation de l'activité musculaire. (Dictionnaire médical Masson 2009)

Sensation : Perception consciente d'une impression transmise par un nerf afférent, à la suite de la stimulation des récepteurs sensoriels. (Dictionnaire médical Masson 2009)

Sensibilité proprioceptive : Sensibilité relative aux mouvements du corps, correspondant aux stimuli sensitifs déclenchés par les récepteurs de l'élongation musculaire logés au sein des muscles et accessoirement dans les tendons. Outre une forme consciente de cette sensibilité, qui correspond à la définition générale de ce terme, il en existe une autre inconsciente, qui joue un rôle important dans la régulation de l'équilibre, de la posture, etc., et dans laquelle intervient principalement le cervelet. (Dictionnaire médical Masson 2009)

Sensibilité somesthésique : Terme général comprenant les différentes formes de perceptions somatiques (à l'exception de celles qui procèdent des organes sensoriels spécialisés : vision, audition, etc...). (Dictionnaire médical Masson 2009)

Sensorimoteur : Qui se rapporte à la fois aux fonctions sensorielles et aux fonctions motrices. (Dictionnaire médical Masson 2009)

Site d'action : Se rapporte aux mécanismes humains défaillants. (Richard Forestier, Tout savoir sur l'art-thérapie p.193)

Stratégie : Art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but. (Dictionnaire Larousse 1994)

Stratégie thérapeutique : Ensemble des dispositions que l'on va mettre en œuvre pour agir sur des sites d'actions identifiés. (Richard Forestier, Tout savoir sur la musicothérapie p.109)

Tact : Sensation produite par le contact mécanique d'un objet avec la peau et reçue par les corpuscules de Meissner (contact léger) et de Vater-Pacini (pression). Le tact n'est qu'une partie du toucher, qui comprend aussi les sensations thermiques et douloureuses. (Dictionnaire Larousse Médical 2006)

Temporalité : Temps vécu, la représentation que chacun se fait de la durée. (MONJAUZE, Michèle, Comprendre et accompagner le patient alcoolique, p.96)

Introduction

Mon activité professionnelle en tant que chargée d'action dans le secteur associatif ainsi que ma pratique assidue de la sculpture m'ont permis de proposer des ateliers d'activités artistiques auprès de populations diverses. C'est lors d'une action auprès de personnes en voie de réinsertion que je me suis interrogée sur la pertinence de ce que je pouvais proposer. Il m'est apparu comme évident qu'il me fallait des connaissances plus spécifiques pour orienter le potentiel artistique dans une visée thérapeutique ou humanitaire. Le métier d'art-thérapeute répond à ces compétences. C'est un métier en développement ; certaines structures ne connaissent pas encore l'art-thérapie. Le stage effectué à l'unité addictologie de Dinan illustre la nécessité pour le futur art-thérapeute de faire connaître cette discipline. La création de ce type d'activité ne peut se faire sans l'esprit d'ouverture de toute une équipe.

Ce mémoire reflète la volonté d'associer l'art-thérapie au soin dispensé aux personnes souffrant d'addiction, et plus particulièrement d'alcoolisme. Les patients concernés sont sortis d'une dépendance physique* et s'inscrivent *volontairement* dans une cure de 4 semaines pour comprendre leur dépendance psychologique* et consolider l'abstinence au produit. Chacune de ces données impose de préciser encore plus le cadre art-thérapeutique.

7 séances sont possibles avec le patient.

L'art-thérapie a-t-elle un rôle à jouer en 7 séances ?

A la lecture de ce mémoire, vous pourrez apprécier les efforts fournis pour mieux appréhender la maladie de l'alcoolisme. L'axe choisi est la désadaptation dans les liens entre le monde intérieur et le monde extérieur, générée par la conduite addictive. Nous avons choisi de nous référer à la neurologie et à la psychologie clinique. Nous terminerons cette présentation de l'alcoolisme en évoquant la notion du « Bon » enseignée à l'école d'art-thérapie de Tours (A.F.R.A.T.A.P.E.M.).

L'opération artistique, un des outils de l'art-thérapeute, sera présentée consciencieusement. L'éclairage apporté met en exergue le rapport entre le monde intérieur et extérieur généré par l'Art.

Les dominantes* sont également étudiées. Nous verrons pourquoi le modelage a été choisi par l'art-thérapeute stagiaire au regard de sa stratégie. Mais concernant la musique, c'est tout autre chose. C'est l'expérience de stage qui amène à s'interroger sur cette pratique artistique. Les spécificités de cette dominante* seront plus développées en troisième partie de ce mémoire.

Viendra l'expérience proprement dite. Nous avons choisi de vous présenter deux études de cas qui semblent illustrer les difficultés, mais aussi les éléments positifs d'une prise en soins art-thérapeutique sur 7 séances.

Ensuite, la discussion aura pour fil conducteur les deux dominantes modelage et musique. La première pose la question du temps. Nous nous questionnerons également sur la temporalité*alcoolique, le temps art-thérapeutique, le temps de la cure...

La musique est étudiée à partir d'une expérience art-thérapeutique d'écoute musicale. Ce qui cible le champ d'étude. Nous approfondirons les notions d'impression, d'émotion et d'émotion esthétique. Nous nous appuyerons également sur l'expérience du Dr Vesproumis, utilisant l'écoute musical dans sa pratique de soin en addictologie.

Première partie : l'art-thérapie auprès d'adultes en sevrage à l'alcool peut impacter la qualité de vie des patients

A. Les personnes souffrant d'addiction présentent une altération des facultés nécessaires à une bonne qualité de vie

1. Les addictions entraînent une incapacité à contrôler un comportement

Pour introduire le propos, rappelons que l'addiction se définit par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

Les drogues s'immiscent comme des leurres pharmacologiques dans les mécanismes de régulations des voies du plaisir et de la souffrance, de l'évitement de la souffrance. Par le besoin primordial qu'elles provoquent, elles dérèglent les mécanismes qui permettent de connaître un équilibre entre l'autonomie (la prise de risque et la recherche de sensation) et la dépendance. Les mécanismes mettant en jeu le besoin, les fonctions du plaisir, de la gestion des sensations et des émotions, sont aussi atteints.

2. Trois types de facteurs de risques sont déclencheurs du cycle de l'addiction¹

2.1. Les risques peuvent être liés au produit

Le risque varie selon les produits. Les plus addictifs sont le tabac, la cocaïne, la méthamphétamines et l'héroïne. Viennent ensuite l'alcool, le cannabis, l'ecstasy et les amphétamines¹. Le statut social de la substance est à prendre en compte ; l'alcool et le tabac ne sont pas perçus comme l'héroïne.

2.2. Les risques peuvent être liés à l'individu

Ils comprennent le tempérament et les traits de personnalité.

Voici les dimensions associées au tempérament ; un niveau élevé de recherche de sensations, de nouveauté et de réactivité émotionnelle, un faible évitement du danger et un bas niveau de sociabilité. Différents traits de personnalité sont également associés : une faible estime de soi, de la timidité, de l'auto dépréciation, des réactions émotionnelles excessives ou inversement, des difficultés à stabiliser ses relations avec autrui et à maintenir cette stabilité, et l'incapacité à résoudre des problèmes interpersonnels.

Ils comprennent les événements de vie et les maladies psychiatriques associées.

Les événements de vie peuvent être une rupture, un divorce, une séparation, la perte d'un être cher, une maltraitance physique, un abus sexuel, la perte de son domicile, l'existence de maladie grave (cancer...)...

La survenue précoce de troubles psychiatriques peut multiplier par deux le risque de développer une conduite addictive. Dans la majorité des cas, les troubles psychiatriques précèdent l'apparition de l'addiction. Il peut s'agir d'un trouble hyperactif avec déficit de l'attention, d'un trouble des conduites, d'une dépression, d'un trouble bipolaire, de troubles anxieux comme la phobie sociale, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble panique, le trouble anxieux généralisé, l'état de stress post-traumatique. Les troubles de la personnalité les plus fréquemment retrouvés sont la personnalité antisociale ou psychopathique et la personnalité borderline (ou état limite).

2.3. Les risques peuvent être liés à l'environnement

Les situations sociales précaires comme perdre son emploi, vivre dans des conditions difficiles, sont des facteurs de risque.

¹ REYNAUD, Michel, *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion, 2006, p. 43-45

Chez les jeunes, les carences dans l'encadrement pédagogique augmentent le risque de rencontre avec des personnes ayant des troubles de conduite, situation elle-même hautement liée à l'usage abusif d'alcool et de drogue. L'entourage amical est un vecteur dans l'initiation d'une consommation de drogues. La famille est un système dynamique qui interfère également ; si son fonctionnement, le type d'éducation, les liens familiaux sont de mauvaise qualité, ils peuvent influencer sur l'installation d'une conduite addictive.

On ne peut nullement considérer que l'un de ces facteurs l'emporte dans l'explication de la pathologie addictive.

3. L'entrée dans le cycle de l'addiction induit une dysrégulation du «système de récompense» et une déconnexion du contrôle inhibiteur.

3.1. L'addiction entraîne une dysrégulation du «système de récompense»

Lorsque l'on souffre d'addiction, le cerveau ne fonctionne plus selon la norme. Il ne s'agit donc pas de volonté, mais bien d'une altération des mécanismes cérébraux, notamment les mécanismes de régulation neurobiologiques, qui se sont réorganisés de façon pathologique. En effet, les altérations neurobiologiques impliquées dans le comportement addictif empruntent le circuit du plaisir et de la gestion des émotions. Elles se situent principalement sur le système dopaminergique mésocorticolimbique. Ce système régule nos désirs, nos plaisirs et nos émotions. Il permet d'analyser et de répondre aux différentes émotions positives ou négatives ressenties.

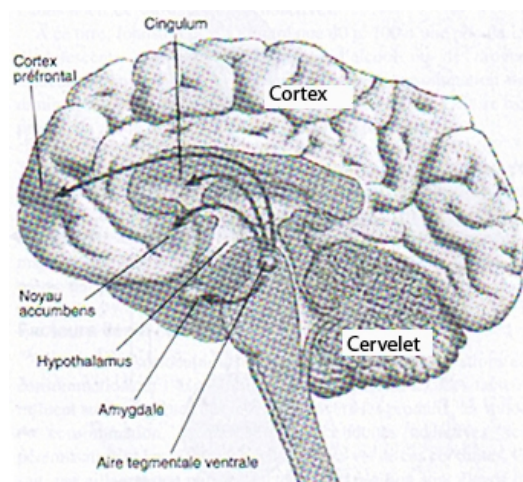
« Ce système est programmé et formaté dès l'enfance en fonction des expériences précoces de plaisirs et de déplaisirs corporels, puis des expériences émotionnelles liées à la qualité du maternage et au développement des liens d'attachement »². Ainsi, l'individu a la possibilité de reconnaître ce qui est bon ou mauvais pour lui, ce qu'il faut éviter ou au contraire, approcher. Ce système concerne aussi les individus et les situations susceptibles de nous faire du bien et au contraire, ceux et celles qu'il faut éviter. « Les événements, émotions et stress précoces préparent ainsi la sensibilité et la réactivité de ce système »².

C'est en agissant sur ce système et sur les neurones dopaminergiques que les différentes drogues arrivent à rendre l'individu dépendant.

Les recherches aboutissent à la conclusion qu'il existe des liens fonctionnels entre :

- le cortex cingulaire antérieur, c'est à dire le lieu d'analyse des émotions
- le noyau accumbens (zone plus archaïque du plaisir)
- les souvenirs mémorisés dans l'hippocampe
- l'analyse corticale qui s'effectue au niveau préfrontal

Concernant la prise de drogue, c'est ce système qui est impliqué dans la recherche compulsive du produit.



Le système de récompense²

3.2. La dopamine a un rôle dans le système de récompense

La dopamine est le neurotransmetteur clé du système de récompense. Les récompenses naturelles (aliment, boisson, activité sexuelle, affection) et les drogues modifient la transmission dopaminergique. Cette activité neuronale a des conséquences au niveau du noyau accumbens. Lorsqu'il s'agit de récompense naturelles, la libération de dopamine ne dure que quelques instants. Lors de la prise de drogue, l'activité neuronale dopaminergique est beaucoup plus longue.

2 REYNAUD, Michel, *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion, 2006, p.7

3.3. Les drogues dérèglent des mécanismes fondamentaux

Les drogues viennent s'immiscer et altérer le fonctionnement des récepteurs en « mimant » une action neurologique naturelle. Elles touchent à des mécanismes fondamentaux de gestion du plaisir et de la souffrance, du bien être et du mal être, de l'approche et de l'évitement. Les sensations* remplacent les émotions*; « l'effet brutal du produit venant ainsi à la place de la modulation subtile des émotions*».

Le modèle de Volkow (2003) propose un schéma synthétique de fonctionnement du cerveau addict.

En situation normale, quatre circuits interagissent :

- le circuit de la récompense, qui donne la nécessité et la valeur d'un besoin
- le circuit de la motivation et du sens, qui répond aux états internes
- les voies de la mémoire qui mettent en jeu les associations apprises
- le contrôle cortical et intellectuel qui permet de résoudre les conflits internes

L'équilibre permet une action adaptée à notre situation émotionnelle ou de besoin. En cas d'addiction, on assiste au dérèglement du circuit de la récompense : le besoin du produit est absolu avec un renforcement de la motivation à se le procurer. La valeur du produit est renforcée dans le système de la mémoire. Il y a une déconnexion du contrôle inhibiteur. Ainsi, l'addiction est une pathologie qui se caractérise globalement par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Les autres intérêts et désirs ne seront plus prioritaires. Nous venons de présenter un mécanisme général, cependant chaque individu est différent et ne réagira pas de la même façon devant une ou plusieurs drogues.

4. L'entrée dans le cycle de l'addiction induit une désadaptation dans les liens entre le monde intérieur et le monde extérieur

La prise chronique de drogue peut se répéter de façon rapprochée et s'inscrit alors dans le cycle de l'addiction. Il s'agit d'un processus progressif. « En consommant une drogue pour éviter de faire face à la réalité et aux problèmes qu'elle comporte, ces personnes ont de plus en plus de difficultés à assumer leurs responsabilités et à appréhender leurs problèmes, ceux-ci paraissent de plus en plus insurmontables, ce qui crée encore plus de stress, plus de culpabilité, et ce qui va pousser ces personnes à recourir davantage à la substance »³.

L'homme possède un corps et des moyens pour en faire usage, le percevoir et en avoir conscience. Cela permet d'avoir une vision du monde et une capacité à interagir avec son environnement et avec autrui. Cela lui donne accès à des satisfactions mais aussi des douleurs (mentales, sociales ou physiques). Les drogues constituent un moyen de faire disparaître les contraintes du rapport aux autres et au monde. Elles amplifient, filtrent ou modifient ce rapport. Elles permettent de se « déconnecter » de la réalité, « comme si » tout allait bien, alors qu'en réalité tout va mal⁴. Elles donnent un sentiment de se libérer de contraintes psychiques et corporelles. D'autres moyens existent pour parvenir à des états agréables, mais les drogues sont le chemin le plus intense et le plus instantané.

Une nouvelle façon d'être et de percevoir affecte la relation au corps, au temps, à l'espace, et le rapport à autrui. Les différentes sensibilités intéroceptives et extéroceptives et la hiérarchie des informations perçues par les capteurs sensoriels sont modifiées. En intervenant chimiquement sur la conception des émotions et des affects, le produit amène l'individu à modifier son rapport au monde et peut s'en absenter partiellement. Le dialogue entre le monde intérieur et extérieur de soi est altéré. De plus, le besoin absolu du produit provoque une focalisation sur tout ce qui se rapporte à la substance.

Vouloir agir sur un comportement addictif c'est toucher à un mode de vie, à une relation entre soi et le monde.

3 MOREL, Alain, COUTERON, Jean Pierre, *Les conduites addictives*, Paris : Dunod, 2008, p.75

4 MOREL, Alain, COUTERON, Jean Pierre, *Les conduites addictives*, Paris : Dunod, 2008, p.37-44

5. L'alcoolisme provoque des difficultés d'ordre physique, psychique et social qui altèrent la qualité de vie

5.1. L'alcool se différencie des autres drogues

Nous pouvons catégoriser les drogues en fonction de l'effet principal qu'elles provoquent sur le psychisme et le cerveau. L'alcool fait partie de la catégorie des « déprimeurs », c'est à dire qu'il diminue l'activité du cerveau. Les systèmes neurobiologiques organisent une « défense », appelée tolérance, qui déclenche un « anti-effet », provoquant une stimulation du cerveau. Si l'organisme est exposé à des quantités importantes et régulières d'alcool, ses réactions de contre-effet vont devenir permanentes. Cela explique un état d'excitation et de tension anxieuse lors du sevrage⁵. La tolérance augmente, et il faut toujours plus d'alcool pour ressentir le même effet. L'alcoolisme se différencie des autres comportements addictifs par la prise d'un produit (contrairement à l'addiction au jeu). Ce produit s'avale, (contrairement à l'injection) et est fortement ancré dans les habitudes sociales occidentales. Il s'agit d'un puissant anxiolytique et la plupart des individus qui développent l'alcoolisme sont des personnes qui souffrent d'anxiétés quasi permanentes. Peu à peu, l'alcool devient lui-même source d'anxiété, soit par son manque, soit par son excès.

5.2. L'alcoolisme provoque des difficultés d'ordre physique

Tout d'abord, voici les signes les plus répandus des détériorations physiologiques liées à la consommation massive et régulière d'alcool⁶ :

- Les signes somatiques les plus caractéristiques sont les polynévrite⁷, cirrhose et pancréatite. Ainsi que céphalées, troubles du sommeil (cauchemars), troubles des fonctions supérieures (difficultés mnésiques, défaut de concentration, attention labile), troubles digestifs.

- Les signes cutanés : visage blafard, acné rosacé pouvant aboutir à une inflammation.

- Signes apnévrotiques: Une rétractation progressive de l'apnévrose⁸ palmaire peut entraîner une flexion irréversible des doigts.

- Signes nerveux : Des tremblements fins des extrémités (lèvres, mains) réguliers et permanents sont fréquemment observés en dehors des situations de sevrage. Exacerbés par l'émotion, ils peuvent concerner tout le corps et donner un aspect fébrile. Ces signes peuvent être associés à une démarche maladroite.

- Signes endocriniens : un dérèglement endocrinien peut également engendrer des détériorations physiques.

5.3. Les représentations du corps peuvent être également altérées

Le schéma corporel⁹ se définit par la manière dont on se représente et situe notre corps dans l'espace. L'art-thérapie utilise le terme de structure corporelle. La structure corporelle peut-être perturbée dans son développement. Certains patients alcooliques ont des troubles du schéma corporel/structure corporelle : troubles de la représentation du corps, de l'organisation spatio-temporelle, maladresses motrices et gestuelles, instabilité ou inhibition psychomotrice.

L'image du corps⁹, ou ressenti corporel en art-thérapie, est la représentation mentale de notre corps. Cette image condense une quantité de représentations diverses dont la cénesthésie, c'est à dire l'ensemble des sensations corporelles. L'image du corps, ou ressenti

5 Sevrage : Arrêt progressif ou immédiat de la consommation d'une substance toxique dont le sujet est dépendant. (Dictionnaire Larousse Médical 2006)

6 REYNAUD, Michel, *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion, 2006, p.329-333

7 Polynévrite : Atteinte du système nerveux périphérique caractérisée par des troubles sensitifs et moteurs survenant symétriquement des deux côtés du corps et prédominant à l'extrémité des membres. (Dictionnaire Larousse Médical 2006)

8 Apnévrose : Membrane conjonctive qui enveloppe les muscles ou qui fixe les muscles aux os. (Dictionnaire Larousse Médical 2006)

9 MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 200, p. 73-85

corporel ne semble pas organisé chez le patient alcoolique. Les ressentis sont parfois absents, on remarque une forme d'insensibilité.

Concernant les troubles de la structure corporelle (schéma corporel) et du ressenti corporel (image du corps), il est difficile de savoir si cet état est antérieur à l'alcoolisation.

5.4. L'alcoolisme provoque des difficultés d'ordre social

On assiste à une modification progressive du fonctionnement et du comportement. Les troubles relationnels avec l'entourage familial ou professionnel apparaissent et sont favorisés par une loquacité inappropriée, une familiarité excessive, une irritabilité inhabituelle et une tendance à la fuite des situations de confrontation¹⁰. L'alcoolisme altère considérablement le fonctionnement relationnel du patient. L'entourage est amené à s'adapter à ces changements. La culpabilité du patient l'amène au mensonge et à la dissimulation. L'entourage peut développer des troubles relationnels par une attitude de suspicion permanente, de honte, voire de dissimulation, appelés « codépendance ». S'ajoutent des possibles problèmes avec la justice ; la conduite en état d'alcoolisation est le délit associé le plus fréquent. Les personnes sujettes à l'addiction vont souvent fonctionner avec un mode très opératoire ; ils font et ne pensent plus. « La dérégulation des dialogues entre l'intérieur et l'extérieur de soi rend plus difficile et moins intelligible l'extériorisation des émotions »¹¹. Ce type de fonctionnement peut entraîner des difficultés relationnelles.

5.5. L'alcoolisme provoque des difficultés d'ordre mental

La consommation excessive d'alcool peut engendrer des troubles psychiques comme l'anxiété, l'irritabilité, des insomnies, des variations importantes de l'humeur et une forte dépréciation de soi¹⁰.

La psychologie clinique apporte des informations supplémentaires concernant les difficultés mentales des personnes alcooliques. Nous pourrions résumer ces données par le fait qu'il existe deux niveaux de fonctionnement chez l'alcoolique. D'une part, un niveau primitif, des angoisses qui exigent une réaction motrice, c'est à dire un geste instinctif de survie (boire). D'autre part, un niveau verbal, partie pensante de l'individu, qui permet une adaptation, tant bien que mal, à l'environnement. Chaque partie recherche un but opposé : la partie alcoolique s'accroche à l'alcool, la part adaptative voudrait contrôler la situation. Chez les autres personnes, la partie pensante du sujet, calme et cadre suffisamment les angoisses primaires pour assurer une vie psychique, personnelle et relationnelle adaptée à la plupart des circonstances. « La question de la division de la personne alcoolique entre une partie saine de la personnalité, celle qui se fera l'alliance thérapeutique, et une partie souffrante et inaccessible, la part alcoolique, se précise ici : il y a un lien pathologique entre ces deux parties, c'est le lien de honte ; la partie saine a honte et de ce fait s'abandonne à la part alcoolique pour se laisser détruire »¹².

5.6. La personne atteinte d'alcoolisme a une qualité de vie altérée

5.6.1. La désadaptation dans les liens entre le monde intérieur et le monde extérieur empêche l'épanouissement de la personne

Dès sa conception, le corps humain détient un savoir naturel. Nous associons ce savoir au potentiel génétique et physiologique nécessaire au bon développement de l'humain. Ce savoir est aussi lié à des stratégies mentales élaborées en fonction des expériences de vie. Pour que ce savoir se développe, le principe d'auto-régulation doit fonctionner afin d'appliquer ce programme. Fondée sur la sensorialité, l'auto-régulation s'appuie sur des ressentis archaïques. Nous nommerons « saveur » ce deuxième principe. C'est du rapport entre le savoir et la saveur que dépend notre bonne qualité de vie. De ce rapport naît une

10 REYNAUD, Michel, *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion, 2006, p.329-333

11 AMOREL, Alain, COUTERON, Jean Pierre, *Les conduites addictives*, Paris : Dunod, 2008, p.24

12 MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001, p.71

tension existentielle vers l'épanouissement. Ce principe fondateur, nous le nommerons « le Bon » en art-thérapie¹³. Le rapport entre savoir et saveur met en évidence l'importance de la problématique du rapport entre monde intérieur et monde extérieur. En effet, ce savoir est relatif au monde interne de l'homme. La saveur, quant à elle, est associée à la perception sensorielle du monde extérieur à l'être humain.

La frontière corporelle délimite l'intérieur de l'extérieur. Mais c'est aussi une « passerelle » entre ces deux instances, passage rendu possible grâce aux mécanismes liés à la sensorialité et au corps moteur. La condition à l'épanouissement de la nature humaine est liée à l'échange harmonieux entre l'intérieur et l'extérieur de l'être humain. La maladie de l'alcoolisme illustre malheureusement les conséquences de ce dérèglement ; le bien-être physique, mental et social est altéré.

5.6.2. La qualité de vie altérée entraîne une perte de confiance en soi et en l'avenir, pourtant nécessaires pour s'engager dans le soin

Les difficultés d'ordre mental, social et physique engendrent, entre autre, une perte de confiance en soi et en l'avenir. Comment se mobiliser sur un temps de cure, si la possibilité d'un avenir meilleur n'est pas entrevue? «Si la démarche de soin engagée par la personne alcoolique laisse entendre qu'elle n'est plus dans le déni, des attitudes de négation, de minimisation de certains problèmes afférents peuvent encore être observées, affectant l'implication dans le soin »¹⁴.

« Ce n'est que lorsque l'alcoolique se sent suffisamment confiant en lui même, moins angoissé, sans honte et en toute liberté, qu'il peut assumer sa pathologie et la contenir »¹⁵.

B. L'activité artistique implique l'impression et l'expression, avec le corps comme médiateur

1. L'Art est une modalité particulière de l'expression humaine

1.1. L'activité artistique implique l'impression

Avant d'évoquer les mécanismes de l'impression relatifs à l'activité artistique, rappelons que la mise en relation de l'être humain avec son environnement est primordiale pour son bon épanouissement. La frontière corporelle distingue l'intérieur du corps de l'extérieur. L'interaction entre ces deux espaces est donc assurée par notre corps.

Dans un premier temps, nous abordons l'Art par sa matérialisation : l'œuvre d'Art. Elle s'inscrit dans l'espace et dans le temps. L'œuvre d'Art rayonne et s'offre à la captation.

L'impression est le « mécanisme général qui permet d'intégrer et de gérer les informations venues du monde extérieur vers notre monde intérieur. Rappelons que ces informations ont la particularité d'être d'abord des sensations »¹⁶. Les sens vont capter le rayonnement de l'œuvre. La captation sensorielle humaine va aussi bien solliciter les sensations*, l'homéostasie¹⁷, l'esthésie¹⁸, c'est à dire les mécanismes neurovégétatifs et le traitement sensoriel des informations perçues. L'impression va aussi concerner des facultés mentales comme la mémoire, l'imaginaire, l'intelligence. « La captation brute du rayonnement esthétique implique un principe de va-et-vient entre la raison et la sensation que la chose va provoquer. »¹⁹. C'est ce qui va déterminer le champ de l'activité intérieure esthétique* ou sentiment esthétique*. L'enjeu de l'impression est de trouver l'équilibre entre une captation esthétique et une résonance dans le Bon, que nous avons défini précédemment comme le

13 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009, p.47 -50

14 Projet de service-Unité d'alcoologie – C.H.S. Saint Jean de Dieu, Dinan – octobre 2000, p.34

15 MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001, p.12

16 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.113

17 Voir la définition d' « homéostasie » p.57 de ce mémoire (« 2.4.Les émotions sont liées à l'homéostasie »)

18 « Aptitude à percevoir une sensation », Larousse, 1994.

19 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.152

rapport entre saveur et savoir. Ce rapport génère des ressentis, des réactions propices au bon développement de la personne.

1.2. *L'impression peut provoquer une réaction ; l'expression*

Cette tension entre saveur et savoir peut entraîner le corps jusqu'à apporter une réponse, ces mécanismes se nomment « expression ». L'expression « peut enclencher une activité qui va de l'intérieur vers l'extérieur de l'homme, et ainsi provoquer un événement (paroles, gestes) qui va s'inscrire dans le monde sensible »²⁰. C'est à dire que la réaction provoquée peut être perçue par les sens. L'envie, générée par l'impression, va provoquer l'élan nécessaire à la mise en œuvre de la réaction. Cette activité permet l'implication et l'extériorisation du monde intérieur.

1.3. *Ce mode d'expression est volontaire et orienté vers le Beau**

En ce qui concerne l'activité artistique, la tension générée par l'impression va être orientée vers le Beau* et se nomme intention. En d'autres termes, il s'agit d'« avoir la *volonté* de produire quelque chose de dirigé vers l'esthétique* »²¹.

L'intention est caractérisée par deux phases ; l'art premier et l'art second. L'artiste puise à la fois dans l'un et dans l'autre. L'art premier est une expression artistique globale (par exemple, en sculpture, le bruit des outils sur la matière fait partie de cette expression artistique), archaïque (sans régulation ni maîtrise du geste) et instinctive. L'art second fait appel à l'activité ordonnée. Elle est spécifique (il ne s'agit pas de musique, mais de la dominante* sculpture) et ordonnée puisque tributaire de la technique. La dynamique entre ces deux phases permet d'« aller puiser une énergie et une jouissance au plus profond de soi, tout en essayant de réaliser une production maîtrisée à tous points de vue »²².

D'autre part, la réalisation sera motivée par la recherche d'un idéal esthétique*. L'œuvre d'Art résulte d'un rapport entre son fond et sa forme. La forme concerne l'inscription matérielle dans le temps et l'espace et est liée à la technique utilisée. Le fond est relatif au rayonnement de l'œuvre, « se rapportant à un contenu irrationnel potentiellement émotif »²³. L'appréciation du fond est déterminée par la subjectivité de la personne qui regarde l'œuvre. La forme, quant à elle, est inscrite dans le matériel et tend vers l'objectivité.

La recherche d'un idéal esthétique* motive l'artiste. Il recherche le bon rapport fond/forme. Concernant cette motivation, nous parlerons de la force d'entraînement de l'Art. Ce bon rapport est propre à chaque artiste. Il peut privilégier la forme ou le fond. L'idéal est donc subjectif.

1.4. *L'action générée implique le corps moteur et des savoir-faire*

L'intention* va entraîner la masse corporelle vers le but à atteindre. La mise en œuvre de cette intention*, qui est donc esthétique*, nécessite une bonne coordination entre le projet de réalisation (la production) et le savoir-faire relatif à la technique, c'est à dire « l'ensemble des procédés utiles à la réalisation des œuvres d'Art »²⁴ (l'action). La motricité impliquée dans cette action est alors volontaire.

Notre charpente osseuse compte 206 os, sur lesquels les muscles squelettiques exercent les tractions nécessaires au mouvement. Le mouvement nécessite l'utilisation de leviers. En mécanique, le levier est la barre rigide qui fait bouger un point fixe contre sa résistance lorsqu'on lui applique une force. Transposé au corps, les articulations sont les points fixes, les os sont les leviers, et la contraction musculaire, la force exercée. Les muscles sont attachés aux os par des tendons, et les os sont maintenus ensemble par des ligaments. Les mouvements peuvent être catégorisés. Par exemple : la flexion (fermeture de l'articulation), l'extension (ouverture de l'articulation), rotation.

20 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.167

21 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.168

22 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009, p.77

23 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.238

24 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.40

Ce sont les muscles squelettiques qui initient le mouvement. Ils se composent d'une gaine de tissu conjonctif renfermant des cellules allongées (les fibres musculaires) et une multitude de nerfs. Lorsque les nerfs sont stimulés par le cerveau, une réaction chimique se produit qui entraîne la contraction du muscle²⁵.

L'encéphale²⁶ est le centre de la motricité dirigée. L'exécution d'un mouvement intentionnel fait suite à plusieurs opérations qui durent quelques centièmes de millisecondes : le résultat à atteindre est identifié, le programme de mouvement est élaboré ; les muscles qui vont intervenir sont sélectionnés, leur ordre d'intervention est défini ainsi que l'intensité et la durée de la contraction. Ce programme tient compte des informations sensorielles. Pendant la réalisation du mouvement, celui-ci est contrôlé, ce qui permet un ajustement sensorimoteur*. « Moteur et sensible, le corps humain auto-valide en permanence son activité en corrélant ce que l'on veut et ce que l'on peut »²⁷. Le cervelet reçoit des informations des organes, des sens et des aires corticales. Il effectue les corrections indispensables à l'ajustement du mouvement. Les motoneurones (neurone efférent) mettent en jeu les muscles squelettiques. Chaque fois qu'un motoneurone est recruté, toutes les fibres musculaires de l'unité motrice qu'il commande se contractent. Plus un muscle possède d'unités motrices, plus sa contraction peut être graduée. Les neurones efférents peuvent être recrutés de façon progressive. De nombreux motoneurones interviennent dans les mouvements précis. Les messages moteurs parviennent aux neurones efférents soit par voie directe dans le cas de mouvements précis, soit par voie indirecte. La voie indirecte se caractérise par la présence de relais synaptiques. Cette voie est utilisée lorsqu'il s'agit de la régulation du tonus et du contrôle de la posture.²⁸

1.5. La production artistique est adressée à la communauté humaine

Une fois achevée, la production artistique se détache de l'artiste. Elle existe en elle-même, par elle-même et pour elle-même.

L'œuvre d'Art est dirigée vers autrui. C'est dans cette probable rencontre avec l'autre que s'élabore le projet de la production d'une œuvre d'Art. Le regard porté par la communauté humaine participe à l'inscription de la production au rang d'œuvre d'Art.

1.6. L'expression artistique peut être communication, voire relation

Nous avons développé le fait que l'expression artistique est dirigée vers l'autre. La communication peut s'affilier à une succession d'expressions, c'est à dire l'une après l'autre. En cela, nous pouvons admettre la proximité de ce processus avec les mécanismes de la communication : un message est envoyé à l'interlocuteur.

Mais les effets de l'Art peuvent aller au delà de la communication. En effet, les ressentis engendrés par le rayonnement de l'œuvre ouvrent la voie de la relation, que nous définirons comme « ressentir ensemble, au même moment »²⁹. Nous nous situons alors dans le hors-verbal, dans le ressenti. « L'expression esthétique échappe à la signification »²⁹.

1.7. L'activité artistique nécessite une capacité critique

Des capacités particulières sont nécessaires à l'élaboration d'une œuvre artistique : la capacité critique que nous discernons de la capacité *de* critique. La première prend pour repère les éléments extérieurs à l'artiste. C'est à dire que nous nous approchons d'une certaine objectivité. Quant à elle, la capacité *de* critique engage la subjectivité de l'auteur. La référence devient le monde intérieur de l'artiste. Le rapport entre ces deux capacités doit être harmonieux pour pouvoir s'épanouir dans cette activité. Prenons un exemple ; en sculpture, pour réaliser une œuvre, il faut que le projet plaise à l'auteur (les références sont internes) mais les proportions doivent être respectées pour qu'il obtienne satisfaction (les références

25 GREENE HAAS, Jacqui, *Danse Anatomie et mouvements*, Paris : Editions Vigot, 2011, p.1-7

26 « Ensemble des centres nerveux (cerveau, cervelet, tronc cérébral), contenu dans la boîte crânienne des vertébrés ». Larousse, 1994.

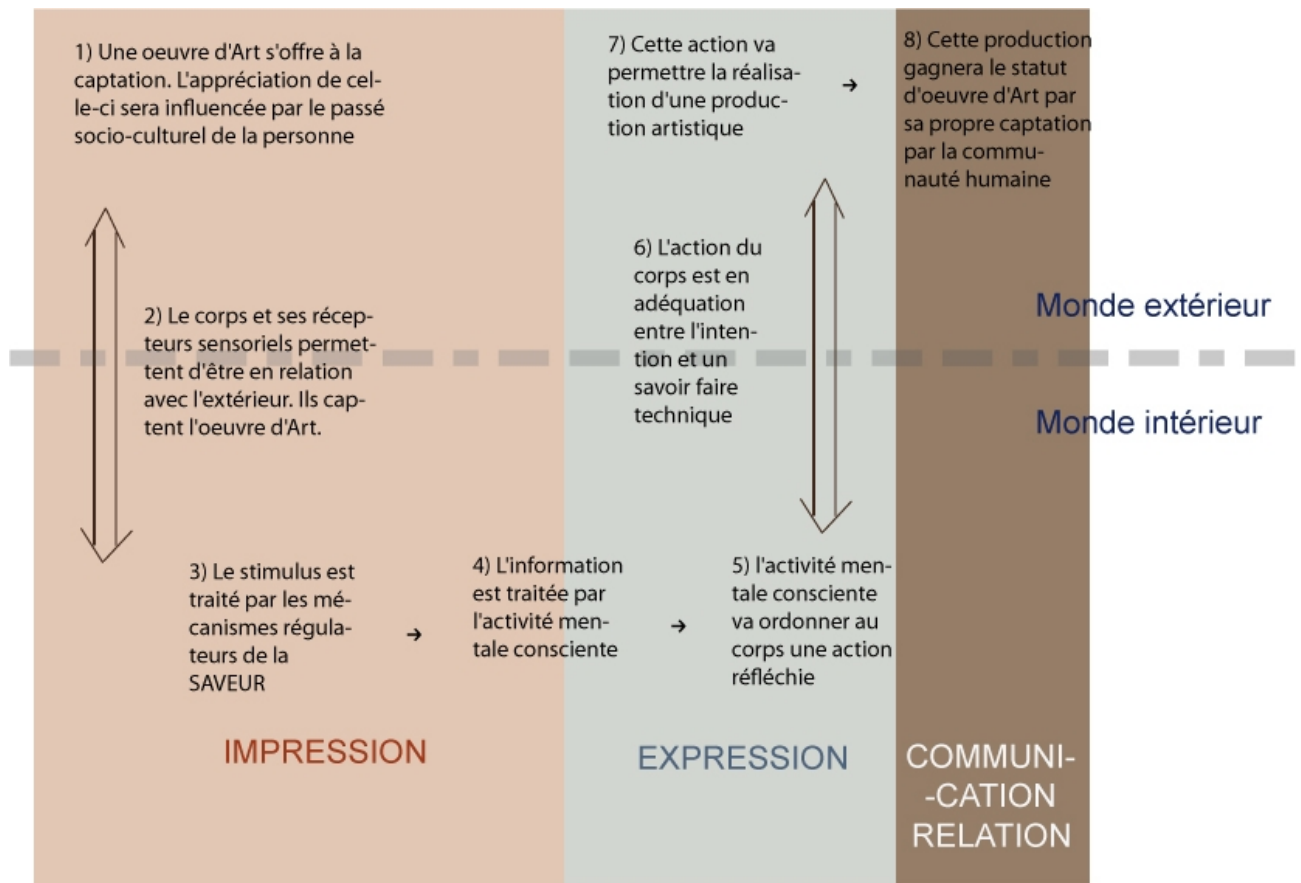
27 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.169

28 BILLARD, Christiane, *Sciences de la vie et de la Terre*, Paris : Hatier 1997, p.140-143

29 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009, p.166

sont externes).

1.8. Un schéma permet de rendre compte de la globalité du processus



2. L'activité artistique implique le goût, le style et l'engagement

Lorsque l'humain est face à l'Art, plusieurs domaines sont sollicités ; le goût, le style, et l'engagement. Ces trois domaines sont associés à la personnalité de l'artiste ou de l'esthète. C'est à dire que chacun est unique et réagit selon ses particularités.

Le goût est « la faculté humaine à se déterminer dans l'appréciation qualitative sensorielle des choses qui nous entourent »³⁰. Il concerne les mécanismes de l'impression. Le goût est associé au Beau*.

Le style concerne l'expression. « Lorsqu'une personne réalise elle-même des productions, elle donne son empreinte à ce qu'elle produit. »³¹. La personnalité de l'auteur apparaît dans l'œuvre réalisée.

L'engagement est relatif au Bon, en cela qu'il est lié à cette tension existentielle que nous évoquions précédemment. Il s'agit de l'envie d'une personne à s'engager dans la contemplation ou la production d'une œuvre d'Art.

3. Le goût, le style et l'engagement sollicitent le corps et l'esprit

Chaque domaine impliqué dans l'activité artistique engage à la fois le corps et l'esprit.

Tout d'abord, le goût sollicite la capacité d'une personne à se positionner et à assumer sa détermination. Cela nécessite l'affirmation de soi. Les mécanismes en présence pour la détermination du goût sollicitent aussi le corps. En effet, le corps est récepteur par ses capteurs sensoriels. Les sensations perçues sont ensuite traitées par l'activité cérébrale. « Cela produit une représentation mentale du corps physique que les psychologues dénomment

30 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009, p.160

31 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009, p.161

image du corps»³².

Le style implique, lors de l'élaboration d'une œuvre artistique, la conviction que la réalisation sera pérenne. C'est à dire que l'œuvre réalisée va perdurer dans le temps ; elle sera bien faite sur le plan technique. Ainsi, le style engage une projection positive dans l'avenir. Le style implique donc la confiance en soi. Le corps est moteur dans cette entreprise. La bonne coordination des membres vont permettre une motricité fine, dirigée vers le but de l'activité. Dans cette phase, le corps sollicité est nommé « structure corporelle ». En effet, le corps sera considéré par les éléments qui le composent. « La structure corporelle est l'organisation des segments corporels »³². Pour les psychologues, il s'agit du schéma corporel. Le style est associé au « Bien », c'est à dire à la phase de l'activité proprement dite.

Enfin, l'engagement dans l'activité artistique induit que la personne se sente digne d'intérêt. En effet, il faut s'accorder une certaine valeur pour assumer une attitude face à l'Art. Il faut pouvoir se considérer pour assumer nos envies et désirs. Ainsi, l'engagement est lié à l'estime de soi. Le Bon sera associé à cette attitude. La poussée corporelle donne l'énergie nécessaire à cet engagement.

Par les mécanismes en œuvre lors de l'activité artistique, nous avons évoqué la théorie de l'art opératoire, plus communément appelée « théorie des 3 B. ». Nous serons amené à « revisiter » cette théorie lors de l'évocation du cube harmonique ainsi qu'en troisième partie de ce mémoire.

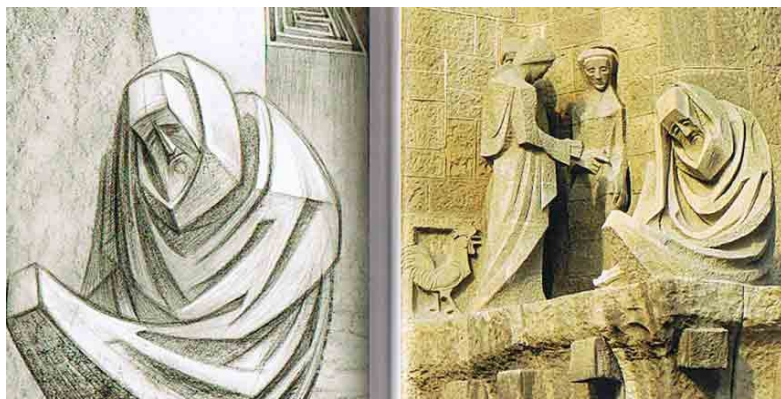
		Esprit	Corps
Beau	gout	Affirmation de soi	Ressentis corporels Corps récepteur -Impression-
Bien	style	Confiance en soi	Structure corporelle Corps moteur -Expression-
Bon	engagement	Estime de soi	Poussée corporelle

Tableau synthétisant le rapport entre l'Art, l'esprit et le corps

4. La sculpture (modelage) est une technique d'expression artistique spécifique

4.1. La sculpture se base sur un travail en volume

Nous définissons le fait de sculpter comme « créer une œuvre d'art à trois dimensions par tout procédé, y compris le modelage »³³. Le sculpteur cherche à construire des volumes, des formes au moyen de matériaux divers, dans un espace défini. Les volumes sont concaves ou convexes et permettent de réaliser des lignes qui peuvent évoquer le mouvement, une forme, une impression de direction ou de tension, etc... La sculpture peut être examinée sous tous les angles. Sa réalisation en 3 dimensions la rend spécifique. En effet, la pensée en trois



Croquis original de J.M. Subirachs, basilique de la Sagrada Familia (« Sagrada Familia », ed. Triangle postal, 2012)

dimensions met en exergue la nécessité que l'installation soit fiable sur le plan technique. Les rapports avec l'attraction terrestre sont importants. L'équilibre doit être trouvé pour que l'œuvre soit solide. La matière utilisée doit être en adéquation avec le projet de l'artiste. Si les fondations ne sont pas fiables, l'œuvre n'est pas pérenne. Ainsi, la notion de travail en volume implique

32 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009, p.168

33 Dictionnaire Larousse, Paris : Larousse, 1994

une forte projection dans l'avenir. Comme pour l'architecte, il est parfois nécessaire de réaliser un croquis afin d'appréhender les formes générales pour ensuite travailler la matière.

4.2. La sculpture peut -être réalisée avec différents matériaux

Le matériau utilisé (bois, pierre, plâtre sur armature, argile...) sera choisi par l'artiste selon son intention*. Une œuvre monumentale sera généralement réalisée en pierre ou en plâtre sur armature. Quant à l'argile, elle offre la possibilité de travailler les détails des petits formats. A chaque matériau est associée une technique particulière. La matière nécessaire à l'élaboration d'une sculpture est un support appartenant au monde extérieur. Le rapport entre l'intention esthétique (monde intérieur) et sa concrétisation par le choix d'un matériau (monde extérieur) est prédominant.

4.3. Le modelage est vecteur d'expérimentation

Le modelage se différencie aussi par la nature de l'action de l'artiste sur la matière. En effet, si le geste n'est pas en adéquation avec l'intention de l'artiste, l'argile permet de réajuster indéfiniment la forme réalisée. Dans ce cadre, le modelage s'oppose à la pierre ou au bois, avec lesquels l'action est irrémédiable. Cette particularité de l'argile est sécurisante. Ainsi, ce matériau est propice à l'expérimentation. Le matériau garde trace de l'action et renvoie directement une image des conséquences. L'artiste peut s'essayer à une action inscrite dans le monde extérieur, sans craindre l'irrémédiable.

4.4. L'œuvre réalisée laisse une trace concrète

La sculpture appartient à la famille des arts plastiques, au même titre que la peinture. Ainsi, elles ont donc certains points communs. L'œuvre réalisée s'inscrit dans le concret ; il est possible de la toucher. De plus, elle se détache de son créateur ; l'œuvre est autonome. Elle continue d'exister sans la présence de son auteur. Cette particularité inscrit l'artiste dans la notion de projet. Il est possible de poser la production en cours et de la travailler le jour suivant.

4.5. Le modelage induit une maîtrise de la représentation du temps

La notion de projet précédemment évoquée est abstraite. Or l'argile est un matériau qui permet une conception concrète du temps qui passe. En effet, son aspect évolue avec le séchage. Le travail du matériau sera différent selon son taux d'humidité. Cela se voit et se sent au toucher. Selon l'intention de l'artiste, il faudra se projeter dans le court et moyen terme. Il faut veiller à ce que le matériau puisse être travaillé et donc assez malléable grâce à un taux d'humidité adéquat, mesuré lui aussi par le toucher. Or l'argile sèche avec le temps, son aspect se transforme. Autre exemple ; s'il faut obtenir une consistance cuir* pour la séance suivante afin de réaliser certains détails, le sac qui recouvre la production en cours doit être laissé ouvert, laissant ainsi s'échapper l'humidité. Lorsque l'artiste décide de terminer sa séance de travail, il se projette nécessairement dans la séance suivante afin d'adapter le stockage de l'œuvre à son intention*. Nous nommerons « stratégie* » cette particularité.

4.6. Le modelage sollicite fortement les sens

Toutes les techniques artistiques sollicitent nos sens. Le modelage est multi-sensoriel : il sollicite la sensibilité somesthésique* (sens de l'espace*, sens kinesthésique*, sens musculaire*, sensibilité proprioceptive *). Les organes sensoriels spécialisés (vue et tact*) sont également concernés. Le tact*, et de manière plus général, le toucher, doivent être révélés à la conscience pour élaborer le projet artistique en sculpture. Comme nous l'avons vu, pour attester que la matière évolue vers « la consistance cuir *», le toucher est nécessaire.

De plus, l'action des mains est bien souvent guidée par le tact : est-ce que l'on sent un volume différent de part et d'autre des doigts? Si oui, il faut agir dessus. La fonction tactile donne lieu à la sensation corporelle consciente³⁴.

34 Dictionnaire Larousse Médical, Paris : Larousse, 2006

4.7. Le corps moteur est engagé dans le modelage

Pour réaliser le geste adapté à l'intention de l'artiste, le corps évolue dans l'espace, nous faisons appel aux fonctions sensorimotrices*. Pour travailler la terre, il faut la battre, l'étirer, la pincer, la lisser. Tout geste s'inscrit dans l'espace : travailler de ses deux mains, tantôt de façon symétrique, tantôt en opposition (la main droite travaille précisément pendant que l'autre maintient).

L'action des mains et des doigts est bien évidemment importante dans le modelage. Une posture assise peut-être adaptée à un travail de petite taille, nécessitant une certaine précision. Les avant-bras peuvent prendre appui sur la table pour permettre la réalisation. Au contraire, si une production est grande, l'artiste devra mobiliser les parties inférieures de son corps, se lever, pour agir sur la matière avec force et amplitude. L'artiste devra régulièrement prendre de la distance avec la production en cours, et sera à l'initiative d'un déplacement. Lorsqu'il se déplace pour observer son travail, l'artiste déambule dans la pièce et mobilise tout son corps. Les déplacements peuvent être remplacés par le fait de faire tourner la plaque en bois sur laquelle est posée la production.

4.8. Le modelage est cadré par des contraintes techniques

Différentes techniques peuvent être sollicitées ; fondre une masse d'argile dans une autre, utilisation d'outils aux actions spécifiques (ébauchoir*, mirettes*), connaissances sur la matière.

De plus, l'artiste doit respecter les proportions des volumes et les symétries. Ces contraintes entraînent la nécessité de s'appuyer sur des références objectives extérieures à soi, c'est à dire issues du monde extérieur. Nous appellerons « repères », ces éléments extérieurs. La captation sensorielle permet à l'artiste de reproduire ces repères avec exactitude. « La sculpture et l'architecture sont des arts visuels qui appliquent directement les lois numériques (...). Ces repères répondent à l'idéal théorique de la beauté, par les proportions et harmonies qu'elles exposent et que l'on peut contrôler facilement (par la comparaison visuelle du modèle et de la copie) »³⁵. Rappelons que le tact* permet aussi ce contrôle.

Afin d'étayer cette notion, prenons l'exemple de l'anatomie. L'anatomie est mesurable, vérifiable, fiable. Lorsque que le sculpteur décide de produire une tête, il devra s'appuyer sur un certain nombre de contraintes (symétrie, proportion, mesure). C'est grâce à la captation visuelle et tactile des repères qu'il pourra vérifier que la tête réalisée est bien faite.

Une fois certains repères posés, il pourra expérimenter une interprétation personnelle. Nous nommerons cette interprétation « heuristique », qui sert à la découverte. Le fait de reproduire le plus fidèlement possible un modèle se nomme « mimésis ».

Nous proposons d'utiliser le même terme « technique » ou art (avec un petit « a »), qu'il s'agisse des connaissances sur la matière, des outils, de leur emploi, que des notions de proportion, de symétrie et de mesure.

4.9. Le modelage nécessite confiance en soi et une structure corporelle maîtrisée

Fortement inscrite dans le temps (notion de projet et de production pérenne grâce aux savoir-faire), la pratique du modelage en argile s'appuie notamment sur la confiance en soi. La motricité est nécessaire pour la réalisation d'une production en argile, l'artiste a donc besoin d'une structure corporelle maîtrisée.

5. La musique est une technique d'expression artistique spécifique

5.1. Elle se définit par l'organisation de sons

Différencions tout d'abord le bruit du son. Le bruit, comme le son, est propagé par des ondes sonores qui stimulent le capteur sensoriel. Le son est un acte volontaire dirigé, contrôlé par l'homme. Le bruit est naturel et non intentionnel. Le son est agréable à l'oreille, il est

35 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.89

agréable à réaliser. La musique est une organisation de sons, cet ordre sonore a pour finalité de procurer un plaisir esthétique*.

5.2. Elle est dépendante de l'artiste

Les sons sont dépendants de l'artiste. L'activité exercée sur un instrument déclenche un certain nombre de sons qui ne peuvent exister sans cette action sur l'instrument. Autrement dit, le produit artistique est confondu avec l'activité qui le produit.

5.3. L'enregistrement permet de rendre l'œuvre autonome

Lorsque l'artiste présente sa production, il lui faut une grande maîtrise technique puisque l'œuvre se réalise devant le public. Néanmoins, lorsque l'on enregistre la musique, il est possible de rendre autonome l'œuvre de son producteur.

5.4. Un ressenti particulier est éprouvé par la stimulation des sens

Lorsque les sens sont stimulés par le son, la sensation éprouvée est de l'ordre du ressenti. « Par sa nature artistique, la musique s'adresse plus au ressenti qu'à la représentation. »³⁶. Ainsi, en échappant aux représentations, la musique touche plus directement le champ émotionnel. La sensation sonore est abstraite. Par sa nature, le son pur n'a pas de sens. La musique fait travailler l'imagination pour donner sens à ces sons. Nous développerons ce point dans la troisième partie. Ajoutons que si la musique est accompagnée de paroles, les mécanismes mentaux liés à la compréhension des mots se mettent en activité.

6. Différencions l'artiste de l'esthète

Nous avons évoqué l'activité artistique qui sollicite à la fois les mécanismes d'impression et d'expression, avec le corps comme médiateur. La gratification sensorielle peut être aussi éprouvée par une posture de contemplateur. L'esthète est tout aussi animé par les sons entendus que le musicien. Néanmoins l'auditeur est à distance de l'émission sonore (contrairement au musicien).

7. La contemplation mobilise le corps et l'esprit

Dans une situation de contemplation, le corps est sollicité ; un effort est nécessaire pour la bonne captation de l'œuvre, il peut également s'animer lorsque le rythme d'une musique est entraînant.

De même, l'esprit est également mobilisé. Lorsque nous affirmons qu'une musique nous plaît, l'affirmation de soi est nécessaire. De plus, « dire qu'une musique est bien faite, bien jouée, implique la confiance en soi. Il s'agit de notre assurance de la qualité de cette musique au regard de nos expériences et connaissances. »³⁷. « Dire qu'une musique vous fait passer un bon moment implique l'estime de soi. Il s'agit du respect que l'on donne à sa personne, à son avis au regard de sa nature raisonnable et de ses critères qualitatifs de vie »³⁸.

C. L'art-thérapie peut restaurer et/ou réguler le rapport entre le monde intérieur et extérieur

1. L'art-thérapie est une discipline paramédicale

Portée par l'Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et en Médecine (A.F.R.A.T.A.P.E.M.), l'art-thérapie est actuellement enseignée aux facultés de Tours, Poitiers, Lille et Grenoble (U.F.R. Médecine). Cette discipline respecte les conditions des professions paramédicales officielles : protocole, stratégie, évaluation, guildes des art-thérapeutes, déontologie. L'art-thérapeute travaille en complémentarité avec les autres disciplines médicales et para-médicales. L'art-thérapeute est

36 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p.98

37 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p.92

38 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p.92

sous autorité médicale et intègre administrativement la catégorie des professions sanitaires.

2. L'art-thérapeute oriente le pouvoir de l'Art

Nous avons développé que l'une des potentialités de l'Art se situe dans le rapport qu'il instaure entre le monde intérieur et le monde extérieur. Or cette relation est primordiale pour le bon épanouissement de la personne. L'art-thérapeute détient les connaissances qui lui permettent d'exploiter l'Art comme un processeur de bien-être.

3. L'Art donne envie de guérir

L'Art ne guérit pas. Mais l'activité artistique offre la possibilité au patient de retrouver un statut de sujet (notion développée page 24). L'art-thérapeute dirige l'activité art-thérapeutique afin que le patient puisse accéder à une meilleure qualité de vie. En cela, il peut raviver, rééduquer ou restaurer une bonne qualité existentielle de la personne. Il donne envie de s'épanouir, vers le bon développement de la personne.

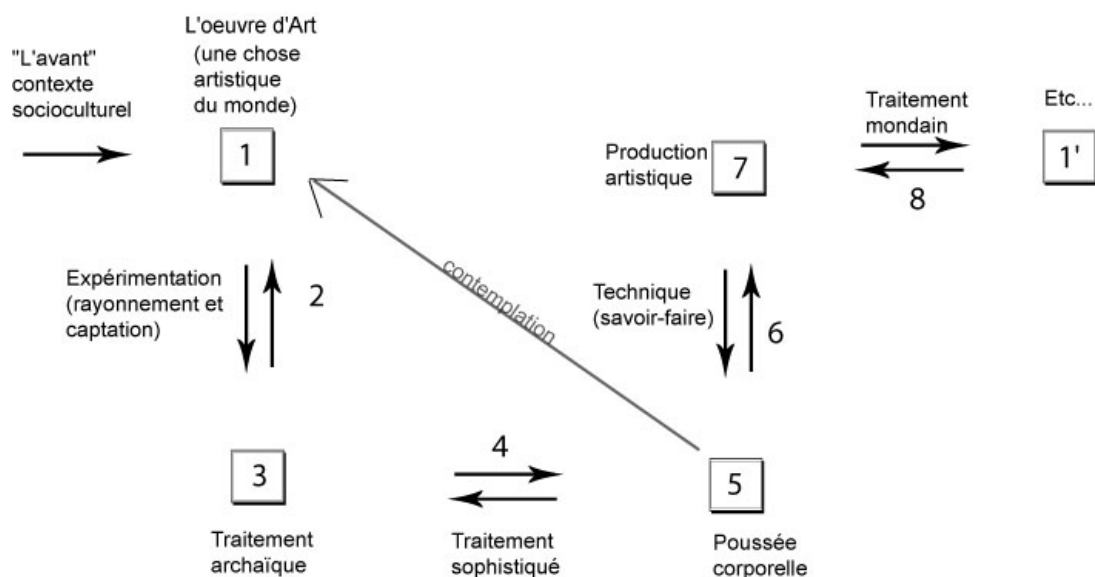
Nous proposons l'hypothèse que, dans le cadre du sevrage à l'alcool d'un patient alcoolique, l'activité art-thérapeutique permet au patient de s'investir dans son soin. L'art-thérapie peut favoriser l'implication du patient dans le soin puisque ce dernier est entraîné positivement vers l'avenir. En effet, pour que la production résiste au temps, elle doit être bien produite. La confiance en l'avenir est indispensable.

4. L'opération artistique permet d'élaborer une stratégie thérapeutique

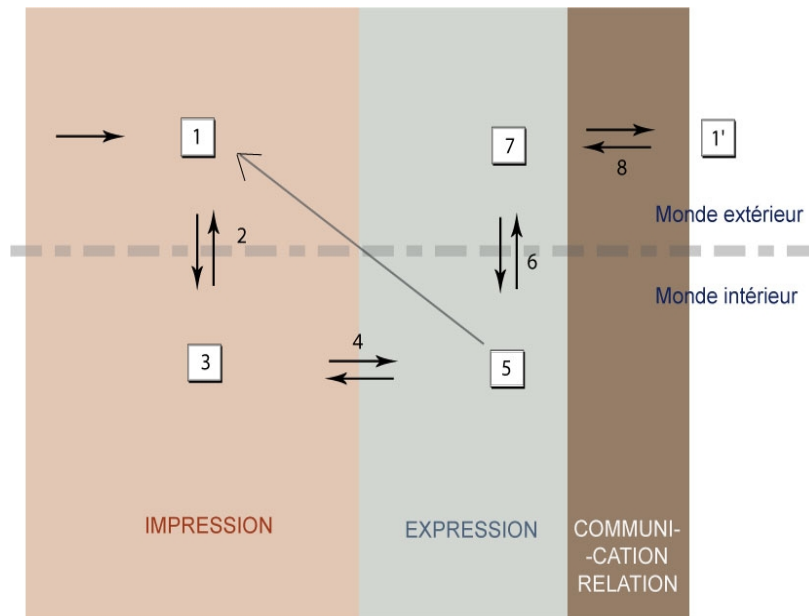
4.1. L'opération artistique s'organise en 9 phases

Certaines personnes présentent des troubles de l'expression, de la communication, et de la relation. Concernant notre sujet, les troubles de l'expression peuvent être expliqués par une désadaptation dans les liens entre le monde intérieur et le monde extérieur. L'art-thérapeute, par ses connaissances, va pouvoir déceler ce qui dysfonctionne dans les mécanismes en jeu dans l'expression, la communication, et la relation. D'une manière très schématique, l'art-thérapeute va repérer les différents sites d'action* grâce à l'opération artistique. L'opération artistique est la modélisation des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique. Elle s'organise en 9 phases.

4.2. La schématisation de l'opération artistique l'inscrit dans une globalité dynamique



Le schéma ci-dessus représente les 9 phases de l'opération artistiques.



L'opération artistique concerne les mécanismes d'impression, d'expression et de communication/relation. Les doubles flèches représentent l'incessant va-et-vient entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'être humain.

5. L'art-thérapeute accompagne le patient dans un échange adapté entre le monde intérieur et le monde extérieur

L'art-thérapeute, par cette outil peut comprendre les difficultés rencontrées par le patient. Le professionnel va cliver les phases défaillantes, solliciter les parties saines pour inscrire le patient dans une boucle de renforcement (répétition d'un mécanisme positif) et ainsi, permettre au patient de s'inscrire dans l'échange monde intérieur/monde extérieur. Concernant l'opération artistique, « Ce modèle devient le fondement méthodologique de l'art-thérapeute. Il permet le passage de l'observation à la compréhension des difficultés, ce qui permet la mise en place de stratégies thérapeutiques adaptées »³⁹.

Ainsi, l'art-thérapeute donne les moyens au patient en sevrage à l'alcool d'avoir des échanges entre le monde intérieur et le monde extérieur. La mise en œuvre est explicitée dans la troisième partie de ce mémoire.

6. L'activité artistique utilisée participe à la stratégie thérapeutique*

L'activité artistique n'est pas choisie par hasard par l'art-thérapeute. Ce choix s'inscrit dans la stratégie thérapeutique*. L'art-thérapeute connaît les spécificités des activités artistiques (dominante*) et sait en tirer bénéfice par les phénomènes qui y sont associés. Par exemple, concernant le modelage, nous avons vu la forte inscription du temps dans une réalité sensible. « Le présent est privilégié, puisque la terre est là à chaque séance. Mais les successives transformations qu'elle exige introduisent de petits changements qui s'inscrivent peu à peu dans la durée »⁴⁰. De par cette forte inscription dans le temps, et ce de manière sensible et concrète, le modelage est une activité artistique adaptée à des objectifs art-thérapeutiques de type « développement de la confiance en soi ». De plus, cette activité mobilise une importante dextérité pour atteindre le but que l'artiste s'est fixé, ce qui impose de travailler particulièrement la structure corporelle.

Le niveau de technicité nécessaire à la bonne pratique artistique dans un contexte donné est aussi étudié par l'art-thérapeute. En effet, le corps moteur et la technique font le lien entre monde intérieur et extérieur. Le modelage nécessite un niveau moyen de connaissance technique. Pour travailler avec des personnes alcooliques en sevrage*, nous souhaitons proposer une activité qui ne peut pas se réaliser sous l'emprise de l'alcool. Par exemple, la dominante* « collage », qui nécessite peu de technicité, sera opposée à la dominante*

39 FORESTIER Richard, *Profession art-thérapeute*, Paris : Elsevier Masson, 2010 p.20

40 MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001, p. 99

« modelage ».

De plus, nous avons vu qu'un projet de sculpture nécessite une forte projection dans l'avenir afin de réaliser une œuvre pérenne.

Concernant l'écoute musicale, l'impact de ce type d'activité artistique est développé en troisième partie de ce mémoire.

7. L'art-thérapeute travaille sur l'auto-évaluation de l'activité artistique par le patient

L'outil présenté se fonde sur la théorie de l'art opératoire précédemment présentée (appelée communément « la théorie des trois B. »). C'est dans le rapport entre le Beau (ce qui plaît), le Bien (ce qui est bien réalisé), et le Bon (cela donne envie de continuer) que s'élabore l'outil appelé «cube harmonique». Il s'agit donc « d'évaluer les capacités autoévaluatives du patient, principe qui anime toute activité artistique »⁴¹. En effet, le patient sera amené à se prononcer sur ces trois points, par une cotation de 1 à 5. Le résultat obtenu est rapporté ensuite à une autre cotation relative à la qualité du moment passé. Le patient inscrit sur une fiche, la notation qu'il souhaite mentionner.

Cet outil a plusieurs fonctions dans une pratique art-thérapeutique. Tout d'abord, il permet au patient de s'investir dans son soin. Son goût est invoqué, ses choix pris en compte, son expression considérée. Ce changement de statut, de patient à acteur, transforme la relation soignant-soigné. L'implication du patient nécessaire à la passation du cube harmonique se répercute sur les autres temps de l'activité art-thérapeutique.

C'est aussi un moyen de réaliser le bilan de la personnalité artistique du patient. Cette passation permet de réajuster les propositions de productions à réaliser, selon les goûts exprimés. Il permet d'évaluer si le patient est plus sensible à certaines formes de captation.

De plus, le cube harmonique apparaît alors comme un véritable processeur. L'art-thérapeute s'appuie sur les résultats pour adapter le contenu de ses séances. Prenons l'exemple que vous retrouverez dans la deuxième partie de ce mémoire. Une cotation faible du Bien, alors que la technique est adaptée à l'intention, montre qu'il est nécessaire d'élaborer une stratégie pour que le patient puisse s'éprouver comme étant sur le bon chemin.

Nous ajouterons que, face à la pathologie de l'alcoolisme, le cube harmonique trouve un intérêt supplémentaire : il peut être employé comme un régulateur. Nous avons étudié la difficulté pour ces patients de faire dominer l'activité mentale sur les pulsions. L'utilisation du cube harmonique va permettre de structurer, par le langage, l'expression d'une émotion esthétique.

Grâce l'utilisation de cet outil, « le monde intérieur humain et le monde extérieur peuvent s'harmoniser comme le fond et la forme, et inversement. Une dynamique s'instaure par une recherche incessante où fond et forme ne cessent de s'interpénétrer, afin de trouver la manifestation idéale de leur accord. »⁴².

« Il ne s'agit pas de donner des critères extérieurs au patient comme vérité du Beau, du Bien, ou du Bon, mais de permettre de développer sa faculté critique et son idéal esthétique, d'être en mesure d'épanouir son goût, son style et son engagement personnels dans l'activité et de les affirmer par et dans une forme sensible »⁴³.

41 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p.145

42 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p.145

43 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009, p. 203

Deuxième partie : un projet de soin en art-thérapie est mis en place au sein de l'unité addictologie

A. L'unité hospitalière présente certaines spécificités

1. L'unité fait partie de l'établissement Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu

L'expérience de la création de l'activité art-thérapeutique auprès d'adultes en sevrage à l'alcool se déroule à l'Unité Hospitalière d'Alcoologie (UHA) relevant du secteur 22 G 06 du Centre Hospitalier St Jean de Dieu, à Dinan. Le Centre Hospitalier est un établissement de santé privé d'intérêt collectif, intervenant dans le domaine de la santé mentale, depuis 1836. Il exerce son activité sur 20 sites répartis sur la moitié Est du département des Côtes d'Armor.

2. Le soin a pour objectif de consolider l'abstinence

Outre les traitements visant à la restauration somatique, l'approche soignante a pour but essentiel de rompre la dépendance psychologique* à l'alcool et/ou à d'autre toxique. La personne est amenée à saisir la place du « symptôme alcool » comme élément signifiant d'un mal-être profond, dont l'origine est antérieure à la rencontre du toxique. Le déroulement de l'histoire du patient amène les mises en lien nécessaires. Les interactions systémiques familiales et environnementales sont abordées pour susciter des repositionnements hors alcool et autre toxique. « L'hospitalisation n'est qu'un moment dans le parcours de la personne en difficulté avec l'alcool, elle ouvre sur une continuité des soins dans le réseau. (...) La cure se situe en amorce ou en continuité d'un processus de soin dans lequel les actions de nos partenaires du réseau s'orientent de la prévention au soutien de l'abstinence⁴⁴, et à la réinsertion.»⁴⁵ Les activités de soin s'organisent autour de deux axes principaux. Le premier est un axe où la parole, l'échange et la communication sont au premier plan (entretien, réunion, vie collective...). Le deuxième axe concerne la praxis*, le mouvement et le corps.

Voici les différents moments proposés en cure :

- Les temps de parole :

Animation d'un groupe de parole (avec pour thème : l'enfance, abstinence, la Loi, la peur et les émotions, le couple, le bilan de cure, la mort, le regard des autres)

Animation d'une projection (film sur le thème de l'addiction) suivie d'un débat.

- Les entretiens individualisés avec les différents soignants ; psychologue, psychiatre, médecin alcoologue, infirmier, assistante sociale, kinésithérapeute, diététicienne

- Les temps des activités : gymnastique quotidienne, sophrologie, piscine, équitation, cuisine, atelier d'expression manuelle, réunions d'informations (bilan biologique, médicaments, complications hépatiques, complications neurologiques)

- Les rencontres avec les associations d'entraide, afin de préparer l'après-cure

- Réalisation d'un sociogénogramme qui permet de mettre en lien la dynamique familiale et transgénérationnelle

Il est essentiel de mentionner l'interaction entre toutes ces activités. Concernant notre sujet, il est évident que le travail de reconstruction somatique influence la motricité nécessaire pour les séances d'art-thérapie. Les activités de sophrologie (respiration-détente-mouvement du corps) participent à la bonne relation de la personne avec son environnement extérieur. Nous ne vous proposons que deux exemples, mais la notion de travail pluridisciplinaire mériterait bien davantage d'analyse. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi de ne pas développer ce point.

⁴⁴ Abstinence/Abstinence : qui ne boit jamais (Larousse médical 2011)

⁴⁵ Projet de service de l'unité d'alcoologie C.H.S. Saint Jean de Dieu – Dinan, octobre 2000, p.9

3. Le service d'addictologie accueille des patients selon des modalités spécifiques

Il a une capacité d'accueil de 14 lits, hommes ou femmes, en hospitalisation complète pour une cure de quatre semaines. L'hospitalisation est librement consentie (sauf injonction) et s'effectue soit par entrée direct, soit après sevrage réalisé dans une structure médicale.

4. Le soin proposé se base sur une interdisciplinarité

L'équipe est composée de la manière suivante : un médecin référent psychiatre, un médecin psychiatre, un médecin alcoologue, un psychologue, une assistante sociale, une secrétaire, une diététicienne, une cadre de santé, une équipe infirmière formée à l'addictologie (5 à 9 infirmiers en présence journalière), deux infirmières formées à la tabacologie, trois agents de service logistique. L'équipe se réunit une fois par semaine pour échanger sur les patients. L'équipe infirmière se relaie grâce à des temps de transmissions deux fois par jours.

B. La création de l'activité art-thérapie est conditionnée par de nombreux facteurs qui influencent le cadre art-thérapeutique

1. L'activité d'art-thérapie s'inscrit dans le planning général

1.1. Les séances sont programmées sur 4 semaines

Lors de la création de l'activité d'art-thérapie, il est convenu avec la cadre de santé que l'activité se déroule sur les temps dédiés habituellement à l'activité « atelier d'expression manuelle ». Cette décision a facilité l'intégration de l'art-thérapie dans le planning général déjà existant.

1.2. La durée des séances est irrégulière et incite à faire des choix stratégiques

Néanmoins, cette décision entraîne une difficulté puisque les temps proposés à l'activité d'art-thérapie ne sont pas homogènes dans leur durée ; 1h15, 1h30 ou 2h. Or, l'art-thérapeute, pour l'évaluation de son activité, s'appuie sur des données qualitatives et quantitatives. Afin de pouvoir comparer des données d'une séance à une autre, il lui faut un relevé de mesures sur un temps délimité et régulier. Dans ce cas, il a fallu faire des choix stratégiques et poser des priorités. Ainsi, les séances sont établies de la manière suivante : la priorité est portée sur l'activité modelage, inscrite dans une volonté de projet, et dans laquelle l'expression domine. Une heure, ni plus, ni moins lui est dédiée par séance. Le temps restant (de 15 mn à 1h), est consacré à un exercice dans lequel les impressions dominent. Nous le nommerons « exercice de contemplation ». Il s'agit d'aborder l'affirmation de soi par le biais de l'expression du goût. Nous proposons au patient de s'exprimer au sujet du rayonnement d'une œuvre d'Art, qu'elle soit picturale, sculpturale ou musicale. L'outil utilisé est le cube harmonique qui s'appuie sur la théorie de l'art opératoire. L'échange sur les œuvres en présence complète la séance si besoin, nous le nommerons « échange informel ». Sur cet exercice de contemplation qui a une durée variable d'une séance à une autre, les relevés évaluatifs ne se font que de manière qualitative. Les études de cas présentées par la suite, présentent une exception, mais il est bien indiqué sa faible valeur évaluative.

Cette disposition laisse à réfléchir sur la pertinence de la contemplation avec des patients alcooliques. Nous discuterons en troisième partie de ce point.

1.3. Le nombre de séances est limité et programmé

Pour la création de l'activité d'art-thérapie au sein de l'unité, il a été convenu qu'elle ne concernerait que les patients entrant en cure à un moment défini. En effet, il faut prendre conscience des difficultés organisationnelles que peuvent déclencher une nouvelle activité thérapeutique. Ce système a permis de ne pas totalement changer le fonctionnement déjà existant, qui est déjà très riche et complexe. Mais il faut préciser que, de manière plus conventionnelle, l'art-thérapie est prescrite par le médecin ou conseillée par l'équipe médicale.

Ainsi, l'expérience relatée est spécifique ; les patients suivis en art-thérapie seront arbitrairement choisis selon les « entrées ». Les séances art-thérapeutiques sont donc programmées avant l'arrivée des patients concernés. Pour illustrer ce propos, voici deux tableaux concernant le temps de cure des deux patients dont les études de cas seront développées par la suite.

Prénoms + Initiale Nom		Groupe										Date d'entrée					Date de sortie					
Mme B.		1A										13/03/13					10/04/13					
date	13/03	14/03	15/03	16/03	17/03	18/03	19/03	20/03	21/03	22/03	25/03	26/03	27/03	28/03	29/03	2/04	3/04	4/04	5/04	8/04	9/04	10/04
jours cure	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22
séances A-T							T1				T2		T3			T4		T5		T6		T7

Prénoms + Initiale Nom		Groupe										Date d'entrée					Date de sortie						
M. E.		2B										12/03/13					09/04/13						
date	12/3	13/3	14/3	15/3	16/3	17/3	18/3	19/3	20/3	21/3	22/3	25/3	26/3	27/3	28/3	29/3	2/4	3/4	4/4	5/4	8/4	9/4	10/4
jours cure	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23
Art Th.		T1	T2				T3		T4				T5					T6					T7

Comme nous pouvons le constater, les séances d'art-thérapie ne sont pas disposées de la même manière. L'organisation du cycle* d'art-thérapie est soumise au planning général.

2. L'activité art-thérapeutique s'inscrit dans un espace dédié

Nous avons relaté l'inscription des séances d'art-thérapie dans le temps de la cure. Il nous faut désormais comprendre les influences de l'espace sur le cadre art-thérapeutique. « C'est autant le lieu en tant que tel que la nature de l'activité qui déterminent l'espace de travail thérapeutique⁴⁶ ». Il s'agit d'une petite salle dans l'espace d'atelier d'expression manuelle. C'est un espace ouvert car il est sur le passage entre l'atelier menuiserie et une grande salle au fond. La grande salle du fond accueille les patients en activité d'expression manuelle. L'espace « art-thérapie » et l'espace « expression manuelle » ne se distinguent que par une cloison dont la plus grande partie est en verre. Les inter-influences entre ces deux activités ont été nombreuses. Nous y voyons des avantages et des inconvénients. Tout d'abord, il est évident que le fait que l'activité art-thérapie s'inscrive dans un lieu de passage entraîne une difficulté. En effet, il ne conserve pas « l'intimité et la confidentialité des expressions »⁴⁷. Concrètement, le patient introverti, avant de se prononcer sur ce qu'il ressent à l'écoute d'une musique, balaie du regard le passage reliant les deux espaces afin s'assurer de ne pas être surpris en « flagrant délit d'émotion ». Néanmoins, il faut s'adapter aux conditions du terrain. Une énergie importante a été déployée pour juguler les allées-venues dans cette zone.

Néanmoins, la proximité avec d'autres patients a un avantage : les remarques au sujet des productions des patients ont été nombreuses. Dans l'ensemble, ces retours sur les œuvres en cours de réalisation furent positifs et les regards bienveillants. Mais l'art-thérapeute ne peut pas se contenter de cet heureux hasard. Les patients n'étant pas tous prêts à entendre la critique négative, il faut que l'art-thérapeute ait une maîtrise de cet élément central dans sa stratégie thérapeutique.

3. Au regard de la pathologie, du cadre thérapeutique et des objectifs de la structure, le champ d'action de l'art-thérapeute est orienté et délimité

En résumé, nous avons vu que de nombreux facteurs influencent le cadre art-thérapeutique. L'art-thérapeute doit comprendre l'environnement dans lequel il évolue, que ce

46 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p.175

47 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p.175

soit en terme d'espace, de temps et de moyens alloués. Lors de cette expérience, et face à de nombreuses contraintes, un travail important a été fait pour développer une activité art-thérapeutique adaptée au terrain.

Dans le cadre du développement de ce mémoire, voici ce que nous retiendrons :

Des objectifs thérapeutiques sont prioritaires ; inciter l'investissement dans le soin, développer confiance en soi et structure corporelle. De ce fait, l'activité à dominante modelage est favorisée au détriment de l'exercice de contemplation. Les moyens proposés en terme de nombre de séances, induisent la notion de cycle* d'art-thérapie, que nous associons au fait que le nombre de séances est limité dans le temps. Le choix du type d'argile utilisée est aussi influencé par le temps dont l'activité art-thérapeutique dispose ; il faut opter pour une argile auto-durcissante qu'il n'est pas nécessaire de cuire pour solidifier. Le coût important de cette matière implique la réalisation de productions de taille moyenne à petite.

C. Deux études de cas révèlent la difficulté de poser des objectifs art-thérapeutiques sur 7 séances

1. Afin de répondre aux contraintes de temps, une stratégie générale est élaborée avant la rencontre des patients

Lorsque nous évoquons la pathologie de l'alcoolisme, le site d'action* est le dérèglement dans la phase 3, rupture entre le 3 (pulsionnel) et le 4 (intentionnel). En d'autres termes, il s'agit d'une rupture entre les mécanismes d'impression et le « passage » vers l'intention*. Ainsi, le lien entre le monde intérieur et le monde extérieur ne se fait plus. Il faut solliciter la phase 4 (traitement sophistiqué) pour dominer le 3.

« Le but du thérapeute va être de réintroduire des repères, qui, fondés sur la personnalité du patient, sauront l'aider à rétablir des stratégies fiables de vie sociale et restaurer la confiance en lui même. »⁴⁸

Basé sur sa personnalité et sur son environnement socioculturel (phase 1), le projet de production artistique (phase 7) va inscrire le patient dans un acte volontaire d'expression orienté vers l'esthétique. L'apport de techniques (phase 6) va apporter les moyens nécessaires pour réaliser la production, basée sur la mimésis (l'imitation). La phase 4, l'intention*, sera alors impliquée. Cette volonté va permettre au patient de s'inscrire dans un cadre : les règles inhérentes à la production artistique (phase 6). Les règles doivent être acceptées et mises en œuvre pour que la production soit appréciée par les autres. Le regard porté par collectivité humaine (phase 8) va donc impliquer l'acceptation de ses règles.

La mimésis (l'imitation) sera privilégiée et offre une base pour aborder la question de la faculté critique et de critique, c'est à dire discerner ce qui est objectif de ce qui est subjectif, afin d'« aider le patient à se réinscrire dans un cadre social. »⁴⁹

Nous vous invitons à reprendre le schéma de l'opération artistique (page 22) pour inscrire cette stratégie dans une globalité. Concernant l'exercice de contemplation, la stratégie au regard de l'opération artistique sera discutée en troisième partie. En effet, cet exercice, s'appuie sur la phase « avant », phases 1, 2, 3, 4, 5 retour en 1, et donc sollicite les mécanismes défaillants (3 domine le 4).

2. Les deux premières séances sont consacrées à l'enrichissement des informations sur l'état de base du patient

Lors de la première séance, un questionnaire à question ouverte sur le contexte socio-culturel du patient est proposé (« l'avant »). Puis, un test sensoriel (phase 3) est réalisé avec le patient pour différencier les chamottes*, et les différentes couleurs de l'argile. D'une manière générale, les résultats attestent qu'il est difficile pour un patient d'exprimer (phase 4) une gratification sensorielle (phase 3) à la suite du contact avec la matière argile (ce qui est pourtant courant lors d'atelier modelage) ; "La carence sensorielle des alcooliques se fait jour

48 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p. 173

49 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p. 174

dans leur indifférence au toucher de leur objet, ils ignorent le plaisir de la caresse"⁵⁰. Néanmoins, grâce à l'exercice de contemplation lors de cette expérience, nous admettons qu'il est possible de proposer de stimuler d'autres sens, qui eux semblent apporter une gratification, notamment l'écoute musicale. Nous ne souhaitons donc pas généraliser cette "carence" à tous les sens et à toutes les personnes alcooliques, et prendrons en compte la variabilité selon les patients rencontrés. Ce point sera développé en troisième partie de ce mémoire.

Un exercice est ensuite proposé, basé sur la mimésis, pour évaluer les capacités sensorimotrices du patient. Mieux appréhender les capacités du patient va permettre de proposer un choix de projets de productions artistiques adaptées sur les séances suivantes.



Pour cette première séance, l'exercice est directif et sensoriel, les principales étapes de construction sont explicitées et matérialisées.

L'exercice consiste à réaliser un oiseau au volume simple. La démarche est détaillée grâce à une démonstration de volumes nécessaires à sa réalisation : un cône, une boule, un autre cône.

Ce premier exercice à fonction révélatrice est donc très directif. Les volumes nécessaires sont présentés à l'avance, la stratégie* de construction est également présentée. Le patient n'a pas de choix à faire, l'activité mentale n'est donc pas sollicitée (4), afin de poser un cadre sécurisant. Est donc également privilégiée « la sécurité connue par des impacts orientés vers l'imitation (la mimésis et le connu) et, à l'opposé, la recherche de l'au-delà de la sécurité des impacts orientés vers la recherche (l'heuristique et l'inconnu) »⁵¹.

Ainsi, il s'agit de prévenir une possible appréhension de la première séance. L'action thérapeutique se situe principalement dans les phases 5, 6, 7, 8 de l'opération artistique. Cette première séance permet d'évaluer les capacités du patient pour l'orienter vers un projet modelage adapté. L'exercice aborde les techniques simples de réalisation en volume. Il permet de comprendre le principe de la réalisation d'une sculpture ; on commence par réaliser les formes générales, comme une esquisse, avant de s'attarder sur les détails. Cela passe par la bonne compréhension des volumes à produire, et de leurs réalisations grâce à des repères géométriques et des mesures. L'art-thérapeute explique la marche à suivre avant que le patient s'essaie. Ainsi, le patient assimile les techniques et savoir-faire (6).

3. Le cas de Mme B illustre le potentiel art-thérapeutique

3.1. Les informations recueillies sur la patiente précisent les sites d'actions

Les informations obtenues par le dossier médical :

Femme de 46 ans, cette patiente alcoolique a une consommation 2 bouteilles de vin 1 à 2 fois par semaine. Elle est actuellement sous Espéral⁵². Mme B a vécu 6 mois d'abstinence après une première cure il y a 9 ans.

Concernant ses relations familiales, elle évoque une faible communication avec ses parents « il n'y a pas de dialogue ». Elle exprime le fait d'avoir reçu peu d'affection de la part

50 MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001, p. 175

51 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004 p.151

52 Médicament qui diminue la dépendance à l'alcool. L'association alcool-troubles pénibles entraîne un dégoût de l'alcool chez le grand buveur, qui est ainsi amené à modifier son comportement. Il est utilisé dans l'aide à la désintoxication alcoolique.

de ses parents. Les relations entre les deux parents sont elles même très conflictuelles. Durant sa scolarité, les adultes référents sont absents. Dès le collège, elle augmente sa consommation d'alcool. Elle a vécu des épisodes très violents lors d'une précédente relation conjugale. Puis, elle a vécu à Londres 3 années, durant lesquelles les consommations d'alcool et de cocaïne ont provoqué une altération de son état général. De 24 à 28 ans, elle a connu un épisode dépressif et a été hospitalisée en psychiatrie suite à une alcoolisation massive et des idées suicidaires. Depuis son arrivée à Dinan il y a 6 mois, elle est très isolée. Elle vit aujourd'hui de travail alimentaire, et est au chômage depuis octobre 2012. Elle a démissionné lorsqu'elle était alcoolisée. Elle dit avoir des difficultés à assumer son travail. L'intégration en soin est liée à une injonction judiciaire : Mme B. est passée en correctionnelle pour coup sur un policier en état d'ivresse. La violence exprimée sous alcool l'interpelle. Elle dit avoir beaucoup de mal à gérer ses émotions « j'ai besoin de comprendre mon problème et d'avoir un suivi ». A l'entrée en cure elle a prévenu qu'elle allait provoquer des ennuis. Dès son arrivée à l'hôpital, son comportement a été qualifié d'envahissant par les membres de l'équipe soignante.

Lors de l'entretien d'ouverture en art-thérapie :

Lors de l'entretien préliminaire en séance d'art-thérapie, il est difficile pour son interlocuteur de situer le lieu de vie de la patiente (3 lieux sont évoqués). Une forte indécision au sujet de l'avenir est d'emblée évoquée ; la patiente souhaite « retourner à Laval » où se trouve une partie de sa famille. Mais la séance suivante, un emménagement imminent sur Dinan avec « son ami » est sous-entendu. Lorsqu'on l'interroge sur les motifs de son arrivée en cure, Mme B. mentionne un choix personnel.

Concernant le contexte socio-culturel dans lequel cette patiente évolue, nous apprenons qu'elle pratique une activité collage chez elle, sous l'emprise d'alcool. Elle précise qu'elle « ne crée pas », elle découpe des tableaux existant dans des livres bon-marchés. Elle est sensible à l'art brut, les œuvres de Picasso et de Renoir. Ses activités de loisirs sont plutôt solitaires : lecture, balade avec ses chiens. Lors de sa première cure, elle a pu essayer le modelage et la peinture sur bois et a beaucoup apprécié ces activités.

Mme B coupe régulièrement la parole à son interlocuteur lorsqu'il s'agit d'une conversation libre. Lors d'un questionnaire semi-dirigé, Mme B respecte l'interlocution. Lors de l'exercice à fonction révélatrice de la première séance, il est manifeste que Mme B. écoute et respecte les consignes.

D'autre part, l'énergie mobilisée, la qualité de la motricité et les capacités cognitives sont suffisamment élevées pour envisager l'acquisition d'un minimum de techniques nécessaires à un travail autonome en fin de cycle d'art-thérapie.

Lors du premier exercice de contemplation (peinture), Mme B. a su évaluer le moment passé avec le cube harmonique de façon cohérente et autonome. Lorsque le cube n'est pas proposé, Mme B. en situation de contemplation a des manifestations d'ennui et d'agacement (baille, bouge ses membres inférieurs, regard dirigé vers d'autres sources de stimulation). Nous concluons que le cube harmonique est un outil qui structure (4) les sensations* et émotions* (3) de Mme B. et permet de les canaliser pour ensuite les exprimer (4-5). Nous conserverons donc cette activité afin de travailler la structuration des émotions/sensations provoquées par la contemplation d'œuvres picturales, sculpturales et musicales.

Il est à noter un changement de comportement lors de la deuxième partie de l'exercice sur la contemplation. Il s'agit d'un moment d'une durée variable durant lequel les échanges sont libres entre l'art-thérapeute stagiaire et Mme B. La patiente coupe alors régulièrement la parole. Elle commente "je sais que je coupe la parole". Nous décidons d'utiliser cette manifestation comme un item*, afin d'évaluer l'impact du pouvoir relationnel de l'Art sur cette patiente. Les commentaires de l'équipe soignante nous renseignent "elle demande à être recadrée en permanence, se rend compte qu'elle est déplacée mais ne sait pas faire autrement." Nous décidons de corrélérer les résultats avec les écrits des fiches de transmissions réalisées par le personnel soignant, toujours dans la perspective d'évaluer les effets relationnels de l'Art en dehors du temps d'atelier d'art-thérapie à dominante modelage.

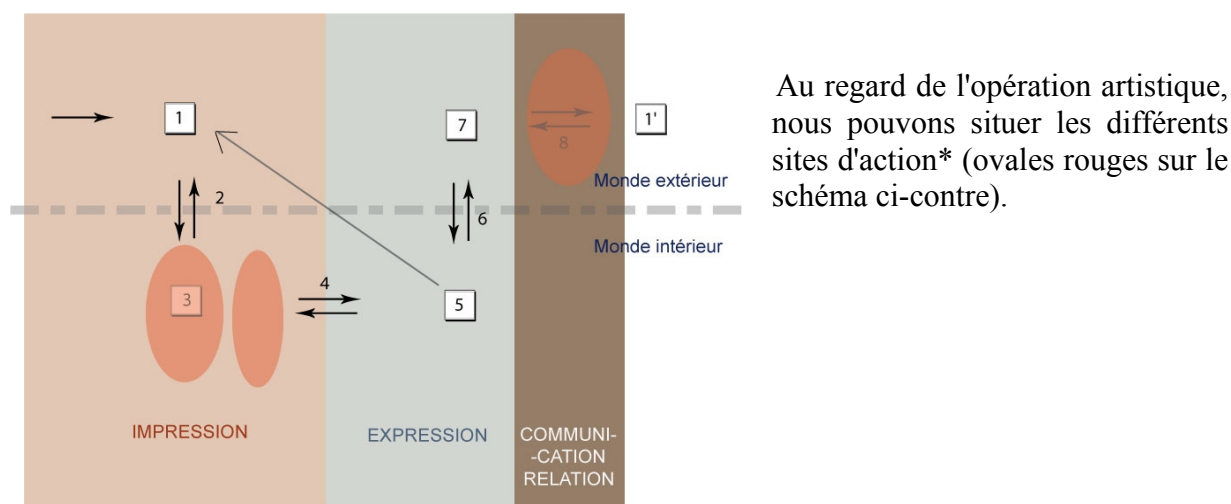
Lors de cette prise en soin, les items* d'évaluation concernant l'engagement (heure

d'arrivée à l'atelier), la gestion des frustrations (difficultés à arrêter l'activité), la cohérence des résultats du cube harmonique durant les exercices en situation de contemplation, ont été peu à peu abandonnés puisque la patiente est, et de manière constante, à l'heure aux séances, interrompt son activité lorsqu'on le lui suggère, et tous les résultats concernant les exercices de contemplation sont cohérents. Lors de l'activité d'expression à dominante modelage, Mme B, est calme et concentrée. Deux infirmiers ont pu remarquer les différences de comportement lors de l'activité d'art-thérapie à dominante* modelage et le comportement hors activité d'art-thérapie à dominante modelage, ce qui confirme et objective ces données.

Néanmoins, nous remarquons parfois quelques agitations et logorrhées⁵³ liées à la survenue de « contemplateurs » (8), c'est à dire lorsque viennent patients et soignés dans l'espace art-thérapeutique. Cet item* sera utilisé pour évaluer l'impact du potentiel relationnel de l'Art (faisceau d'item n°4).

Nous avons conscience que les éléments évoqués dans ce paragraphe ne suivent pas la chronologie de l'expérience. Ces informations ont été intégrées à l'état de base parfois bien après les deux premières séances.

3.2. Les observations de la première séance induisent un objectif supplémentaire concernant la communication et la relation



Ainsi, nous pouvons décliner le protocole art-thérapeutique sous forme de tableau :

Objectifs généraux : Restaurer/réguler le rapport monde intérieur et extérieur. Favoriser la confiance en soi conjointement avec une bonne adaptation de la structure corporelle. Permettre au patient de bénéficier des effets relationnels de l'Art.		
Sites d'actions*	Cibles thérapeutiques*	Objectifs intermédiaires
la patiente reste passive lors de la mise en place et rangement de l'atelier (3 et 4 ; incidence sur le 5) la patiente ne voit pas l'intérêt d'une bonne position et aménagement de l'espace (3 et 4 ;	Permettre une intention forte (généré en 3 - 4) Moyen : proposer un projet de production artistique (7) en adéquation avec les goûts de la patiente (3), ses capacités motrices (5), ses aptitudes à	OI 1 : Impliquer la patiente dans la mise en place et rangement de l'atelier (T1-atteint en T3) OI 2 : Améliorer l'implication qualitative du corps moteur de la patiente (T1 – atteint en T5) OI 3 : Permettre à la patiente de s'appuyer sur l'heuristique pour réaliser la production (atteint en T5-T6-T7) OI 4 : Incrire la patiente dans une dynamique de projet positif, favoriser l'expression d'un changement

⁵³ Logorrhée : flot de paroles désordonnées, incoercibles et rapide, que l'on rencontre dans certains états d'excitation psychique (Dictionnaire Larousse 1994)

incidence sur le 5) la patiente ne "quitte" pas la mimésis (passage 3 et 4)	assimiler des techniques (6)	(T1- atteint en T5)
Sites d'actions*	Cibles thérapeutiques*	Objectifs intermédiaires
La patiente est perçue comme un élément perturbateur par le personnel soignant et les autres soignés (8) La patiente ne s'implique pas dans le soin (3 et 4 ; incidence sur le 8)	Etablir un lien de confiance soignant-soigné Moyen : développer la confiance en soi, la structure corporelle, communication/relation Permettre l'échange verbal, établir une relation. Moyen : exercice structuré	OI 5 : Favoriser l'amélioration de la relation et de la communication avec les personnes venant à l'atelier art-thérapeutique, faire baisser le nombre d'interruptions intempestives de la parole (atteint en T4-T5-T6-T7) OI 6 : Participer à une meilleure intégration de la patiente parmi les autres soignés (atteint en T4-T5-T6-T7) OI 7 : Favoriser l'implication de la patiente dans son soin (atteint en T5-T7)

3.3. L'évaluation se décline en 4 faisceaux d'items

Faisceau d'items n°1 Confiance en soi

- Item n°1.1 Manifestations de prises d'initiatives concernant la mise en place de l'atelier (évaluée en qualité)
- Item n°1.2 Manifestations de l'engagement dans le projet, dans l'avenir (évaluée en qualité et quantité)
- Item n°1.3 Manifestation de l'investissement dans la stratégie de la préparation de la matière pour la séance suivante (évaluée en qualité)

Faisceau d'items n° 2 Structure corporelle

- Item n°2.1 Qualité de l'orientation du geste (outil ou main)
- Item n°2.2 Qualité de la pression effectuée
- Item n°2.3 Distance physique intentionnelle vis-à vis de la production en volume (évaluation qualitative)
- Item n°2.4 Position du corps, installation de l'espace de travail (évaluation qualitative)

Faisceau d'items n° 3 Expression d'un style

- Item n° 3.1 Expression d'un style éloigné de la mimésis (non-verbal, via la production)
- Item n° 3.2 Nombre d'expression(s) verbale(s) évoquant une intention heuristique

Faisceau d'items n°4 Communication et relation durant les séances d'art-thérapie

- Item n° 4.1 Nombre de phrase(s) interrompue(s) intempestivement (évaluation quantitative)
- Item n° 4.2 Nature des réactions de Mme B. face à la venue de contemplateur(s) en lien avec nombre de contemplateurs (qualité et quantité)
- Indicateurs supplémentaires
 - T5 ; est une personne ressource sur le plan technique pour les autres patients en art-thérapie dominante sculpture
 - T5 ; Souhaite intégrer un groupe de modelage -cours du soir-(confirmé en T7)
- Indicateurs supplémentaires *hors séances d'art-thérapie* s'appuyant sur :
 - les observations de l'équipe soignante, les indications d'ordre informel lors d'échanges avec la patiente
 - les faits illustrant un investissement dans le soin
 - les commentaires d'un autre professionnel

3.4. La séance n°3 illustre la forte intention de Mme B.

Activité artistiques	Faits	Analyse/stratégie
<p>T 3</p> <p>Choix d'une statue de Modigliani Prise de mesures, études des proportions, esquisse des formes générales</p>	<p>Parmi les propositions de projets, elle s'étonne de l'existence de sculpture de Modigliani. Elle s'arrête pour contempler les sculptures des Cyclades et des dates de leur réalisation. Elle parle d'équilibre pour ces œuvres, de simplicité mettant en valeur le nez, partie de l'anatomie particulièrement appréciée par la patiente : «J'aime les longs nez». L'art-thérapeute stagiaire apporte plus de propositions autour de l'artiste Modigliani, notamment une œuvre réalisée en hommage aux Cyclades. Dans le livre, la statue de l'artiste (1912) est placée à côté de la statue des Cyclades (2400 av.JC) (à gauche), sur une même double page.</p> <div data-bbox="427 712 1034 1196" data-label="Image"> </div> <p>Mme B. porte une attention vis à vis de la chronologie et de l'histoire de l'Art. Mme B. émet le souhait d'y apporter son propre style « pour les cheveux, je vais faire ce que je veux ».</p>	<p>La patiente souhaite s'inscrire dans l'histoire de l'Homme et de l'Art. Cette volonté d'intégration est soulignée par l'art-thérapeute stagiaire comme un acte positif ; cette intention reflète un engagement fort vers le souhait d'appartenir à la communauté humaine. «Chaque production est conjointement une ponctuation instantanée, et un vecteur historique de l'Art»⁵⁴. Nous retiendrons cette volonté de s'inscrire dans le temps.</p>
<p>Evaluation : cube harmonique</p>	<p>Beau 5 Bien 3 Bon 5 QM 5</p>	<p>Objectif pour la séance suivante : faire remonter la note du Bien en structurant les étapes de cette réalisation, afin que la patiente puisse se figurer d'être sur le " bon chemin". Pour faciliter ce travail, une photographie sera prise avant la séance pour la comparer à la production en fin de séance et constater les avancées.</p>

⁵⁴ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p. 24

3.5. L'évaluation apporte des informations internes et externes au cadre art-thérapeutique

Faisceau d'items n°1 : Confiance en soi

Item n°1.1 Prise d'initiatives concernant la mise en place de l'atelier (évalué en qualité)

Cotation :

1. Ne s'intéresse pas à la mise en place et au rangement de l'atelier
2. Reste passive mais regarde la mise en place de l'atelier et rangement de l'atelier
3. Participe à la mise en place et au rangement de l'atelier mais peu de dynamisme. L'art-thérapeute stagiaire intervient pour rappeler les consignes de déploiement et de rangement.
4. Prend des initiatives concernant l'organisation de la mise en place et du rangement de l'atelier.
5. Prend des initiatives innovantes concernant l'organisation de la mise en place et du rangement de l'atelier.

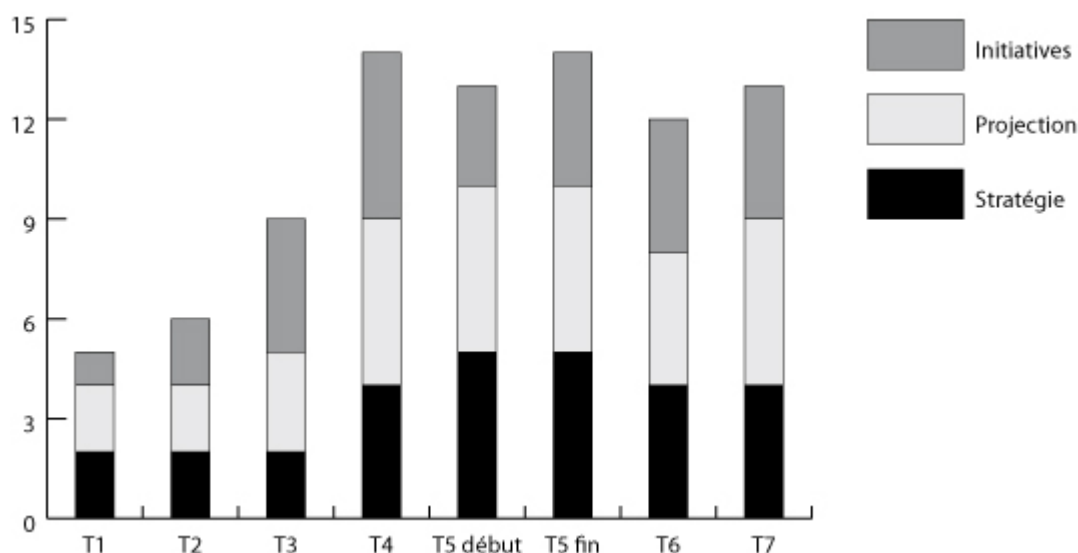
Item n°1.2 Manifestation de l'engagement dans le projet artistique ainsi que dans l'avenir (évalué en qualité et quantité)

Cotation :

1. Pas de projection
2. Le nombre de projections anxieuses prédomine
3. Le nombre de projections concernant la réalisation en cours prédomine durant le temps de la séance.
4. Le nombre de projections pertinente voire innovante concernant la réalisation en cours prédomine durant le temps de la séance.
5. Le nombre de projections post-cure positive prédomine durant le temps de la séance.

Item n°1.3 Manifestation de l'investissement dans la stratégie de la préparation de la matière pour la séance suivante (évalué en qualité)

1. Ne s'intéresse pas à la stratégie
2. Écoute la stratégie proposée par l'art-thérapeute stagiaire
3. Participe à la réalisation de la stratégie et/ou suis les consignes de l'art-thérapeute stagiaire
4. Prend des initiatives concernant la stratégie de la préparation pour la séance suivante.
5. Prend des initiatives pertinentes, voire innovantes concernant la préparation pour la séance suivante.



Graphique du faisceau d'items n°1 ; Confiance en soi

Nous pouvons observer que les résultats concernant la confiance en soi s'améliorent au fil des séances. Le comparatif entre le début de la séance T5 et la fin de séance T5 permet de mettre en exergue les effets de l'activité d'art-thérapie auprès de la patiente. L'auto-évaluation par le biais du cube harmonique conforte cette analyse ; la note du Bien augmente

également en T5 (de 3 à 4), pour ensuite rester à 4 sur les séances suivantes.

Faisceau d'items n° 2 : Structure corporelle

Concernant les deux premiers items, sont pris en compte :

- la qualité du choix stratégique de l'outil (mirette*, ébauchoir*, plaque) et/ou la qualité du choix stratégique du travail des mains : symétrie, opposition,
- l'action sur la matière (ajout, déformation, retrait) par la qualité de la pression des doigts ou de l'outil, entraînée par le corps. La poussée corporelle doit être adaptée à l'intention de l'auteur : elle peut impliquer tout le corps ou seulement la partie supérieure des membres selon la pression souhaitée.

C'est le choix stratégique qui est à évaluer, c'est à dire le bon équilibre entre l'intention* et l'action sur la production. L'évaluation est possible grâce à un accord entre l'art-thérapeute et le patient sur la finalité de la production, puisqu'elle est basée sur la mimésis ; l'œuvre en modèle sera une référence commune, un idéal esthétique à atteindre. De ce fait, l'intention est adaptée ou non de manière objective. Nous pourrions évoquer un contrat entre le patient et l'art-thérapeute, qui permet une forme de coopération.

Cependant, pour ne pas empêcher un possible basculement vers l'heuristique, l'art-thérapeute, prendra la précaution de savoir s'il s'agit d'une action non voulue par le patient ou si le résultat convient au patient, par exemple : « la forme est légèrement plus haute que sur le modèle, est-ce une volonté de votre part? ».

Concernant la distance physique (Item n° 2.3), nous l'associons à la structure corporelle. En effet, il s'agit de coordonner ses membres pour le point de vue adéquat sur la production en cours. Par exemple, il faut s'accroupir pour trouver la bonne hauteur d'observation. Il faut parfois actionner légèrement les muscles des cuisses pour « remonter le regard »

Item n°2.1 Qualité de l'orientation du geste (outil ou main) Item n°2.2 Qualité de la pression effectuée

- 1.mauvais
- 2.mauvais/moyen
- 3.moyen
- 4.bon
- 5.judicieux

- 1.mauvais
- 2.mauvais/moyen
- 3.moyen
- 4.bon
- 5.judicieux

Item n°2.3 Distance physique intentionnelle vis-à vis de la production en volume (évaluation qualitative)

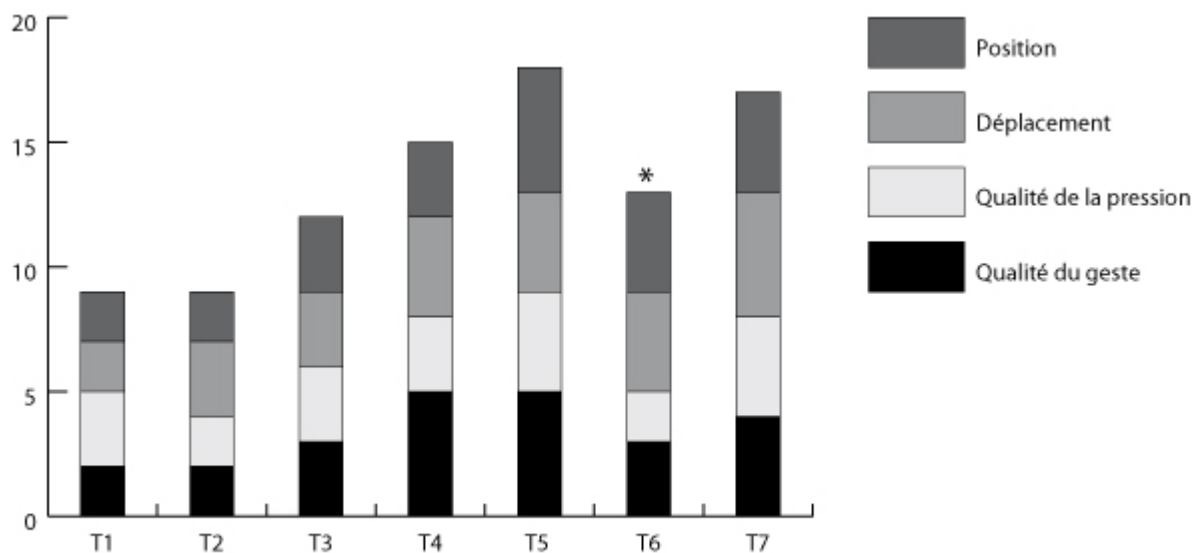
Le déplacement dans l'espace et/ou du socle (faire tourner la planche en bois, support de la production en cours) permet à l'artiste de voir de manière plus objective la qualité de sa production.

1. refus du déplacement malgré la proposition de l'art-thérapeute stagiaire
2. déplacements non-spontanés
3. déplacements tantôt non-spontanés, tantôt spontanés
4. déplacements globalement spontanés
5. déplacement uniquement spontanés

Item n°2.4 Position du corps, installation de l'espace de travail (évaluation qualitative)

L'art-thérapeute, en lien direct avec l'intention du patient, propose une amélioration de la position du corps et de l'espace de travail.

1. refuse les propositions de l'art-thérapeute stagiaire
2. accepte les proposition de l'art-thérapeute stagiaire
3. accepte les propositions et exprime une sensation agréable
4. prend l'initiative d'une meilleure installation
5. apporte de nouveaux éléments pour une meilleure installation (lunettes)



*cotation faible liée à la difficulté de l'exercice

Graphique du faisceau d'items n°2 ; Structure corporelle

Concernant la structure corporelle, les résultats augmentent au fil des séances, conjointement avec la confiance en soi et la maîtrise des savoir-faire. Nous pouvons noter une chute des résultats en T6 suite à la difficulté de l'exercice. La réalisation de la tête de la statuette demande une dextérité très fine et une capacité à travailler de manière asymétrique ; une main maintient la tête pendant que l'autre travaille les détails. Un aménagement a été proposé par l'art-thérapeute stagiaire pour que la patiente puisse malgré tout réaliser l'exercice.

Faisceau d'item n° 3 Expression d'un style

Item n° 3.1 Expression d'un style éloigné de la mimésis (non-verbal, via la production)

Nous partons du postulat que le fait de réaliser une production différente du modèle et de l'assumer comme tel (heuristique), est un indicateur. Plus la production tend vers l'heuristique, plus le patient exprime un style qui lui est personnel. Le fait de l'assumer vis à vis d'autrui est gage d'une plus grande confiance en soi.

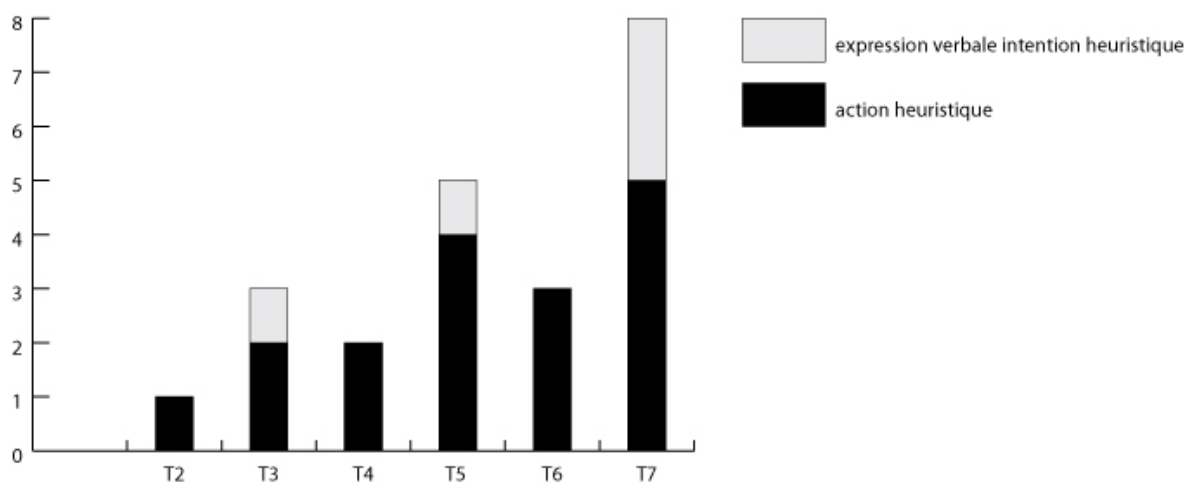
Cotation :

1. Toute ou presque toute la séance basée sur la mimésis alors que la possibilité d'heuristique est facilitée (attributs secondaires de la statuettes)
2. Toute ou presque toute la séance basée sur la mimésis
3. Plus de la moitié de la séance basée sur la mimésis
4. Plus de la moitié de la séance basée sur l'heuristique
5. Toute ou presque toute la séance basée sur l'heuristique

Item n° 3.2 Nombre d'expression(s) verbale(s) évoquant une intention heuristique

Cotation :

0=0 ; 1=1 ; 2=2 ; 3=3 ; 4=4 ; 5=5



L'expression d'un style apparaît principalement en T5. La baisse en T6 correspond à la difficulté de l'exercice déjà commenté. En T7, elle ne regarde plus le modèle.

Faisceau d'items n°4 Communication et relation durant les séances d'art-thérapie

Item n° 4.1 Qualité de la communication : nombre de phrase(s) interrompue(s) intempestivement (expression verbale, évaluation quantitative)

Lorsque la contemplation est terminée, deux temps sont proposés ; l'un concernant le retour sur l'activité avec le cube harmonique (exercice dirigé), puis un espace de parole est dédié à l'échange entre l'art-thérapeute et la patiente. C'est à ce moment précis, ou il n'y a plus de cadre imposé par l'art-thérapeute que se révèlent des difficultés de communication et de relation.

Nous prenons en compte l'item suivant : nombre de phrases interrompues intempestivement par la patiente. Cette évaluation n'est malheureusement pas fiable puisque le temps concerné par l'exercice est inconstant (environs 5 à 15 mn). Néanmoins, il apparaît dans cette étude à titre indicatif.

Cotation : 0 phrases interrompues =5 ; 1=4 ; 2=3 ; 3=2 ; 4 et plus = 1

Item n° 4.2 Nature des réactions de Mme B. face à la venue de contemplateur(s) en lien avec nombre de contemplateurs (qualité et quantité)

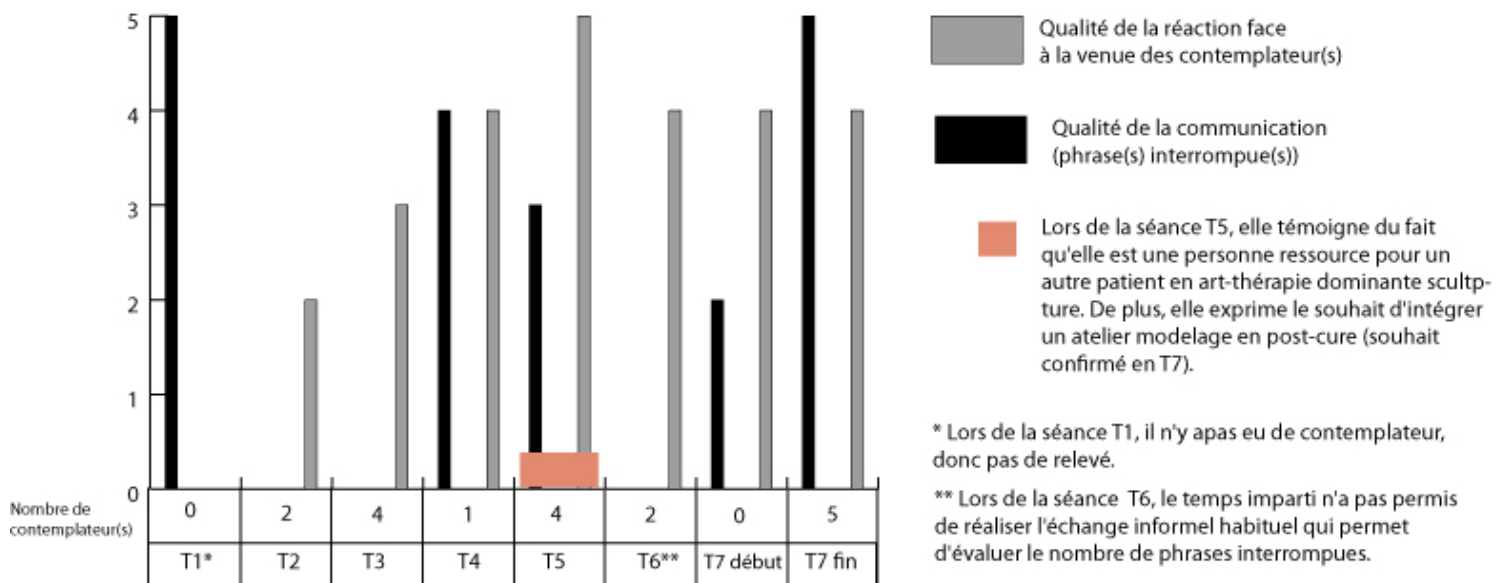
Cotation :

1. A un comportement non – adapté : débordements, logorrhées
2. Parle avec les autres alors qu'ils ne peuvent plus entendre : ils ne sont plus dans la pièce et ne répondent donc pas
3. Est gênée par la venue des autres mais ne l'exprime pas, reste sur le mode conversationnel (gêne exprimée par la suite, sur l'espace « commentaires » de l'évaluation du moment passé)
4. Ne se laisse pas distraire par les autres, reste disponible* pour répondre aux questions, tout en indiquant ses limites de disponibilité par des silences accompagnés de gestes et de regard expressif
5. Idem 4 + prend en compte les conseils qu'elle estime appropriés à son projet

Indicateurs supplémentaires

T5 ; Est une personne ressource sur le plan technique pour les autres patients en art-thérapie dominante sculpture

T5 ; Souhaite intégrer un groupe de modelage -cours du soir- (confirmé en T7)



Graphique du faisceau des items 4.1 et 4.2 et des indicateurs supplémentaires

Concernant ce faisceau d'items, vous remarquerez la faiblesse de leur pertinence. En effet, cet objectif, et donc son évaluation n'ont pas été pris en compte au début du cycle. L'art-thérapeute stagiaire s'est contenté de noter certains éléments avant de se rendre compte qu'il était intéressant de poser un objectif de ce type. Néanmoins, nous pouvons remarquer que la séance T5 apparaît de nouveau comme charnière. Nous rappelons que la note de l'autoévaluation concernant le Bien augmente comme les items de la confiance en soi, de la structure corporelle, et émerge plus clairement l'intention d'un style. Les données du faisceau d'items n°4 ont le mérite de souligner la présence d'un nombre important de contemplateurs aux commentaires positifs. Malgré la difficulté que peut engendrer ces allées-venues, la patiente arrive à faire comprendre ses besoins (oscillant entre le plaisir d'entendre des retours positifs et le besoin de concentration), et ce, sans faire appel à la communication verbale. Concernant la problématique de la patiente (sur-investissement du verbal), cette évolution en T5 est à noter.

Faisceau d'items n°4' Communication et relation ; Indicateurs supplémentaires hors séances d'art-thérapie

Nous avons pu observer une amélioration concernant la communication et relation durant les séances d'art-thérapie. Ces résultats sont à corrélés avec une hausse de la confiance en soi conjointement à une amélioration de la structure corporelle. Mais qu'en est-il hors séance d'art-thérapie?

Pour en rendre compte, nous nous baserons sur :

- Les observations de l'équipe soignante concernant le comportement de Mme B. (quantitatif/écrits des temps de transmission)
 - Nombre de qualificatif(s) négatif(s) au sujet du comportement de la patiente concernant un comportement non-adapté en groupe
 - Nombre de commentaire(s) concernant un non-investissement dans le soin.
- Les indications d'ordre informel lors d'échanges avec la patiente : elle exprime son contentement vis à vis du fait d'avoir une activité de groupe avec d'autres patients, lors des sorties (jeu de billard)
- Les faits illustrant un investissement dans le soin : en séance T5 d'art-thérapie, Mme B prend conscience de son addiction. En découlera un comportement positif vis à vis du soin.
- Le commentaire d'un autre professionnel : le psychologue témoigne d'un changement de comportement de la patiente en séance individuelle suite à une séance d'art-thérapie (« elle est complètement apaisée »).

Sur le schéma suivant, est inscrit le nombre de qualificatifs négatifs concernant un comportement non – adapté (C.N.A), le nombre de qualificatifs concernant un comportement hors soin (H.S.), ainsi que les autres indicateurs énoncés.

date	13/03	14/03	15/03	16/03	17/03	18/03	19/03	20/03	21/03	22/03	25/03	26/03	27/03	28/03	29/03	2/04	3/04	4/04	5/04	8/04	9/04	10/04					
jours cure	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22					
séances A-T							T1				T2		T3			T4		T5			T6	T7					
	C.N.A = 3 H.S. = 1					C.N.A = 15 dont 3 "agace le groupe" H.S.=0					C.N.A.= 6 H.S.= 0					C.N.A.= 1 H.S = 5							H.S. = 0				
											①											②	③	④		⑤	

<p>Légende :</p> <p>C.N.A. = Comportement non adapté H.S. = Hors soin A.T.= Art-thérapie ① = autres indicateurs</p> <p>Les propos entre guillemets sont tirés des écrits de transmission de l'équipe soignante.</p> <p>Note : les jours de cure correspondent aux jours où Mme B. est présente à l'hôpital, c'est à dire hors week-end de sortie</p>

- ① "alcoolisation durant le week-end, fort sentiment de culpabilité"
- ② **J18 matin** : 4 H.S.
J18 après-midi : en T5, prise de conscience de l'addiction
J18 soir : "a pris conscience d'être malade et le dit"
J19 : "commence à comprendre sa maladie"
- ③ Retour de week-end : "a ramené certains patients" (avec son véhicule)
- ④ En T7 : Raconte qu'elle joue au billard avec certains patients.
- ⑤ Suite à la séance d'A.T. (T7), le psychologue est surpris de l'apaisement de Mme B.

Ces données permettent de souligner l'importance de la séance T5 hors séance d'art-thérapie. Nous faisons l'hypothèse qu'une amélioration de la confiance soi (et de la structure corporelle) a permis à la patiente d'accepter sa maladie. Ainsi, nous partirons du postulat que ce n'est un hasard si la patiente prend conscience de sa maladie durant une séance d'art-thérapie. Nous avons pu observer hors séance d'art-thérapie les conséquences de cette prise de conscience vis à vis du soin en général ; la patiente est plus investie.

3.6. Le bilan relate une évolution de la nature des objectifs

Au début de la prise en soin, le choix fut de se cantonner à des objectifs thérapeutiques liés à la confiance en soi et à la structure corporelle. La mise en œuvre art-thérapeutique a déclenché un fort investissement dans le soin.

Le bilan de la prise en soin est plutôt favorable dans la mesure où les séances d'art-thérapie lui ont permis de reprendre « goût à quelque chose » (propos de la patiente recueillis en T7), ce qui démontre un impact plus important que l'amélioration de la confiance en soi et de la structure corporelle. En effet, au départ, les objectifs sont de nature thérapeutique, puis l'activité d'art-thérapie atteint des objectifs de nature existentielle.

La difficulté induite par un nombre de séances limité se ressent dans la présentation de l'évaluation ; la problématique de la communication et de la relation n'a pas été immédiatement posée comme objectif thérapeutique. Une évolution, forte et positive, a dépassée les espérances de l'art-thérapeute stagiaire. Sur ce point, les objectifs intermédiaires proposés, les items* d'évaluation ainsi que leur mesure, sont discutables. Malgré tout, nous avons fait le choix d'introduire de nouvelles données, même si elles semblent moins précises et donc moins pertinentes.

Les résultats de cette prise en soin doivent être avancés prudemment car le nombre de séances est restreint, sûrement insuffisant pour installer de manière durable les bénéfices. De plus, pour valider ces données, il est difficile d'avoir des informations postcure concernant les patients.

4. Le cas de M. E illustre le fait que l'activité art-thérapie adapte ses objectifs selon le contexte

4.1. L'état de base illustre les difficultés physiques, sociales et mentales liées à l'alcoolisme

Les informations obtenues par le dossier médical :

Homme de 43 ans, veuf depuis 2009. Vit actuellement avec sa fille de 14 ans. M.E est cuisinier de formation, sans emploi, actuellement au R.S.A (Revenu de Solidarité Active). M. E souffre d'alcoolisme avec dépendance physique* et psychologique*, à consommation massive. En sevrage en janvier 2012, il a entamé une démarche de soin, mais M. E n'a pas donné de suite (pas de rendez-vous, ni inscription en association). Après un sevrage au Centre Hospitalier, il a été dirigé à l'unité fonctionnelle addictologie-alcoolologie Saint Jean de Dieu. Il raconte à l'équipe qu'il «le fait pour sa fille». Il confie souffrir de solitude. Il voudrait retourner sur Saint Malo (ville touristique) pour retrouver du travail. M.E connaît une dégradation physique importante ; il souffre de polyneuropathie des membres inférieurs et de mal de dos. Il tremble des mains. Il est déprimé et abandonnique.

Lors de l'entretien d'ouverture en art-thérapie :

Lorsqu'on l'interroge sur ses motivations pour la cure, il exprime le souhait «de retrouver une personnalité plus harmonieuse». M. E exprime le fait qu'il n'a plus de loisirs, ni d'envie. Lors d'un échange sur ses matières scolaires préférées, il explique qu'il n'a pas supporté le cadre imposé par l'école⁵⁵.

Il mentionne que les arts plastiques ne lui déplaisent pas. Il raconte qu'il s'intéresse à la peinture abstraite, et que lui même dessine des formes noires, abstraites, mais qu'il ne souhaite pas les montrer et a peur que sa fille les découvre. Nous verrons que ce goût affirmé pour l'Art abstrait ne se révélera pas durant les exercices de contemplation.

Concernant la musique, M. E aime la chanson française, aime tout sauf le punk, le rap, le funk. Là encore, nous serons amenés à remarquer, au fil des séances, quelques disharmonies entre ce qui est annoncé durant la première séance et ce qui sera révélé par les exercices de contemplation.

M. E est ambidextre, sait travailler avec ses deux mains de manière simultanée. Lorsque l'on évoque le travail en volume, il commente : «quand on est cuisinier, on ne fait pas un gâteau sur une seule face !».

Comme mentionné plus haut, M. E nous confirme qu'il aime la compagnie, mais il est devenu solitaire. Durant son soin, M.E connaît des difficultés d'intégration vis à vis du groupe de patients. Ce point est évoqué régulièrement lors des transmissions de l'équipe soignante.

4.2. Les observations de la première séance induisent un objectif supplémentaire concernant la faculté critique

Lors de l'exercice à la fonction révélatrice, il est à noter une difficulté à discerner les différences entre le modèle et la réalisation en cours. Nous évoquerons alors une faible faculté critique. Il s'agit de la développer durant les séances d'art-thérapie, pour une expression plus juste (passage phase 3 vers phases 4- 5). Lors de cette première séance, M.E est désinhibé ; il rit beaucoup et utilise l'humour. Nous verrons que le mode de relation évoluera, et deviendra un item d'évaluation. Plusieurs items/sites d'actions/cibles seront abandonnés :

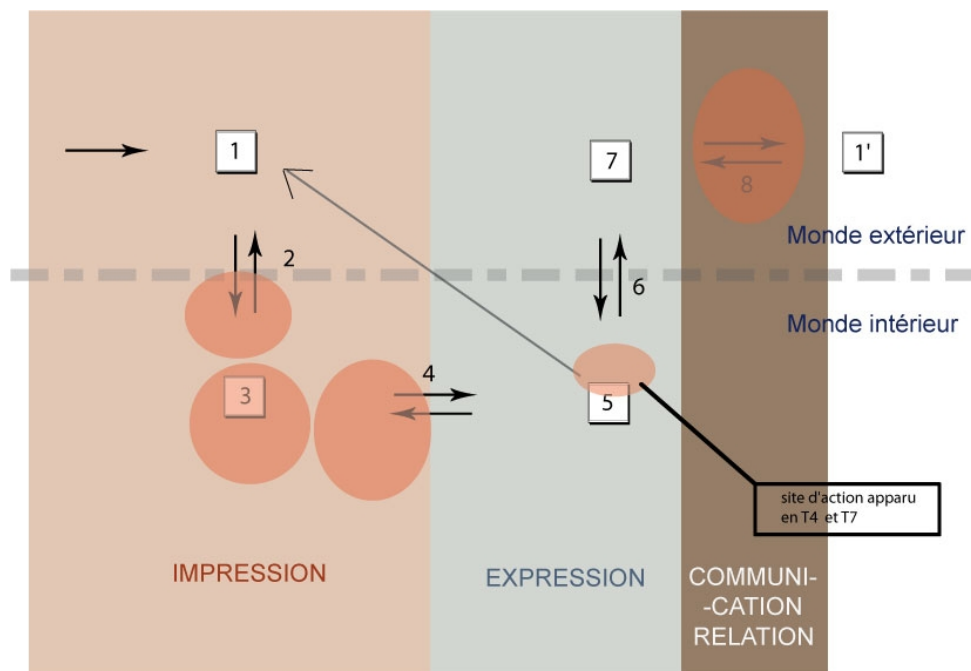
M.E. n'a pas exploré l'heuristique durant ces 7 séances malgré les incitations de l'art-thérapeute stagiaire. Concernant l'engagement de M.E, l'item « arrivé à l'heure à l'atelier » avait été pris en compte au départ. Mais il n'a pas évolué de manière significative : le patient arrive à l'heure à chaque séance. La capacité à gérer une frustration avec pour item « temps

⁵⁵ L'art-thérapeute, lorsqu'il travaille avec le dominant sculpture, va être en situation de poser un certain nombre de notions relatives à la géométrie et aux mathématiques, matières enseignées à l'école. Il semble intéressant de savoir en amont, la relation du patient avec le cadre scolaire. S'il s'agit d'un mauvais souvenir, il faudra amener ces notions différemment que si le patient retrouve ces termes avec plaisir.

nécessaire pour arrêter la séance d'activité modelage» a été supprimé, puisqu'il n'y a pas eu de variation durant les séances : M. E. arrête en fin de séance.

La captation par le toucher de la matière «argile» ne provoque pas l'expression d'une gratification. De plus, M.E a des difficulté à discerner certaines formes en 3 dimensions. Cette difficulté est variable selon les moments. Néanmoins, nous décidons d'inscrire le passage du 2 au 3 comme site d'action*.

Au regard de l'opération artistique, voici les mécanismes défailants (symbolisés par un rond rouge) :



Ainsi, nous pouvons décliner le protocole art-thérapeutique sous forme de tableau :

Objectifs généraux :		
Restaurer/réguler le rapport monde intérieur et extérieur (notamment en développant les capacités critiques du patient) Favoriser la confiance en soi et l'affirmation de soi, conjointement avec une bonne adaptation de la structure corporelle et une bonne qualité des ressentis physiques Permettre au patient de bénéficier des effets relationnels de l'Art		
Sites d'actions*	Cibles thérapeutiques*	Objectifs intermédiaires
Le patient reste passif lors de la concrétisation de la stratégie de séchage (3 et 4 ; incidence sur le 5) Le patient ne voit pas l'intérêt d'une bonne position et aménagement de l'espace (3-4, incidence sur le 5)	Permettre une intention forte (générée en 3 - 4) Moyen : proposer un projet (7) en adéquation avec les goût du patient (3), ses capacités motrices (5), ses aptitudes à assimiler des techniques (6)	OI 1 : Impliquer le patient dans la stratégie de séchage (T1-atteint en T5) OI 2 : Améliorer l'implication qualitative du corps moteur du patient (T1 – atteint en T5) OI 3 : Inscrire le patient dans une dynamique de projet positif (T1 amélioration en T5, atteint en T6, baisse en T7)
Le patient est perçu comme un élément perturbateur par le personnel soignant et les autres soignés (8) Le patient refuse le soin, n'est pas impliqué dans le soin. (3 et 4 ; incidence sur le 8)	Établir un lien de confiance soignant-soigné (8) Moyen : Développer la confiance en soi, structure corporelle, communication/relation respectueuse Rétablir une expression à visée communicante	OI 4 : Participer une meilleure intégration du patient auprès des autres soignés (T1 atteint en T5) OI 5 : Améliorer les capacités de communication et de relation du patient (amélioration constante jusqu'en T6, baisse en T7) OI 6 : Favoriser l'implication du patient dans son soin (atteint en T5) OI 7 : Permettre que l'activité artistique soit un moyen pour le patient d'entrer en communication avec autrui (atteint en T6)

Les productions artistiques réalisées chez lui, lui font honte (incidence sur le 8)	Moyen : Donner les moyens de réaliser une œuvre qui lui plaît, dont il est fier	
Le patient ne discerne pas les données objectives des données subjectives - difficultés dans la réalisation de la production artistique(3-4). Le patient a des difficultés dans l'expression de son goût (justesse dans le rapport ressenti et expression verbale)(3-4).	Permettre au patient de connaître ses goûts de manière juste. Faire accepter les repères objectifs. Moyen : Proposer un projet en adéquation avec les goûts du patient Utiliser le cube harmonique	OI 8 : Améliorer l'esprit critique (T2 amélioration en T5 baisse en T7) OI 9 : Améliorer l'affirmation des goûts, en adéquation avec ses ressentis (résultats non constants)
Le patient présente, de manière ponctuelle, des émotions débordantes (pleurs, anxiété)(3-4).	Réguler ponctuellement l'anxiété et émotions	OI 10 : Réguler ponctuellement tristesse et anxiété (T4 et T7)

4.3. L'évaluation se décline en 5 faisceaux d'items

Faisceau d'items n°1 Confiance en soi

Manifestation de l'engagement dans le projet artistique, dans l'avenir (évalué en quantité et qualité)
 Manifestation de l'investissement dans la stratégie de la préparation de la matière pour la séance suivante (évalué en qualité)
 Nombre d'interventions de l'art-thérapeute stagiaire pour rectification de l'action du patient sur sa production (évaluée en quantité)

Faisceau d'items n° 2 Structure corporelle

Qualité de l'orientation du geste (évaluation qualitative)
 Qualité de la pression effectuée (évaluation qualitative)
 Distance physique intentionnelle vis à vis de la production en volume (évaluation qualitative)

Faisceau d'items n° 3 Etat émotionnel (comparatif début et fin de séance)

Nature de l'état émotionnel et de l'attitude (évaluation qualitative)
 Qualité de concentration
 Qualité de la tonicité
 Indicateurs hors séances d'art-thérapie : Nombre de commentaires écrits évoquant une émotion débordante (évaluation quantitative)

Faisceau d'items n°4 Esprit critique

Nature des réactions du patient face à l'objectivité (comparaison entre modèle et production)
 Cotation résultant de la passation du cube harmonique sur les temps de contemplation. Est pris en compte la cohérence, nombre de 0, respect des consignes

Faisceau d'items n°5 Etat relationnel

Nature de l'attitude vis à vis d'autrui (évaluation qualitative)
 Nature du positionnement concernant la coopération avec l'art-thérapeute stagiaire (évaluation qualitative)
 Indicateurs hors séances d'art-thérapie (évaluation qualitative et quantitative)

4.4. La séance n°3 illustre les difficultés résolues concernant le choix de l'œuvre à reproduire

Activité artistiques	Faits	Analyse/stratégie
<p>T 3</p> <p>Choix de réaliser un bouddha, dessin de la forme générale du faciès sur une plaque en bois, positionnement de l'axe du nez, puis remplissage avec la matière « argile »</p>	<p>(Lors de la dernière séance, le patient souhaite réaliser la Vénus de Milo et reproche à l'art thérapeute stagiaire de ne pas avoir prévu cette possibilité.) Lors de son arrivée, il mentionne qu'il a recherché des images de la Vénus de Milo, mais que cela lui semble finalement trop dur à réaliser. L'art- thérapeute propose 3 projets ayant des points communs avec la vénus : importance du tissu/voilage (forme) ou relatif à un propos « divin » (fond). M. E. manifeste son goût pour les œuvres divines, précise qu'il est pourtant athée. Ce goût sera confirmé lors de l'exercice de contemplation.</p> <div data-bbox="470 678 775 1160" data-label="Image"> </div> <p>L'art-thérapeute stagiaire propose un faciès de bouddha qui correspond aux capacités du patient et permet d'envisager une autonomie sur le plan technique. L'image plaît à M. E.</p> <p>M. E est moins agité et plus concentré sur l'activité d'expression. Parle encore beaucoup, mais ses propos sont centrés sur son activité. L'engagement est important. Néanmoins, en fin de séance, M. E. partagera son anxiété au sujet de l'avenir : son travail ne lui permet pas d'envisager d'avoir une vie privée. L'expression et relation de M. E sont de qualité : pas de vulgarité, regard expressif. Lors de la séance, il accepte le regard extérieur de l'art-thérapeute (contrairement aux autres séances). M. E. se projette à la prochaine séance et voit ce qu'il y a faire. Il souhaite savoir quand est la prochaine séance.</p>	<p>Cette séance est marquée par une plus forte harmonie entre les capacités du patient et son intention. L'amélioration concernant le mode relationnel est notable ; contrairement à la séance précédente, M. E reste poli toute la séance.</p>
<p>Exercice contemplation : peinture</p>	<p>Résultats M. E a ajouté le 0 sur les cotations. Sur 5 œuvres, 4 ont obtenu 0 concernant la qualité du moment passé. Il y a 3 incohérences entre les 3B parmi les 5 propositions.</p>	<p>Les capacités critiques sont moins cohérentes que la séance précédente. Il faudra faire varier les modes de captations pour affiner l'état de base.</p>
<p>Evaluation du moment passé avec le cube harmonique :</p>	<p>Beau 5 Bien 1 Bon 5 QM 5</p>	<p>L'objectif pour la séance suivante est de remonter la note « Bien » en explicitant mieux les étapes nécessaires pour la réalisation de ce projet. M.E doit ressentir qu'il est sur la bonne voie. L'art-thérapeute stagiaire utilise la photographie pour une représentation de l'avancée du projet.</p>

4.5. L'évaluation fait apparaître des résultats inconstants

Faisceau d'items n°1 : Confiance en soi

Item n°1.1 Manifestation de l'engagement dans le projet artistique, dans l'avenir (évalué en qualité et quantité)

Cotation

1. Pas de projection
2. Le nombre de projections anxieuses prédomine
3. Le nombre de projections concernant la réalisation en cours prédomine durant le temps de la séance.
4. Le nombre de projections positives concernant la réalisation en cours prédomine durant le temps de la séance et exprime quelques projections post-cure positives
5. Le nombre de projections post-cure positives prédomine durant le temps de la séance

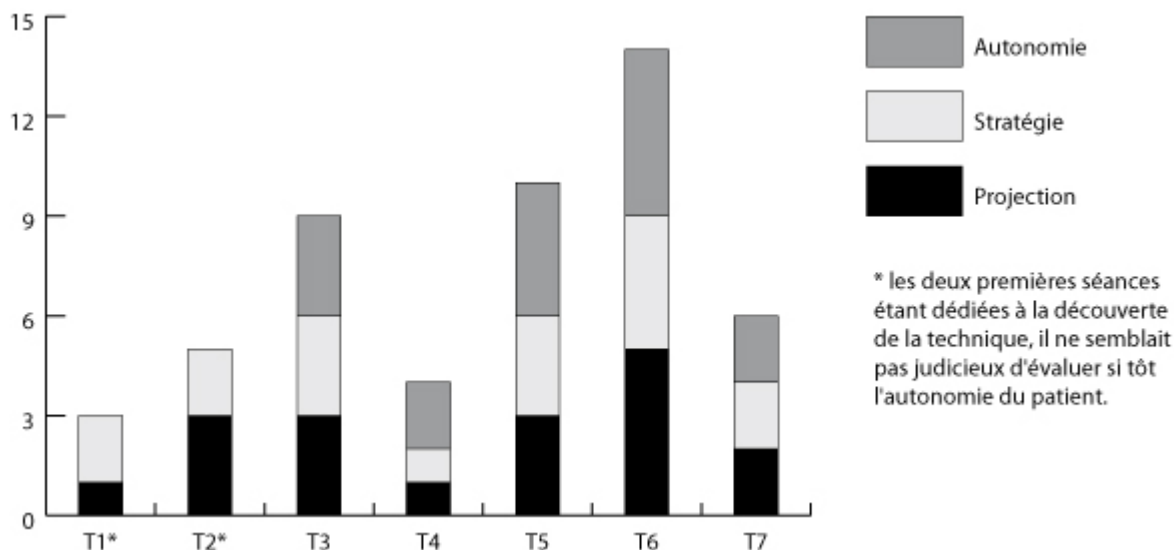
Item n°1.2 Manifestation de l'investissement dans la stratégie* de la préparation de la matière pour la séance suivante (évalué en qualité)

Cotation :

1. Ne s'intéresse pas à la stratégie.
2. Écoute la stratégie proposée par l'art-thérapeute stagiaire.
3. Participe à la réalisation de la stratégie et/ou suis les consignes de l'art-thérapeute stagiaire .
4. Prend des initiatives concernant la stratégie de la préparation pour la séance suivante.
5. Prend des initiatives pertinentes, voire innovantes concernant la préparation pour la séance suivante.

Item n°1.3 Nombre d'interventions de l'art-thérapeute stagiaire pour rectification de l'action du patient sur sa production (exercice à difficulté égale durant les séances T3 à T7, après le premier exercice en T1 T2)

1. L'art thérapeute stagiaire intervient plus de 20 fois
2. L'art-thérapeute stagiaire intervient entre 15 et 20 fois
3. L'art-thérapeute stagiaire intervient entre 10 et 15 fois
4. L'art- thérapeute stagiaire intervient entre 5 et 10 fois
5. L'art-thérapeute stagiaire intervient entre 0 et 5 fois



Graphique du faisceau d'items n°1 ; Confiance en soi

Les résultats concernant la confiance en soi sont inégaux d'une séance à une autre. Ces fluctuations sont représentatives des autres items qui seront présentés par la suite. Les séances T4 et T7 sont marquées par l'état émotionnel du patient. En effet, M.E arrive en séance T4 fortement contrarié, des pleurs marqueront cet état. En séance T7, M. E arrive en séance très anxieux. Les objectifs art-thérapeutiques évolueront pour ces séances vers la régulation de l'état émotionnel du patient. Ainsi, les résultats concernant la confiance en soi évoluent selon

l'état émotionnel du patient. Nous remarquons une forte hausse des résultats en T5 et T6. Ces résultats sont à corrélés avec les cotations du cube harmonique réalisées par le patient. La cotation du Bien évolue dans ce sens :

T3	T4	T5	T6	T7
1	2	5	5	5

(Afin de faire évoluer la cotation du Bien, l'art-thérapeute stagiaire a proposé de prendre en photo la production en début de séance pour la comparer à la production en fin de séance)

Faisceau d'items n° 2 : Structure corporelle

Item n° 2.1 Qualité de l'orientation du geste (outil ou main)

Cotation :

1. Mauvais
2. Mauvais/moyen
3. Moyen
4. Bon
5. Judicieux

Item n°2.2 Qualité de la pression effectuée

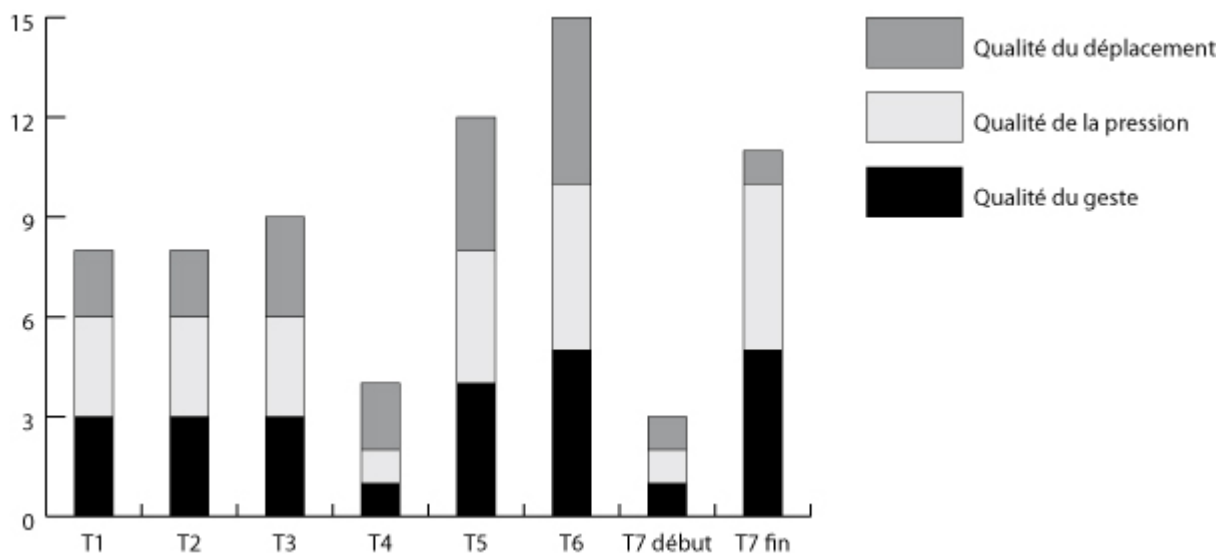
Cotation :

1. Mauvais
2. Mauvais/moyen
3. Moyen
4. Bon
5. Judicieux

Item n°2.3 Distance physique intentionnelle vis-à-vis de la production en volume (évaluation qualitative)

Cotation

1. Pas de déplacement
2. Déplacements non-spontanés
3. Déplacements tantôt non-spontanés, tantôt spontanés
4. Déplacements globalement spontanés
5. Déplacement uniquement spontanés



Graphique du faisceau d'items n°2 ; Structure corporelle

Le faisceau d'items concernant la structure corporelle est en concordance avec le faisceau d'items de la confiance en soi. Il a été possible de comparer les données en début de séance T7 et en fin de séance T7. L'état émotionnel parfois débordant va « empêcher » la progression du patient concernant la structure corporelle. Notons que sur cette séance, les résultats s'améliorent. Les résultats du faisceau d'items n°3 fournissent des données complémentaires.

Faisceau d'items n° 3 Etat émotionnel

Lors du sevrage* sur 4 semaines, M.E a connu de nombreux débordements

émotionnels. C'est à dire que la phase 3 envahit la phase 4, au point qu'il est impossible d'envisager toute activité artistique orientée, dirigée. L'intention* ne peut pas être mise en œuvre. De ce fait, les objectifs art-thérapeutiques s'adaptent, la stratégie également. Les sensations sont alors privilégiées et permettent des gratifications sensorielles apaisantes. Ce point est développé dans la troisième partie du mémoire. L'avantage de la dominante argile est qu'elle permet d'adapter la stratégie.

La concentration est un item pour mesurer l'état émotionnel de ce patient. En effet, elle varie selon l'état émotionnel.

D'autre part, nous notons une faible tonicité lorsque M.E est envahi par une émotion débordante. Nous choisissons également cet item pour rendre compte de l'état émotionnel du patient. L'impact art-thérapeutique est étudié par un comparatif début/fin de séance.

Item n°3.1 Nature de l'état émotionnel et de l'attitude

Cotation :

1. Excitation ; yeux brillant, grande ouverture des yeux, agitation motrice
2. Tristesse ; pleure et/ou ne parle pas
3. Loquacité inappropriée
4. Posé ; visage fermé
5. Posé ; visage ouvert, détendu et/ou sourire

Item n°3.2 Concentration

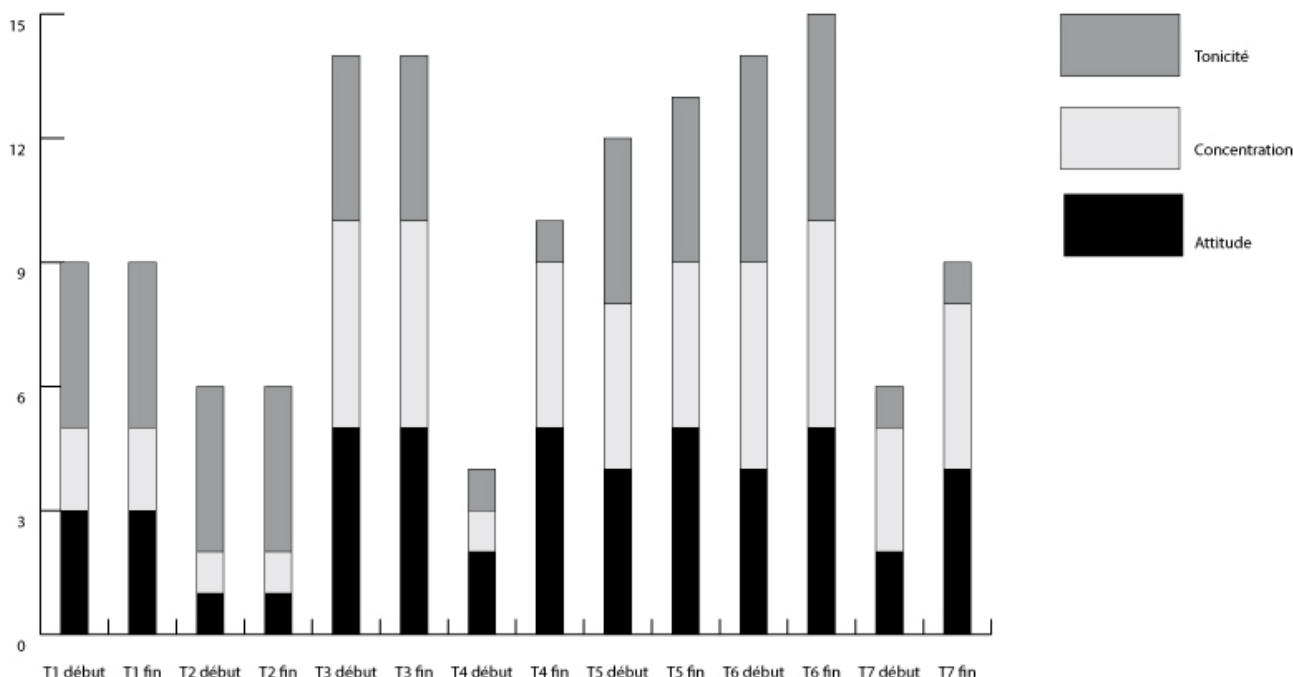
Cotation :

1. Faible et discontinue, de nombreuses « absences »
2. Faible, souhaite arrêter le travail avant la fin
3. Faible, mais s'en rend compte et demande de l'aide
4. Moyenne à bonne, se laisse parfois distraire par des éléments extérieurs
5. Constante durant toute la séance

Item n°3.3 Tonicité

Cotation

1. Faible
2. Faible à moyenne
3. Moyenne
4. Moyenne à bonne
5. Bonne



Graphique du faisceau d'items n°3 ; Etat émotionnel

L'évolution positive durant la séance T4 va perdurer sur les séances T5 T6. Sur les séances T4 et T7 les objectifs art-thérapeutiques changent. De la confiance en soi et de la structure corporelle, nous dirigerons la séance vers l'apaisement des débordements émotionnels. Les résultats attestent d'une amélioration durant ces deux séances. En T4, le patient pleure suite à une altercation avec un autre patient. En T7, une forte anxiété est exprimée concernant la fin de la cure et la sortie imminente du patient.

Notons que l'état émotionnel est particulièrement positif en séance T5 et T6.
Mais qu'en est-il hors séance d'art-thérapie?

Faisceau d'items n° 3' État émotionnel ; Indicateurs hors séances d'art-thérapie

Nous nous baserons sur les commentaires écrits de l'équipe soignante concernant le nombre de remarques au sujet d'un comportement émotionnel débordant.

date	12/3	13/3	14/3	15/3	16/3	17/3	18/3	19/3	20/3	21/3	22/3	25/3	26/3	27/3	28/3	29/3	2/4	3/4	4/4	5/4	8/4	9/4	10/4
jours cure	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23
Art Th.		T1	T2				T3		T4				T5					T6					T7
	EMOT.= 2						EMOT. = 2						le 2/04 : "plus posé" EMOT.=0										

Légende :	Les propos entre guillemets sont tirés des écrits de transmission de l'équipe soignante.
EMOT. = commentaires écrits évoquant une émotion débordante	

D'après ces données, l'état émotionnel du patient se régule sur l'ensemble des temps de cure. A partir de J13 – T5 , il n'y a plus aucune remarque concernant une émotion débordante.

Faisceau d'items n°4 Esprit critique

Item n°4.1 Nature des réactions du patient face à l'objectivité (comparaison entre modèle et production)

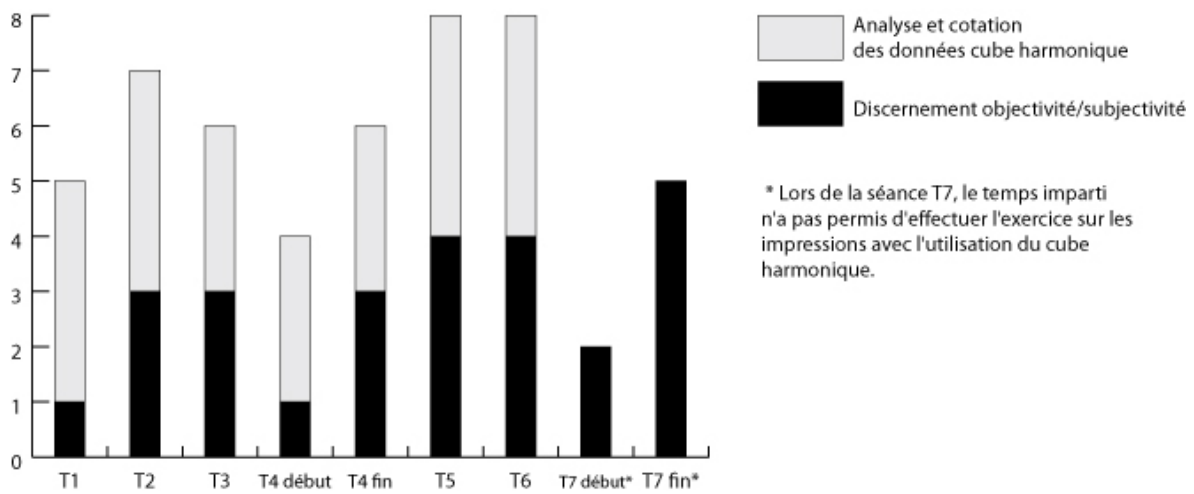
Cotation :

1. Globalement, durant la séance, le patient ne voit pas de différence entre le modèle et sa réalisation malgré la remarque de l'art-thérapeute
2. Globalement, durant la séance, le patient accepte la différence entre le modèle et la réalisation après argument de l'art-thérapeute (prise de mesures et proportion)
3. Globalement, durant la séance, le patient voit une différence entre le modèle et sa production, mais ne voit pas précisément de quoi il s'agit (aide de l'art-thérapeute)
4. Le patient voit une différence entre le modèle et sa production et agit dessus
5. Le patient réalise la reproduction du modèle sans essai-erreur

Item n°4.2 Résultats du cube harmonique lors de l'exercice de contemplation

Cotation :

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
nombre de zéro	0	0	4	16	1	1
nombre d'incohérences	0	0	3	1	1	1
Accepte les consignes	non	non	non	oui	oui	oui
Cotation sur 5	4	4	3	3	4	4



Graphique du faisceau d'item n° 4 ; Esprit critique

Les données évaluatives mettent en relief l'amélioration du discernement entre les données objectives et subjectives. Cette amélioration se poursuit en T5, T6. En séance T7, le comparatif début et fin de séance montre une amélioration des résultats. Nous proposons l'hypothèse que l'état émotionnel du patient a un impact sur ses capacités critiques.

Nous avons fait le choix d'intégrer dans ce faisceau d'items, les données du cube harmonique. Ce choix est discutable. Cet exercice basé sur les impressions sera discuté en troisième partie de ce mémoire. En effet, le fait de changer la nature de la captation (picturale ou musicale), a fait varier les données. Peut-on alors utiliser ces données si le contexte change?

Faisceau d'items n°5 État relationnel

Item n° 5.1 Attitude vis à vis d'autrui : comparatif début/fin séance

Cotation:

1. Émet des propos déplacés et/ou agressif
2. A des difficulté à établir la relation, repli
3. A des difficulté à établir la relation et demande de l'aide
4. Présent, cordial
5. Présent, cordial, fait de l'humour et/ou s'intéresse à autrui

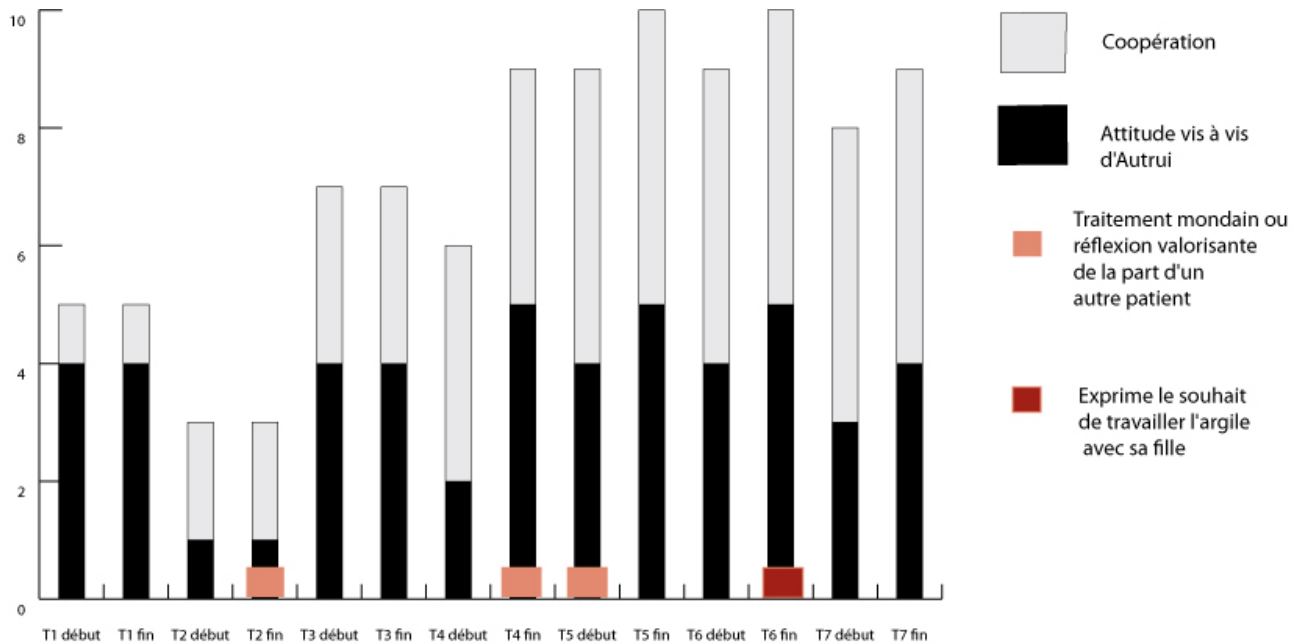
Item n° 5.2 Positionnement concernant la coopération avec l'art-thérapeute stagiaire

Cotation :

1. Refus de la coopération
2. Accepte le regard extérieur de l'art-thérapeute stagiaire
3. Accepte la coopération après échange pour s'assurer de la nature de celle-ci
4. Accepte la coopération et le mentionne verbalement
5. Accepte naturellement la coopération de l'art-thérapeute

Variable à prendre en compte pour le faisceau d'items n°5 : traitement mondain et/ou communication valorisante avec un autre patient

Indicateur supplémentaire en T6 : souhaite travailler l'argile avec sa fille se demande comment faire pour y parvenir. Il demande conseil à l'art-thérapeute stagiaire.



Graphique du faisceau d'items n° 5 ; État relationnel

Précisons que cet objectif a été posé seulement en milieu de cure et l'évaluation se base sur des notes relevées au fil des séances.

Après les deux premières séances difficiles, une relation de confiance s'est établie entre le patient et l'art-thérapeute stagiaire. Contrairement aux autres faisceaux d'items, l'évolution positive est constante. D'autres données sont à prendre en compte et concernent les réflexions positives des autres patients sur le travail de M. E (phase 8 de l'opération artistique). Nous posons l'hypothèse que ces réflexions ont été déterminantes pour la bonne évolution des relations entretenues par M. E.

Qu'en est-il hors séance d'art-thérapie?

Faisceau d'items n°5 État relationnel ; indicateurs hors séances d'art-thérapie

Nous nous baserons sur les commentaires écrits de l'équipe soignante concernant :

- Le nombre de qualificatif(s) concernant un comportement non-adapté en groupe (C.N.A.).
- Le nombre de remarque(s) sur un non-investissement dans le soin (H.S.).

date	12/3	13/3	14/3	15/3	16/3	17/3	18/3	19/3	20/3	21/3	22/3	25/3	26/3	27/3	28/3	29/3	2/4	3/4	4/4	5/4	8/4	9/4	10/4
jours cure	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23
Art Th.		T1	T2				T3		T4				T5					T6					T7

C.N.A. = 4	C.N.A. = 5	C.N.A. = 0 H.S. = 0
------------	------------	------------------------

Légende :
C.N.A = commentaires écrits évoquant un comportement non-adapté.
H.S.= commentaires écrits évoquant un comportement hors soin.

le 25/03 :
C.N.A. = 2
H.S. = 2

Nous notons un changement radical à partir de la séance T5 ou J13. Ces données corroborent celles concernant l'état émotionnel. Nous posons l'hypothèse de l'existence d'une dynamique globale concernant à la fois l'état émotionnel, l'état relationnel et les capacités esthétiques du patient.

4.4 Le bilan pose la question d'une amélioration pérenne

Lors du bilan de la prise en charge en réunion de synthèse, l'équipe s'accorde sur le fait que M.E est moins agressif et va plus facilement vers les autres. Des difficultés à prendre des initiatives en milieu de cure ont été observées. L'objectif de "le remettre sur pied" sur le plan somatique est atteint, d'après le médecin référent.

En art-thérapie, le bilan est mitigé.

Tout d'abord, et de manière très générale, nous notons une amélioration des résultats concernant la confiance en soi et la structure corporelle jusqu'à la séance T6. De plus, après la séance T5, M.E change son attitude vis à vis du soin dispensé dans la structure ; il s'implique davantage. La baisse qui suit en T7 reflète l'anxiété provoquée par la fin de la cure. L'art-thérapie peut redonner confiance en l'avenir, à condition que les conditions matériels et physiques puissent être en adéquation avec l'espoir suscité. En effet, les absences de perspectives d'emploi, les difficultés d'ordre physiologique entraînent le patient vers une forte anxiété concernant l'avenir. Néanmoins, nous notons la capacité du patient à exprimer son inquiétude et à demander de l'aide dans la réalisation de sa production (ce qui n'était pas le cas lors des premières séances).

Les résultats concernant l'intégration du patient dans le groupe sont positifs et à corrélérer avec les autres actions menées par le personnel soignant.

Il est à noter la capacité de l'art-thérapie d'adapter des objectifs sur une séance, de type « réguler l'état émotionnel du patient » (T4 et T7).

Cette étude de cas permet de mettre en avant la nécessité d'un travail pluri-disciplinaire. Les dimensions sociale, physique, mentale sont inter-dépendantes. Dans ce cas précis, les recherches de M.E pour trouver un nouveau logement et un travail n'ont pas abouti. La sortie de cure est perçue par le patient comme un moment difficile.

5. Les objectifs prioritaires, posés en amont de la prise en charge, peuvent être discutés

L'art-thérapie agit sur plusieurs niveaux d'organisation et sur plusieurs domaines qui sont indissociables. L'évaluation est de ce fait difficile si l'art-thérapeute ne fait pas un choix stratégique en posant des priorités. Ici, nous pouvons attester d'une évaluation plus fiable concernant les priorités fixées ; confiance en soi et structure corporelle. Fallait-il ne pas prendre en compte les évolutions dans d'autres domaines (communication/relation/capacité critique/état émotionnel) et ainsi ne pas pouvoir rendre compte de tous les effets de l'activité d'art-thérapie, dans sa globalité?

De plus, l'activité d'art-thérapie s'inscrit dans une dynamique pluri-disciplinaire. Il est certain que les bénéfices tirés d'une séance de gymnastique ainsi que les soins médicaux ont eu une répercussion positive sur la structure corporelle du patient, et vice et versa.

La volonté de faire apparaître des données hors séances d'art-thérapie affine la connaissance de l'évolution du patient. Rappelons que selon l'O.M.S⁵⁶, la bonne santé est un état global de bien-être physique, social et mental. C'est de cette globalité qu'il s'agit de rendre compte. Il faudrait pouvoir s'accorder, au sein de l'équipe pluri-disciplinaire, sur des *indicateurs communs* afin de faciliter un travail collectif, avec pour principal partenaire, le patient lui-même.

56 Organisation Mondiale de la Santé

Troisième partie : la dominante* « modelage » et la dominante* « musique » sont à concilier avec certaines caractéristiques des adultes alcooliques

A. L'art-thérapie à dominante modelage est liée à la notion de temps et doit être articulée avec la temporalité⁵⁷ alcoolique

1. L'expérience de stage illustre la nécessité de s'interroger sur le « temps art-thérapeutique »

En guise d'introduction, nous présentons les éléments de l'expérience permettant d'élaborer notre réflexion. A l'unité d'addictologie de Dinan, les adultes alcooliques sont accueillis 4 semaines pour consolider l'abstinence. L'objectif général en art-thérapie est de restaurer et/ou réguler le lien entre le monde extérieur et intérieur de la personne en cure, avec le corps comme médiateur de cet échange. La séance « type » d'art-thérapie est divisée en deux temps. Le premier temps a pour objectif de développer l'expression (du monde intérieur vers le monde extérieur), avec pour support l'activité modelage. Le choix de l'activité est stratégique : l'argile se transforme avec le temps. Elle engendre une expérience concrète, sensible du temps qui passe. Cette activité sera privilégiée pour aborder le développement de la confiance en soi et de la structure corporelle. L'hypothèse est que l'activité art-thérapeutique à dominante modelage permet une projection positive vers l'avenir. Lors de l'expérience de stage, il s'avère que cette projection positive a également engendrée une dynamique positive vis à vis du soin. Rappelons que pour une patiente, Mme B., les objectifs sont atteints, même s'il nous faut les annoncer avec prudence. Concernant la deuxième étude de cas, les objectifs ont dû évoluer. En effet, lors de la séance n° 4, M.E n'est pas en état sur le plan émotionnel de se projeter dans une stratégie concernant son projet artistique. L'art-thérapeute stagiaire change alors ses objectifs sur cette séance. Il s'agit de les recentrer sur le présent, sur les sensations que procure le toucher de l'argile. L'apaisement que cela provoque permet de réguler l'état émotionnel du patient. De la notion de projet artistique (vers l'avenir), l'activité d'art-thérapie s'est alors fortement inscrite dans le présent.

Une discussion sur le deuxième temps de la séance d'art-thérapie, dans laquelle l'impression prédomine (du monde extérieur vers le monde intérieur) sera développée un peu plus tard. Pour l'instant, nous souhaitons interroger le rapport entre le temps, la temporalité alcoolique et l'activité d'art-thérapie. L'échange avec un autre professionnel enrichit les réponses à cette problématique.

2. Le temps présent est à réinvestir pour le patient alcoolique

2.1. Pour les philosophes, la notion de « temps » peut être objective et subjective

« Le temps est à la fois une puissance extérieure, une réalité objective sur laquelle nous n'avons pas de prise et qu'indiquent seulement les aiguilles d'une montre- sans que jamais nous ne puissions l'appréhender directement ; et, en même temps, nous vivons avec lui comme avec une personne à laquelle nous sommes liés subjectivement, affectivement, et dont il faut s'attirer les faveurs. Comme le montre Bergson, rien de commun donc entre le temps connu par la science, temps mesurable, quantifiable, milieu homogène dans lequel les choses évoluent, et le temps vécu qu'il nomme par opposition « sentiment intérieur de la durée ». Universel et objectif, le temps de la science n'existe, paradoxalement, pour personne. Au niveau de la conscience intime, le temps s'allonge ou s'accélère, pèse ou s'oublie en fonction des aléas de la vie, au grès de l'humeur du moment »⁵⁸.

57 Temporalité : temps vécu, la représentation que chacun se fait de la durée. (MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001 p.96)

58 CLEMENT Elisabeth, *La philosophie de A à Z*, Paris : Hatier, 1997, p. 352

2.2. *Le rapport de la personne alcoolique au temps est particulier*

La représentation de la durée est difficile pour le patient alcoolique. La difficulté de ces patients à se projeter dans un avenir, même proche, a des conséquences importantes sur leur parcours de soin. Toute anticipation apparaît comme un travail laborieux. Il ne suffit pas de rechercher une structuration temporelle grâce aux repères langagiers. Il faut un authentique mouvement qui lance le sujet alcoolique vers son devenir⁵⁹. Rappelons que les processus secondaires se définissent comme étant le niveau verbal, la partie pensante du sujet. Nous l'associons à la phase 4 de l'opération artistique, appelée « traitement sophistiqué ». Chez un sujet non-exposé à la pathologie, les acquisitions liées au « processus secondaire », c'est à dire l'intériorisation de la durée et de la temporalité*, permettent de se projeter dans l'avenir. Chez le patient alcoolique, la pensée est débordée, la personne est animée par des mouvements émotionnels sans pouvoir les nommer, les expliquer ni les contrôler⁶⁰.

La nécessité de l'abstinence, ne plus jamais boire, est une source d'anxiété supplémentaire. Les associations d'aide préconisent une abstinence par étape ; une journée sans alcool est à féliciter. La relation au temps est adaptée au besoin de l'alcoolique et l'inscrit dans un instant présent perpétuel.

2.3. *Le temps n'existe plus pour le patient alcoolique*

Le Docteur Vesproumis, médecin-addictologue, précise le rapport qu'entretient la personne alcoolique vis à vis du temps. « Le temps est inquiétant chez une personne sujette aux addictions, puisque le temps n'existe plus. Ce qu'il ressent, c'est qu'il n'est pas possible d'attendre. Il lui faut le produit, maintenant. Ou alors, il lui faut se demander comment il va trouver le produit demain »⁶².

2.4. *Faire réfléchir un patient alcoolique sur son avenir est illusoire*

Le temps prend une dimension particulière pour les abstinents. « Pour les abstinents, le présent de l'abstinence est le seul temps qui importe : minute par minute au début, par demi-heure, par heure, par 24 heures ensuite...(...). En effet, l'avenir est, pour un alcoolique, particulièrement angoissant, à cause de son vide. « Plus jamais » d'alcool est insoutenable, à la fois parce que l'alcool est encore un sauveur, mais aussi parce que la durée est en elle-même anxiogène. Un jour à la fois est concret, rassurant, accessible. De ce qui précède il découle que c'est assez illusoire de vouloir faire réfléchir un alcoolique à son avenir. Essayer de se faire un plan de vie est pour lui angoissant, c'est une difficulté inutile à soulever. Il est vrai aussi que la sagesse est, pour nous tous, d'apporter le plus grand soin au présent, puisque c'est le seul temps sur lequel nous puissions agir. »⁶¹

2.5. *Le temps du soin permet certains repères*

« Le temps est délimité dans le soin, par les consultations, les horaires, par le fait de devoir quitter une pièce lorsqu'il y a d'autres personnes qui doivent venir dedans, ou le droit d'utiliser une pièce pendant une heure. Mais c'est un temps élargi au travers du soin. Le temps est relatif ; une heure d'ennui ne se ressent pas de la même manière qu'une heure passionnante. Dans ce deuxième cas, on a « élargi » le temps ; on a pu faire beaucoup plus de choses. On réinjecte du temps dans le soin, par exemple « je vous reverrai demain à 13h ». Ce temps limite l'angoisse de ce qui va se passer après. Alors, le rapport au temps devint plus rassurant.»⁶².

59 SINGAINY, E-J-D., *Le temps vécu par le sujet alcoolique a-t-il a sens?*, Paris : Connaissances et savoirs, 2007

60 MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001, p.51-53

61 MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001, p. 97

2.6. *L'art-thérapeute accompagne également le patient dans le présent*

Nous nous appuyons de nouveau sur le témoignage du Docteur Versproumis⁶². « Le but est d'inscrire le patient dans le présent. Il faut amener la personne à pouvoir s'aider, dans le présent, suffisamment pour se faire confiance et devenir autonome. Il faut permettre un dialogue réel dans le présent, qui ne tient plus compte du passé. Or, le malade dans l'addiction n'est pas dans le présent, mais dans son inquiétude de trouver le produit. Il a peur de ne pas trouver la substance demain. Dans le cas de consommation de substance illicite, le patient est dans la peur de se faire arrêter avec le produit. Si le patient n'est pas dans le présent, il peut ne pas entendre ce qu'on lui dit. Il n'est pas là, il n'est pas dans l'écoute. L'enjeu est donc de l'inscrire dans le présent. Par exemple, la musique peut paraître parfois distrayante, mais elle va permettre d'inscrire le patient dans le moment présent. Lorsque le patient entend quelque chose qui ne lui plaît pas, il a envie de le dire, maintenant. Il est là. Lorsqu'un art-thérapeute demande « Quels sont vos goûts? », cette question s'inscrit dans le présent».

2.7. *La temporalité est variable selon les individus et nécessite un cadre art-thérapeutique adapté*

Comme nous l'avons déjà mentionné, les deux études de cas relatées illustrent une temporalité relative à chaque individu. En effet, Mme B. pouvait s'engager dans un projet et se « mettre en tension » vers un but. M. E., quant à lui, ne pouvait pas, de manière régulière, tendre vers l'avenir puisque envahi par des émotions débordantes. Nous pourrions imaginer un cadre thérapeutique différent pour lui. Notamment la poursuite du soin en post-cure. Rappelons que ce temps de cure a pour but de consolider l'abstinence. Un des leviers est de permettre au patient de connaître le réseau d'entraide ainsi que le réseau de soin sur lequel il pourra s'appuyer pour envisager de maintenir l'abstinence. L'art-thérapeute exerçant à l'unité addictologie pourrait poursuivre le travail engagé soit en exerçant dans une structure de suivi post-cure (de type « soins ambulatoire »), soit en transmettant le dossier pour qu'un autre art-thérapeute poursuive le soin après la cure. Ce type de dispositif permettrait de mieux respecter la temporalité de chaque individu rencontré, et d'améliorer les résultats.

B. L'exercice de contemplation doit être concilié avec les spécificités du patient alcoolique

1. L'expérience de stage illustre la nécessité de s'interroger sur les spécificités du champ de l'impression chez le patient alcoolique

Nous avons égayé une réflexion sur le premier temps de l'activité art-thérapie. Ainsi, l'art-thérapie est la fois tournée vers l'avenir, tout en étant extrêmement inscrite dans le présent.

Lors de la période de stage relatée, dans le deuxième temps de la séance d'art-thérapie, l'impression prédomine (du monde extérieur vers le monde intérieur), l'art-thérapeute stagiaire utilise l'outil « cube harmonique ».

Avec les patients alcooliques, il s'agit de travailler sur l'harmonie entre les ressentis et l'affirmation de son goût. De ce fait, l'objectif est de développer l'affirmation de soi, conjointement avec la perception des ressentis engendrés par la captation d'œuvres d'Art. Cinq œuvres sont présentées à chaque séance. Leur sont présentés tous les *styles* d'œuvres dans une même dominante*, qu'elle soit picturale, sculpturale ou musicale. Or, durant cet exercice, l'art-thérapeute stagiaire remarque des variations selon le type de dominante*. Quels sont les mécanismes en présence?

2. L'histoire de la philosophie au sujet de l'Art enrichit la notion d'impression

L'histoire de la philosophie au sujet de l'Art permet d'approfondir les notions d'impression, de Beau*, et d'esthétique*.

62 Entretien avec le Dr Versproumis, le 20 septembre 2013. Docteur P. Versproumis est médecin addictologue, coordinateur en addictologie au C.S.A.P.A.* de Saint-Brieuc-(préfecture du département des Côtes d'Armor). Dr Versproumis est également hypnothérapeute et utilise la musique comme support à sa pratique.

2.1 Le modèle de Platon s'appuie sur l'objectivité (427-347 av. J.C)

Lors de l'Antiquité, les hommes se figuraient un monde divin dans lequel s'inscrit la beauté. Sous l'inspiration du monde divin, la beauté est inscrite dans l'organisation des étoiles ; immuable. A l'homme de s'en inspirer pour s'inscrire à son tour dans la beauté. Plus sa production s'approche du modèle, plus elle sera belle. Les repères sont donc totalement extérieurs à l'artiste, et tendent vers un modèle divin. L'homme cherchera la beauté dans la nature et la reproduira, s'appuyant sur les mathématiques. Si cela est bien fait, il produira du beau. Le modèle de Platon est sous l'emprise de l'objectivité. Ainsi, n'est laissée aucune place à l'aventure artistique.

2.2 Le modèle de Kant s'appuie sur la subjectivité (1724-1804)

Les productions artistiques peuvent procurer, comme le spectacle de la nature, le sentiment esthétique*. Ce sentiment est le critère du beau* dans l'esthétique kantienne. Kant défend l'idée que la connaissance est subjective, c'est à dire, liée au sujet connaissant. Depuis l'Antiquité, on a pu chercher à formuler des règles et des idéaux dans le domaine des beaux-arts. La modernité a approché cette notion à travers l'expérience subjective du beau*. « C'est à dire que la beauté est déterminée, non pas par l'objet extérieur à l'homme, mais par l'homme lui même. L'œuvre n'est alors qu'une stimulation de ce mécanisme intérieur à l'humain »⁶³. Kant explique que le jugement du goût n'est pas soumis aux règles de la logique, mais dépend de l'esthétique*. Les repères intérieurs dominent dans cette pensée. Le mécanisme privilégié dans cette réflexion est le va et vient permanent entre l'intelligence et la captation sensorielle. Contrairement à la conception presque mathématique de l'Antiquité, cette pensée kantienne laisse place à l'émotion. Les œuvres d'Art produites à cette époque illustrent ces nouveaux critères. « L'émotion et la douleur des naufragés du Radeau de la Méduse de Géricault dégagent la captation de la compréhension pure, et imposent l'émotion comme possibilité reconnue de la captation »⁶⁴.

2.3 Le modèle de Bergson s'appuie sur l'objectivité et la subjectivité (1859-1941)

Ce modèle s'appuie sur le fait qu'il n'y ait pas de subjectivité pure ni d'objectivité pure. C'est un rapport permanent entre les deux. Les références sont *en* la personne et *hors* de la personne. Même dans le domaine de la subjectivité, on ne peut supprimer l'objectivité. « Des philosophes comme Bergson ont dépassé ce clivage du modèle esthétique extérieur à l'homme ou du modèle esthétique intérieur à l'homme »⁶⁵.

2.4. Le modèle enseigné à l'Ecole de Tours introduit la notion de cohérence

C'est dans cette articulation avec l'histoire de la pensée esthétique que se situe la théorie de l'art opératoire (la théorie des trois B) précédemment développée dans ce mémoire. Nous souhaitons approfondir la notion d'impression en nous appuyant sur l'enseignement de l'école de Tours.

La théorie des trois B. engage à la fois l'œuvre (extérieur de l'homme) et l'homme (intérieur de l'homme). Les trois éléments indissociables (beau, bien, bon) représentent l'esthétique. Cette distinction avec les autres modèles pose la réflexion suivante ; l'esthétique ne se résume pas à des références internes ou externes. Il est relatif une *cohérence* entre cet ensemble de déterminisme qu'il faut prendre en compte.

2.5. Certains modes de captation sont privilégiés

Attardons nous sur la notion de captation. Rappelons que la beauté (ou la laideur) est associée à la chose sensible. Toute chose sensible est inscrite dans l'espace et dans le temps. Cette chose, présente à nous, s'offre à la captation, elle rayonne. Cependant, cette captation nécessite un effort. Elle dépendra également d'un mode de captation privilégié. « Ainsi,

63 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004 p 137

64 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.152

65 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.140

certaines constitutions humaines seront plus sensibles au monde visuel, d'autres au monde sonore (...) De la même façon, certaines personnes privilégieront la compréhension des choses alors que d'autres préféreront la sensation.»⁶⁶ La captation est conjointement « la chose qui donne et le capteur qui prend ». Malgré les préférences pour les sensations ou la raison, l'une ne va pas « éliminer » l'autre.

Ce que nous retiendrons particulièrement est la notion de sécurité. En effet, plus le rayonnement de la chose est adapté à la captation, plus la personne aura l'impression de sécurité.

La sécurité spirituelle implique un monde intérieur épanoui. Nous évoquerons une forme de sécurité existentielle associée à une sensation de bien être. Il s'agit de l'un des fondements du sentiment de beauté.

3. L'expérience relatée illustre une nécessaire « sécurité intérieure »

3.1. *Lors de l'expérience de stage, l'exercice sur l'impression provoque des réactions*

Pour M. E, la peinture semble engendrer des difficultés de captation. Lors de la passation du cube harmonique il ajoute « 0 » à la cotation de 1 à 5.

Quant à la sculpture, elle provoque tout autant de cotations « 0 » ajoutées à la cotation initiale. L'art-thérapeute stagiaire propose alors une écoute musicale. Tous les styles sont proposés. La cotation de 1 à 5 est alors respectée. Elle varie selon les goûts du patient. Il est manifeste que le corps est mobilisé dans l'écoute. Le temps du morceau de musique est respecté. Le patient manifeste sa gratification sensorielle en le mentionnant par écrit lors de l'évaluation.

Mme B, quant à elle, n'a pas eu ce type de difficulté devant les peintures et sculptures ; elle est autonome dans la passation du cube harmonique et ses résultats sont cohérents. Néanmoins, lorsque l'on lui laisse le choix, elle préfère continuer l'écoute musicale. Nous nous interrogeons sur cet engouement pour la dominante musique en situation de contemplation chez le patient alcoolique.

3.2. *L'écoute musicale se différencie de la contemplation de sculptures*

Nous avons distingué deux activités artistiques ; la musique et la sculpture. Notons que la posture de contemplateur face à la sculpture et à la musique diffère également. Tout d'abord, ce ne sont pas les mêmes sens sollicités. La gratification sensorielle n'est pas de même nature.

D'autre part, la sculpture est une dominante* peu représentée dans la plupart des environnements socio-culturels. Nous pouvons la comparée avec la musique, qui elle, est omniprésente (radio, télévision, concerts, etc...). La phase de l'opération artistique appelée « l'avant » doit être prise en compte pour comprendre les mécanismes en présence.

De plus, la musique impose une « découpe » temporelle ; le morceau de musique représente une unité de temps, alors que la contemplation d'une œuvre en arts plastiques n'est pas délimitée. Dans ce cas, les repères temporels sont inhérents à la personne qui regarde ou touche, ces repères font donc appel au monde intérieur de la personne. En cela, l'approche temporelle du contemplateur d'une sculpture est subjective. Le musicien, quant à lui, impose à l'auditeur, un *moment* d'écoute. Les repères temporels sont externes à la personnes en situation de captation. Les repères sont donc imposés par l'extérieur et tendent vers une certaine objectivité (le silence marque la fin du morceau de musique).

66 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p.150

3.3. Le témoignage du Docteur Vesproumis⁶⁷ mentionne des déformations dans la captation

Les explications proposées plus haut ne sont pas suffisantes. Appuyons nous sur les propos du Dr Vesproumis pour mieux comprendre les mécanismes en présence. « Quand on voit une sculpture ou un tableau, cela demande un effort important. La sculpture va nous ramener à des déformations. Pour quelqu'un qui boit, qui consomme, le tableau se déforme. La personne sujette à l'alcoolisme est en train de s'abîmer physiquement. Quand il se regarde dans la glace, il se déteste. Il évite de croiser son image dans le miroir. Une femme alcoolique ne supporte pas le corps qu'elle voit. Elle ne se supporte que lorsqu'elle est habillée et maquillée. C'est pour ça que la sculpture peut être quelque chose de très choquant. Quand ils voient les statuettes de Giacometti toutes maigres, « elles sont trop maigres » se disent-ils ou « elles ne sont pas comme nous ». Lorsqu'ils voient des peintures de Botero, les femmes sont si grosses que cela dépasse la réalité. Et pourtant, pour l'artiste, là est la beauté. Mais une femme anorexique ne supportera pas de voir des peintures de Botero et trouvera belles les sculptures de Giacometti ».

D'après M. Monjauze, «les alcooliques circulent ainsi dans un monde d'impressions sensorielles bien différentes de celui des non-alcooliques »⁶⁸.

3.4. L'art-thérapeute doit discerner une préférence pour un mode de captation et le manque de sécurité intérieur

L'art-thérapeute ne doit-il plus présenter d'œuvre picturale au patient alcoolique en sevrage*? Il serait dommage de généraliser cette difficulté. En effet, Mme B s'inscrit dans un choix véritable entre deux modes de captation. Ce choix, relatif à une bonne connaissance de ses goûts et ressentis doit être mis en valeur par l'art-thérapeute.

Cependant, dans le cas de M. E, il a fallu faire évoluer l'exercice vers un mode de captation plus en lien avec ses possibilités. Les « 0 » ajoutés au stylo sur les cotations initiales semblent symboliser le « rien », autrement dit, un néant, qui est à différencier de la laideur.

B. L'exercice de contemplation à dominante musique doit être concilié avec les spécificités du patient alcoolique

1. L'écoute de certains morceaux de musique a provoqué une émotion de tristesse

Certains morceaux ont « replongé » les patients dans un passé douloureux. Leurs visages se sont fermés puis ils ont raconté ce que cette musique leur avait fait revivre. Michèle Monjauze évoque les incidences d'un traumatisme, (fait fréquent dans le passé des patients alcooliques) : « Tout se passe comme si l'enveloppe psychique avait été déchirée, les émotions sortent sans contrôle, l'extérieur entre sans filtre pour faire mal. »⁶⁹. Mme B. témoigne du fait qu'elle n'écoute plus de musique car cela la renvoie à des périodes difficiles de sa vie. Ainsi, l'écoute musicale peut potentiellement réactiver des émotions anciennes. La musique peut-elle alors être utilisée dans le cadre art-thérapeutique auprès de patients alcooliques?

2. L'émotion est une notion au cœur de la problématique étudiée

Il est nécessaire d'approfondir la notion d'émotion, en apportant certaines informations supplémentaires.

67 L'entretien date du 20 septembre 2013. Docteur P. Vesproumis est médecin addictologue, coordinateur en addictologie au C.S.A.P.A. de Saint-Brieuc-(préfecture du département des Côtes d'Armor). Dr Vesproumis est également hypnothérapeute et utilise la musique comme support à sa pratique.

68 MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001, p. 101

69 MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001, p. 57

2.1. Les différents types d'émotions permettent leur distinction

Il existe six émotions primaires ; bonheur, tristesse, peur, colère, surprise et dégoût⁷⁰. Nous distinguerons aussi les émotions secondaires ou sociales telles que l'embarras, la jalousie, la culpabilité, ou l'orgueil. L'auteur A. Damasio distingue une troisième catégorie « les émotions d'arrière plan » ; le bien-être ou le malaise, le calme ou la tension. Cette catégorie se distingue ; elles sont plus proches des mouvements internes. La communauté scientifique a également attaché le label émotion aux pulsions et aux motivations ainsi qu'aux états de peine et de plaisir.

2.2. Les émotions dépendent de mécanismes biologiques

L'auteur A. Damasio décrit ensuite un fond biologique commun qui sous-tend tous ces phénomènes :

1. Les émotions sont des ensembles de réponses chimiques et neuronales. Les émotions ont telle ou telle sorte de rôle régulateur à jouer, contribuant d'une manière ou d'une autre à la création de circonstances avantageuses pour l'organisme qui manifeste le phénomène. Leur rôle est d'aider l'organisme à se maintenir en vie.
2. Les émotions sont des processus biologiquement déterminés, qui dépendent de mécanismes cérébraux établis de façon inné. Néanmoins, la culture et l'apprentissage altèrent l'expression des émotions et donnent aux émotions de nouvelles significations.
3. Les mécanismes qui produisent des émotions font partie d'un ensemble de structures qui à la fois régulent et représentent des états corporels.
4. Tous les mécanismes peuvent être mis en route automatiquement, sans délibération consciente.
5. Toutes les émotions utilisent le corps pour leurs manifestations mais affectent aussi le mode de fonctionnement de nombreux tissus cérébraux : « la variété des réponses émotionnelles est responsable de profonds changements dans le paysage corporel comme dans le paysage cérébral »⁷¹.

2.3. Les émotions ont une fonction

Les émotions font partie des mécanismes biorégulateurs dont nous sommes équipés pour survivre. En différente partie du monde et à travers toutes les cultures, les émotions sont facile à reconnaître. Cela rend possible les relations inter-culturelles.

La fonction biologique des émotions est double. Tout d'abord, elle produit une réaction face au contexte qui l'a provoquée (courir, rester immobile, etc...). La seconde fonction permet la régulation de l'état interne de l'organisme. Cette régulation va permettre à l'organisme d'être prêt à la réaction spécifique (changement de rythme cardiaque, par exemple).

2.4. Les émotions sont liées à l'homéostasie

L'homéostasie désigne les réactions physiologiques coordonnées, et en grande partie automatisées, qui sont indispensables au maintien des états internes stables dans un organisme vivant. Elle décrit la régulation automatique de la température du corps, la concentration d'oxygène, etc...

Les émotions font partie de la régulation homéostatique. Elles se manifestent pour l'accès à une source d'énergie, un abri ou la sexualité, par exemple. Elles sont inséparables de l'idée d'approche ou de retrait. Les émotions fournissent automatiquement à l'organisme des comportements orientés vers la survie. Lorsque l'émotion atteint la conscience, les émotions ont également un impact sur l'esprit.

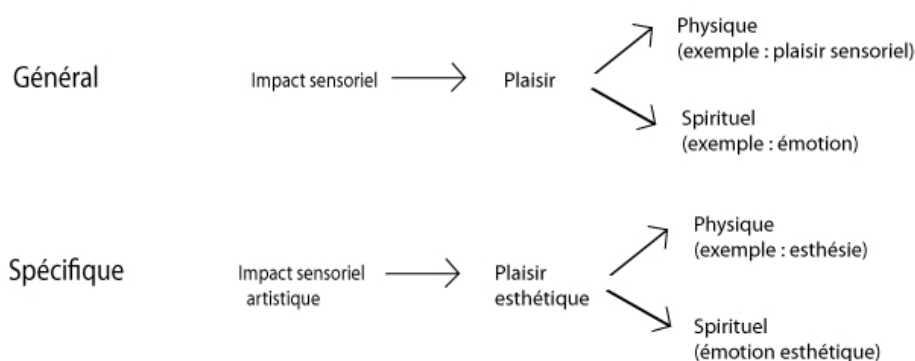
70 DAMASIO, Antonio, *Le sentiment même de soi*, Paris : Odile Jacob, 2002, p.71-109

71 DAMASIO, Antonio, *Le sentiment même de soi*, Paris : Odile Jacob, 2002, p.72

2.5. Différencions émotion et émotion esthétique

L'esthétique est associée à une sensation agréable. Mais cette sensation est à dissocier d'autres types de sensations agréables. Afin d'étayer ce propos basé sur les écrits de R. Forestier⁷², soulignons l'importance de définir le terme plaisir comme « un état premier indéfinissable »⁷². Certains auteurs⁷³ vont associer le plaisir à la beauté et proposent une définition : « sentiment de satisfaction désintéressé, éprouvé en présence de la beauté, qu'elle soit naturelle ou artistique ».

Le plaisir *esthétique* se caractérise par la nature de l'impact sensoriel ; l'œuvre d'Art. La réaction à cet impact est à la fois physiologique et psychologique. Cette réaction est aussi liée à l'état d'attente de l'organisme humain. C'est de cette relation, attente initiale – perception – conception, que naît le plaisir esthétique. La sensation est d'abord globale, puis traitée mentalement. « C'est la distinction que nous ferons entre cette sensation initiale qui sera le plaisir, et le traitement de cette information sur le plan purement spirituel (ici l'affectivité), ce qui sera l'émotion »⁷⁴. Le schéma tiré du livre « Tout savoir sur l'art-thérapie » permet de mieux appréhender la différence entre émotion esthétique (spécifique) et émotion (général).



Les exemples proposés dans l'ouvrage « Tout savoir sur l'art-thérapie » illustrent cette différence plaisir/émotion :

« Nous en arrivons donc à la situation où il peut exister :

- Du plaisir sans émotion (j'écoute ou je joue « mécaniquement » une œuvre de Vivaldi que j'ai entendue ou jouée très souvent. J'ai plaisir à l'entendre ou à la jouer mais je ne suis plus ému).
- Du plaisir avec émotion agréable (j'assiste ou je joue une pièce de théâtre qui raconte la victoire du bien sur le mal. J'aime le théâtre et l'intrigue montre des personnages très heureux, ce qui me plaît et me touche beaucoup)
- Du plaisir avec émotion désagréable (je regarde un tableau qui représente une scène horrible. J'ai plaisir à regarder la peinture mais la scène représentée me bouleverse par son atrocité) ».

Nous retiendrons la distinction entre émotion esthétique et émotion. Le plaisir esthétique n'est pas forcément accompagné d'une émotion positive. Ce qui illustre la richesse et la complexité de l'attitude de l'être humain face à l'Art.

Dans le cadre de ce mémoire, nous présentons l'impact de l'œuvre d'Art comme pouvant provoquer une émotion esthétique *et* une émotion. Nous pouvons trouver belle une œuvre d'Art musicale (émotion esthétique), mais une nostalgie empreinte de tristesse (émotion) domine et empêche d'apprécier le plaisir potentiellement provoqué par la beauté de l'œuvre. Prenons l'exemple d'un morceau de musique qui a marqué une période de la vie d'une

72 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009, p.36

73 CLEMENT Elisabeth, *La philosophie de A à Z*, Paris : Hatier, 1997, p.276

74 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009, p.36 - 38

personne. « Le contexte sonore donne une empreinte à des événements existentiels humains »⁷⁵. Il ne s'agit pas d'une émotion esthétique, puisqu'elle se réfère au passé de la personne et non pas à l'œuvre elle-même. Nous nous éloignons donc des spécificités de l'art-thérapie, puisque la référence n'est plus la beauté esthétique, mais une émotion *provoquée* par le passé associé à l'œuvre d'Art. L'œuvre d'Art est relayée au second plan. Néanmoins, l'art-thérapeute doit connaître ce type d'impact. Nous serons amenés à développer ce point ultérieurement.

3. L'activité artistique « musique » a un lien spécifique avec les émotions

Nous proposons un tableau permettant de synthétiser les données déjà évoquées à propos de deux dominantes musique et sculpture.

Musique	L'abstrait domine	Le fond domine	Les repères intérieurs dominant
Sculpture	Le concret domine	La forme domine	Les repères extérieurs dominant

Comme nous avons pu le mentionner, la musique atteint directement le champ émotionnel. Les ressentis sont d'un ordre particulier. « Lors d'une écoute, la musique commence par activer le système limbique, impliqué dans nos émotions. D'où sa capacité à nous rendre gai ou triste. »⁷⁶.

La musique est un art qui nécessite le moins de signification ou d'interprétation « car elle est à la fois intimement liée à nos émotions et si abstraite qu'elle n'a aucun pouvoir de représentation formelle »⁷⁷. « Les œuvres musicales nous calment, nous animent, nous réconfortent, nous électrisent ou favorisent l'organisation et la synchronisation de nos activités »⁷⁸. En se basant sur l'opération artistique, nous proposons d'illustrer ces éléments par le fait que l'*écoute* musicale interagit directement avec la phase 3 (les émotions) et la phase 5 (mouvement du corps engendré par le rythme), sans forcément « circuler » en phase 4 (traitement sophistiqué). Nous pourrions y opposer la poésie, par exemple, pour laquelle la compréhension des mots nécessite un passage en phase 4 (traitement sophistiqué). Cependant, ce n'est parce qu'on entend de la musique gaie, que l'on est soi-même gaie. Une musique gaie, mal interprétée, peut rendre triste du fait qu'elle soit mal interprétée. Une musique gaie, trop éloignée de notre goût personnel, peut franchement énerver (pensez à la musique d'une publicité, par exemple). De plus, la tristesse provoquée par un profond mal-être ne disparaîtra pas à l'écoute d'une musique gaie. L'éclairage de la théorie de 3 B. (Le beau, le bien, le bon) enrichit donc le propos.

4. Concernant l'expression de ses émotions, l'art-thérapeute agit pour l'autonomie du patient

Durant cette expérience, nous avons différencié 2 types d'émotions, qui ont engendré 2 types de stratégies différentes.

4.1. La première stratégie concerne les émotions esthétiques

« Confronté à l'œuvre d'art, un ensemble de mécanismes s'impose à la personne. Le plaisir esthétique et l'émotion esthétique peuvent apparaître. Il faut pour cela que l'individu puisse les exprimer, et qu'il n'y ait pas de troubles associés à cette expression. Cela répond alors aux indications de l'Art-thérapie : troubles de l'expression, de la relation et de la communication. La qualité et la quantité des émotions peuvent varier et peuvent entraîner des troubles importants dans la vie du patient. L'art-thérapeute travaille sur le bien-être au regard

⁷⁵ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011, p. 89

⁷⁶ PLOUZENNEC, Nolwenn. *Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes adultes polyhandicapées*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2011, p.27

⁷⁷ SACKS Oliver, *Musicophilia*, Paris : Seuil, 2007 p. 60

⁷⁸ SACKS Oliver, *Musicophilia*, Paris : Seuil, 2007 p.14

de la bonne santé du patient. En s'intéressant à la qualité des émotions (qui sont subjectives et dépendent de chaque patient), il cherche à redonner une certaine autonomie dans la gestion des émotions à son patient. L'art-thérapeute utilise le pouvoir de l'art mais en tant que professionnel du soin, il doit en maîtriser l'impact »⁷⁹.

Grâce au cube harmonique, nous avons pu structurer le passage du ressenti (phase 3) vers son expression (phase 4- 5). Cette inscription dans le monde sensible des goûts des patients a permis de mettre à jour des styles de musique appréciés par ces derniers. La liste leur a été communiquée avant la fin de leur cure.

4.2. Une deuxième stratégie concerne les émotions

Un autre travail a été amorcé concernant la connaissance et la reconnaissance des émotions primaires. Si la musique fait jaillir une émotion, l'art-thérapeute stagiaire propose son expression. Le support est une planche de dessins de bande dessinée (à destination des adultes qui souhaitent produire de la bande dessinée), représentant les émotions primaires sur des faciès⁸⁰. Mme B. a utilisé cette planche sans difficulté. M.E a dû être plus accompagné pour appréhender les mimiques liées aux émotions. Même si elle se base sur de la bande dessinée, nous avons conscience que cette expérience est à la limite des fonctions de l'art-thérapeute. En effet, comme nous l'avons mentionné plus haut, l'activité d'art-thérapie s'appuie sur les émotions esthétiques et non pas sur les émotions. Néanmoins, dans le contexte, il nous a semblé important d'accompagner les personnes sur le champ émotionnel. Nous avons permis à l'émotion suscitée par l'écoute musicale de basculer du ressenti vers le représenté (dessin de bande dessinée). Les repères ne sont alors plus internes mais externes au patient. Ainsi, le monde intérieur et extérieur sont en relation.

4.3. L'art-thérapeute inscrit le patient dans une dynamique tournée vers l'avenir

Malgré les dispositions présentées plus haut, l'art-thérapeute stagiaire veille à ce que les musiques proposées soient, dans la mesure du possible, non-associées au passé du patient. Est privilégiée une découverte ancrée dans le présent et le futur. Les effets sont positifs ; Mme B explique qu'elle veut se « rebrancher sur la musique » car la musique développe son imaginaire (lorsqu'elle se concentre sur une musique proposée par l'art-thérapeute stagiaire, lui apparaissent des images de train). Elle parle de la post-cure et souhaite utiliser la musique pour l'aider à imaginer de nouvelles sculptures. « j'ai envie d'écouter de la musique chez moi, mais une musique nouvelle, sans empreinte du passé. Une musique qui détend et favorise le travail » écrit-elle. L'art-thérapeute s'engage à lui donner de nouvelles références de musique en lien avec ses goûts actuels.

Évidemment, il est difficile pour le professionnel d'être omnipotent concernant les écoutes musicales des patients et éviter les écoutes provoquant des émotions négatives. En d'autres termes, la difficulté réside dans la connaissance de « l'avant », toute première phase de l'opération artistique. Néanmoins, nous pouvons poser un certain nombre de questions pour étayer nos connaissances sur le contexte socio-culturel du patient et faire découvrir de nouveaux styles de musique. Dans le cas de Mme B., nous avons évité la chanson française des années 90 pour proposer du classique et jazz.

Ainsi, l'art-thérapeute stagiaire propose d'orienter l'écoute musicale vers des musiques inconnues du patient afin de limiter les risques d'une réactivation douloureuse de faits anciens. Or, ce point de vue peut-être discuté.

5. Les précautions de l'art-thérapeute stagiaire peuvent être remises en question

Le témoignage du Docteur Vesproumis apporte un nouvel éclairage sur le travail de l'art-thérapeute stagiaire. Pour lui, y a-t-il un risque de faire écouter de la musique pouvant rappeler des mauvais souvenirs?

⁷⁹ BOMER Anne, LETESSIER-DEBRUNE Christel, La culture comme élément déclencheur d'une prise en charge en Art-thérapie. In FORESTIER Richard. *Profession art-thérapeute*, Paris : Elsevier Masson, 2010, p.38.

⁸⁰ Extrait de la bande dessinée Mc CLOUD, Scott, *Faire de la bande dessinée*, Ligugé : Delcourt, 2007, p.89

« La musique réanime les émotions. Certes, cela peut rappeler un souvenir difficile. Cette émotion va être triste. Mais l'art-thérapeute peut se servir du toucher ou d'une autre technique pour permettre de poser cette agressivité, cette tension. Ainsi, nous offrons la possibilité de ressentir quelque chose de plus agréable.

La musique peut être énervante quand on n'a pas envie de l'entendre. Elle va être apaisante quand on sera prêt à le faire. On peut aussi baisser la musique, faire un temps d'arrêt. On peut aussi inviter les personnes à écouter de la musique désagréable et demander si cela dérange. On l'arrête et on propose autre chose. Il n'y a donc rien de dangereux, puisque l'on peut observer si cela dérange et adapter les propositions. C'est un travail très actif dans le présent ».

E. D'autres disciplines vont utiliser l'écoute musicale comme outil thérapeutique

1. L'hypnose peut-être utilisée par le médecin addictologue

L'hypnose s'appuie sur plusieurs supports ; le geste, la parole, le toucher, l'image suggérée, l'image montrée, un mouvement... En d'autres termes, l'hypnose va utiliser tous les sens ; ce que Milton Erickson⁸¹ met à profit en testant le suggestibilité des patients en début de séance (pour utiliser par la suite la méthode adaptée au patient).

2. Pour engendrer un état de confusion, l'hypnothérapeute peut utiliser la musique

Lors d'une séance, la musique est utilisée pour créer de la confusion (un écart plus ou moins modéré vis à vis de la réalité). Cette confusion, anxiogène dans un premier temps, doit rapidement apaiser le patient en l'installant dans un espace de sécurité. « Grâce à la confusion induite par nos propos, ou par une approche sensitive, motrice ou sensorielle, le patient accède ainsi à cet état de paix intérieure (appelé « perceptude ») ou perception élargie »⁸².

Ce qu'il y a de « confusiogène », c'est l'inattendu. Lorsqu'il va consulter son médecin, le patient s'attend à une succession d'étapes : interrogatoire, examen clinique, annonce du diagnostic, proposition d'un traitement. L'hypnose bouleverse cet ordre. Une certaine mise en scène va surprendre le patient et l'accompagner dans la confusion, dans laquelle il va se laisser porter vers une situation apaisante. Ces conditions vont repousser les émotions les plus douloureuses. Le thérapeute permet au patient de s'installer dans l'instant, le présent, où il peut ne plus penser.

3. L'hypnose à écoute musicale est une transe hypnotique

On va appeler « transe » le moment où la personne s'installe vraiment dans le présent, et vit ce qu'elle ressent sans s'occuper du reste. Il n'y a plus d'avant et il n'y a plus d'après. Par l'hypnose, les personnes sont en connexion avec la réalité, une sorte d'état « d'hyperconnexion ». Elles sont sensibles à tout ce qui se passe ; ce qu'elles voient, ce qu'elles touchent, ce qu'elles entendent, ce qu'elles ressentent. La réceptivité sensorielle est décuplée. « Le sujet a l'impression que le fonctionnement habituel de sa conscience se dérègle et qu'il vit un autre rapport au monde, à lui même, à son corps, à son identité. »⁸³

81 Milton Erickson, (1901-1980) est un psychiatre et psychologue américain qui a joué un rôle important dans le renouvellement de l'hypnose clinique et a consacré de nombreux travaux à l'hypnose thérapeutique. Son approche innovante en psychothérapie repose sur la conviction que le patient possède en lui les ressources pour répondre de manière appropriée aux situations qu'il rencontre : il s'agit par conséquent d'utiliser ses compétences et ses possibilités d'adaptation personnelles. Atteint de poliomyélite à l'âge de dix-sept ans, Erickson expérimenta sur lui-même certains phénomènes qu'il met ensuite en application dans l'hypnose thérapeutique

82 OSTERMANN Gérard, VESPROUMIS Pascal, De l'anorexie à la dépendance aux toxiques...l'hypnose face aux addictions, *Psychomédia* n°35, mai/juin 2002, p.63

83 BENHAIEM, Jean Marc citant Georges Lapassade

BENHAIEM, Jean Marc. *L'hypnose médicale*. Paris : Medline Edition, 2012

4. Cet état permet la mise à distance des émotions négatives

Le présent, loin du traumatisme du passé et de l'angoisse de l'avenir permet un apaisement. Cet état permet de s'écarter de la nécessité de penser. Il n'y a alors plus d'affrontement aux émotions douloureuses. On accueillera plus facilement les émotions positives. L'activité thérapeutique permet au malade de ne pas être totalement accaparé par les aspects négatifs. Dans l'acte d'hypnose, le thérapeute n'impose pas, mais il contourne.

5. Cet état facilite la réparation d'une pensée en souffrance (suite à des traumatismes plus ou moins enfouis)

5.1. La réparation est nommée « résilience »⁸⁴

La résilience désigne des processus adaptatifs du cerveau face aux événements traumatisants du passé. Ainsi, se met en œuvre un phénomène de réparation corticale et comportementale.

5.2. L'hypnose participe à la réparation

L'hypnose participe au travail de résilience. En d'autres termes, elle va participer à la réparation permettant une meilleure adaptation. L'hypnose va permettre au malade de s'installer dans un espace – le présent - dans lequel les événements peuvent être resollicités, si cela est nécessaire. L'inconscient⁸⁵ va s'en charger. L'hypnose n'impose pas au patient de se remémorer le passé. Les événements traumatiques seront dépassés inconsciemment.

6. Cet état peut faciliter la fluidité de la pensée

« Pour créer⁸⁶, imaginer, il faut être dans le présent, être là. L'improvisation, dans toutes les pratiques artistiques permet cela ». Le Dr Vesproumis témoigne du fait qu'il peut recevoir des patients qui restent un an voire beaucoup plus de temps, dans un traumatisme. Ce qui donne l'impression que le temps s'est figé, comme une sorte d'hibernation. La créativité favorise la mise en route de l'imaginaire. Cette pensée va pouvoir refonctionner dans le présent, c'est ce qui est nommé « fluidité de la pensée », c'est à dire de ré-associer nos idées. Quand on crée une œuvre, l'émotion passée peut nous gêner. Lorsqu'elle est envahissante, on ne peut plus être en contact avec le présent. La fluidité de la pensée permet de jongler entre le passé et le présent, au travers d'émotions toutes présentes dans ce que l'on vit. L'association d'idée refonctionne dans le présent.

7. Comparons l'hypnose musicale et l'art-thérapie lorsqu'elle travaille sur le champ de la contemplation (l'impression domine sur l'expression)

En art-thérapie, lorsque le patient est en situation de contemplation, et plus spécifiquement lorsqu'il doit se prononcer sur ses goûts après une écoute musicale, il est accompagné dans le présent. La gratification ressentie est fortement liée au corps dit récepteur. Le corps moteur est aussi impliqué dans cette écoute. L'art-thérapeute considère « l'avant », c'est à dire le contexte socio-culturel dans lequel a évolué la personne avant cet instant présent.

L'hypnose médicale aide des patients à s'installer dans un espace préservé de la violence de certaines émotions. Petit à petit cela va permettre un refonctionnement de la pensée grâce à la création et à l'imaginaire. L'hypnose utilise les métaphores pour stimuler

84 Pour approfondir cette notion, le lecteur peut se référer à l'ouvrage suivant ; CYRULNIK Boris, *Les vilains petits canards*, Paris : Odile Jacob, 2004, p.14

85 Définition de l'inconscient ; «Tout ce qui ne constitue pas l'ici et maintenant » AUCLAIR Sandrine, *Les principes de base de l'hypnose éricksonienne*. in BENHAIEM, Jean Marc. *L'hypnose médicale*. Paris : Medline Edition, 2012

86 En art-thérapie, nous utilisons le terme « inventer », qui rappelle que le terme « création » est associé au fait qu'il n'y avait rien avant la création. Or, il y a toujours quelque chose *avant* la production artistique, elle ne naît pas de rien.

l'imaginaire et le remettre en fonctionnement. Elle permet probablement de remobiliser les émotions souvent les plus agréables en étant guidé, accompagné par quelqu'un.

8. Un tableau comparatif permet de synthétiser les éléments de comparaison

	Art-thérapie, « Bien être »	Hypnose médicale musicale, « Médical »
Rapport au temps	L'« avant », présent, confiance en l'avenir	Présent
Corps	Corps récepteur et corps moteur	Corps récepteur
Émotion	Émotion esthétique	Émotion
Finalité	Autonomie* du patient	

Conclusion

Comprendre l'addiction nécessite d'accepter l'inter-dépendance de plusieurs phénomènes. La désadaptation des liens entre le monde intérieur et extérieur entraîne une qualité de vie altérée. Cette désadaptation entraîne des difficultés sociales, physiques et mentales. Éprouvée par ces difficultés, la personne sujette à l'alcoolisme peut perdre la confiance en soi pourtant nécessaire lorsque l'on s'engage dans une démarche de soin.

L'art-thérapie peut restaurer la qualité existentielle du patient. L'art-thérapeute par ses aptitudes va orienter l'Art dans un processus de soin.

Les conditions d'exercice sont singulières. Elles exigent que l'art-thérapeute adapte sa stratégie thérapeutique. Il faut adapter les objectifs et les moyens d'y parvenir. Dans le cadre présenté ici, l'art-thérapeute stagiaire propose deux temps sur 7 séances :

Le premier a pour objectif de restaurer les liens entre le monde intérieur et extérieur, avec pour support l'activité modelage. Le choix de l'activité est stratégique : l'argile se transforme avec le temps. Elle engendre une expérience concrète, sensible du temps qui passe. Cette activité sera privilégiée pour aborder le développement de la confiance en soi et de la structure corporelle. Lors de l'expérience de stage, il s'avère que cette projection positive a également engendré l'investissement dans le soin.

Le deuxième temps est consacré à la contemplation dans laquelle l'impression (du monde extérieur vers le monde intérieur) domine. L'art-thérapeute stagiaire utilise l'outil « cube harmonique ». Avec les patients alcooliques, cet outil a pour intérêt de travailler sur l'harmonie entre les ressentis et les goûts des personnes. De ce fait, l'objectif est d'améliorer l'affirmation de soi, en cohérence les ressentis engendrés par la captation d'œuvres d'Art.

Sur ce deuxième temps, et lorsque l'on se réfère à l'opération artistique, on se rend compte que la tâche n'est pas simple ; l'activité artistique de contemplation se concentre sur les premières phases de l'opération artistique. Ces phases sont souvent mentionnées comme des sites d'action* chez la personne souffrant d'alcoolisme. « L'esthétique engage l'effort de *cohérence* de la détermination dans la captation entre le monde extérieur et le monde intérieur »⁸⁷. Cette recherche de cohérence est complexe pour le patient alcoolique. L'art-thérapeute l'accompagne vers l'autonomie.

Ainsi, une discussion peut s'effectuer sur cette dimension. Quels sont les écueils à éviter? Pourquoi un tel engouement pour l'écoute musicale de la part des patients? Se référer au témoignage d'un autre professionnel travaillant avec l'écoute musicale permet d'ouvrir le champ de cette réflexion.

L'expérience relatée éprouve les enjeux du bon discernement des objectifs art-thérapeutiques. Nous nous sommes centrés sur la problématique de la confiance en soi et de la structure corporelle. Mais est-il possible de désolidariser ces éléments de l'affirmation de soi, l'estime de soi ainsi que de l'élan corporel et ressentis? L'inter-relation entre objectifs thérapeutiques et objectifs existentiels est également prégnante dans l'activité art-thérapeutique.

87 FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004, p. 163

Bibliographie

Références bibliographiques :

- ABCDaire des sciences humaines en médecine, Paris : édition ellipse, 2009
- BILLARD, Christiane, *Sciences de la vie et de la Terre*, Paris : Hatier 1997
- BENHAIEM, Jean Marc. *L'hypnose médicale*. Paris : Medline Edition, 2012
- CLEMENT Elisabeth, *La philosophie de A à Z*, Paris : Hatier, 1997
- CYRULNIK Boris, *Les vilains petits canards*, Paris : Odile Jacob, 2004
- DAMASIO, Antonio, *Le sentiment même de soi*, Paris : Odile Jacob, 2002
- FORESTIER Richard, *Profession art-thérapeute*, Paris : Elsevier Masson, 2010
- FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : Editions Favre, 2011
- FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : Editions Favre 2009
- FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : Editions Favre, 2004
- GREENE HAAS, Jacqui, *Danse Anatomie et mouvements*, Paris : Editions Vigot, 2011
- HESSENBERG Karin, *La sculpture*, Paris : Marabout, 2005
- Mc CLOUD, Scott, *Faire de la bande dessinée*, Ligugé : Delcourt, 2007
- MONJAUZE, Michèle, *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, Paris : Editions in press, 2001
- MOREL, Alain, COUTERON, Jean Pierre, *Les conduites addictives*, Paris : Dunod, 2008
- REYNAUD, Michel, *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion, 2006
- SACKS Olivier, *Musicaphilia*, Paris : Seuil, 2007
- SINGAINY, E-J-D., *Le temps vécu par le sujet alcoolique a-t-il a sens?*, Paris : Connaissances et savoirs, 2007

Article :

OSTERMANN Gérard, VESPROUMIS Pascal, De l'anorexie à la dépendance aux toxiques...l'hypnose face aux addictions, *Psychomédia* n°35, mai/juin 2002 p 63

Mémoire :

PLOUZENNEC, Nolwenn. *Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes adultes polyhandicapées*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2011

Dictionnaire :

Dictionnaire Larousse, Paris : Larousse, 1994

Dictionnaire Larousse médical, Paris : Larousse, 2011

Dictionnaire médical Masson, Paris : Masson, 2009

Dictionnaire Larousse Médical, Paris : Larousse, 2006

Autre :

Projet de service de l'unité d'alcoologie C.H.S. Saint Jean de Dieu – Dinan, octobre 2000

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**ART-THÉRAPIE AUPRÈS D'ADULTES
EN SEVRAGE À L'ALCOOL
– DOMINANTE MODELAGE ET MUSIQUE -**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
de la faculté de Médecine de TOURS

Présenté par HAMON Marguerite
Année 2013

Résumé :

L'adulte alcoolique connaît une désadaptation dans les liens entre le monde intérieur et le monde extérieur. Sa maladie va entraîner des difficultés d'ordre physique, mental et social, empêchant l'épanouissement de la personne. Le temps du sevrage sert au patient à consolider l'abstinence nécessaire pour guérir. L'art-thérapie peut lui permettre d'avoir envie de guérir en l'accompagnant vers la restauration des liens entre le monde intérieur et le monde extérieur. La stratégie art-thérapeutique inclut le choix d'une dominante adaptée. La dominante modelage et celle de musique seront comparées et discutées. Les notions de temps, de l'impression, de l'émotion et de l'émotion esthétique, seront abordées. L'éclairage du Docteur Vesproumis, travaillant avec l'hypnose musicale, apporte de nouveaux éléments à la réflexion.

Mots clés : *art-thérapie, alcoolisme, modelage, musique, hypnose musicale.*

Summary : An alcoholic adult encounters a discrepancy between the internal world and the outside world. His disease will lead to physical, mental and social difficulties, preventing self-fulfillment. The weaning time can help the patient to strengthen the abstinence necessary to recover. The art-therapy can help the patient want to recover by accompanying him towards the restoration of the links between the internal world and the outside world. The art-therapeutics strategy includes the choice of an adapted dominant feature. The two features, modelling and music, will be compared and discussed. The notions of time, the impression, the emotion and the aesthetic emotion, will be debated. Doctor Vesproumis's work on musical hypnosis bring new elements to our subject.

Keywords : *art-therapy, alcoholism, modelling, music, musical hypnosis.*