

N° :

Note :

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE
THEATRE AUPRES DE PATIENTS ADDICTS EN SEVRAGE**

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

Présenté par **Aurélie MEST**

Année 2012

Sous la direction de :
Béatrice Massignon
Psychologue clinicienne

Lieu de stage :
Clinique La Concorde
Service addictologie
90 r Marcel Bourdarias
94140 Alfortville.

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE
THEATRE AUPRES DE PATIENTS ADDICTS EN SEVRAGE**

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

Présenté par **Aurélie MEST**

Année 2012

Sous la direction de :
Béatrice Massignon
Psychologue clinicienne

Lieu de stage :
Clinique La Concorde
Service addictologie
90 r Marcel Bourdarias
94140 Alfortville.

PLAN

<u>Plan</u>	p 1
<u>Glossaire</u>	p 4
<u>Introduction</u>	p 6
<u>Première partie : L'art-thérapie* à dominante théâtre accompagne le patient addict dans sa volonté de changement</u>	p 7
A - La problématique du sevrage* consiste à restaurer un rapport au monde altéré par la consommation	p 7
1) L'addiction* est un processus cyclique qui enferme la personne dans une centration autour du produit.....	p 7
2) Ce phénomène conduit à une désocialisation de la personne.....	p 8
3) La rémission du comportement addictif nécessite de changer ses modes de fonctionnement.....	p 9
4) Le sevrage* est un moment de transition et d'espoir.....	p 9
B - Le théâtre est un art qui a pour objet de représenter l'être humain	p 11
1) Le théâtre est un lieu particulier.....	p 11
2) L'action dramatique mobilise le corps physique au service d'un idéal esthétique...p	12
3) Le rôle à jouer au sein du jeu dramatique est une participation sociale.....	p 13
C - L'art-thérapie* à dominante théâtre peut être une orientation de soin intéressante en addictologie	p 15
1) L'art-thérapie* s'aligne sur les professions paramédicales pour exploiter le potentiel de l'Art.....	p 15
2) En s'appuyant sur la partie saine de la personne addict, l'art-thérapeute l'aide à s'inscrire dans la dynamique nécessaire à l'élaboration de son projet de vie.....	p 16
3) En invitant la personne addict à se déterminer par l'expression de son goût, de son style et de son engagement, l'art-thérapeute l'aide à construire son autonomie.....	p 17
4) Les nouvelles politiques du soin en addictologie privilégient les approches subjectives.....	p 17
<u>Deuxième partie : Un projet de soin en art-thérapie* est mis en place au sein du service addictologie de la clinique La Concorde</u>	p 19
A - La Clinique La Concorde est un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation doté d'un service d'addictologie	p 19
1) La Clinique La Concorde est un établissement en pleine restructuration.....	p 19
2) Le service d'addictologie accueille des patients selon des modalités spécifiques...p	19
3) Les patients sont pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire.....	p 20

B - Un projet de soin en art-thérapie* est mis en place en accord avec l'équipe pluridisciplinaire	p 22
1) L'accueil de la stagiaire répond pour la structure à des besoins spécifiques.....	p 22
2) Un protocole de soin est défini avec le chef de service.....	p 22
3) L'expérience de stage donne lieu à plusieurs remarques.....	p 23
C - Trois études de cas sont présentées	p 25
1) M. C a bénéficié de 11 séances d'art-thérapie* afin de reconstruire son estime de soi, sa confiance en soi et son affirmation de soi.....	p 25
a) M. C est un patient alcoolo-dépendant désinséré socialement et fortement pénalisé sur le plan somatique.....	p 25
b) Les objectifs généraux pour ce patient sont l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi.....	p 25
c) M. C a bénéficié de 11 séances d'art-thérapie*, du 09/01/12 au 29/03/12.....	p 26
d) Le parcours de M. C en art-thérapie est analysé au regard de l'évolution d'un certain nombre d'items*.....	p 30
e) Le bilan positif de la prise en charge est à relativiser.....	p 35
2) M. T a bénéficié de 5 séances d'art-thérapie* à dominante théâtre afin d'améliorer son autonomie et son affirmation de soi.....	p 36
a) M. T se présente comme une personne très désinsérée socialement et « malheureux ».....	p 36
b) L'objectif général pour M. T en art-thérapie* est de développer son autonomie et son affirmation de soi.....	p 36
c) La stratégie thérapeutique s'adapte à l'extrême timidité du patient tout au long de la prise en charge.....	p 37
d) L'évolution de M. T au regard de ses objectifs thérapeutiques est analysée graphiquement.....	p 38
e) Le bilan de la prise en charge met en évidence les bénéfices retirés par M. T de cette courte prise en charge en art-thérapie*.....	p 41
3) M. L a bénéficié de 9 séances d'art-thérapie* à dominante théâtre pour l'aider à canaliser son énergie.....	p 42
a) M. L arrive à la clinique dans un état important d'agitation.....	p 42
b) L'objectif général défini pour ce patient est la pose d'un cadre.....	p 42
c) Le déroulé des séances montre une évolution spectaculaire du patient.....	p 43
d) L'analyse graphique illustre l'évolution de M. L au regard d'un certain nombre d'items*.....	p 45
e) Le bilan de la prise en charge en art-thérapie* de M. L est révélateur de l'évolution globale de son état au sein de la clinique.....	p 48
Transition : le bilan de l'expérience pratique pose la question des limites du champ d'action de l'art-thérapeute	p 49

<u>Troisième partie : L’art-thérapeute encadre les phénomènes associés à la dominante théâtre de façon spécifique</u>	p 50
A - La pratique du théâtre induit des phénomènes associés complexes pour lesquels une compétence de psychologue peut sembler nécessaire	p 50
1) La pratique du théâtre comporte des risques.....	p 50
2) Le fait d’être regardé renvoie à la notion d’image de soi.....	p 51
3) Le psychodrame est une technique psychothérapeutique qui exploite le théâtre comme support d’un travail analytique et comportemental.....	p 53
B - L’art-thérapeute oriente l’activité dans une direction différente de celle exploitée par le psychologue	p 55
1) Le groupe d’art-thérapie* se veut réunion d’artistes.....	p 55
2) En art-thérapie*, la production ne vise pas le vrai, mais le beau.....	p 56
3) L’art-thérapeute peut utiliser des leviers propres à la position de directeur d’acteur pour orienter l’activité artistique.....	p 58
C - Le cadre thérapeutique permet de gérer les phénomènes associés	p 62
1) L’art-thérapeute doit connaître et maîtriser les limites de son champ d’action.....	p 62
2) L’art-thérapeute pose un cadre thérapeutique.....	p 64
3) L’art thérapeute travaille en équipe.....	p 65
Conclusion	p 67

Bibliographie

Liste des graphiques

Annexe : Schéma récapitulatif de l’opération artistique

GLOSSAIRE

Les mots suivis d'un astérisque () figurent dans ce glossaire.*

Abstinence : Abstention volontaire et durable de la consommation d'un produit susceptible de donner lieu à une dépendance (1)

Addiction : Etat de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements (2)

AFRATAPEM : Association Française de Recherche et d'Application des Techniques Artistiques en Pédagogie et en Médecine

Ambivalence : Coexistence de sentiments, d'émotions, de désirs ou d'attitudes contradictoires, dans une situation déterminée ou envers un objet ou une personne donnée (3)

Art-thérapie : Exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire (4)

Catharsis : (du grec purification) 1) Philosophie : Dans la théorie d'Aristote sur la tragédie, purification ou sublimation psychologique et esthétique que constitue la représentation dramatique. 2) Psychanalyse : Réaction libératoire provoquée par l'extériorisation de souvenirs d'événements traumatisants longtemps refoulés (5)

Coalescence : Union de parties séparées auparavant (6)

Craving : (anglais : « désir ardent », « appétit insatiable ») Désir irrépressible et violent d'utiliser une drogue addictive (...) surgissant parfois longtemps après le sevrage (1)

Déni : Mécanisme de défense par lequel le sujet refuse de reconnaître la réalité d'une perception négative (...) Le mécanisme de déni s'intègre d'une manière fonctionnelle dans la logique globale de la dépendance. (1)

Dépendance (ou **pharmacodépendance**) : Etat psychique, et parfois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre la drogue de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de sa privation. (2)

Empathie : Connaissance affective, intuitive, du vécu de l'autre. (3)

Esthétique : Science qui détermine le caractère du beau dans les productions de la nature ou de l'art (6)

Esthésie : Sensation, sensibilité (2)

Fond : (voir forme)

Forme : Tour du style, diverses façons d'exprimer la pensée ; manière dont une chose est présentée ou traitée, par opposition à ce qui en fait le fond (6)

Heuristique : L'art d'inventer, de faire des découvertes (6)

Incidence : Nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une période déterminée et sur une population donnée (2)

Item : la plus petite unité appréciable d'un niveau d'organisation. (7)

Maïeutique : Méthode de Socrate dans la conversation ou l'enseignement, par laquelle il disait accoucher les esprits (6)

Mimésis : du grec mimesis, emprunté notamment à la Poétique d'Aristote, du verbe mimesisthai, « imiter, représenter, signifier en produisant le simulacre de » (8)

Psychotrope : Substance naturelle, semi-synthétique ou synthétique, susceptible de modifier l'activité mentale (au niveau de la vigilance, des perceptions, du cours de la pensée, de l'humeur) (9)

Sevrage : Stade initial de la prise en charge des sujets physiquement dépendants de substances psychoactives (1)

Site d'action : situation caractéristique d'une difficulté, sur laquelle nous devons nous arrêter pour progresser ou éliminer une difficulté thérapeutique (10)

Tolérance : adaptation de l'organisme à une substance nécessitant une augmentation des doses pour obtenir le même effet (2)

(1) Dictionnaire des drogues et des dépendances, Larousse 2004

(2) Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

(3) Manuel alphabétique de psychiatrie, 7^{ème} édition, A. POROT, Presses Universitaires de France, 1996

(4) R. FORESTIER, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Favre éditions, 2000, p10.

(5) Dictionnaire de la langue française, Encyclopédie BORDAS, 1994

(6) LITTRE

(7) 6^{ème} édition, p 63

(8) Le grand Robert de la langue française, dictionnaires le Robert, VUEF, 2001

(9) Dictionnaire de la psychiatrie Larousse. Jacques POSTEL

(10) R. FORESTIER, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 6^{ème} édition, Favre éditions p 60

INTRODUCTION

« Irresponsable », « dangereux », « sale ». Dans les représentations sociales, le « toxicomane » est un paria. Il est perçu comme une personne sans volonté, comme celui qui ne cesse de renouveler des promesses jamais tenues. Il est le père indigne, l'époux violent, la femme de mauvaise vie, l'enfant sans avenir. Lui est empêtré dans ses propres contradictions, accablé par la honte. L'hospitalisation en elle-même peut être vécue par l'entourage comme un aveu d'échec. Au sein de l'hôpital, il peut se sentir infantilisé par la prise en charge : on fouille ses effets personnels, on lui fait « la morale », on lui dicte ce qu'il a à faire. Il y a là un malentendu terrible, puisque celui qui fait la démarche de se soigner agit là de manière responsable, tandis que le soignant souhaite lui apporter son aide. Pour cette raison, le maître mot du soin en addictologie est l'empathie*. Le soignant doit aller dans le sens du patient, et tous deux doivent avancer ensemble. L'art-thérapie* propose une vision du soin dans laquelle les patients sont appréhendés dans leur personnalité, dans leur subjectivité. Par l'art-thérapie*, il s'agit de restaurer la fonction existentielle de l'individu, de lui redonner un élan, voire une envie de vivre. Il s'agit aussi de changer le regard et les représentations : lorsque le patient alcoolique devient acteur le temps d'un spectacle, la façon dont l'autre le regarde change ; lui-même se perçoit différemment.

Ce mémoire relate une expérience d'art-thérapie* à dominante théâtre dans un centre de traitement des addictions*. L'auteur de cet écrit, comédienne, est partie de l'hypothèse que sa technique artistique pouvait être pertinente auprès de ce public dans la période délicate de changement que représente le sevrage, dans la mesure où elle est une façon ludique de porter un discours sur le monde, de s'amuser des représentations sociales en incarnant avec son corps physique des conduites humaines. Essentiellement collective, sollicitant l'énergie motrice des participants, les invitant à l'audace et à l'échange avec autrui, cette technique a paru un bon moyen de valoriser des personnes atteintes de cette pathologie bio-psycho-sociale, et de les inviter, selon le mot du psychiatre Jean RODRIGUEZ, à une « thérapie de la fierté et de la responsabilité »¹. Cette hypothèse sera présentée en première partie de ce mémoire ; la deuxième partie relatera l'expérience pratique, et proposera trois études de cas. En troisième partie, nous discuterons des modalités pratiques d'encadrement par l'art-thérapeute des phénomènes associés à la dominante théâtre, ce qui implique de définir son action en creux de celle effectuée par le psychologue dans le psychodrame.

NB : Les termes d'addiction*, d'addict, ont été préférés dans ce mémoire à ceux de toxicomanie et toxicomane ; le choix de cet anglicisme reflète l'évolution des usages – l'Organisation Mondiale de la Santé a éliminé le terme de toxicomanie, à la connotation négative, de la terminologie technique, si bien que celle-ci n'a plus aujourd'hui de définition acceptée au plan international. Le terme d'addiction* a paru préférable à celui de dépendance*, ou pharmacodépendance, au sens où il met l'accent sur la notion de conduite.

¹ J. RODRIGUEZ : Les dangers de l'Art-thérapie en institution, in *Exclusions et art-thérapie*, p 38.

Première partie : L'art-thérapie* à dominante théâtre accompagne le patient addict dans sa volonté de changement

A – La problématique du sevrage* consiste à restaurer un rapport au monde altéré par la consommation

1) L'addiction* est un processus cyclique qui enferme la personne dans une centration autour du produit

Les psychotropes* sont des substances qui agissent sur le système nerveux en modifiant l'état de conscience, l'humeur et la perception. La consommation d'un produit psychotrope* transforme donc momentanément l'expérience du sujet et son rapport au monde, soit en stimulant l'activité mentale, soit en la ralentissant, soit en créant de toute pièce une expérience irréelle – hallucination. L'usage ponctuel du produit n'induit pas en soi une addiction* : le terme d'addiction* se rapporte à un comportement, répétitif et caractérisé par une perte de contrôle. Ainsi le problème de l'addiction* dépasse celui de la consommation d'un toxique ; il peut y avoir addiction* à des conduites, telles que le jeu compulsif, ou la dépendance* à internet. Dans cette partie, nous parlerons de l'addiction* toxicologique, c'est-à-dire celle incluant le recours à un produit psychotrope* : alcool, cocaïne, héroïne, benzodiazépine etc, sans rentrer outre mesure dans les détails du mode d'action et des effets spécifiques de chacun de ces produits, mais en nous efforçant d'en livrer les schèmes communs. Il est à noter bien sûr que cette pathologie se manifeste de façon différente et se déploie dans des degrés divers selon les individus.

Globalement, l'addiction* est un processus cyclique, qui relève aussi bien des mécanismes psychologiques et sociaux que neurologiques. Sur le plan chimique, les différentes substances stimulent les centres nerveux de la récompense, ce qui génère un plaisir temporaire, mais immédiat et intense. Le corps mémorise cette expérience de plaisir, et avec le temps s'y accoutume. Une quantité croissante de produit est nécessaire (tolérance*), tandis que l'arrêt génère des symptômes physiques de sevrage*. Conjointement à cela, les capacités à trouver du plaisir diminuent : la personne prend l'habitude d'avoir recours à cette solution immédiate face à tous les problèmes de la vie (frustrations, deuil, perte d'emploi...). Or la consommation répétée d'un produit toxique aggrave généralement les problèmes de la personne, si bien que celle-ci se retrouve comme l'ivrogne du Petit Prince de St-Exupéry qui finit par boire pour oublier qu'il boit.

Selon l'addictologue Alain MOREL, « les drogues sont un moyen de filtrer ou de modifier le rapport au monde, la conscience de soi et l'expérience intérieure »². Ainsi le vécu douloureux est mis à distance et la personne se sent plus à l'aise dans cet univers artificiel que dans les interactions avec autrui. Peu à peu, il s'opère un phénomène de centration : l'existence du sujet se focalise autour du produit et de sa recherche, ce qui lui prend de plus en plus de temps au détriment des autres aspects de la vie. Ce phénomène se caractérise par « un rapport au

² A. MOREL : Les drogues : définition et classification (chap 3), in L'aide-Mémoire d'addictologie, p 19.

monde transformé qui affecte la relation au corps, la relation au temps et à l'espace et le rapport à autrui. »³

Dans *l'incapacité d'être seul*, la psychanalyste Catherine AUDIBERT explique l'addiction* comme une incapacité à accepter le vide ; elle évoque une détresse psychique qui terrasserait l'individu dans la solitude, le conduisant à recourir aux drogues ou à d'autres conduites addictives afin de se créer artificiellement une « solitude-sereine ». Ainsi AUDIBERT compare l'addiction* à l'autisme : l'addiction* serait une « stratégie autosensuelle » visant à « maintenir la sensation de continuité d'existence » de l'individu. De même que l'autiste se balance ou joue avec sa bave pour se rassurer, la personne addict se réfugie dans un repli autistique autour du produit. Ainsi ses habilités sociales et sa motivation diminuent, son imagination s'appauvrit.⁴

2) Ce phénomène conduit à une désocialisation de la personne

La personne devient donc moins adaptée au monde. Ses rythmes biologiques ont tendance à se déstructurer, elle ne s'alimente ni ne dort plus correctement. De graves problèmes somatiques sont susceptibles d'apparaître : outre les dommages directement provoqués par la consommation (complications cardio-vasculaires, pulmonaires, troubles hépatiques...), le risque épidémiologique est élevé (VIH, hépatites...) et les accidents fréquents : fractures ou autres traumatismes dus à des chûtes en état d'ébriété, par exemple. Sur le plan neurologique, on observe souvent des troubles cognitifs (confusion, troubles mnésiques), des problèmes d'équilibre, des tremblements. Sur le plan psychologique, des troubles anxio-dépressifs, des altérations de l'humeur, de l'agressivité, voire des psychoses aiguës. La personne, dans l'incapacité d'assurer ses fonctions professionnelles, perd son emploi, voire son logement. Le besoin d'argent peut l'amener à des conduites illicites, si bien que la personne a souvent des ennuis judiciaires. L'entourage de la personne souffre de cette déchéance et subit les humeurs, voire la violence, de la personne addict. Ainsi les liens personnels se brisent : divorce, refus des enfants de voir leurs parents... Dans les services d'addictologie, on trouve de nombreuses personnes en rupture sociale et affective complète, vivant dans la rue, prisonniers de cette spirale d'échec.

Le principe de l'addiction* est celui d'une incapacité à mettre fin à la consommation en dépit des pertes successives. La personne, stigmatisée par son entourage, engluée dans l'état dépressif, assiste à sa propre dégradation avec impuissance. Ses tentatives d'arrêt sont soldées par des échecs, et la honte qui en découle – je n'ai aucune volonté, je ne suis bon à rien – est un autre facteur qui en découle – je n'ai aucune volonté, je ne suis bon à rien – est un autre facteur qui le paralyse. Face à cette impuissance à gérer sa consommation seul, il arrive un moment où la personne demande de l'aide. De nombreuses structures existent en France afin d'aider les personnes addicts à reprendre le contrôle de son existence.

³ A. MOREL-M. LASCAUX : Transdisciplinarité, in *L'aide-mémoire d'addictologie*, p269 (chap 29)

⁴ C. AUDIBERT : *L'incapacité d'être seul*, p 110 à 117

3) La rémission du comportement addictif nécessite de changer ses modes de fonctionnement

L'enjeu du sevrage* en structure de soin va être de rompre le processus cyclique. Au-delà du sevrage* physiologique - que l'on obtient au moyen d'une abstinence* plus ou moins longue selon le produit, éventuellement assortie d'un traitement médicamenteux - il s'agit d'arriver à une rémission du comportement addictif en lui-même.

Pour ce faire, outre les soins médicaux et l'accompagnement psychologique et social, la prise en charge en milieu hospitalier comporte un aspect éducatif : information sur la dangerosité des produits, conseils d'hygiène, de diététique... Surtout, il s'agit de redonner à la personne un cadre temporel afin d'assainir ses rythmes biologiques, à commencer par les horaires de sommeil et de repas. Les structures de soin demandent donc au patient de signer un contrat de soin dans lequel il s'engage à respecter le rythme collectif.

Un planning d'activité (éducation sportive, activité manuelles, sorties en groupe...) est généralement proposé. Celles-ci ont dans un premier temps une fonction occupationnelle : permettre aux patients de penser à autre chose, leur donner un exutoire pour ne pas céder aux « cravings »*, moments paroxystiques d'urgence à consommer qui apparaissent particulièrement fréquemment en début de sevrage*. Mais la portée thérapeutique de ces activités est plus large : la personne doit apprendre à se passer de la gratification immédiate que représente le produit et retrouver ce que WINNICOTT nomme « un mode créatif de perception » : une manière d'être au monde dynamique, volontaire, plutôt que tristement soumise (par exemple assujettie à un produit), et qui fait que « la vie vaut la peine d'être vécue »⁵. Il doit donc réapprendre à occuper son temps, varier ses centres d'intérêts, s'investir dans des projets... Cette idée est développée également par LASCAUX et MOREL : « les finalités thérapeutiques ne se réduisent plus à l'abstinence, mais favorisent la création d'un nouvel espace, un espace transitionnel au sens winnicotien du terme (80), un espace de réalisation des potentialités créatrices d'une personne »⁶.

Enfin, afin d'aider la personne à renouer le contact avec le réel, il faut relancer la dynamique relationnelle, aider la personne à retrouver des habiletés sociales. L'hospitalisation est un moment propice : le patient est encouragé à échanger avec les autres patients et avec le personnel. Pour cette raison, la plupart des activités proposées dans les lieux de soin sont collectives.

4) Le sevrage* est un moment de transition et d'espoir

Ainsi l'hospitalisation est un moment clé : sobre, bien encadré, le patient est dans une dynamique de reprise en main de son existence. Ce moment est propice à résoudre les problèmes de fond de son existence : démarrer un suivi psychologique, faire des démarches pour retrouver un emploi, un logement, renouer le contact avec des proches... Néanmoins la pathologie addictive est caractérisée par l'ambivalence*. Les périodes d'abstinence* ne sont dans la majeure partie des cas qu'un intermède entre deux périodes de consommation. Nombreux sont les patients qui en sont à leur sixième, septième cure, et qui rechutent sitôt

⁵ D. W. WINNICOTT : *Jeux et réalité*, p 127.

⁶ A. MOREL-M. LASCAUX : Transdisciplinarité, in *L'aide-Mémoire d'addictologie*, p 263 (chap 29)

leur sortie de l'hôpital. Le maintien de la sobriété dépend pour beaucoup de la qualité de la motivation initiale. En effet certains patients se retrouvent en unité d'addictologie sans vraiment savoir pourquoi. Certains peuvent être hospitalisés sous injonction judiciaire, ou tout simplement à la suite d'un accident. Beaucoup font cette démarche en raison d'un ultimatum de leur employeur, ou de leur conjoint. D'autre part, beaucoup de patients addicts souffrent de maladies psychiatriques, notamment de bipolarité. Le maintien de l'abstinence* chez ces personnes est extrêmement difficile. En outre, on observe très souvent un syndrome dépressif au moment du sevrage*, la personne ayant perdu ses repères et se sentant inapte à faire face à l'ampleur de ses problèmes.

D'une manière générale, deux écueils sont bien connus des soignants : la culpabilisation et le déni. Face à ces difficultés, la position du soignant est celle d'un accompagnant. Il s'agit pour lui d'offrir au patient une écoute empathique, de l'aider à renforcer son estime de soi, tout en le responsabilisant. Les écarts intempestifs sont à considérer comme faisant partie du sevrage*. Toutefois les patients addicts ont tendance à se reposer sur le soignant, à abdiquer de leur volonté personnelle à son profit. L'enjeu pour le soignant consiste alors à amener le malade à s'investir dans son sevrage*, à développer son autonomie, enfin, à être « l'acteur » de son soin.

Ainsi le patient addict est généralement en rupture relationnelle. Il a des carences en termes d'estime de soi, d'affirmation de soi et d'estime de soi et d'autonomie. Il souffre souvent d'une perte d'élan vital, doit apprendre à retrouver une saveur existentielle en dehors du produit et réinventer son avenir. De manière théorique, ces différents points sont considérés comme pouvant être des indications en art-thérapie. Mais avant de présenter cette discipline thérapeutique, nous allons parler du théâtre et mettre en évidence différents aspects de cette technique artistique qui en font une dominante intéressante à utiliser dans le cadre d'un programme d'art-thérapie* en unité d'addictologie.

B - Le théâtre est un art⁷ qui a pour objet de représenter l'être humain

1) Le théâtre est un lieu particulier

Le mot théâtre est un terme qui recouvre de multiples acceptions. Il est intéressant d'observer qu'il désigne aussi bien le lieu que la pratique. Du théâtre grec au théâtre dit « à l'italienne », en passant par la simple estrade bâtie sur une place publique, nous noterons que cet espace possède différentes caractéristiques : une scène, des fauteuils. Un acteur, des spectateurs. Un émetteur, des récepteurs. L'amphithéâtre grec était un hémicycle tout à fait semblable dans sa forme aux espaces dans lesquels s'exerce la démocratie contemporaine : Assemblée Nationale française, Parlement européen, etc. C'est donc une forme propre à l'échange, à la transmission d'un message, aux débats publics.

Le théâtre est un lieu où des personnes se déplacent pour venir accorder de l'attention à d'autres personnes. Les conditions de la transmission d'un message sont réunies. C'est un lieu d'échange mondain : on se fait beau pour aller au théâtre, on parle de la pièce une fois le rideau tombé ; le fait d'avoir vu le même spectacle crée un vécu commun, une connivence.

Ce lieu obéit à des règles et des conventions spécifiques. Lorsque nous allons au spectacle, nous acceptons de nous laisser guider dans un univers fictif ; certes nous savons que la personne sur la scène n'est pas un vrai roi, nous soupçonnons que le rocher est fait de polystyrène, mais nous choisissons d'adhérer à ces illusions pour entrer collectivement dans l'imaginaire. Un certain nombre de repères jalonnent cette expérience : le public s'installe, le silence se fait, le rideau se lève... Dans son *Essai sur la fonction sociale du jeu*, HUIZINGA attribue au jeu un certain nombre de qualités qu'il est intéressant de rapporter au théâtre, « jeu dramatique ». Il évoque la « sphère du jeu », un petit monde à nous, mystérieux pour les autres, avec ses codes et ses coutumes. Selon lui le jeu « crée de l'ordre. (...) Il réalise, dans l'imperfection du monde et la confusion de la vie, une perfection temporaire et limitée »⁸.

Dans ce lieu s'effectue la représentation dramatique. C'est un espace où des hommes vont symboliser d'autres hommes. Contrairement aux arts plastiques, qui peuvent représenter des objets, des paysages, ou à la musique, art essentiellement abstrait, le théâtre ne parle que de l'être humain. Il représente des interactions humaines, des conflits, des mises en situation. Il fait rire de ses défauts, exalte ses valeurs, dénonce ses rapports de force, interroge sa société. A l'occasion, il évoque son rapport avec le divin et met en scène les questions métaphysiques de son siècle. Le sociologue Jean DUVIGNAUD, dans son écrit intitulé *L'Acteur*, développe la thèse selon laquelle les formes les plus organisées de théâtre se mettent en place dans les sociétés qu'il appelle « historiques », c'est-à-dire « là où la conscience implicite de tous est dominée par la capacité à changer les structures », par opposition aux sociétés « archaïques », à savoir celles où l'ordre social apparaît comme un déterminisme. Ainsi le théâtre est historiquement plus particulièrement vivace dans les périodes de grandes transitions : la tragédie grecque s'est développée au moment de l'apparition d'un nouveau type de société

⁷ Dans cet écrit, nous ferons une distinction entre Art (A majuscule) entendu comme expression humaine volontaire orientée vers l'esthétique, et art (a minuscule), lorsqu'il sera envisagé sous l'angle de la technique et des savoir-faire.

⁸ J. HUIZINGA : *Homo ludens ; essai sur la fonction sociale du jeu*, p27.

appelé la Cité ; le théâtre Nô a été élaboré au XVI^{ème} siècle, « quand le féodalisme japonais se détache de la société patriarcale traditionnelle »⁹. Son propos est soit une interrogation du modèle divin, soit la remise en question d'un ordre social ou d'une conduite humaine. Ainsi, selon DUVIGNAUD, le théâtre permet « d'activer les relations interpersonnelles et d'exciter l'effervescence des milieux sociaux réels »¹⁰.

Pour le brésilien Augusto Boal, inventeur entre autre du théâtre forum, le théâtre est une affaire éminemment politique, au sens où il permet de réfléchir ensemble aux problèmes de la cité. C'est un outil de compréhension du monde et d'expérimentation des solutions. Le théâtre-forum est une technique de théâtre participative, dans laquelle des comédiens professionnels invitent les membres d'une communauté donnée à improviser sur des thèmes qui les concernent, afin de leur faire prendre conscience de leur potentiel d'action sur la situation qui leur pose problème. Ce théâtre est selon BOAL une « répétition de la révolution »¹¹.

2) L'action dramatique mobilise le corps physique au service d'un idéal esthétique

Lorsqu'il est sur la scène, l'acteur agit. Il se trouve dans une situation où il ne peut se dérober ; le public l'attend, ses partenaires dépendent de lui, et dans cet instant il détient à la fois la responsabilité et le pouvoir de contrôler le cours des événements.

Au théâtre, la représentation est une incarnation. Pour servir son propos, l'acteur, contrairement au musicien ou au plasticien, n'utilise aucun média, aucun instrument. Ses moyens d'expression se nomment muscles, tendons, souffle, cordes vocales. Ainsi la production au théâtre est immédiate et instantanée ; ces qualités confèrent à l'expérience de l'art dramatique une intensité propre à stimuler l'élan vital. Dans le jargon théâtral, on nomme « engagement » le fait d'investir son corps tout entier au service du propos défendu, c'est-à-dire de plonger dans le jeu dramatique. C'est dire que la beauté du spectacle dépend de la faculté des acteurs à mobiliser leur masse corporelle au service de l'œuvre. Le spectacle à défendre est enjeu propre à mettre la personne en mouvement. Il y a une tension collective vers un idéal esthétique.

Le travail technique en art dramatique vise à une mise à disposition de l'acteur. Il s'agit, selon BOAL, de « défaire les structures musculaires », de « rendre chacun conscient de son corps, de ses possibilités et des déformations consécutives au genre de travail qu'il pratique »¹² (ou à son mode de vie d'une manière générale), afin que chacun soit à même d'incarner des personnages différents de lui. Ce qu'on appelle « présence scénique » au théâtre, c'est-à-dire la capacité de l'acteur à rayonner sur la scène, se travaille techniquement : il s'agit de trouver la détente corporelle, de s'ancrer dans le sol, d'éliminer les gestes parasites. Ainsi la personne sur la scène paraît plus affirmée, ce qui lui permet de capter l'attention des spectateurs. De même au théâtre, on travaille sur la qualité de son expression, verbale et corporelle : les apprentis comédiens font des exercices de diction, de respiration, de placement de voix, de

⁹ J. DUVIGNAUD : *L'Acteur*, p 31

¹⁰ *Ibid* p 265

¹¹ A. BOAL : *Théâtre de l'opprimé*, p 48

¹² A. BOAL : *Théâtre de l'opprimé*, p 21 et 22

gestion de l'espace. Le manque d'assurance, les fragilités qui apparaissent dans le jeu au cours du travail de répétition sont bien celles du comédien, mais au théâtre elles deviennent des problèmes techniques ordinaires. Ceux-ci sont relevés par les autres membres de la communauté d'acteurs, et des solutions concrètes sont proposées : il faudrait que tu articules davantage, fais attention à ne pas tourner le dos au public, etc. Au théâtre, on apprend donc à maîtriser son apparence : tout comme un costume change notre apparence, la façon dont on s'exprime, la manière avec laquelle on se déplace, va modifier l'image que l'on donne et la façon dont l'autre nous regarde.

La visée immédiate de ce travail est la beauté du spectacle : se faire entendre des spectateurs est une question de « politesse » pour un acteur. Néanmoins on sait que ce travail a des répercussions sur l'affirmation de soi dans la vie quotidienne. De nombreuses entreprises font ainsi appel à des comédiens pour des séances de coaching par le théâtre afin que leurs salariés améliorent leurs capacités à s'exprimer en public et à convaincre leurs interlocuteurs. Les élèves avocats eux aussi ont dans leur cursus des cours de théâtre afin d'améliorer leur technique oratoire et d'apprendre à maîtriser les effets de leur discours sur un jury. Avoir pratiqué le théâtre peut donc, de la même façon, aider une personne désinsérée à réussir un entretien d'embauche, par exemple.

3) Le rôle à jouer au sein du jeu dramatique est une participation sociale

En tant que jeu, le théâtre fait partie de ce que HUIZINGA appelle le « non-sérieux »¹³. Il y a là une notion de gratuité : nulle obligation, nul enjeu. Le jeu selon HUIZINGA est une activité qui "se situe en dehors des mécanismes de satisfaction immédiate des besoins et des désirs. Bien mieux, elle interrompt ce mécanisme."¹⁴ Cet aspect ludique crée une intégration : HUIZINGA précise que la communauté de joueurs a tendance à rester rapprochée au delà de l'expérience du jeu. Ce fait est bien connu des grandes entreprises, qui consacrent toujours une partie de leur budget à l'intégration de leurs salariés par le biais de kermesses, compétitions sportives ou autres tournois de poker.

La pratique du théâtre est une activité collective. Il s'agit de construire quelque chose ensemble, dans un lieu et un temps défini. Ceci implique de porter attention à ses partenaires, de développer une connaissance et une confiance mutuelle. A cet enjeu commun, rassembleur, s'ajoute une qualité spécifique à l'Art : la recherche du beau. Dans cette tension collective vers l'idéal esthétique, parfois une émotion surgit qui est partagée par tous. On atteint alors une qualité de relation particulière, un important sentiment de complicité, au-delà des mots : l'état de coalescence*.

Au théâtre tout comme au football, le jeu « perso » n'est pas intéressant. Chacun doit être intégré pour que le spectacle soit beau. Et chacun doit avoir un rôle/un poste défini. Ainsi l'individu trouve, au sein de la communauté d'acteurs, une place qui lui est attribuée. DUVIGNAUD fait une comparaison intéressante entre la notion de rôle dramatique et celle de rôle social. Selon lui, le théâtre concerne « l'ensemble des cérémonies et des pratiques de la vie collective »¹⁵ : toute tâche sociale (être le père, le prêtre, le patron, l'ouvrier syndiqué,

¹³ J. HUIZINGA : *Homo ludens, essai sur la fonction sociale du jeu*, p21

¹⁴ *Ibid* p25

¹⁵ J. DUVIGNAUD : *L'Acteur*, p27

etc.) implique une trame de conduite codifiée. Les attributions sociales impliquent des rôles à tenir dans la communauté. De même, le fait d'endosser un rôle dramatique est une participation sociale et le personnage une tâche à accomplir.

La personne qui prête son corps physique pour symboliser des conduites humaines fait en ceci preuve d'estime de soi : si je peux donner mon avis sur le monde, si je peux me faire la « voix du peuple », c'est que j'ai ma place dans la cité et que je suis à même de porter des responsabilités. Elle fait également preuve de confiance en soi : j'ai les capacités pour cette tâche.

Dans cette partie, nous avons démontré les différents potentiels qui existent au sein de la pratique du théâtre. Toutefois, l'Art n'est pas soin en soi : dans certains cas la rencontre avec l'Art peut générer un repli sur soi, voire une décompensation psychotique. D'Antonin Artaud à Amy Winehouse, il existe quantité d'exemples artistes toxicomanes et malheureux. Ainsi, d'après Richard FORESTIER, l'art-thérapeute est le spécialiste qui est à même de « proposer, contrôler, adapter, modifier la nature du pouvoir et des effets inhérents à l'art selon la pathologie et les problèmes posés »¹⁶. Nous allons maintenant poser quelques bases théoriques de l'art-thérapie*, afin de comprendre de quelle manière cette discipline peut être exploitée au sein d'un service d'addictologie

¹⁶ R. FORESTIER : *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p30

C - L'art-thérapie* à dominante théâtre peut être une orientation de soin intéressante en addictologie

1) L'art-thérapie* s'aligne sur les professions paramédicales pour exploiter le potentiel de l'Art¹⁷

L'art-thérapie* a aujourd'hui l'ambition d'être reconnue comme discipline paramédicale. Ceci implique que le praticien comprend ce qui se joue dans le processus de création, travaille selon un protocole et met en place des stratégies thérapeutiques. Il prend des informations dans le dossier médical du patient, étaye sa prise en charge à l'aide d'un certain nombre d'outils d'observation et d'évaluation, rédige des bilans thérapeutiques et des rapports administratifs. Dans cette partie nous évoquerons le travail que mène l'association AFRATAPEM* depuis 1976 dans le but de faire de l'art-thérapie* la discipline la plus scientifique possible. Ce travail de recherche a permis la conception de ce que l'on appelle communément le modèle tourangeau d'art-thérapie, et qui est développé dans les ouvrages de Richard FORESTIER ; l'expérience de stage présentée dans ce mémoire s'appuie sur les concepts et les outils développés par cette association.

La stratégie est l'art de diriger et de coordonner des actions au service d'un objectif. Ainsi, l'art-thérapeute doit définir des objectifs thérapeutiques et mettre en œuvre des moyens adaptés. Afin de guider l'art-thérapeute dans le repérage des mécanismes défaillants (sites d'action*) et la définition des cibles thérapeutiques sur lesquelles il va agir au sein de l'activité artistique, l'école d'art-thérapie de Tours a étudié les différents mécanismes humains impliqués dans l'Art : mécanismes sensoriels, mécanismes de traitement mental, mécanismes psychomoteurs, moteurs et relationnels. Ceci a donné le schéma de l'opération artistique, modèle conceptuel à partir duquel l'art-thérapeute construit ses stratégies thérapeutiques. (Voir annexe).

Un autre modèle conceptuel sert de fondement au travail de l'art-thérapeute : la théorie de l'art opératoire, également dénommée théorie des trois B. Les travaux tourangeaux ont posé que l'Art est sous-tendu par trois principes : le Bon, le Bien, le Beau. Le Bon est la tension archaïque poussant la personne à se réaliser, et qui l'invite à s'engager dans le projet artistique ; il correspond à l'estime de soi. Le Bien est l'organisation des mécanismes psychomoteurs dans l'activité artistique, qui donne le style de la personne ; il correspond à la confiance en soi. Le Beau est l'idéal esthétique de la personne, son goût ; il correspond à l'affirmation de soi. La théorie de l'art opératoire a permis de mettre au point un instrument d'auto-évaluation spécifique qui va avoir son importance dans ce mémoire : le cube harmonique. Le cube harmonique permet à l'art-thérapeute de savoir ce que le patient pense de son travail sous trois aspects : la beauté de l'œuvre au regard de son idéal esthétique personnel (= le Beau) ; la qualité de l'exécution sur un plan technique, (= le Bien) ; l'engagement du patient dans l'activité (= le Bon). Le cube harmonique renseigne donc l'art-thérapeute sur l'affirmation de soi du patient, sur sa confiance en soi et sur son estime de soi. Il joue aussi un rôle de processeur thérapeutique pour le patient, au sens où il va amener une réflexion de la personne sur son travail, et ainsi, potentiellement, une réaction.

¹⁷ Voir note p 11

2) En s'appuyant sur la partie saine de la personne addict, l'art-thérapeute l'aide à s'inscrire dans la dynamique nécessaire à l'élaboration de son projet de vie

La personne addict engagée dans un processus de sevrage* est, nous l'avons vu, dans une période de vie où il lui faut inverser le cycle de l'addiction* : sortir de la boucle d'inhibition, retrouver des repères spatio-temporels, préparer son avenir.

Tandis que les différents professionnels du soin en art-thérapie abordent les mécanismes défaillants de la personne de manière frontale – prise en charge médicamenteuse, information sur la dangerosité chimique des produits... – l'art-thérapeute travaille sur la « partie saine ». C'est-à-dire qu'il exploite ce qui fonctionne encore chez la personne : il ne proposera probablement pas à une personne paralysée des deux jambes de faire de la danse, mais exploitera le fait que celle-ci a conservé l'usage de ses mains pour l'inviter à réaliser de belles choses en dessin, par exemple. Tout le travail de l'art-thérapeute consiste à compenser les déficiences de la personne, à valoriser ses capacités restantes, à créer ce qu'on appelle des boucles de renforcement. En sollicitant les mécanismes sains, l'art-thérapeute agit, indirectement, sur les mécanismes défaillants. Nous comprenons ici l'intérêt du schéma de l'opération artistique : si le problème de la personne se situe au niveau des mécanismes d'intentionnalité (traitement mental, phase 4 de l'opération artistique), l'art-thérapeute, plutôt que d'insister sur la nécessité du passage à l'acte, s'efforcera peut-être de créer des stimulations sensorielles (mécanismes de l'esthésie, phase 3 de l'opération artistique) dans le but de faire naître un désir et ainsi de favoriser la poussée corporelle. Si la personne est inhibée sur le plan relationnel (numéro 8 sur l'opération artistique), l'art-thérapeute centrera éventuellement son action sur la réalisation technique d'une œuvre (numéro 6 sur l'opération artistique), afin d'utiliser dans un second temps celle-ci comme vecteur de communication et d'échange.

Produire une œuvre d'art implique de se placer dans une dynamique de projet. En effet l'œuvre n'existe pas d'emblée : il s'agit de la faire surgir, ce qui requiert un effort et un engagement dans le temps. Il y a d'abord une phase d'imagination, dans laquelle on doit se projeter dans l'avenir, puis une phase de réalisation pratique, de mise en œuvre de moyens et de techniques, avant d'obtenir le résultat. Ces trois phases ne correspondent pas nécessairement à un ordre chronologique : il y a des allers-retours, une dynamique réflexive entre ces trois étapes de la création artistique. Richard FORESTIER, dans *Tout savoir sur l'art-thérapie*, présente le principe pratique déterminant le phénomène artistique comme ceci :

Intention.....> Action.....> Production¹⁸

Nous constatons que ce schéma est celui de toute élaboration de projet. L'art thérapie* a ainsi cette particularité de stimuler les capacités d'agir du sujet au service d'un but – le beau – qui, se situant en dehors des problématiques réelles de la personne, l'effraie moins. Lorsqu'elle s'engage dans un projet artistique, la personne fait confiance à ses capacités à aller au bout de son idée. La réussite de celui-ci, favorisée par l'art-thérapeute, la rassure quant à ses capacités à mettre en œuvre un comportement donné dans un contexte spécifique, capacités dont un patient addict a bien besoin pour rester abstinent*, voire pour reconstruire sa vie déstructurée par les années de consommation.

¹⁸ R. FORESTIER : *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 54

3) En invitant la personne addict à se déterminer par l'expression de son goût, de son style et de son engagement, l'art-thérapeute l'aide à construire son autonomie

Dans le cadre de la séance d'art-thérapie, la personne ne se sent pas considérée tout à fait comme un patient. La maladie est rarement évoquée avec l'art-thérapeute. Ce qui intéresse l'art thérapeute, c'est la personnalité du patient ; son avis – sur ce qui est beau ou laid, sur la meilleure façon de représenter quelque chose, voire sur le monde ; son originalité – telle qu'elle s'exprime au travers de la production ; le désir qu'elle peut avoir de faire ou ne pas faire quelque chose – car l'Art ne peut être qu'une activité volontaire. L'art-thérapie* s'adresse à la dimension existentielle de l'individu, à ses aspirations, à ses valeurs. Le sujet est au centre, car « en art-thérapie, le beau est ce qui plaît, tout simplement »¹⁹.

Ainsi, l'art-thérapeute invite le patient à donner au monde les couleurs qui lui plaisent. Qu'elle s'investisse dans la production d'une œuvre d'art ou simplement dans la contemplation esthétique, la personne se détermine par l'Art. Nous retrouvons ici la théorie des trois B : lorsqu'une personne exprime son *goût*, elle fait un choix, elle assume sa préférence et la subjectivité de celle-ci. Lorsqu'elle produit une œuvre d'Art, une part de sa personnalité s'y trouve, qu'on appelle le *style*. Enfin, lorsqu'elle adopte une attitude face à l'Art (action ou contemplation), elle fait preuve d'*engagement* et de ce fait manifeste sa fonction existentielle car « pour s'engager, il est nécessaire que la personne considère autant ce qu'elle réalise qu'elle-même »²⁰. L'art-thérapie* a pour objet d'inviter la personne à s'inscrire dans le monde, à y participer, à réinvestir sa qualité de sujet. La position de patient est potentiellement une position de passivité ; il y a une ambiguïté lexicale dans le terme de « patient » : suis l'ordonnance du médecin, et « patiente ». Nous avons mentionné plus haut que les patients addicts ont une tendance à se déposséder de leurs responsabilités concernant la réussite de leur sevrage*, à adopter une attitude attentiste vis-à-vis du médecin. L'art-thérapie propose au patient un espace qu'il doit organiser à sa façon. Un espace où son envie, son jugement, ses méthodes font loi – dans le cadre délimité par l'art-thérapeute. Ceci favorise une attitude dynamique de la personne dans son soin, une autonomie (auto-nomos, la loi du sujet).

4) Les nouvelles politiques du soin en addictologie privilégient les approches subjectives

Aujourd'hui la recherche en addictologie se méfie du dogmatisme en matière de soin. La pathologie addictive affecte le sujet à tous les niveaux : biologique, psychique et social. La mécanique de l'addiction* procède de multiples facteurs : environnementaux, culturels, économiques... Le rapport aux drogues d'une personne est intimement lié à son vécu, et à sa personnalité. Pour répondre à ces problématiques, Alain MOREL et Muriel LASCAUX préconisent une approche transdisciplinaire, « mettant la personne et son expérience au centre »²¹. Cette approche, dénommée approche expérientielle, interroge la subjectivité du sujet. Elle entend prendre en compte « la complexité de l'être humain, de ses sentiments, de

¹⁹ R. FORESTIER : *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p162

²⁰ Ibid, p 161

²¹ A. MOREL-M. LASCAUX : Transdisciplinarité, in *L'aide-mémoire d'addictologie*, p 261 (chap 29)

son mental et de son corps »²², afin que la personne trouve « les moyens de son propre changement »²³.

Sur le terrain, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), dans son projet médical pour les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation, prévoit « la réhabilitation des capacités sensorielles, créatrices et d'expression » de la personne. Voici un extrait de ce document :

« l'objectif est de permettre au patient de retrouver et de déployer tous les aspects de sa personnalité, de sa sensibilité et de son histoire dans le but de se construire ou de confirmer un avenir existentiel propre par des réalisations concrètes telles que :

- L'approche d'un instrument de musique (...)
- La réalisation d'une maquette ou d'un objet d'art »²⁴

Nous noterons que la FHP ne mentionne pas nommément l'art-thérapie comme discipline de soin. L'art-thérapie est une discipline en développement, encore mal connue des professionnels de santé. Il semble qu'art-thérapie et addictologie auraient tout intérêt à développer une réflexion commune. Ainsi que LASCAUX et MOREL concluent leur chapitre sur la transdisciplinarité : « c'est *une nouvelle culture institutionnelle et professionnelle* qui est à construire »²⁵.

²² A. MOREL-M. LASCAUX : Transdisciplinarité, in *L'aide-mémoire d'addictologie*, p 266 (chap 29)

²³ Ibid, p 261

²⁴ Fédération de l'Hospitalisation Privée, groupe de travail mars 2012, *Projet médical - VI, SSR spécialisés en addictologie*, p 6

²⁵ A. MOREL-M. LASCAUX : Transdisciplinarité, in *L'aide-mémoire d'addictologie*, p 266 (chap 29)

Deuxième Partie : Un projet de soin en art-thérapie* est mis en place au sein du service addictologie de la clinique La Concorde

A – La Clinique La Concorde est un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation doté d'un service d'addictologie

1) La Clinique La Concorde est un établissement en pleine restructuration

Située à Alfortville, la Clinique la Concorde est un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) doté de deux services de soins de suite polyvalents, et d'un service d'addictologie ouvert en 2009, d'une capacité d'accueil de 18 lits. La clinique propose également des consultations externes.

Selon la Fédération de l'Hospitalisation Privé (FHP), la mission des SSR addictologie est d'« apporter une réponse pluridisciplinaire et coordonnée aux pathologies de la personne souffrant de troubles de l'addiction ». Ils ont pour objectif de consolider l'abstinence* à la suite d'un sevrage* effectué à l'hôpital.

La Clinique la Concorde ayant été rachetée en juillet 2011 par le groupe Clinea à la suite d'une faillite, le service addictologie est actuellement en pleine réorganisation et refonte idéologique. L'expérience de stage qui va être décrite s'est inscrite au cœur de cette période délicate. Les informations relevées durant le stage ne seront donc peut-être plus à jour au moment de la soutenance de ce mémoire.

2) Le service d'addictologie accueille des patients selon des modalités spécifiques

La Clinique La Concorde accueille au sein du service addictologie des patients déjà « sevrés », c'est-à-dire au sortir d'un court séjour en milieu hospitalier. Les patients sont adressés à la Clinique par la structure ayant pris en charge le début du sevrage. L'admission est organisée en collaboration avec le service envoyeur via un dossier de candidature d'admission. Tout au long de la prise en charge, la Clinique est également en relation avec le médecin traitant du patient.

Les patients sont accueillis en chambre simple ou double, selon leur mutuelle. Le forfait journalier est pris en charge par la sécurité sociale. A leur arrivée, ils doivent signer le règlement intérieur de l'hôpital, ainsi que le contrat de soin. Par ce contrat, le patient s'engage notamment à :

- ne pas consommer de produits psycho-actifs en dehors de ceux éventuellement prescrits par le médecin
- ne pas introduire dans le service, ni dealer
- se soumettre à des contrôles de ses effets personnels réguliers
- se soumettre à des analyses toxicologiques
- ne pas quitter l'établissement sans autorisation du médecin chef de service
- participer activement à sa prise en charge, y compris aux activités collectives

Le manquement à ces engagements peut donner lieu à une exclusion du patient. Les écarts de consommation étant considérés comme faisant partie du processus, l'équipe de soin tolère généralement jusqu'à deux contrôles toxicologiques positifs durant le séjour du patient.

Le médecin chef de service décide des permissions de sortie. Si le séjour du patient se passe bien, celles-ci sont généralement accordées afin de favoriser l'autonomie et de maintenir le lien avec le monde extérieur, sur les temps creux du planning d'activité. Les visites sont autorisées l'après-midi, mais les visiteurs de moins de 15 ans ne sont pas admis.

La sortie du patient est organisée par le médecin et l'assistante sociale, en lien avec le service envoyeur et le médecin traitant. Certains patients, au sortir de la Clinique La Concorde, sont redirigés vers des établissements de post-cure, si la consolidation de leur sevrage* semble encore fragile. Un compte rendu médical écrit est envoyé au patient, ainsi qu'au médecin traitant.

3) Les patients sont pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire

Le service d'addictologie occupe l'un des cinq étages de la Clinique la Concorde. Il est dirigé par un médecin addictologue. Une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) est présente chaque jour, ainsi qu'un Agent de Service Hospitalier (ASH). Un aide-soignant est présent un jour sur deux, une psychologue deux jours par semaine. Du lundi au vendredi, un éducateur Activité Physique Adaptée (APA) propose des activités sportives, culturelles, et des jeux. Un infirmier assure les nuits.

Le médecin rencontre les patients plusieurs fois par semaine. Un traitement médicamenteux de substitution est généralement proposé en début de prise en charge, et réadapté au fur et à mesure. Les autres pathologies sont également considérées : traitement pour le diabète, les hépatites... Le médecin peut prescrire des séances de kinésithérapie, effectuées au sein de la Clinique. Il est aussi susceptible de mettre le patient en relation avec des professionnels extérieurs pour d'autres soins : dentaire ou ophtalmologique, par exemple ; en effet durant leur hospitalisation, les patients n'ont pas l'usage personnel de leur carte vitale : l'ensemble des soins engagés durant cette période sont réglés financièrement par la Clinique.

La prise en charge psychologique à la clinique La Concorde est proposée, mais facultative. La psychologue rencontre les patients qui le souhaitent à raison de deux séances par semaine. Elle anime également un groupe de parole d'une heure hebdomadaire, celui-ci obligatoire. En plus de ce groupe de parole thérapeutique, chaque semaine le médecin anime une séance d'éducation sanitaire, et des associations extérieures telles que les Alcooliques Anonymes font une intervention.

Un suivi social individuel est également proposé. L'assistante sociale de la clinique est aussi la personne qui s'occupe des entrées et des sorties. Cette personne a pour mission les relations avec le tissu sanitaire et social de la région Ile-de-France. Ainsi elle met en lien les patients qui en ont besoin avec des associations susceptibles de leur trouver un logement ou de favoriser leur insertion professionnelle. Elle peut également les aider à faire des démarches pour obtenir la reconnaissance d'un handicap, une allocation financière...

Les patients doivent respecter l'heure de lever – 7h – et être présents aux heures des repas, qui se prennent collectivement. Passé 20h (*vérifier*), ils n'ont plus la possibilité de sortir de

l'établissement et donc de fumer. Dans la journée, en plus de la prise en charge médicale, psychologique et sociale, un planning d'activités collectives est proposé : éducation physique adaptée aux différentes pathologies somatiques, dessin, jeux de société, soin du visage et des mains, cuisine, écriture, musique, cocktail sans alcool... Toutefois, en raison de la réorganisation du service, au moment de l'expérience de stage, seuls les ateliers encadrés par l'éducateur APA étaient assurés (activité physique, dessin et jeux de société), les autres ateliers, habituellement animés par les infirmières ou les aides-soignants, étant suspendus.

B – Un projet de soin en art-thérapie* est mis en place en accord avec l'équipe pluridisciplinaire

1) L'accueil de la stagiaire répond pour la structure à des besoins spécifiques

La clinique La Concorde, comme toutes les structures de santé, est soumise à un contrôle régulier de l'Agence Régionale de Santé. En octobre 2011, celle-ci a demandé à la Clinique de retravailler la diversité des offres d'atelier en addictologie. L'embauche de l'éducateur APA au mois de novembre a répondu à cette exigence. De même, la candidature de la stagiaire en art-thérapie* à la même période semblait opportune, dans un premier temps dans une visée occupationnelle. Il a donc été précisé avant le début du stage la distinction entre l'animation artistique d'une part, et l'art-thérapie comme projet de soin de l'autre. Il a été convenu que les patients seraient indiqués en art-thérapie* pour travailler sur les objectifs suivants :

- Regain d'élan vital par la sensorialité et le jeu
- Redécouverte d'une saveur existentielle par la réappropriation de soi
- Restauration de la confiance, l'estime et l'affirmation de soi par la valorisation des capacités existantes
- Amélioration des capacités relationnelles (notamment en cas de désinsertion sociale)
- Inscription temporelle et capacité à habiter le temps de manière créative
- Favorisation de la prise d'initiative, pour atteindre une meilleure autonomie

L'expérience de stage s'est déroulée du 6 décembre 2011 au 10 avril 2012, à raison de huit heures par semaine. Pendant cette période, le médecin titulaire du service se trouvait en congé maladie. La stagiaire s'est donc trouvée sous l'autorité successive de deux différents médecins-chefs du service addictologie par intérim. Les modalités d'interventions de la stagiaire ainsi que protocole de soin en art-thérapie ont été élaborés avec le docteur MBACKE au mois de décembre. La mise en œuvre du projet de stage a eu lieu sous l'égide du docteur BORDJI, à partir de janvier.

2) Un protocole de soin est défini avec le chef de service

A l'issue d'une courte période d'observation et en concertation avec le médecin, un protocole de prise en charge en art-thérapie* a été défini. La clinique souhaitant des prises en charges collectives, il a été décidé de former de petits groupes ouverts chacun à quatre patients, ceci afin de préserver une intimité et de permettre un suivi individuel de chaque patient au sein du collectif. Trois ateliers devaient ainsi être proposés chaque semaine : expression corporelle-mouvement dansé, lecture-écriture-partage de textes et théâtre-improvisation. La prise en charge en art-thérapie* devait se faire sur la base du volontariat, ceci afin de favoriser l'autonomie. La stagiaire devait rencontrer individuellement chaque patient à son arrivée à la clinique afin d'établir son état de base, de lui présenter le projet de soin et de définir les objectifs thérapeutiques. A cette occasion, le patient était invité à postuler pour un atelier ; son souhait devait ensuite être validé par le médecin et la stagiaire, en concertation.

Le patient devait être suivi à l'aide des outils d'observation et d'évaluation mis en place progressivement ; la première rencontre donnait lieu à l'établissement d'une fiche d'ouverture, enrichie par les informations extraites du dossier médical et communiquées lors

des réunions de synthèse hebdomadaires par les autres professionnels de santé. Une fiche d'observation individuelle devait être remplie à chaque séance ; un entretien individuel de fin de prise en charge devait avoir lieu, au terme duquel une fiche de clôture devait être remplie. La stagiaire, qui devait assister aux réunions de service, devait également rendre des bilans réguliers au médecin.

Les ateliers devaient durer une heure et des salles ont été définies : un petit salon clos pour l'atelier lecture-écriture, le réfectoire débarrassé de ses chaises pour la danse et le théâtre.

3) L'expérience de stage donne lieu à plusieurs remarques

La mise en place de ce projet s'est vite confrontée à une difficulté inhérente à la pathologie : l'ambivalence*. Nombre de patients se sont avérés d'un engagement fluctuant dans l'activité, soit en raison d'une baisse de motivation, d'un accès dépressif, voire d'un craving* soudain les empêchant de quitter leur chambre, soit du fait de la confusion mentale caractéristique de la pathologie : oubli, planification de deux rendez-vous au même moment... De plus, certains séjours ont été écourtés brutalement pour des motifs divers : découragement soudain, exclusion suite à une infraction au règlement, attribution à la dernière minute d'une place en post-cure... Si bien que le turn over s'est avéré plus important qu'attendu, et les effectifs, que ce soit au sein de la clinique ou au sein des ateliers, variables et imprévisibles d'une semaine sur l'autre. Amenée de ce fait à rencontrer beaucoup plus de patients que prévu, la stagiaire a dû modifier légèrement le programme de soin. L'un des trois ateliers hebdomadaires (danse-expression corporelle) a été supprimé. D'autre part, les effectifs ont été assouplis : jusqu'à six patients inscrits par séance, afin de permettre une moyenne de quatre patients présents.

La prise en charge en groupe « à géométrie variable » s'est avérée un casse-tête dans la mesure où il s'agissait d'opérer des suivis individuels au sein du collectif. Un certain nombre de mesures ont permis de répondre à cette exigence. Tout d'abord, chacun des ateliers a été conçu de manière à répondre à des problématiques spécifiques :

- L'atelier danse-expression corporelle avait pour spécificité le travail sur les sensations archaïques. Il s'agissait de remettre en marche l'appareil sensori-moteur, d'apaiser les tensions somatiques. Les séances commençaient par un échauffement corporel en musique, avant de s'ouvrir sur une étude du mouvement par le biais d'exercices d'improvisation techniques. L'enjeu de l'atelier n'était pas d'arriver à une production présentable à un public.
- L'atelier lecture-écriture avait pour objet de stimuler l'activité mentale et l'autonomie : très ouvert, cet atelier invitait les patients à faire des recherches sur leur temps libre, afin de faire partager aux autres des textes qui leur plaisaient. Il s'agissait d'affirmer ses goûts et de créer de la parole autour des œuvres choisies. Les séances se faisaient en deux parties : lecture à haute voix de textes et discussion collective, puis mise en route d'un exercice, ou d'un jeu, d'écriture. Très souvent, l'art-thérapeute proposait aux patients de terminer leur production entre les séances. La dominante écriture a pour spécificité, comme les arts plastiques, de laisser une trace. Pendant le stage, une exposition d'œuvre de patients a été organisée (travail sur le haïku).
- L'atelier théâtre-improvisation avait pour enjeux principaux le développement des habiletés relationnelles et la mobilisation du corps physique au service d'un idéal esthétique.

Accessible à tous quels que soient leurs pénalités somatiques ou leur handicap culturel (illettrisme, barrière de la langue etc.), il exploitait l'aspect ludique et le rire comme moteurs principaux. Les séances étaient construites en deux temps. La première partie était consacrée à des jeux collectifs sur le corps, l'espace, le rythme etc. ; pour la deuxième partie, l'espace était réorganisé en système acteurs-spectateurs, et un thème d'improvisation était proposé.

Remarque : la possibilité d'interpréter des textes dramatiques n'a jamais été exclue ; toutefois, en raison de l'effectif essentiellement mouvant et des troubles mnésiques dont souffraient un certain nombre des patients pris en charge, il a paru préférable durant cette expérience de stage de s'en tenir à l'improvisation théâtrale. Cette technique a pour spécificité qu'action et production y sont simultanées ; c'est pourquoi, dans les études de cas, une distinction sera faite entre action pure (jeux et exercices, première partie de séance) et production, ou action/production (improvisation, deuxième partie de séance).

La construction de l'ensemble des ateliers étaient ainsi propice à la création d'espaces d'expression individuelle au sein du collectif : en danse, l'art-thérapeute allait voir chacun tour à tour au cœur de l'action collective. En lecture-écriture, les productions de chacun étaient présentées une à une et discutées. En théâtre, chaque patient était à un moment donné amené à monter sur scène, seul ou à deux ou trois, bénéficiant alors d'indications adaptées à ses objectifs thérapeutiques. D'autre part chaque patient étaient invité à solliciter l'art thérapeute à l'issue ou en amont des séances s'il ressentait le besoin d'exprimer un malaise ou de poser une question.

Chaque séance d'art-thérapie* s'efforçait donc de définir des objectifs thérapeutiques collectifs cohérents avec les différentes stratégies individuelles, et d'orienter chacun individuellement. Mais le maître mot restait l'adaptation : le plan de la séance ne pouvait être trop rigide, et l'art-thérapeute devait avoir en tête une panoplie d'exercices afin d'être en mesure de réagir aux difficultés, quitte à modifier la stratégie envisagée. Pour étayer les prises en charge, un certain nombre d'outils a été développé : outre les fiches d'ouverture et de clôture, des fiches d'observation collectives et individuelles ont été mise en place. La fiche d'observation individuelle rassemble un certain nombre d'items d'observation théoriques. Deux modèles ont été conçus, l'un pour la dominante lecture-écriture, l'autre pour la dominante théâtre. Ces fiches ont été imaginées de manière à être utilisables pour chaque patient. Seule la cotation des items différait en fonction des personnes et des objectifs intermédiaires définis. Les études de cas ci-dessous donnent des exemples de cotation d'items différenciées d'un patient à l'autre. Enfin, chaque patient était invité à remplir, en fin de séance, une fiche d'auto-évaluation.

C – Trois études de cas sont présentées

1) M. C a bénéficié de 11 séances d'art-thérapie* afin de reconstruire son estime de soi, sa confiance en soi et son affirmation de soi

- a) M. C est un patient alcoolo-dépendant désinséré socialement et fortement pénalisé sur le plan somatique

Agé de 55 ans, M. C entame son deuxième processus de sevrage* alcoolique. Il se présente au premier entretien dans une attitude ouverte et intéressée. Cet ancien professeur de Ju Jitsu et palefrenier, qui raconte avec émotion avoir un jour accompagné des chevaux aux jeux olympiques, est aujourd'hui fortement pénalisé, aussi bien sur le plan somatique, que sur le plan socio-relational.

Il est atteint de deux pathologies somatiques, toutes deux liées à sa consommation d'alcool. La première est une polynévrite, c'est-à-dire une maladie qui atteint son système nerveux, affectant la sensibilité périphérique (la sensation dans les membres) et l'équilibre. L'appellation exacte de son trouble dans son dossier médical est « polyneuropathie sensitivo-motrice axonale avec troubles de la marche associés ». La seconde est la maladie de Monchiaja, une pathologie qui entraîne une rétractation des tendons de la main, et dont l'incidence est favorisée par la consommation alcoolique. Ces pathologies rendent impossible la pratique de ses anciennes activités professionnelles. M. C est reconnu travailleur handicapé et touche des indemnités.

M. C a divorcé en 2006 après vingt ans de mariage. « Trop de sport, trop d'alcool », dit-il. Il s'est remarié depuis et est séparé de sa nouvelle épouse, dont il fuit aujourd'hui le contact. « Elle ne fait que me réclamer de l'argent ». Aujourd'hui, il est sans logement, a passé les derniers mois hébergé par un ami ancien alcoolique sevré « qui est comme un frère », et fait des démarches pour obtenir un hôtel social.

Il déclare avoir été abstinent pendant un an avant de rechuter en raison de soucis avec son supérieur hiérarchique. Il dit savoir à quel point l'abstinence* est importante pour sa santé, mais se sentir encore très fragile vis-à-vis de l'alcool. Au moment de l'entretien, il a déjà passé deux semaines dans la clinique, et a été contrôlé positif à l'alcool au retour d'une permission. L'équipe travaille avec lui sur une réduction du déni* par rapport à cet accident, qu'il a justifié en disant avoir rencontré un ami dans le métro qui l'aurait poussé à la consommation. M. C est plutôt investi dans les différentes activités proposées par la clinique, et a entamé un suivi avec la psychologue du service.

M. C n'a jamais pratiqué d'activité artistique, mais est désireux de s'investir dans une prise en charge en art-thérapie*. Il se révèle en revanche incapable de choisir son atelier, laissant la décision à la stagiaire – élément révélateur d'un défaut d'affirmation de soi.

- b) Les objectifs généraux pour ce patient sont l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi

L'équipe a pour ce patient deux objectifs : la consolidation du sevrage*, qui doit passer par la réduction du déni*, et l'accompagnement à la réinsertion sociale, à savoir aider M. C à

retrouver un logement. Les objectifs généraux retenus en art-thérapie* seront l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi. La stratégie thérapeutique devra passer par la valorisation des capacités restantes de M. C, la redécouverte d'une saveur existentielle par des biais différents de ceux habituellement employés par M. C, à savoir l'alcool et – autrefois – le sport, puis par l'encouragement à la prise d'initiative.

Etant donné le degré d'indication de M. C pour l'art-thérapie, nous envisageons d'emblée de l'inviter à un parcours en art-thérapie* qui lui permette dans un premier temps de renouer le lien avec son corps par la dominante danse-expression corporelle, et dans un second temps d'entrer en relation avec les autres patients par le jeu théâtral. L'activité danse est donc proposée au patient.

c) M. C a bénéficié de 11 séances d'art-thérapie*, du 09/01/12 au 29/03/12.

Séance T1 (= S1, le 09/01/12 - Expression corporelle-mouvement dansé). Objectifs: La première séance a tout d'abord une fonction révélatrice ; il s'agit d'évaluer les capacités de M. C et d'observer ses réactions. Les objectifs thérapeutiques seront l'instauration d'un climat de confiance et la prise de conscience du corps par les ressentis archaïques liés à la musique et au mouvement. En amont : L'infirmière a prévenu la stagiaire que M. C traversait un moment difficile sur le plan de la gestion de ses troubles neurologiques, amplifié par une anxiété importante. Déroulé : La séance commence par un travail d'échauffement dansé sur une musique douce. Passé un temps d'hésitation, M. C s'allonge au sol et entre dans l'exercice avec beaucoup de concentration. L'entrée en mouvement s'avère difficile pour M. C : aucune position ne semble lui être confortable, il tremble beaucoup dans la station debout, néanmoins il refuse dans un premier temps de s'asseoir ou de s'appuyer sur le dossier d'une chaise. Nous entamons un travail d'improvisation dansée sur les directions du corps dans l'espace, effectué sur des chaises placées en rond. M. C est invité à proposer dans le cadre de cette recherche des mouvements d'arts martiaux. Ses propositions sont timides et M. C parle très peu. Néanmoins il effectue tous les exercices avec beaucoup d'application. Ce n'est qu'à l'issue de la relaxation qu'il exprime avec beaucoup de conviction l'importance du travail de relaxation dans la pratique des arts-martiaux. En fin de séance, M. C exprime verbalement un plaisir éprouvé, ainsi que de la reconnaissance. Au questionnaire d'auto-évaluation qui lui est remis, il entoure le chiffre maximum pour l'ensemble des questions. Voici ses réponses aux questions posées :

- | | |
|---|---|
| - Trouvez-vous que votre production était belle ? | 5 |
| - Trouvez-vous que votre production était bien exécutée ? | 5 |
| - Avez-vous passé un bon moment ? | 5 |
| - Souhaitez-vous continuer l'activité ? | 5 |

(1 = pas du tout, 5 = tout à fait)

En dépit de cette cotation très optimiste, à l'issue de la séance il est saisi par une forte crise de tremblements, si bien qu'on doit lui apporter de l'aide pour regagner sa chambre. Bilan de séance : Nous notons une contradiction étonnante entre le bien-être exprimé par les mots et les manifestations d'anxiété, voire d'inconfort, extérieures. A ce stade le site d'action est difficile à déterminer : mécanismes sensoriels ou moteurs ? Traitement mental ou relationnel ? Cette séance permet néanmoins de mettre en place des items* d'observation.

Séance T2 (= S2, le 16/01/12 - Expression corporelle-mouvement dansé). Objectifs : rassurer

le patient par des exercices plus adaptés, faciliter la communication verbale autour de l'expérience du mouvement. Déroulé : M. C est légèrement en retard : il devait voir le médecin pour ses problèmes neurologiques. Tout au long de la séance, il se montre plus en retrait que la fois précédente : il est mutique. Au moment des exercices d'improvisation, il cesse de faire et regarde fixement les autres patients, le visage parfaitement immobile ; il paraît « absent ». A l'issue de cette séance, cependant que son auto-évaluation indique toujours une totale satisfaction, manifestement démentie par les signes hors-verbaux de tristesse observés, un bref entretien individuel a lieu avec la stagiaire, à l'initiative de celle-ci. Celle-ci l'interroge sur une éventuelle gêne à pratiquer l'activité. Quoique les réponses de M. C soient évasives, celui-ci accepte avec animation la proposition de « tester » les autres ateliers afin de trouver celui qui lui conviendra le mieux. Il est convenu que M. C se présentera à l'atelier d'écriture, qui a lieu le lendemain, puis à l'atelier théâtre, le jeudi suivant. Bilan : La confrontation avec ses difficultés motrices a semblé douloureuse pour le patient et celui-ci est confronté à l'échec. Le site d'action* principal ici est la confiance en soi. Nous souhaitons accompagner M. C dans le deuil de ses facultés par la découverte d'un autre moyen d'expression artistique.

Remarque : Jusqu'à la séance 9, M. C cotera toujours son auto-évaluation au maximum. Ceci sera analysé comme un refus de considérer véritablement l'exercice, c'est-à-dire comme un refus de se considérer soi-même, ce qui manifeste un défaut d'estime de soi : je ne me considère de toute façon pas digne de faire des choses bien, alors pourquoi seulement se poser la question ? Cette « bonne note » s'apparente aussi à une envie de faire plaisir à la stagiaire, à ne pas la décevoir quant à la qualité de ses propositions à elle...

Séance T3 (= S3, le 17/01/12 - Lecture-écriture). Objectifs : Amener le patient à faire le choix d'un atelier. Favoriser l'émergence d'une expression imaginative. Déroulé : M. C arrive très en retard. La stagiaire commet néanmoins l'erreur de l'accepter en séance. M. C se retrouve donc face à trois patients érudits, enthousiastes et volubiles. Il accepte de lire un texte, bafouille, s'excuse, s'énerve, puis renonce à lire. Un travail d'écriture plutôt simple, à la manière de l'inventaire de Prévert, est proposé. M. C décline la proposition d'écrire : « je ne me sens pas bien pour ça aujourd'hui ». Pendant que les autres patients planchent sur l'exercice, il paraît distrait. A l'issue de la séance, une conversation a lieu avec la stagiaire concernant l'engagement dans une activité et la difficulté de réaliser une chose pour laquelle on s'est mal préparé. M. C promet de s'investir davantage. Bilan : M. C est confronté à un nouvel échec, dans lequel l'art-thérapeute a une responsabilité : le fait de prendre une séance en cours de route, en particulier lorsqu'il s'agit d'une nouvelle discipline et d'un nouveau groupe, correspond à griller des étapes indispensables. Néanmoins, une question se pose : M. C ne semble pas être un intellectuel. La technique écriture le renverrait-il à des difficultés rencontrées dans son vécu, par exemple dans sa scolarité ? L'art-thérapeute est à ce moment convaincue que le théâtre est la discipline qui correspond le mieux à M. C, mais elle tient à ce que celui-ci se détermine de lui-même.

M. C est absent à l'atelier théâtre du jeudi, ayant pris rendez-vous à ce moment-là avec l'assistante sociale. La quatrième séance est donc un nouvel atelier d'écriture.

Séance T4 (= S5, le 24/01/12 - Lecture-écriture). En amont : Cette séance survient à un moment très délicat du parcours de M. C à la clinique : trois jours plus tôt, un dérapage collectif important a eu lieu, au cours duquel six patients ont consommé de l'alcool, dont M. C. Celui-ci est fortement soupçonné par l'équipe d'être le « meneur ». Il échappe de justesse à l'exclusion, mais l'incident met à jour l'ambivalence très importante du patient. Avant la

séance, M. C a sollicité un entretien avec la stagiaire art-thérapeute, auprès de laquelle il s'est répandu en excuses et en justifications. La stagiaire a choisi de l'écouter sans le contredire, tout en lui expliquant n'être pas qualifiée pour discuter de ce genre d'incident. Elle l'a renvoyé vers la psychologue. Objectifs : Donner à M. C une possibilité d'intégration à un groupe en dépit des soucis extérieurs à l'atelier. Lui permettre de se confronter à la technique artistique dans de meilleures conditions. Favoriser une expression qui ne génère pas de nervosité. Déroulé : M. C se présente à la séance de lecture-écriture dans une ponctualité parfaite, et se montre investi et plus bavard qu'à l'ordinaire. Pour la première fois, il exprime ses goûts. Néanmoins, la lecture à haute voix continue de le perturber profondément : il peste contre lui-même à la moindre imperfection dans sa lecture. Au cours de cette séance, le travail d'écriture restera personnel. M. C écrit et rature, mais l'art-thérapeute n'a pas accès au contenu de son travail. Bilan : M. C a paru heureux de n'être pas mis à l'écart. Toutefois l'aspect relationnel a paru prépondérant sur l'activité artistique en elle-même.

Séance T5 (= S6, le 26/01/12 - Théâtre-improvisation). Objectifs : Amener M. C à faire le choix de son atelier. Profiter de la dynamique ludique de l'activité pour créer une boucle de renforcement. Déroulé : En dépit d'un léger retard et d'une anxiété manifeste au début, M. C pour la première fois semble prendre un plaisir réel à la séance. La dynamique de groupe est exceptionnelle ce jour-là. Les quatre patients en présence sont devenus des « copains » au sein de la clinique. Deux de ces patients, peu timides, se sont révélés lors des séances précédentes extrêmement doués (à leur insu) pour l'activité. Après quelques jeux corporels collectifs, le thème d'improvisation de la voiture est lancé. Ce thème est assez classique : on installe des chaises de façon à figurer l'habitacle d'une voiture, et on installe dessus un couple fictif, éventuellement accompagnés de leurs enfants, à l'arrière. L'improvisation « décolle » très vite, enlevée par les deux patients les plus à l'aise, dont la prestation déclenche une hilarité collective. M. C, spectateur enthousiaste, retarde le moment de monter lui-même sur scène. Il finit par s'inclure à la dernière improvisation, se mettant à l'arrière de la « voiture », en situation d'« enfant ». La production collective s'organisera principalement sur les initiatives des « parents », toutefois M. C figure le corps et la voix d'un enfant avec conviction. A la fin de cette séance, M. C, sourire jusqu'aux oreilles, ne tarit pas de commentaires sur le plaisir éprouvé et énonce clairement son choix de cet atelier. Bilan : M. C a réussi à faire un choix, ce qui constitue une affirmation. Au sein de l'activité théâtre, son handicap physique n'est pas un obstacle, et sa prestation a créé un effet de valorisation très positif.

Séance T6 (=S7, le 31/01/12 - Théâtre-Improvisation). Remarque : Cette séance est une animation collective en art-thérapie* à dominante théâtre, c'est-à-dire que l'ensemble des patients et du personnel étaient conviés. Cette manifestation a été mise en place, à la fois pour créer du lien, un « événement », dans la clinique, et pour permettre aux patients suivis en art-thérapie à dominante théâtre de présenter quelque chose devant un public. Objectifs : Prise d'initiative et intégration au sein d'un groupe élargi. Déroulé : La première partie de la séance, consacrée à des jeux collectifs, est un peu timide, la « sauce » ne prend pas très bien, les patients du groupe théâtre ont le fou rire et se mettent en retrait. Une improvisation collective sur le thème du piquet de grève, de la grogne syndicale, est mise en place, mais les six patients qui sont sur la scène se regardent avec embarras et manquent d'idées. Contre toute attente, c'est M. C qui débloque la situation : il fait irruption sur la scène dans le personnage d'un homme qui vient de trouver du travail. La prestation est un peu brouillonne, mais le personnage cohérent et le propos argumenté : le personnage de M. C explique avoir trouvé un emploi de cariste dans une grande surface, il exprime sa joie et évoque la période difficile du chômage. A la suite de cette intervention, la dynamique collective devient plus enthousiaste. Deux autres thèmes d'improvisation à deux ou trois personnages sont proposés (le dentiste, et

l'entretien entre le fou et psychologue) et nous assistons à de belles productions. M. C participe à chacune, en fournissant quelques idées personnelles. Bilan : les objectifs de séance ont été atteints, M. C ayant été moteur de la production collective.

Séance T7 (= S10, le 16/02/12 - Théâtre-improvisation). En amont : M. C a raté deux séances successives à cause de rendez-vous médicaux. Pendant cet intervalle, il a vécu des événements très positifs. Il dit avoir « retrouvé une sœur et une nièce ». Il s'est investi dans sa recherche de logement. L'équipe pluridisciplinaire a salué cette « bonne période ». Toutefois, la veille de l'atelier, M. C a appris son meilleur ami se trouvait à l'hôpital, dans le coma, et a très mal dormi. Objectifs : Consolidation de la prise d'initiative, et travail technique sur le corps. Déroulé : L'art-thérapeute doit aller chercher M. C dans sa chambre. Celui-ci accepte de participer à l'atelier mais se présente avec un retard important. Pendant toute cette séance, il est en retrait, silencieux et le regard fixe ; il participe à différents exercices sur sollicitation, mais refuse l'une des improvisations. Néanmoins on remarque une évolution positive au cours de la séance sur un plan émotionnel. Vers la fin de la séance, il sourit plusieurs fois, réagit aux plaisanteries des autres patients. Son auto-évaluation est similaire aux précédentes. Bilan : M. C semble avoir trouvé dans l'atelier un réconfort, toutefois le travail de fond n'a pas pu être abordé en raison de ses soucis personnels. Le site d'action* ici est une baisse d'élan vital.

Séance T8 (= S11, le 23/02/12 - Théâtre-improvisation). En amont : L'ami de M. C est sorti du coma. Objectifs : Consolidation de la prise d'initiative, et travail technique sur le corps. Déroulé : M. C se présente à l'heure, il sourit, fait des blagues, encourage les patients nouvellement intégrés à l'atelier, et nourrit les improvisations de ses initiatives personnelles. Il accepte également sans difficulté de ne pas faire certains exercices corporels de début de séance qui ne sont pas adaptés à son handicap. Bilan : Il s'agit d'une très bonne séance, répondant de manière positive aux objectifs. L'amélioration de la gestion de son handicap paraît correspondre à une amélioration de l'estime de soi

Séance T9 (= S12, le 01/03/12 - Théâtre-improvisation). En amont : M. C, croisé dans les couloirs, nous dit avoir « l'impression que rien n'avance aujourd'hui ». Objectifs : maintenir les acquis en dépit du découragement du jour. Amélioration de l'expression corporelle. Déroulé : M. C se présente à l'atelier avec un léger retard, et tout au long de la séance, est plutôt silencieux. Néanmoins, il se propose spontanément pour tous les exercices – peut-être avantagé par le fait que, pour répondre à l'objectif amélioration de l'expression corporelle, qui est un objectif de groupe, l'ensemble des thèmes d'improvisation proposés sont muets. Toutefois, à la fin de la séance, M. C communique sa détresse par le biais de l'auto-évaluation : voici les réponses données par M. C ce jour-là :

- | | |
|---|---|
| - Trouvez-vous que votre production était belle ? | 1 |
| - Trouvez-vous que votre production était bien exécutée ? | 1 |
| - Avez-vous passé un bon moment ? | 5 |
| - Souhaitez-vous continuer l'activité ? | 5 |

(1 = pas du tout, 5 = tout à fait)

Bilan : Cette auto-évaluation est interprétée comme un appel au secours. Toutefois nous notons qu'un certain nombre des acquis concernant la prise d'initiative se sont maintenus.

Séance T10 (= S14, le 15/03/12 - Théâtre-improvisation). En amont : M. C ayant subi une opération des tendons de la main gauche, qui semble s'être bien passée. Objectifs : améliorer l'élan vital par le travail sur les mécanismes psychomoteurs et moteurs, renforcer

l'investissement relationnel. Déroulé : dans M. C se présente à l'heure, il prend de nombreuses initiatives, et ses propositions scéniques, sur des thèmes d'improvisation complexes et dialogués, sont très affirmées corporellement, si ce n'est qu'il tourne souvent le dos au public. Nous remarquons qu'il semble mieux gérer la confrontation avec ses limites physiques, se mettant calmement en retrait pendant les exercices corporels les moins adaptés à lui, et redevenant « moteur » du groupe sur les exercices qui lui sont accessibles. Pour la première fois, il utilise le cube harmonique d'une manière qui semble adaptée : voici son auto-évaluation :

- | | |
|---|---|
| - Trouvez-vous que votre production était belle ? | 4 |
| - Trouvez-vous que votre production était bien exécutée ? | 3 |
| - Avez-vous passé un bon moment ? | 5 |
| - Souhaitez-vous continuer l'activité ? | 5 |

(1 = pas du tout, 5 = tout à fait)

Bilan : Cette très bonne séance indique une hausse de l'estime et de l'affirmation de soi. M. C est manifestement stimulé par l'espoir de restaurer ses facultés motrices grâce à l'opération.

Séance T11 (= S16, le 01/03/12 - Théâtre-improvisation) : En amont : M. C sort d'un congé thérapeutique d'une semaine, pendant lequel, contre avis médical, il n'a pas pris ces médicaments. D'après le médecin, sa main opérée n'évolue pas bien du tout, néanmoins M. C nie en souffrir. La psychologue affirme qu'il rate tous ses rendez-vous depuis plusieurs semaines. Objectifs : La prise d'initiative. Déroulé : Cette dernière séance a lieu après un congé thérapeutique d'une semaine. En dépit d'un mal-être exprimé verbalement, M. C s'investit et confirme la bonne dynamique de la séance précédente, avec des propositions scéniques construites, affirmées et même audacieuses, qui lui valent à nouveau une valorisation importante auprès du groupe. Néanmoins au moment de l'auto-évaluation, il ne prend pas la peine cette fois-ci de considérer véritablement sa production et entoure à nouveau le chiffre maximum pour l'ensemble des questions. Bilan : De nombreux acquis sont maintenus en art-thérapie* par rapport aux objectifs. Néanmoins l'équipe pluridisciplinaire s'inquiète du déni* dans lequel a tendance à se positionner M. C.

M. C a raté la dernière séance en raison d'un rendez-vous à l'extérieur.

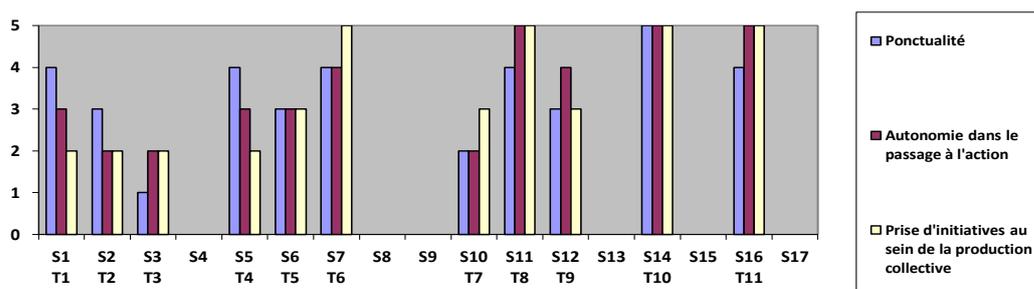
- d) Le parcours de M. C en art-thérapie* est analysé au regard de l'évolution d'un certain nombre d'items*.

L'observation thérapeutique s'est efforcée de cerner l'évolution de M. C au regard des trois objectifs généraux : estime de soi, confiance en soi, affirmation de soi. L'analyse a été fortement compliquée par l'ambivalence de M. C, considéré par la psychologue de l'établissement comme un grand dissimulateur, et dont les propos ne correspondent pas toujours au ressenti réel. Sur le plan de l'observation, quatre faisceaux d'items* ont semblé significatifs au regard des objectifs : l'engagement dans l'activité, l'implication relationnelle, le jugement porté sur ses capacités, et l'affirmation de son style.

- L'engagement dans l'activité :

L'étude de l'engagement de M. C dans l'activité renseigne à la fois sur son estime de soi, et sur sa capacité à agir, à prendre des décisions, c'est-à-dire sur son autonomie. Cet engagement, de fait, correspond à une affirmation de soi. Ce faisceau d'item a été influencé par les fluctuations d'élan vital dont a souffert M. C pendant son séjour. Il se compose de trois items* : la ponctualité, l'autonomie dans le passage à l'action, c'est-à-dire dans la prise de décision de monter sur la scène (mécanismes d'intentionnalité) et la prise d'initiative au sein de la production collective.

Voici l'illustration graphique de l'évolution de l'engagement de M. C dans l'activité :



Cotation des items* :

Ponctualité

- 5) Est en avance et aide à préparer la salle
- 4) Est à l'heure
- 3) Retard de moins de 5 minutes
- 2) Retard compris entre 5 et 15 minutes
- 1) Retard supérieur à 15 minutes

Autonomie dans le passage à l'action

- 5) Se propose spontanément pour faire le premier
- 4) Se propose spontanément pour faire
- 3) Accepte de faire sur sollicitation
- 2) Refuse de faire un exercice
- 1) Refuse tous les exercices

Prises d'initiatives au sein de la production collective

- 5) Est le principal moteur de la production collective
- 4) Prend au moins une initiative qui transforme la production collective
- 3) Colle au modèle en imprimant son style
- 2) Laisse les autres guider la production collective
- 1) Pas de production

- L'implication relationnelle :

M. C, en dépit de la désinsertion sociale qu'il a vécu, n'est pas particulièrement introverti : il regarde sans difficulté les gens dans les yeux, a la capacité de s'exprimer lorsqu'il le désire. Il a été constaté en revanche une tendance à rompre le lien relationnel dans des moments de mal-être, liés notamment à une baisse d'estime de soi ou de confiance en ses capacités. L'étude du faisceau d'item* « implications relationnelles » nous renseigne donc sur l'état émotionnel de M. C, découlant de fluctuation d'élan vital, d'estime de soi ou de confiance en

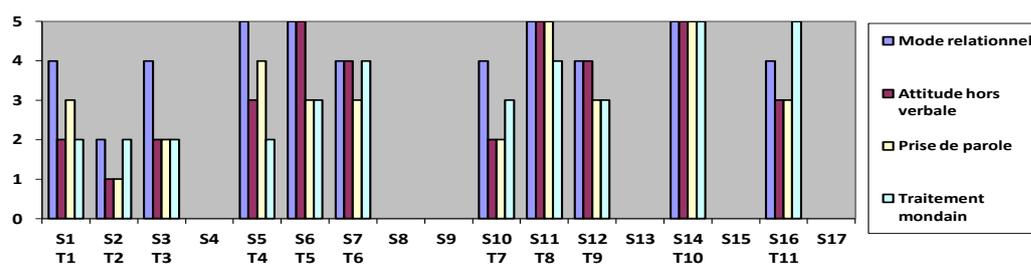
soi. Voici les items* choisis pour ce faisceau d'items* : la prise de parole au sein du groupe, le mode relationnel par rapport au groupe, l'attitude hors-verbale (plus précisément l'expression faciale), et le traitement mondain de sa production au sein du groupe.

Remarque 1 : L'implication relationnelle de M. C a été étudiée spécifiquement par rapport au groupe. En effet tout au long de la prise en charge, M. C a maintenu un lien constant avec l'art-thérapeute, très différent de celui entretenu avec le groupe, et qu'il n'est pas pertinent de faire apparaître dans cette partie de l'analyse.

Remarque 2 : Le dernier de ces items* – le traitement mondain – concerne les réactions des autres patients sur la production ; il s'agit donc d'un phénomène associé ; toutefois son influence sur les autres items* est notoire.

Voici l'illustration graphique de l'évolution du faisceau d'item* de l'implication relationnelle

:



Cotation des items* :

Mode relationnel vis-à-vis du groupe

- 5) Cordialité
- 4) Respect
- 3) Indifférence
- 2) Repli
- 1) Opposition

Attitude hors-verbale (expression faciale)

- 5) Visage très mobile, nombreux sourires, rires
- 4) Visage mobile, souriant
- 3) Visage mobile, alternance de sourires et de regards dans le vide
- 2) Visage mobile, regard attentif, ne sourit pas
- 1) Visage immobile, regard fixe

Prise de parole au sein du groupe

- 5) Plus de cinq prises de parole spontanées,
- 4) Entre trois et quatre prises de parole spontanées
- 3) Une ou deux prises de parole spontanées
- 2) Ne prend la parole que sur sollicitation
- 1) Mutique

Traitement mondain de la production du patient par le groupe

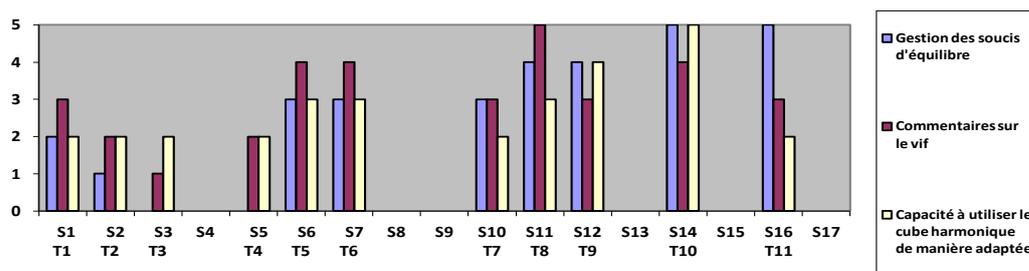
- 5) Le groupe est admiratif
- 4) Le groupe souligne des points positifs
- 3) Le groupe est encourageant
- 2) Le groupe est réconfortant
- 1) Le groupe est indifférent

- Le jugement porté sur ses capacités

La capacité de M. C à s'auto-évaluer a posé un problème important tout au long de la prise en charge, M. C n'exprimant pas toujours la réalité de son ressenti. Le cube harmonique n'est donc pas fiable de manière littérale pour rendre compte de ce que M. C a pensé de sa

production. Parmi les items* choisis pour essayer de comprendre la façon dont M. C se considère, nous avons coté l'usage, plus ou moins adapté, que M. C a pu faire du cube harmonique. D'autres manifestations, à la limite de l'auto-agressivité, ont été retenues dans les premières séances comme items* d'observation : le refus de prendre un siège pour gérer ses pertes d'équilibre, qui faisait penser à une auto-punition, ou du moins à un refus d'accepter ses limites réelles, ainsi que les jurons étouffés en séance 3. Ces deux items* – la gestion du handicap et les commentaires sur le vif accompagnant l'action/production – sont rassemblés dans cette analyse pour discuter de l'estime de soi et de la confiance en soi de M. C, traduite par une sévérité ou une bienveillance plus ou moins importantes vis-à-vis de ses capacités.

Voici l'illustration graphique de l'évolution du jugement porté par M. C sur ses capacités :



Remarque : en séance T3 et T4 (lecture-écriture), l'item gestion des soucis d'équilibre n'a pas été évalué.

Cotation des items* :

Gestion des soucis d'équilibre

- 5) M. C anticipe les exercices qui vont le mettre en difficulté et trouve des solutions pour les contourner les difficultés
- 4) M. C s'assied spontanément lorsqu'il se trouve en difficulté
- 3) Lorsque ses pertes d'équilibre le gênent, M. C s'assied sur sollicitation d'autrui
- 2) Les pertes d'équilibre sont importantes mais M. C refuse l'aide
- 1) Les pertes d'équilibre sont par moment si importantes qu'elles empêchent la station debout

Commentaires sur le vif accompagnant l'action/production

- 5) M. C émet un commentaire positif concernant la qualité de sa production à l'issue de celle-ci.
- 4) A l'issue de sa production, M. C affiche un large sourire
- 3) La production ne subit aucune interruption mais M. C ne sourit pas particulièrement à l'issue de celle-ci.
- 2) La production est interrompue par des commentaires négatifs
- 1) La production est interrompue par des jurons

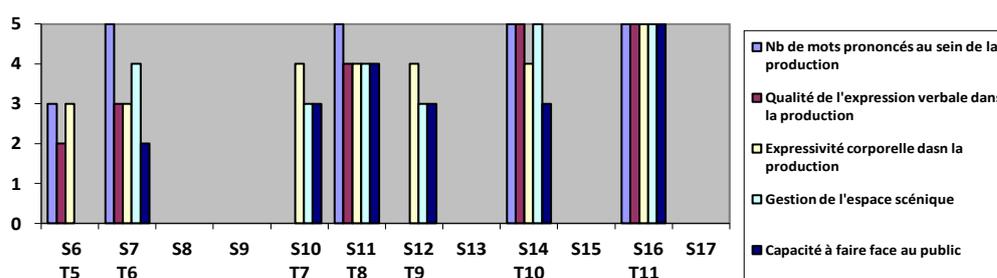
Capacité à utiliser le cube harmonique de manière adaptée

- 5) Utilise le cube de manière adaptée
- 4) Utilise le cube comme outil de communication
- 3) Utilise le cube de manière inadaptée mais assortie d'un commentaire verbal plus spécifique
- 2) Utilise le cube de manière inadaptée
- 1) Refuse de remplir l'auto-évaluation

- L'affirmation du style

Tout au long de la prise en charge, une évolution importante du style de M. C a été constatée. Ceci rend compte de l'évolution de sa confiance en soi, traduite par une capacité plus importante à affirmer sa personnalité au travers de sa production. Voici les différents items* choisis pour cette analyse : Nombre de mots prononcés au sein de la production, qualité de l'expression verbale, l'expressivité corporelle, la gestion de l'espace scénique et la capacité à faire face au public. L'étude de l'évolution de ces items* a été effectuée au cours des séances d'art-thérapie à dominante théâtre-improvisation, soit de la séance T5 à la séance T11. De plus, selon les séances, certains items* n'ont pas été évalués.

Voici l'illustration graphique de l'évolution de l'affirmation du style de M. C :



Cotation des items *:

Nombre de mots prononcés au sein de la production

- 5) Plus de cinquante mots prononcés
- 4) Entre trente et cinquante mots prononcés
- 3) Entre dix et trente mots prononcés
- 2) Entre un et dix mots prononcés
- 1) Pas de mots prononcés pendant la production

Qualité de l'expression verbale dans la production

- 5) Bonne articulation, haut volume sonore
- 4) Bonne articulation, volume sonore faible
- 3) Mal articulée, pas de bégaiement
- 2) Mal articulée, présence de bégaiement
- 1) Pas d'expression verbale au sein du jeu

Expressivité corporelle dans la production

- 5) Bouge avec aisance
- 4) Effectue quelques mouvements spontanés de large amplitude
- 3) Effectue quelques mouvements spontanés de faible amplitude

- 2) Effectue des mouvements en réaction aux propositions de ses partenaires
- 1) Reste parfaitement immobile

Gestion de l'espace scénique

- 5) S'approprie l'espace scénique
- 4) Initie au moins un déplacement tonique
- 3) Initie quelques déplacements hésitants
- 2) Se déplace uniquement pour suivre un de ses partenaires
- 1) Choisit un emplacement et n'en bouge plus

Capacité à faire face au public

- 5) Veille à faire face au public
- 4) Ne tourne pas le dos au public mais se met de profil
- 3) Tourne une ou deux fois le dos au public
- 2) Tourne plus de deux fois le dos au public
- 1) Tourne le dos au public au moins la moitié du temps

e) Le bilan positif de la prise en charge est à relativiser

Au vu de ces graphiques, des progrès importants sont constatés au regard des objectifs, qui étaient confiance en soi, estime de soi et affirmation de soi. Les différents événements personnels que M. C a vécu M. C en marge de la prise en charge (soucis de santé, ami dans le coma, état d'avancée de sa recherche de logement...) ont constitué des phénomènes associés d'une influence importante sur son état émotionnel et de fait sur l'ensemble des facultés. Il est cependant intéressant d'observer qu'en fin de prise en charge, l'affirmation du style de M. C se maintient en dépit des fluctuations d'humeur. Un objectif intermédiaire majeur est apparu au cours de la prise en charge : l'accompagnement au deuil de ses facultés motrices. A ce niveau-là également, des progrès sont constatés puisque M. C, en fin de prise en charge, n'hésite plus à renoncer à un exercice et veille à se ménager. M. C a trouvé dans l'atelier théâtre une amélioration de sa saveur existentielle, l'occasion d'une intégration sociale au sein de la clinique, et a vécu à plusieurs reprises une valorisation importante de ses facultés. « Je m'y suis retrouvé dans ma personnalité et mon vécu. Je me suis affirmé », dit-il dans l'entretien de clôture. M. C s'est investi dans sa recherche de logement et a renoué des contacts avec des membres de sa famille. A l'entretien de fin de prise en charge, il évoque une piste concrète pour son avenir : faire du bénévolat chez Emmaüs.

Toutefois, ce bilan très positif en art-thérapie* est à relativiser. En effet M. C, tout au long de la prise en charge, s'est montré d'une ambivalence* préoccupante, d'un investissement fluctuant. Une bonne moitié des séances manquées aurait pu être effectuée au prix d'une meilleure organisation. De plus, la distance thérapeutique a été quelquefois difficile à maintenir avec M. C, qui présente une forte demande affective vis-à-vis des soignants.

Concernant l'objectif général de la clinique, à savoir la consolidation de l'abstinence*, l'évolution est relative également : on constate de nombreux indicateurs positifs : si M. C, en début de prise en charge, a été contrôlé positif à l'alcool à deux reprises en l'espace de six semaines, aucune autre consommation n'a été constatée sur les trois derniers mois du stage. Mais l'entretien de fin de prise en charge – la prise en charge s'étant arrêtée en raison du départ de la stagiaire – apporte un élément préoccupant : M. C, ému aux larmes, confesse sa responsabilité dans l'incident collectif du 21 janvier. Il explique avoir consommé de l'alcool lors de sa semaine de congé thérapeutique, mais se dit convaincu d'être capable de maintenir une consommation alcoolique réduite à sa sortie de la clinique « Franchement, je sais que je boirai l'apéro ! ». Le pourcentage d'anciens alcooliques capables de se tenir à une consommation raisonnée étant extrêmement faible, cet élément est transmis à l'équipe pluridisciplinaire lors de la réunion de service, ainsi que dans la synthèse réalisée par la stagiaire. L'objectif de la clinique, sur le plan de la réduction du déni*, n'est manifestement pas encore atteint. Nous atteignons ici une limite du champ d'action de l'art-thérapeute, qui n'est pas habilité à intervenir sur les motivations psychiques d'une personne.

M. C n'a quitté la clinique que le 23/08/12 à la suite d'un contrôle positif, ses recherches de logement social n'aboutissant pas. A ce jour, il demeure à l'hôtel et poursuit sa consolidation de sevrage* en hôpital de jour.

2) M. T a bénéficié de 5 séances d'art-thérapie* à dominante théâtre afin d'améliorer son autonomie et son affirmation de soi

- a) M. T se présente comme une personne très désinsérée socialement et « malheureux »

M. T, âgé de 49 ans, de nationalité algérienne, vit dans des conditions très difficiles depuis son arrivée en France où son diplôme de soudeur n'est pas reconnu. Isolé de sa famille, qui demeure en Algérie, il est SDF et sans emploi, suivi de près par une association d'aide sociale. Extrêmement timide, il se présente au premier entretien dans une attitude enfantine, émue et dans une demande d'accompagnement importante. Il parle beaucoup mais de manière chaotique, son vocabulaire est pauvre et sa voix à peine audible, notamment du fait d'une dentition très dégradée. Il a notamment du mal à dire « je ». Il dit se sentir très seul et être « malheureux ». Il explique être en France sous le statut de réfugié politique, ce qui lui interdit de retourner dans son pays d'origine. Il touche le RSA (Revenu de Solidarité Active).

M. T entame sa troisième cure pour un sevrage* alcoolique. Sur le plan somatique, il souffre d'épilepsie alcoolique de sevrage*. Il est volontaire pour rencontrer la psychologue de l'établissement afin de soigner sa dépression. Son intention sanitaire est de trouver du travail, ainsi qu'un logement. Toutefois, il est mentionné dans son dossier que M. T a une tendance importante à se reposer sur les personnes qui l'accompagnent.

M. T a entendu parler de l'atelier théâtre par les autres patients. Il semble rassuré de comprendre que la personne avec qui il parle est celle qui anime cet atelier : « Ah ! C'est vous ! Y a pas de problème ! ». M. T n'a jamais eu de pratique artistique, même si une activité théâtre était proposée dans l'établissement qui l'envoie.

- b) L'objectif général pour M. T en art-thérapie* est de développer son autonomie et son affirmation de soi

L'objectif thérapeutique de la clinique La Concorde pour ce patient est la consolidation de l'abstinence* et la réinsertion sociale. Dans le cadre de la prise en charge en art-thérapie, l'objectif général déterminé est l'amélioration de l'autonomie. La stratégie thérapeutique devra passer par le développement des habiletés sociales : l'affirmation de soi face à l'autre. La dominante* théâtre est adaptée à cet objectif intermédiaire, et aura également pour intérêt d'aider M. T à améliorer la qualité de son expression, verbale et corporelle. Il s'agira de poser tout d'abord un cadre rassurant, de favoriser dans un premier temps une participation au sein du collectif, au moment des exercices et des jeux sur le corps et l'espace, avant d'encourager peu à peu la prise d'initiative.

M. T a bénéficié de 5 séances d'art-thérapie à dominante théâtre du 01/03/12 au 03/04/12.

- c) La stratégie thérapeutique s'adapte à l'extrême timidité du patient tout au long de la prise en charge

Séance T1 (= S1 ; le 01/03/12). Objectifs : pose d'un cadre rassurant, intégration au groupe. Déroulé : en raison d'une mauvaise gestion des effectifs de la part de l'art-thérapeute, huit patients (au lieu de quatre en temps normal) sont présents à l'occasion de cette première séance pour M. T. Néanmoins, celle-ci s'effectue dans une dynamique enthousiaste et respectueuse, sans incident particulier. L'objectif collectif de séance est un travail corporel, avec un temps plus important qu'à l'ordinaire prévu pour les jeux collectifs. M. T est à l'heure et effectue docilement tous les exercices de la première partie de la séance : lancer d'une balle imaginaire, jeux de déplacements dans l'espace exploitant différentes qualités de marche, imitation en miroir de mouvements d'autrui. Il sourit beaucoup mais ne prononce pas un mot. Lorsque l'art-thérapeute propose aux patients de s'asseoir afin de construire le système acteur-spectateurs pour la deuxième partie de séance, il s'assied près d'un autre patient avec qui il semble avoir fait connaissance, sur l'une des deux chaises les plus éloignées de l'espace scénique. En dépit de la simplicité du thème d'improvisation – faire deviner un lieu en mime – M. T, comme effrayé, refuse vigoureusement de tenter l'exercice devant les autres patients. A l'issue de la séance, dans un bref échange individuel, M. T sort spontanément de son mutisme pour communiquer un vif enthousiasme. Bilan : l'intégration s'est bien passée même si M. T n'a pas été en mesure de produire quelque chose sous le regard des autres. L'art-thérapeute décide de scinder le groupe en deux pour la séance suivante, afin de faciliter l'expression individuelle.

Séance T2 (=S2 ; le 13/03/12). Objectifs : obtenir une production artistique mimée, favoriser la prise de parole. Déroulé : Deux patients sont présents à cette séance. La deuxième personne est une femme plus âgée, bavarde et très attentive aux autres patients. Dans un premier temps, des exercices corporels en binôme sont proposés. M. T n'éprouve pas de difficulté particulière et commente verbalement ses ressentis. Par la suite, plusieurs thèmes d'improvisation mimée en solo sont explorés. L'autre patiente passe la première sans hésiter. Lorsque c'est au tour de M. T, celui-ci, dans un premier temps, refuse, mais après plusieurs encouragements venant de la patiente comme de l'art-thérapeute, il accepte. Ses improvisations sont courtes, et très hésitante : M. T cherche du regard l'art-thérapeute, s'interrompt plusieurs fois pour poser des questions. A un moment, l'autre patiente, de manière presque autoritaire et maternelle, lui demande de se rasseoir pour lui montrer comment faire quelque chose. Ceci semble lui convenir. A l'issue de la séance, il paraît ravi. Bilan : les objectifs de séance ont été remplis. M. T semble avoir été fortement aidé par l'attitude pourtant intrusive de l'autre personne.

Séance T3 (=S3 ; le 22/03/12). Objectifs : Obtenir une production artistique « parlée », et des prises de parole au sein d'un groupe plus élargi. Déroulé : Cinq patients sont présents ce jour-là. M. T est plus à l'aise au sein du groupe, il s'exprime davantage. Les exercices proposés sont un peu plus difficiles, néanmoins, M. T sourit, parle et participe à toutes les improvisations sur sollicitation. Les thèmes d'improvisation mettent en scène des disputes entre un patron et un employé, un vendeur et un client mécontent, un instituteur et un parent

d'élève. Dans l'ensemble des productions, M. T endosse le rôle de la victime qui encaisse la mauvaise humeur de l'autre en bégayant. A la fin de la séance, l'art-thérapeute s'efforce de lui faire prendre le rôle de la personne qui se met en colère. M. T refuse énergiquement, mais l'épisode déclenche la bonne humeur générale. Au sein de ces productions, M. T parle peu mais « rentre dans le jeu », c'est-à-dire qu'il cherche un peu moins des yeux l'approbation de l'art-thérapeute. Bilan : Les objectifs ont été remplis, mais les productions sont très peu affirmées, et M. T reste passif.

Séance 4 (=S4 ; le 29/03/12). Objectifs : affirmation de la prestation scénique, prise d'initiative. Déroulé : Six patients sont présents, ce qui est un peu au-dessus de l'effectif normal. Après les exercices de détente et les jeux corporels, un thème d'improvisation assez directif est lancé : il s'agit de confronter deux personnages dont les caractères sont prédéfinis : l'un est sourd, lent, maladroit mais optimiste, l'autre est pessimiste, anxieux, irritable mais de bonne volonté. Ces deux personnages doivent coopérer dans une mission commune, telle que la réparation d'une fuite d'eau. L'objectif de cet exercice est d'amener les participants à investir leur corps de deux façons très différentes. Généralement chacun va avoir plus de facilité à endosser l'un des rôles, que l'autre. M. T se fait prier longuement avant de monter sur la scène. Afin de faciliter l'exercice, nous décidons que son personnage (le personnage lent, de toute évidence) sera muet. La production est donc minimale, et M. T y met fin rapidement. Bilan : les objectifs de séance n'ont pas été rempli ; M. T a probablement été gêné par le nombre de patients en présence. Toutefois la régression est limitée dans la mesure où une production a tout de même eu lieu.

Séance 5 (= S5 ; le 05/04/12). Objectifs : affirmation de la prestation scénique ; prise d'initiative. Déroulé : Quatre patients sont présents. Nous travaillons sur le thème du western, avec des improvisations en solo, en duo ou à quatre personnages. M. T, sourit, rit, parle et accepte volontiers de faire tous les exercices. Pour la première fois, il se propose spontanément pour passer en second sur l'une des improvisations solo. Au sein de la production en groupe, plus longue que les précédentes, il regarde ses partenaires plutôt que l'art-thérapeute, toutefois sa prise de parole au sein de la production reste rare et difficilement audible. Bilan : Une prise d'initiative a eu lieu. L'aisance relationnelle de M. T est plus importante. Toutefois, la production reste très peu affirmée, étriquée sur le plan de l'amplitude des mouvements, sans apports d'idées personnelles.

d) L'évolution de M. T au regard de ses objectifs thérapeutiques est analysée graphiquement

L'observation thérapeutique a suivi l'évolution de M. T principalement sous deux axes : les rapports que M. T entretenait avec le groupe, à savoir sa capacité à s'affirmer à prendre des initiatives au sein du groupe, ou du moins à faire les choses sans être dans une demande d'accompagnement, d'approbation ; ce qui a été observé au travers d'un faisceau d'items* intitulé « autonomie relationnelle ». Et l'évolution de son style, de sa capacité à s'affirmer

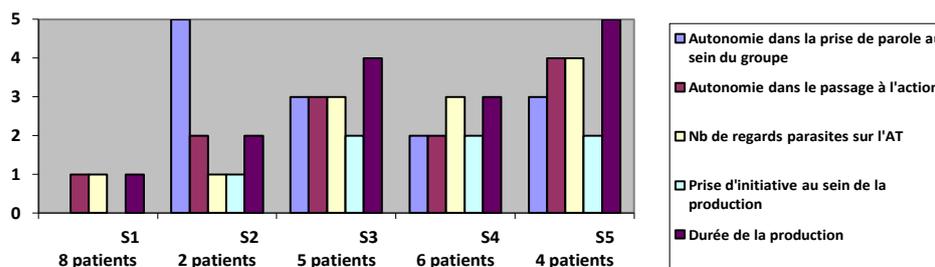
corporellement et vocalement sur la scène, qui a été observée au travers d'un faisceau d'items* appelé « Affirmation du style ».

Remarque : les capacités du patient étant fortement influencé par le nombre de personnes en présence dans la séance, celui-ci sera mentionné sur les graphiques.

- L'autonomie relationnelle :

Dès le début de la prise en charge, l'équipe de soin s'est inquiétée de la tendance de M. T à se reposer sur les autres. La psychologue a souligné que ce monsieur ne s'était pas construit comme adulte. M. T aime à être suivi, encadré. Il fait une confiance aveugle aux différentes personnes qui s'occupent de lui. S'il est à son aise dans un rapport duel dans le cadre défini d'une relation d'assistance, il a en revanche beaucoup de difficulté à prendre la parole face à un groupe, à donner son avis... Dans un langage courant, nous dirons que M. T est extrêmement timide. Afin de lui permettre d'améliorer son autonomie, M. T a été encouragé à s'affirmer au sein du groupe, à faire les choses avec le moins d'accompagnement possible et sans craindre le jugement d'autrui ; ceci implique les mécanismes de confiance en soi, d'estime de soi et d'affirmation de soi. Le faisceau d'items* présenté ici recouvre l'autonomie dans le passage à l'action (mécanismes d'intentionnalité), dans la prise de parole au sein du groupe, le nombre de regard parasites, c'est-à-dire quémendant une approbation, sur l'art-thérapeute, et la prise d'initiatives au sein de la production collective.

Voici l'illustration graphique de l'évolution de l'autonomie relationnelle de M. T :



Cotation des items :

Autonomie dans la prise de parole au sein du groupe

- 5) Plus de cinq prises de parole spontanées,
- 4) Entre trois et quatre prises de parole spontanées
- 3) Une ou deux prises de parole spontanées
- 2) Ne prend la parole que sur sollicitation
- 1) Mutique

Autonomie dans le passage à l'action

- 5) Se propose spontanément pour faire le premier
- 4) Se propose spontanément pour faire
- 3) Accepte volontiers de faire sur sollicitation
- 2) Accepte de faire au prix de sollicitations appuyées, en maugréant
- 1) Refuse un exercice

Nombre de regards parasites sur l'art-thérapeute au sein de la production

- 5) Aucun regard
- 4) Un regard
- 3) Deux ou trois regards
- 2) Plus de trois regards
- 1) Le regard sur l'art-thérapeute prend le pas sur la réalisation de la production

Prise d'initiative au sein de la production collective

- 5) Est le principal moteur de la production collective
- 4) Prend au moins une initiative qui transforme la production collective

- 3) Colle au modèle en imprimant son style
- 2) Laisse les autres guider la production collective
- 1) Pas de production

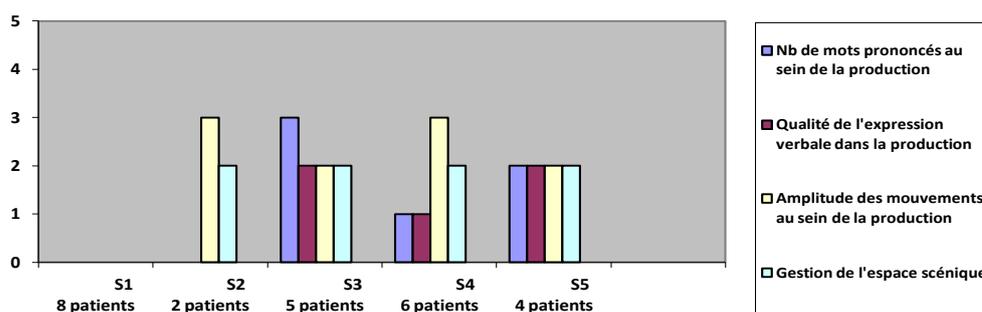
Durée de la production

- 5) La production est longue (+ de 5 minutes)
- 4) La production est d'une durée « normale » (entre deux et cinq minutes)
- 3) La production est interrompue prématurément (moins de deux minutes)
- 2) La production est courte et entrecoupée de questions
- 1) Pas de production

- L'affirmation du style

Le choix de la dominante théâtre pour M. T avait pour enjeu, outre le développement de ses capacités relationnelles, de favoriser son expression verbale et corporelle, et de l'améliorer techniquement. L'évolution de la technique de M. T renseigne sur sa confiance en lui et sur sa capacité à s'affirmer ; elle a aussi en soi, du fait de la spécificité de l'activité théâtre, un impact sur ses aptitudes relationnelles. Pour parler de cette technique, quatre items significatifs ont été choisis :

Voici l'illustration graphique de l'évolution de l'affirmation du style de M. T :



Remarques : Séance 1 : pas de production

Séance 2 : Les items* concernant la parole au sein de la production n'ont pas été évalués

Cotation des items* :

Nombre de mots prononcés au sein de la production

- 5) Plus de trente mots prononcés
- 4) Entre quinze et trente mots prononcés
- 3) Entre cinq et quinze mots prononcés
- 2) Entre un et cinq mots prononcés
- 1) Pas de mots prononcés pendant la production

Qualité de l'expression verbale dans le jeu

- 5) Bonne articulation, haut volume sonore
- 4) Bonne articulation, volume sonore faible
- 3) Mal articulée, pas de bégaiement
- 2) Mal articulée, présence de bégaiement
- 1) Pas d'expression verbale au sein du jeu

Amplitude des mouvements au sein de la production

- 5) Bouge avec aisance
- 4) Effectue quelques mouvements spontanés de large amplitude
- 3) Effectue quelques mouvements spontanés de faible amplitude
- 2) Effectue des mouvements en réaction aux propositions de ses partenaires
- 1) Reste parfaitement immobile

Gestion de l'espace au sein de la production

- 5) S'approprie l'espace scénique
- 4) Initie au moins un déplacement tonique
- 3) Initie quelques déplacements hésitants
- 2) Se déplace uniquement pour suivre un de ses partenaires
- 1) Choisit un emplacement et n'en bouge plus

- e) Le bilan de la prise en charge met en évidence les bénéfices retirés par M. T de cette courte prise en charge en art-thérapie

L'analyse graphique montre une bonne évolution au regard de l'autonomie au sein du groupe. Si l'effectif influe beaucoup sur l'aisance relationnelle de M. T, en particulier sur sa prise de parole, le patient progresse globalement au regard des items de ce faisceau. En revanche, on ne peut pas dire que son style ait émergé sur la durée de la prise en charge. Si M. T a progressé au regard des mécanismes d'intentionnalité et qu'il s'implique progressivement dans l'ensemble des exercices, il reste, au cœur de l'action-production, attentif et a minima réactif aux propositions de ses camarades, mais passif, « suiveur » et il n'y a pas de constat au sein de la production d'une amélioration de ses capacités expressives. La prise en charge a été trop brève pour obtenir des progrès à ce niveau, d'autant que le patient est très déficitaire sur ces plans. Néanmoins, l'entretien de fin de prise en charge apporte des éléments intéressants : l'expression orale du patient, dans cet échange verbal duel, est nettement plus intelligible qu'au premier entretien, davantage articulée. La posture sur la chaise est meilleure également, moins affaissée et M. T s'exprime sans difficulté à la première personne du singulier. M. T exprime un vif enthousiasme : « C'était bien, hein ? Ca change ! ». Il acquiesce à la question de l'art-thérapeute, qui lui demande s'il se sent moins timide qu'à son arrivée. La prise en charge prend fin du fait du départ de la stagiaire, mais M. T n'en est qu'à la moitié de son séjour à la clinique La Concorde. Il dit se sentir bien à la clinique « mieux qu'avant, avec l'alcool... », et n'a vécu aucune rechute.

M. T a quitté la clinique La Concorde le 13/07/12 pour une prise en charge en Centre Thérapeutique Résidentiel. Aucune réalcoolisation n'a été constatée durant son séjour.

3) M. L a bénéficié de 9 séances d'art-thérapie* à dominante théâtre pour l'aider à canaliser son énergie

a) M. L arrive à la clinique dans un état important d'agitation

Agé de 42 ans, M. L est admis à la clinique La Concorde le 16/01/12 pour une consolidation de sevrage* vis-à-vis de l'alcool, des médicaments (benzodiazépines) et du subutex (substitut de l'héroïne). Il s'agit de sa septième hospitalisation pour le traitement de ses addictions* – les séjours précédents ayant été très courts. Il est sevré de l'héroïne depuis quinze ans, mais n'a pas été capable de se passer de substituts. Du reste, il fait depuis de nombreuses années un usage anarchique et très excessif de médicaments de type benzodiazépine (achetés au marché noir), qui ont pour fonction de ralentir l'activité cérébrale et donc d'apaiser la nervosité, voire de faire dormir. En effet il se définit comme un « hyperactif ». Il est atteint depuis 1997 d'une hépatite C, qui n'a jamais à ce jour été prise en charge.

Ce monsieur, magasinier, a vécu un licenciement économique en 2007. Actuellement il touche le RSA (Revenu de Solidarité Active), qu'il lui arrive de compléter par du travail en interim. Il vit seul, dit être en bon contact avec sa mère, en rupture avec son père. En 2011, il a effectué deux mois de prison pour tapage nocturne ; au reste, il a effectué plusieurs séjours en centre de détention par le passé.

M. L sollicite lui-même le premier entretien en interpellant la stagiaire dans les couloirs. L'entretien est chaotique. M. L est extrêmement volubile, envahissant, parfois incohérent dans ses propos ; il ne parvient pas à demeurer assis et arpente la pièce. Son intention sanitaire par contre paraît construite et cohérente. « Je prends mon séjour ici très au sérieux. Je suis content qu'il y ait autant d'activités ici », dit-il. Il estime avoir « besoin d'être suivi » pour réussir son sevrage*. « Je suis encore un enfant », affirme-t-il.

M. L a fait du théâtre lors de son dernier séjour en détention et tient absolument à être admis en art-thérapie* à dominante théâtre. Il affirme être doué pour l'activité : « même à l'école, j'étais le pitre ! ». Un quiproquo a lieu lorsque la stagiaire lui explique que l'effectif de l'atelier théâtre est saturé et qu'il y aura un peu d'attente. M. L n'arrive pas à entendre ce qui lui est dit, il pense être exclu de l'activité et exprime un sentiment d'injustice, accompagné d'une importante agitation psychomotrice.

b) L'objectif général défini pour ce patient est la pose d'un cadre

A l'issue de l'entretien préliminaire, la stagiaire n'est pas convaincue de la pertinence d'une prise en charge en art-thérapie* pour M. L, dans la mesure où ce patient ne présente pas d'indication typique (défaut d'affirmation de soi, inhibition relationnelle...). Néanmoins la demande du patient est forte et son besoin d'être « occupé », important. Après discussion avec l'équipe, la stagiaire décide de laisser passer un peu de temps pour observer le comportement

de M. L au sein de la clinique avant de démarrer la prise en charge. En effet, confusion mentale, troubles de l'humeur et du comportement sont des phénomènes très fréquemment observés dans les services d'addictologie en début de suivi, et qui s'atténuent progressivement avec l'abstinence*. Le dossier médical du patient n'étant pas renseigné sur le plan psychopathologique, l'équipe ignore si M. L souffre d'une pathologie psychiatrique particulière : M. L est suivi, dit-il, par un psychiatre à l'extérieur, et de ce fait ne rencontre la psychologue que dans le cadre des groupes de parole hebdomadaires, si bien que celle-ci n'est pas en mesure de le diagnostiquer. L'équipe travaille donc avec ce patient un peu à l'aveugle, et ne peut pronostiquer franchement de son évolution à venir.

Deux semaines plus tard, le patient paraissant plus calme et ayant renouvelé, plus posément, l'expression de sa motivation à la stagiaire, une prise en charge en art-thérapie* à dominante théâtre est décidée. Les objectifs thérapeutiques de la clinique pour ce patient sont la consolidation de sevrage*, réinsertion professionnelle et orientation vers la prise en charge de son hépatite. L'objectif déterminé en art-thérapie* est la pose d'un cadre : donner à M. L une occasion de mettre son trop-plein d'énergie au service d'une activité structurante, et obtenir par ce biais un apaisement. Les premières séances devront passer par un travail technique assez directif, et auront une dimension révélatrice quant à la stratégie à adopter par la suite.

M. L a bénéficié de 9 séances d'art-thérapie*, du 02/02/12 au 05/04/12.

c) Le déroulé des séances montre une évolution spectaculaire du patient

Séance T1 (= S1, le 02/02/12). Objectifs : Respect du cadre de la séance sur le plan de l'horaire, de la prise de parole et des consignes. Intégration au groupe par le biais de jeux collectifs structurés. Déroulé : M. L est parfaitement ponctuel. Dans la première partie de la séance, il est très volontaire, calme et concentré, mais ne comprend pas toujours bien les consignes. Néanmoins son intégration dans le groupe ne se passe pas très bien, les autres patients lui sont légèrement hostiles. M. L commente tous les exercices avec beaucoup de sérieux, comme pour lui-même, sans paraître s'apercevoir du décalage. Le contenu de ses propos est très « psychologisant » : il parle de lui, de son enfance... Les autres patients étant désireux d'abrégier les exercices dirigés et de passer aux improvisations (exercices plus ouverts), l'art-thérapeute doit adapter la séance. Le thème d'improvisation proposé est « l'accident ». Tandis que le groupe réfléchit, M. L, toujours comme « dans sa bulle », commence à évoquer un accident de moto qu'il a vécu à l'adolescence. L'art-thérapeute propose donc d'axer l'improvisation sur un accident de moto, et invite M. L à monter sur scène avec un autre patient. La réalisation de l'improvisation se révèle impossible : tandis que l'autre patient s'efforce d'inventer une histoire, M. L est saisi d'une forte émotion : soudain obnubilé par son souvenir, il rentre dans une forte agitation psychomotrice, s'interrompt dans la production : « Non, non, ce n'est pas comme ça que ça s'est passé ! ». M. L rompt alors tout à fait le lien relationnel et, hagard, entre dans le récit de l'histoire qu'il a vécu, sourd aux interpellations de l'art-thérapeute. Son auto-évaluation n'apporte pas d'élément exploitable, M. L entourant la cote maximale pour l'ensemble des questions. Bilan : M. L a manifesté

beaucoup de bonne volonté, mais son mode relationnel n'était pas réellement adapté. Plus grave, il a paru faire une sorte de confusion entre jeu imaginatif et histoire vécue, ce qui est potentiellement une contre-indication en art-thérapie* pour la dominante théâtre.

Séance T2 (= S2, le 09/02/12). Objectifs : Déterminer s'il y a ou non contre-indication, créer davantage d'interactions entre M. L et le groupe. Déroulé : M. L est à nouveau très ponctuel et volontaire, il paraît cette fois-ci n'avoir aucun problème de compréhension des consignes, qu'il respecte scrupuleusement. Il semble très à l'aise dans des exercices tels que « la statue », qui ont pour difficulté principale que la personne doit accepter de se laisser observer (cibles thérapeutiques de l'exercice : l'affirmation de soi), prenant son temps, faisant face au public. D'emblée, il paraît mieux intégré au groupe, qu'il côtoie dans de nombreuses activités. Il est davantage à l'écoute des autres, mais parle encore beaucoup de son vécu. Le thème d'improvisation choisi pour la deuxième partie de la séance est la rencontre de deux personnages très différents l'un de l'autre à un arrêt de bus. M. L a choisi d'interpréter un « jeune cadre dynamique », parmi plusieurs suggestions de l'art-thérapeute. Sa production est assez affirmée techniquement, mais M. L ne cherche pas à figurer corporellement le « jeune cadre ». Qui plus est, tandis que son partenaire s'efforce de créer un conflit dramatique en figurant le personnage le plus envahissant possible, M. L reste stoïque et courtois. A la question : « Pourquoi votre personnage n'a-t-il pas cherché à se débarrasser de l'opportuniste ? », M. L répond : « C'est moi, je réagis comme ça dans la vie ! ». S'ensuit un débat collectif sur la notion de création comme invention de quelque chose de différent de la réalité, ainsi que sur le positionnement de l'art-thérapie par rapport à la psychologie et au vécu de la personne. L'auto-évaluation de M. L est semblable à la précédente. Bilan : L'évolution est positive, le phénomène artistique n'a pas suscité de réaction émotionnelle excessive.

Séance T3 (= S3, le 16/02/12). Objectifs : Reprise des objectifs précédents + Favoriser l'investissement corporel au service d'une production davantage nourrie par l'imaginaire. Déroulé : La séance est centrée sur des exercices mimés. M. L, très calme, se comporte de manière beaucoup plus adaptée qu'aux séances précédentes. Toujours aussi rigoureux dans le respect des exercices, pour lesquels il ne manifeste plus de soucis de compréhension, il est plus souriant, ouvert à autrui. Il prend moins souvent la parole, laissant ainsi de la place pour les autres, notamment pour des patients nouvellement inscrits. La teneur de ses propos est différente également, centrée sur les moyens techniques de parvenir au résultat souhaité artistiquement. L'un des exercices consistant à faire deviner un personnage historique, littéraire ou cinématographique, M. L figure le personnage de E. T. l'extraterrestre. En fin de séance, sa notation de l'auto-évaluation baisse d'un cran que la question du beau. Bilan : L'évolution est importante sur les plans émotionnels et relationnels. M. L semble rentrer davantage dans une recherche de style.

Des séances T4 à T9, M. L maintient ses acquis : il est calme, organisé, et sa participation à l'atelier est très constructive. Il arrive en avance, aide à installer la salle, et se propose régulièrement pour faire les exercices en premier. La nature de ses échanges avec le groupe évolue en profondeur : il devient ainsi un « pilier » pour les autres patients, l'effectif s'étant en grande partie renouvelé. Il apprendra aussi à se mettre en retrait afin de laisser les autres

s'exprimer. La stratégie thérapeutique s'adapte à cette évolution : l'art-thérapeute travaille avec lui sur une recherche de style, l'invitant à mobiliser davantage son corps dans la production, et à s'éloigner de son vécu pour élaborer des personnages plus riches. Cet axe de travail a pour enjeu de mettre M. L dans une démarche de construction, tournée vers l'avenir plutôt que vers le passé. Il vise aussi le renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi : je ne suis pas qu'un être en souffrance, je suis capable d'inventer des choses. En séance T4, M. L propose l'imitation réussie d'un soignant de la clinique ; en séance T5, il expérimente des qualités de corps diverses en mime ; en séance T6, il se dit « moins inspiré » par une improvisation sur le thème de l'ascenseur ; en séance T7, il est en retrait : « je suis sans motivation, sans imagination aujourd'hui » et ne participe qu'aux exercices collectifs ; en séance T8, il interprète plusieurs personnages très contrastés, exploitant différentes qualités de corps pour figurer la grossièreté ou la couardise ; enfin, en séance T9, sur le thème du western, son personnage de mexicain (une idée personnelle) est doté d'un accent et parle avec ses mains. Au fur et à mesure de l'avancée de la prise en charge, il devient globalement plus exigeant et critique vis-à-vis de lui-même dans l'auto-évaluation sur les questions du beau (idéal esthétique) et du bien (réalisation technique), tout en continuant à coter ces différents points de manière positive. Cette hausse de l'exigence est analysée comme une hausse d'estime de soi et comme une meilleure capacité à s'inscrire dans le temps : je sais que je peux faire mieux, je me garde un espace de progrès pour les prochaines séances.

d) L'analyse graphique illustre l'évolution de M. L au regard d'un certain nombre d'items*.

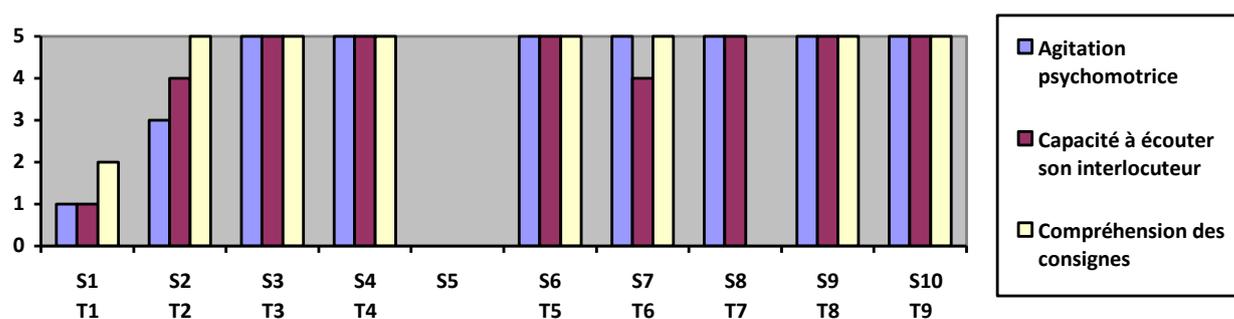
Trois faisceaux d'items* ont semblé significatifs pour rendre compte du parcours de M. L en art-thérapie*. Le premier faisceau d'items* est l'évaluation de son état émotionnel et cognitif au regard de différentes manifestations. Le deuxième faisceau d'items* décrit le phénomène relationnel vécu par M. L au cours de la prise en charge. Le dernier faisceau d'items caractérise l'affirmation de son style.

Remarque : M. L est absent en séance 5 en raison d'un rendez-vous médical

- Etat émotionnel et cognitif

Au début de la prise en charge, l'art-thérapeute a été frappée de certains débordements de M. L, une agitation importante et une sorte de confusion mentale, une incapacité à entendre ce qu'on lui disait, associée à des propos de nature paranoïaque. La prise en charge en l'art-thérapie a révélé la régression de ces symptômes. Trois items ont été étudiés ici : l'agitation psychomotrice, la capacité à écouter son interlocuteur, et la compréhension des consignes.

Voici l'illustration graphique de l'évolution de l'état émotionnel et cognitif de M. L :



Remarque : En séance T7, il n'y a pas de production de la part de M. L

Cotation des items* :

Agitation psychomotrice

- 5) Détendu corporellement et souriant tout au long de la séance
- 4) Calme mais visage fermé (sourcils froncés)
- 3) Un court épisode d'agitation psychomotrice (< 30s)
- 2) Plusieurs courts épisodes d'agitation psychomotrice
- 1) Un long épisode d'agitation psychomotrice (> 5 min) qui paralyse la séance

Capacité à écouter son interlocuteur

- 5) Echange des idées posément et s'intéresse au point de vue de l'interlocuteur
- 4) N'interrompt pas son interlocuteur mais reste campé sur sa position
- 3) Comprend ce qu'on lui dit mais interrompt son interlocuteur
- 2) Interrompt fréquemment son interlocuteur et comprend mal ce qu'on lui dit
- 1) M. L parle par-dessus son interlocuteur et réagit de manière paranoïaque

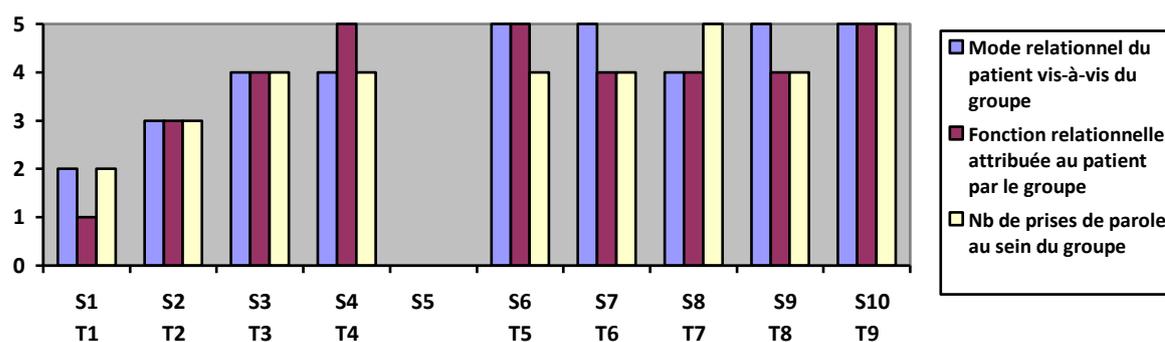
Compréhension des consignes

- 5) M. L comprend parfaitement les consignes
- 4) M. L pose une question s'il a mal compris une consigne
- 3) M. L se trompe dans une consigne mais se corrige tout seul
- 2) M. L se trompe dans une ou deux consignes et ne s'en rend pas compte
- 1) M. L a mal compris plus de deux consignes

- Phénomène relationnel

La nature des échanges de M. L avec le groupe a évolué de manière concomitante à son état émotionnel et cognitif. Ces interactions ont été étudiées au regard de trois items* : le mode relationnel dans lequel se positionne M. L, la fonction relationnelle que le groupe lui attribue, et le nombre de ses prises de parole au sein du groupe.

Voici l'analyse graphique de l'évolution du phénomène relationnel :



Cotation des items* :

Mode relationnel du patient vis-à-vis du groupe

- 5) Bienveillant
- 4) Attentif
- 3) Donneur de leçons
- 2) Sur la défensive
- 1) Agressif

Fonction relationnelle attribuée au patient par le groupe au patient

- 5) Le groupe considère le patient comme un « pilier »
- 4) Le groupe considère le patient comme un partenaire
- 3) Le groupe encourage le patient
- 2) Le groupe est indifférent au patient
- 1) Le groupe met le patient à distance

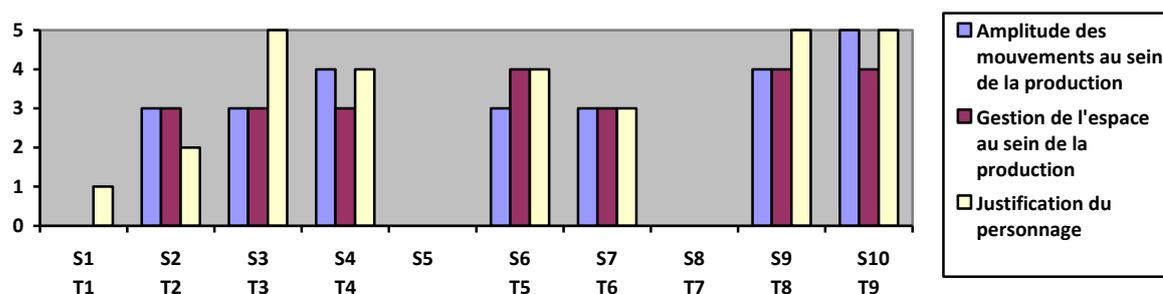
Nombre de prise de parole au sein du groupe

- 5) Une ou deux prises de parole
- 4) Trois ou quatre prises de parole
- 3) Cinq prises de parole
- 2) Six prises de parole
- 1) Plus de six prises de parole

- Evolution du style

Au fur et à mesure de la prise en charge, le travail avec M. L s'est effectué sur une recherche de style : il s'agissait d'inviter M. L à mettre de côté ses préoccupations personnelles pour entrer dans une démarche de création à proprement parler, c'est-à-dire définir son idéal esthétique et chercher les moyens techniques de s'en approcher. Le faisceau d'items* du style nous renseigne sur la capacité de M. L à se projeter dans l'avenir, sur sa confiance en soi et son estime de soi. Trois items* d'observation ont paru pertinents pour cette étude : l'amplitude des mouvements au sein de la production, la gestion de l'espace au sein de la production, et la façon dont le patient justifie son personnage.

Voici l'illustration graphique de l'évolution du style de M. L :



Rappels : séance 1 et 8 : pas de production
Séance 5 : absent

Cotation des items* :

Amplitude des mouvements au sein de la production

- 5) Bouge avec aisance
- 4) Effectue quelques mouvements spontanés de large amplitude
- 3) Effectue quelques mouvements spontanés de faible amplitude
- 2) Effectue des mouvements en réaction aux propositions de ses partenaires
- 1) Reste parfaitement immobile

Gestion de l'espace au sein de la production

- 5) S'approprie l'espace scénique
- 4) Initie au moins un déplacement tonique
- 3) Initie quelques déplacements hésitants
- 2) Se déplace uniquement pour suivre un de ses partenaires
- 1) Choisit un emplacement et n'en bouge plus

Justification du personnage

- 5) Justification du personnage par rapport à une référence artistique
- 4) Justification du personnage par rapport à une « envie »
- 3) Pas de justification du personnage
- 2) Justification du personnage par rapport à la personnalité de la personne
- 1) Justification du personnage par rapport au vécu de la personne

e) Le bilan de la prise en charge en art-thérapie* de M. L est révélateur de l'évolution globale de son état au sein de la clinique

Le parcours en art-thérapie* de M. L a été avant tout révélateur de son évolution globale très positive au sein de la clinique, traduisant notamment un apaisement considérable au regard de l'état d'agitation dans lequel il se trouvait à son arrivée. Le changement important, et rapide, observé au moyen du faisceau d'items* « état émotionnel et cognitif », n'a bien sûr pas été généré par la prise en charge en art-thérapie* : il est le fait du maintien de l'abstinence* sur la durée, qui a permis un gommage des symptômes confusionnels et des troubles de l'humeur. Le travail collectif effectué par les différents professionnels de l'établissement a aidé M. L à passer un premier cap important dans sa démarche de sevrage*. L'observation effectuée en art-thérapie* a permis à la stagiaire de rendre compte à l'équipe de cette évolution. Le patient, très investi dans son soin et qui ne présentait pas une indication typique en art-thérapie sur les

plans expressifs et relationnels, explique lors de l'entretien de clôture avoir trouvé en l'activité théâtre, comme dans les autres activités proposées par la clinique, le cadre dont il ressentait le besoin, l'occasion de s'occuper et de s'exprimer. Il dit également avoir développé au sein de la structure sa « confiance en (s)oi ». Lorsque la prise en charge en art-thérapie* prend fin, du fait du départ de la stagiaire, M. L n'a pas encore terminé son séjour à la clinique La Concorde. Néanmoins, il réfléchit déjà à son avenir : sans domicile fixe, il brigue une place en CTR (Centre Thérapeutique Résidentiel), un dispositif mis en place pour les personnes addicts sevrées mais souffrant de troubles de santé spécifiques, dans lequel il souhaite suivre un traitement pour son hépatite. Il a également un projet de formation : passer la licence CASES, afin d'apprendre à conduire un engin utile à son métier de magasinier.

M. L a quitté la clinique La Concorde le 24/04/12, suite à l'acceptation de son dossier en CTR. Aucune rechute n'a été constatée durant son séjour.

Transition : Le bilan de l'expérience pratique pose la question des limites du champ d'action de l'art-thérapeute.

L'expérience pratique a permis de vérifier l'hypothèse posée en première partie, à savoir que l'art-thérapie* à dominante théâtre accompagne le patient addict dans sa volonté de changement. La notion d' « accompagnement » est importante, car en addictologie, le patient reste seul maître à bord. Le soin en addictologie est un acte de foi de la part des soignants. Les soignants proposent des solutions, un soutien, mais même le patient modèle qui a su rester sobre tout au long de son séjour peut rechuter dès l'instant où il sort de l'hôpital. La discussion qui va suivre découle d'un questionnement qui a perturbé la stagiaire à son arrivée dans l'institution : face à une pathologie telle que l'addiction*, qui répond à des mécanismes psycholo-comportementaux, et dont la solution se trouve dans la volonté de la personne, comment se positionner en tant qu'art-thérapeute ? Doit-on se contenter de parler d'Art, ou peut-on aborder avec la personne son parcours de vie, ses modes de fonctionnement, l'aménagement pratique de son avenir ? La pratique du théâtre en particulier est délicate à encadrer, car elle crée des mises en situation d'une proximité troublante avec la psychanalyse. La troisième partie de ce mémoire pose le problème de la gestion des phénomènes associés spécifiques à cette dominante, en évoquant l'approche qui est faite du théâtre par la psychologie au moyen du psychodrame, et en redéfinissant les limites du champ d'action de l'art-thérapeute.

Troisième partie : L'art-thérapeute encadre les phénomènes associés à la dominante théâtre de façon spécifique

A - La pratique du théâtre induit des phénomènes associés complexes pour lesquels une compétence de psychologue peut sembler nécessaire

1) La pratique du théâtre comporte des risques

Le théâtre est une pratique artistique qui comporte un certain nombre de caractéristiques. Au théâtre, et plus particulièrement dans une improvisation théâtrale, action et production sont simultanées. Il n'y a pas de distance entre la personne et l'œuvre, pas d'outils, pas de média : c'est-à-dire que non seulement la personne est directement exposée au regard des spectateurs, mais qu'aussi elle ne peut pas contempler sa production. Son ressenti, qui est un ressenti avant tout kinesthésique, sera forcément très différent de l'impression que le spectateur en aura (visuelle, auditive). De plus, la production meurt aussitôt qu'elle est créée : contrairement aux arts plastiques ou littéraires, sauf captation vidéo, il n'y a pas de trace de l'expérience vécue ni de l'œuvre réalisée. C'est ce qui fait dire à Peter Brook que le théâtre est un art « écrit sur le sable »²⁶.

L'expérience du théâtre est donc essentiellement intense : avant de monter sur la scène, la personne vit une montée d'adrénaline qu'on appelle le trac : le rythme cardiaque s'accélère, la sudation s'accroît, un certain nombre de douleurs somatiques sont susceptibles d'apparaître. Elle lutte contre sa timidité, sa pudeur. Pendant la production, elle donne à voir un objet artistique qu'elle n'est pas en mesure d'appréhender et donc de juger sous le même angle que les spectateurs. Et lorsque le spectacle est terminé, seules les personnes qui étaient présentes conservent une trace, mnésique, donc immatérielle, de ce qui a été accompli par la personne. Il n'a pas d'objet à présenter pour témoigner à ceux qui n'ont pas vu le spectacle de ce qui a été accompli, « à une époque », c'est-à-dire dans ce court moment évanescent qu'a été la représentation. Que se passe-t-il pour la personne dans l'après de ce moment ? Une des caractéristiques de la pathologie addictive est le rapport à la nostalgie. Le patient addict a tendance à vivre tourné sur son passé, manipulant le souvenir des « exploits » d'autrefois, comme s'il y avait en lui une « grandeur déchue ». Lorsque l'excitation du moment retombe, lorsque les différents témoins de la prestation scénique sont sortis de la vie du sujet, n'y a-t-il pas un risque pour que le souvenir de celle-ci laisse un vide trop important ?

Le chef de service addictologie de la clinique la Concorde s'est inquiété lorsque la stagiaire a fait mention en réunion de service des larmes versées par M. C au moment de l'entretien de clôture de la prise en charge en art-thérapie. Il y a vu le signe d'un transfert affectif excessif. La notion de transfert ne fait pas partie des concepts de l'art-thérapeute. Pour la psychologie, ce phénomène, qui consiste à transposer des représentations affectives personnelles issues de nos schémas intimes, voire infantiles, dans la relation aux personnes que l'on rencontre par la suite, est considéré comme un schéma classique de la psyché humaine ; particulièrement présent dans la relation entre le psychothérapeute et son patient, il doit être aménagé à l'aide de la distance thérapeutique sous peine de mettre le soin en échec.

²⁶ (1) P. BROOK : *L'espace vide*, p32

Il y a en effet un lien fort qui se crée dans l'expérience du théâtre entre celui qui agit et celui qui regarde, en particulier si ce dernier a une position d'autorité. L'acteur ne peut travailler seul : sur la scène, il est dans la position d'un aveugle, il a donc besoin d'un guide. Celui qui occupe cette fonction, qu'il soit metteur en scène, directeur d'acteurs, professeur ou art-thérapeute, est garant de la sécurité de l'acteur, car monter sur la scène est toujours une mise en danger. Le danger le plus évident étant bien sûr le ridicule ; mais quel risque ! Se laisser regarder et diriger dans un travail d'interprétation dramatique est donc un acte de foi vis-à-vis de l'autre. Or à ce propos, la comédienne Marion Cotillard, dans un entretien avec Louis Guichard pour *télérama*, fait une déclaration quelque peu alarmante : « Je crois que l'envie d'être regardée ne s'assouvit jamais dans le fait d'être regardée. Au contraire. », dit-elle²⁷. L'art-thérapeute, qui souhaite accompagner le patient addict vers l'autonomie, ne risque-t-il pas au contraire de créer une forme de dépendance au regard de l'autre ?

De nombreux comédiens professionnels expérimentent un mal-être dans leur vie privée. Or, pour interpréter un personnage, l'acteur part de lui-même : il appréhende le rôle à jouer avec sa propre sensibilité. On lui demande de jouer avec sincérité, de rendre crédibles des émotions ; pour se faire, l'acteur se nourrit du réel : il observe ses semblables, prend modèle sur d'autres comédiens, mais aussi se nourrit de son vécu. Ainsi le grand metteur en scène et théoricien du théâtre Constantin STANISLAVSKI invite l'acteur à piocher dans sa « mémoire affective »²⁸, c'est-à-dire à faire ressurgir en lui pour le rôle des affects, des états qu'il a réellement vécus. Cette idée, poussée à l'extrême, amène quelquefois des metteurs en scène à exploiter des fragilités réelles du comédien, parce que sur la scène, cette authenticité sera belle. Vivien Leigh, actrice qui souffrait de troubles bipolaires, est ainsi un exemple notoire de comédienne s'étant régulièrement laissé emporter trop loin par la recherche de l'émotion dans le cadre du travail de ses rôles ; Qu'en est-il de cette notion dans un cadre art-thérapeutique ? De nombreux patients addicts ont un passé douloureux voire traumatique ; une telle démarche pourrait revenir à ouvrir des brèches que l'art-thérapeute, qui n'est pas un psychologue, est incapable de gérer, provoquer des crises d'angoisses, des décompensations. M. L., en séance T1, a ainsi causé des inquiétudes à l'art-thérapeute : s'aventurant bien plus loin que ce qui lui était demandé dans l'exploration du souvenir de l'accident de moto qu'il avait réellement vécu, il a échappé au cadre posé en s'efforçant avec fébrilité d'analyser son expérience vécue. L'art-thérapeute n'était pas équipée pour l'accompagner sur ce terrain.

2) Le fait d'être regardé renvoie à la notion d'image de soi

Qu'il évoque ou n'évoque pas son vécu, l'acteur, sur la scène, expose sa « personne ». Pour effectuer la représentation dramatique, il prête sa masse, son âge, son timbre de voix. Vue sous cet angle, on peut considérer la pratique théâtrale comme impudique ; le patient peut se sentir mal-à-l'aise, jugé. Dans cette situation où chacun le contemple avec une intensité bien plus accrue qu'à l'ordinaire, ses fragilités sont susceptibles d'apparaître aux yeux de tous. Etre sur la scène implique de se laisser regarder. De laisser regarder son corps tout d'abord, éventuellement trop gros, trop maigre, boiteux, abîmé par la consommation de produits ; de laisser voir un manque d'assurance, des hésitations, des impuissances. D'une manière générale, une part de la personnalité du comédien transparaît forcément dans la production. Sauf travail spécifique de construction du rôle, le personnage aura le rire de la personne, sa

²⁷ *Télérama* no 3252, 9 mai 2012, Marion COTILLARD, entretien avec Louis GUICHARD.

²⁸ C. STANISLAVSKI, *la formation de l'acteur*, p 167 et suivantes

façon de bouger, ses attitudes. Il sera limité par les capacités physiques réelles de la personne. Un comédien a toujours un style ; les gens qui le connaissent en dehors de la représentation reconnaissent souvent dans le personnage des mimiques qui appartiennent à la personne, voire des traits de personnalité. Chacun aura ainsi un « emploi », plus ou moins extensible en fonction de sa maturité artistique : nous avons vu par exemple dans les études de cas que M. T en séance 4 était plus à l'aise avec le personnage mou, lent et accommodant qu'avec le personnage vindicatif et autoritaire.

Ce trait va être plus marqué encore en improvisation théâtrale dans la mesure où dans cette technique artistique, l'histoire est imaginée au fur et à mesure de l'action, même s'il existe éventuellement un canevas. Amené à réagir dans l'urgence aux propositions de ses partenaires, l'acteur, bien souvent, va avoir tendance à réagir comme il réagirait dans la réalité. C'est ce qui a été observé avec M. L en séance 2 : face à un partenaire incarnant un personnage envahissant, intrusif, désagréable, M. L est toujours resté poli et bienveillant alors même que l'improvisation visait à créer un conflit, et que son partenaire attendait que le personnage de M. L se fâche ou prenne ses distances. M. L a tout simplement fait pour son personnage les choix qui lui semblaient les plus simples, c'est-à-dire ceux qui correspondaient à ses structures propres de personnalité. L'observation est encore plus caractéristique avec M. T en séance 3 : lorsqu'il incarne un commerçant face à un client en colère, il s'avère incapable de trouver quoi lui répondre, bégaie, bafouille et se range à son opinion, là où d'autres patients n'ont pas eu de difficulté à trouver des arguments pour remettre le client à sa place. Plus amusant, la dernière séance d'art-thérapie à dominante théâtre a amené un élément intéressant : sur la scène, trois patients figuraient des cow-boys dans un saloon, ils devaient évoquer le braquage d'une banque tout en jouant aux cartes ; en légère panne d'inspiration sur ce thème difficile, ils ne cessaient de lever la main pour commander des whiskies fictifs...

Ainsi, dans la pratique théâtrale, il apparaît toutes sortes d'éléments qui nous renseignent sur la construction de la personnalité de la personne : la façon dont il exprime ses émotions, la manière dont il interagit avec les autres, ses blocages... De tout ceci, la personne qui est sur la scène, de par sa position d'aveugle, n'est pas complètement consciente. Mais il arrive que certaines choses sautent aux yeux de ceux qui regardent, en particulier dans une séance d'art-thérapie*, où les patients-acteurs, qui ne sont pas comédiens chevronnés, ne sont pas encore équipés sur le plan technique pour dissimuler leurs fragilités. La prestation étant toujours commentée par les patients-spectateurs, ceux-ci proposent au patient-acteur un miroir. Cette notion de miroir est troublante, car elle renvoie à l'image de soi. La notion d'image de soi n'est pas un concept propre à l'art-thérapeute. L'art-thérapeute est en mesure de parler d'estime de soi, de confiance en soi et d'affirmation de soi sous le prisme de la théorie de l'art opératoire l'image de soi est une notion plus complexe, qui appartient au vocabulaire de la psychologie et de la psychanalyse. Philippine MEFFRE, auteur ayant écrit sur le psychodrame la définit comme « la représentation que chacun a de lui-même, sur un plan tant physique que physiologique, sociologique et psychique, envisagée sous le prisme de l'appréciation que l'on fait de soi-même aux différentes étapes de son développement, et dans les différentes situations dans lequel on se trouve »²⁹. Jamais réellement théorisée, elle serait associée à « l'image du corps, la conscience de soi, le concept de soi, le Self, l'identité de soi et l'identité du Moi »³⁰, toutes notions qui ne font pas partie des fondements conceptuels de l'art-thérapeute.

²⁹ P. MEFFRE : article sur Image de soi, in *Dictionnaire international de la psychanalyse*, p790.

³⁰ *ibid*

3) Le psychodrame est une technique psychothérapeutique qui utilise le théâtre comme support d'un travail analytique et comportemental

Ces différentes caractéristiques propres au théâtre et plus particulièrement à l'improvisation théâtrale ont amené la psychologie à utiliser le théâtre comme média pour la psychothérapie. La plus connue des techniques développées dans ce sens est le psychodrame. Mise en place par le psychiatre et sociologue Jacob Levi MORENO (1889-1974), cette technique thérapeutique qui se pratique généralement en groupes restreints est inspirée de deux principes : la maïeutique* socratique, et la catharsis* aristotélicienne. MORENO définit le psychodrame comme étant « la science qui explore la vérité des êtres humains ou la réalité des situations, par des méthodes dramatiques »³¹. Elle utilise le théâtre comme instrument au service de la sociométrie³² afin de cerner de manière dynamique la personne dans ses interactions avec les autres. Très ritualisées, les séances, dirigées par un psychothérapeute spécifiquement formé, sont organisées en trois temps : une phase de mise en condition du groupe, une phase de jeu dramatique, dans laquelle le thérapeute invite un ou plusieurs patients à jouer avec les autres une situation passée, présente ou future de son existence, et une phase d'expression des ressentis de chacun, d'un point de vue émotionnel. La psychologue Anne ANCELIN SCHÜTZENBERGER, qui a beaucoup travaillé sur le psychodrame, explique que cette technique permet « soit une thérapie par le dégel et la libération des sentiments refoulés ou inhibés (...), soit une pédagogie des relations interpersonnelles par un entraînement à la spontanéité, à la bonne perception d'autrui et de la relation à l'autre, soit une accession à soi, à son être profond. »³³. Il peut donc s'y opérer à la fois d'une catharsis* – c'est-à-dire une libération émotionnelle des traumatismes passés –, une exploration analytique du sujet, et un réapprentissage du rapport aux autres par le « réentraînement à des rôles »³⁴.

Cette technique exploite donc la nature et les effets révélateurs, cathartiques et pédagogiques du théâtre. Résolument basées sur le vécu réel des protagonistes, elle pénètre de manière approfondie dans leur intimité ; elle utilise l'autre comme miroir et le groupe comme processeur thérapeutique réconfortant, dans la mesure où le sujet prend conscience que « son problème est aussi le problème d'autres, dont il ressent la solidarité par la « résonance affective » au moment de *l'écho du groupe* < phase d'expression collective des ressentis > »³⁵. Assez perturbante, cette pratique peut susciter des réactions émotionnelles, voire psychosomatiques, très fortes ; c'est au praticien-meneur de jeu de veiller à encadrer ces phénomènes, qui font partie du parcours du sujet, notamment en veillant constamment à ce que le groupe soit « chaud », c'est-à-dire suffisamment préparé pour apporter à la personne une empathie*, plutôt qu'une distance et un jugement.

La finalité du psychodrame est de résoudre des problèmes dans la vie psychique du sujet. Le psychodrame utilise la création en tant qu'évasion par le rêve, voyage, qui fait que les personnes en présence ont le sentiment « d'actualiser l'imaginaire et de <s> accomplir »³⁶.

³¹ Propos rapportés par A. ANCELIN SCHÜTZENBERGER in *Le psychodrame*, p 30

³² A. ANCELIN SCHÜTZENBERGER définit cette discipline comme une « branche des sciences humaines qui a pour objet l'étude des rapports entre les individus » dans *Le psychodrame*, p 30.

³³ A. ANCELIN SCHÜTZENBERGER : *Le psychodrame*, p 12

³⁴ (3) A. ANCELIN SCHÜTZENBERGER : *Le psychodrame*, p 38

³⁵ A. ANCELIN SCHÜTZENBERGER : *Le psychodrame*, p 36

³⁶ A. ANCELIN SCHÜTZENBERGER : *Le psychodrame*, p 47

D'un point de vue stylistique, la production reste pauvre, la préoccupation principale n'étant pas le beau, mais le vrai : « On *fait comme si* (...) dans un jeu toujours psychologiquement « vrai », même si on utilise un geste ébauché et non tout à fait achevé, comme au théâtre »³⁷.

Le théâtre crée donc des mises en situation d'une proximité troublante avec la psychanalyse. La réflexion sur les phénomènes associés à cette dominante nous a conduits à exposer une des approches du théâtre par la psychologie. Or l'art-thérapeute n'est pas un psychologue. Nous allons maintenant définir l'action menée par l'art-thérapeute en creux de celle menée par le psychodramatiste, afin d'expliquer comment l'art-thérapeute met à profit des compétences spécifiques pour travailler sur des mécanismes humains différents.

³⁷ A. ANCELIN SCHÜTZENBERGER : *Le psychodrame*, p 17

B - L'art-thérapeute oriente l'activité dans une direction différente de celle exploitée par le psychologue

1) Le groupe d'art-thérapie* se veut « réunion d'artistes »

La mission de l'art-thérapeute n'est pas l'analyse des différents phénomènes psychiques soulevés par l'expression théâtrale. Son travail s'effectue sur des points bien définis, qui sont l'élan vital, les mécanismes expressifs et relationnels, le développement d'une intentionnalité permettant le passage à l'action, l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi. Ainsi, si dans le psychodrame, la création artistique est un support de travail révélateur permettant l'émergence de la parole analytique, en art-thérapie*, l'opération artistique est au cœur du processus. L'art-thérapie*, en s'appuyant sur le phénomène artistique (intention-action-production), s'inscrit dans une démarche dynamique, dans une construction, dans un mouvement vers l'avant ; tandis que le psychodrame a pour objet un retour réflexif sur le passé et une anticipation de l'avenir sur le plan comportemental. Ainsi, si le psychodrame utilise la dimension cathartique de l'Art afin de libérer le patient de ses traumatismes et de ses angoisses, l'art-thérapeute exploite la notion de plaisir et le pouvoir d'entraînement de l'Art (celui qui fait que, par exemple, une personne qui entend de la musique va taper du pied en rythme) afin de créer un élan (mécanismes de l'intentionnalité, psychomoteurs, et moteurs).

En art-thérapie, la maladie est peu évoquée. Le groupe se veut réunion d'êtres humains appréhendés dans leur personnalité et dans leur subjectivité, communauté d'esthètes – ou d'artistes. Ce positionnement en tant qu'artistes/esthètes est valorisant car cela signifie que leur avis, leurs idées, leur manière d'appréhender le monde, sont intéressants pour eux-mêmes. La parole en art-thérapie* est différente de celle favorisée par le psychothérapeute. Nous l'appelons parole « mondaine ». Elle porte sur les références culturelles de chacun, sur les goûts, l'idéal, et sur les questions techniques. Avec la dominante théâtre, il est nécessaire d'effectuer un « débriefing » après la prestation (tout simplement parce-que au cœur de l'action-production, la personne est supposée s'effacer pour laisser place au personnage), mais ce débriefing n'est pas une interprétation des processus inconscients mis à jour par la production ; il concerne la façon dont chacun a vécu l'expérience, le bien-être ou la gêne ressentie, les limites atteintes, les moyens techniques d'améliorer la performance. Les patients ne sont pas spécifiquement invités à parler de leur histoire personnelle, de leur passé ; mais ils partagent parfois une émotion esthétique, qui bien souvent au théâtre se traduit par le rire. Ainsi, si dans le psychodrame, il y a une « relation d'affection »³⁸ entre les différents membres du groupe, chacun éclairant les autres sur leurs propres mécanismes psychorelationnels, en art-thérapie, il y a une relation d'être humain à être humain, avec par moment l'émergence d'un état de coalescence* caractéristique de l'activité artistique. Richard FORESTIER qualifie cette expérience de connivence hors signification de « sympathie », au sens musical du terme (les cordes d'un instrument vibrent « en sympathie », sans jamais se toucher). Dans cette situation, selon lui, « il n'y a pas de transfert »³⁹. Le groupe a donc une fonction stimulante ; chacun doit pouvoir s'y épanouir dans son univers subjectif, ses goûts et sa sensibilité, par l'échange d'idée avec autrui et la construction collective. Il s'agit donc, ensemble, de restaurer des fiertés, plutôt que de réfléchir à une souffrance commune.

³⁸ (1) A. ANCELIN SCHÜTZENBERGER : *Le psychodrame*, p 51

³⁹ R. FORESTIER : *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 35.

L'art-thérapeute travaille sur une dimension exploitée par nul autre praticien : l'esthétique. Or le propre du beau est de n'être pas utile : il se suffit à lui-même. La séance d'art-thérapie* se situe en dehors du vécu du patient, en dehors de ses soucis personnels, des problématiques majeures de son existence ; elle lui apporte une évasion par l'imaginaire. C'est ce que Richard FORESTIER appelle « le monde merveilleux de l'art-thérapeute »⁴⁰. On pourrait dire qu'il y a dans la séance d'art-thérapie une notion de divertissement au sens pascalien du terme : la recherche esthétique est un moyen de ne pas penser aux souffrances profondes. Ces qualités – la gratuité, l'absence d'enjeux – sont indispensables à l'émergence d'une expression proprement artistique et non pas utilitaire (comme le serait celle exploitée dans psychodrame). Dans certain cas, l'art-thérapie* peut même être, pour une structure de soin, le seul moyen de nouer un contact avec des patients qui précisément sont réfractaires à la psychologie.

2) En séance d'art-thérapie*, la production ne vise pas le vrai, mais le beau

L'art-thérapeute qui travaille avec la dominante théâtre va orienter le phénomène artistique dans une direction tout à fait différente de celle exploitée par le psychanalyste. En effet, la finalité de la production dans le psychodrame est de dégager une vérité psychologique, tandis que dans la séance d'art-thérapie*, elle est d'atteindre le beau (tel qu'il est perçu par le patient). Il est intéressant pour notre propos de nous arrêter sur le déploiement sémantique du mot « sens ». Ce terme recouvre trois acceptions : il peut faire référence à la signification, à la sensorialité, et à la direction. Si l'on s'interroge sur l'usage du sens par la psychologie et par l'art-thérapie*, nous pouvons dire que le psychodrame s'intéresse à la première acception du terme, celle de signification ; l'Art, et le théâtre en particulier, a en effet une dimension révélatrice de mécanismes psychiques. Mais cette dimension n'est pas exploitée spécifiquement par l'art-thérapeute ; celui-ci travaille sur les stimulations sensorielles, afin d'éveiller « un élan vers le temps qui vient, l'engagement de l'être humain dans le temps, dans sa possibilité de se projeter dans l'avenir »⁴¹, soit le sens en tant que direction. Nous nous référons ici au travail de Carole DIMPRE, art-thérapeute diplômée de l'école de Tours.

Ainsi, plutôt que de chercher dans la production ce qui renvoie à la personnalité du patient, l'art-thérapeute l'invite à explorer des pistes qui l'éloignent de son expérience individuelle pour rentrer dans une recherche esthétique, une recherche de style. Pour ce faire, il s'appuie sur des caractéristiques spécifiques de l'Art : la dynamique entre fond* et forme*, ainsi que celle qui existe entre mimésis* et heuristique*. Nous avons posé que le psychodrame était inspiré de la catharsis* aristotélicienne ; Etienne SOURIAU interprète la pensée d'Aristote de la façon suivante : « Aristote pense que la musique « imite » des états affectifs considérés en eux-mêmes, et que c'est par la ressemblance entre l'économie interne d'une œuvre musicale et celle d'un état affectif, qu'elle fait naître l'état avec lequel elle se trouve en analogie »⁴² ; la catharsis* aristotélicienne s'appuie donc sur la mimesis* plutôt que sur l'heuristique* ; toutefois, si la mimesis aristotélicienne se doit d'exalter, d'après le philosophe Jacques DARRIULAT, « la liberté d'agir qui n'appartient qu'à l'homme »⁴³, dans une recherche de perfection esthétique, le psychodrame cherche à imiter les mécanismes intrapsychiques et interpersonnels du sujet lui-même. De plus, dans le psychodrame, la forme* est peu aboutie.

⁴⁰ R. FORESTIER : *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 38-39.

⁴¹ C. DIMPRE : mémoire de fin d'études du DU de l'université de médecine de Tours, p 88.

⁴² (1) E. SOURIAU : *Vocabulaire esthétique*, article sur la catharsis, PUF 1990

⁴³ J. DARRIULAT : Aristote : la théorie de la mimésis, in introduction à la philosophie esthétique.

Nous pouvons donc dire que le psychodrame ne travaille que sur le fond*, sur un plan mimétique. Or ce fond* qu'il s'efforce de dégager est le fondement psychique de l'individu ; il ne s'agit pas d'une réelle démarche esthétique, car le fond* d'une œuvre d'Art n'est pas nécessairement l'expression de la réalité de la personne sous l'angle pathologique : l'Art nous permet au contraire de parler de l'idéal, du monde, de l'autre, de l'Art... L'art-thérapeute invite son patient à se déterminer d'une manière différente, à exprimer son existence par sa capacité à atteindre l'universel en définissant le monde selon son envie et non nécessairement selon ses déterminants intrapsychiques. Il l'invite à la liberté par l'ambition du propos et la construction formelle. La mimésis* en art-thérapie* ne concerne pas uniquement le réalisme psychique de celui qui crée ; elle peut être l'imitation de la réalité d'un autre, de l'humain d'une manière générale. L'art-thérapeute peut jouer sur les notions de mimésis* et d'heuristique*, de fond* et de forme* dans un sens ou dans l'autre en fonction des besoins de la personne. Il peut notamment utiliser ces dynamiques afin de protéger la pudeur d'une personne, ou de faire sortir un patient d'une voie sur laquelle il n'est pas équipé pour le suivre.

Cette recherche de style, au théâtre, peut utiliser d'autres biais que la fameuse « mémoire affective » chère à Stanislavski : le travail corporel, les jeux, les exercices d'écoute de ses partenaires et de réactivité, le grotesque... Augusto BOAL préconise de « rationaliser l'émotion ». « Notre but n'est pas d'exhiber des émotions, mais de créer des fleuves en mouvement, de créer une dynamique »⁴⁴. Un peu plus loin, il ajoute : « le concept fondamental pour l'acteur n'est pas « l'être » du personnage mais le « vouloir »⁴⁵. En effet on peut dire que dans un personnage de théâtre, si la « pâte » (le corps, le style) appartient à la personne, les choix, les intentions, les besoins, les façons de penser d'agir appartiennent au personnage. Il est donc intéressant, dans une démarche de création, de chercher à atteindre l'universel en imaginant des personnages dont les désirs et les intérêts sont différents de ceux de l'acteur.

La construction stylistique va pouvoir exploiter le personnage comme écran entre le patient-acteur et son public. Se dévoiler soi-même, révéler ses fragilités réelles n'est pas intéressant dans la démarche art-thérapeutique. Le rôle de l'art-thérapeute est aussi bien d'accompagner le patient dans la découverte de ce qui apparaît sur lui (telle qu'une impuissance à réaliser quelque chose ou un trait de personnalité) que de l'amener à construire quelque chose de différent, ne serait-ce que pour protéger son intimité (puisqu'il est vis-à-vis des autres dans une relation « mondaine », et qu'il doit y développer sa « fierté »). Si l'acteur travaille sans outil, sans média, s'il est directement exposé aux yeux de tous, il n'en est pas nu pour autant : le personnage est une interface. Dans le cadre d'une production théâtrale aboutie, le costume, voire l'emploi d'un masque, aident à dissimuler la personne et à donner à voir le personnage. Dans le cadre de productions moins abouties, comme ça a été le cas dans cette expérience de stage, un certain nombre d'éléments sont à même de créer l'illusion : transformer sa démarche, affubler son personnage d'un tic de langage, lui inventer des obsessions, des traits de caractères, sont autant d'éléments qui permettent de donner à voir une créature plutôt qu'une personne, plutôt qu'un « patient ».

Prenons l'exemple de M. L : la première production du patient se voulait si proche de son vécu qu'elle n'a pas pu être réalisée ; M. L, dans son désir de représenter sa réalité vécue,

⁴⁴ A. BOAL : *Jeux pour acteurs et non-acteurs*, p 65

⁴⁵ *Ibid* p 70

s'est confronté à l'angoisse que générerait chez lui le souvenir de ce moment. Alors que le psychodramatiste aurait pu utiliser la séance de manière cathartique, l'art-thérapeute, pour sa part, n'était pas sur le bon terrain. Elle a donc cherché par la suite à amener M. L dans le terrain de l'heuristique* et de la recherche formelle par la construction des personnages. La seconde production du patient se voulait proche de sa personnalité : cette production s'est déroulée sans difficulté, et ressemblait effectivement à la réalité, mais sur le plan du style, elle était peu élaborée ; M. L cherchait encore au travers de sa production à démontrer, analyser, comprendre ses modes de fonctionnements personnels. Peu à peu sur les séances suivantes, la démarche de M. L, sur les sollicitations de l'art-thérapeute, est devenue plus esthétique, s'éloignant du réalisme autocentré pour aller vers la création ; les personnages imaginés ont davantage revêtu un caractère fictif, la production s'est nourrie de références plus culturelles (cinéma, bande dessinée) que psychologiques, elle est devenue plus investie corporellement ; lorsque le dernier personnage interprété par M. L se dote spontanément d'un accent, la visée est bien de faire rire les spectateurs, donc de créer une émotion esthétique. Cette démarche a aidé M. L à améliorer sa confiance en soi et ses facultés relationnelles, en mettant de côté l'exploration analytique de sa personnalité, qui n'est pas l'objet de la séance d'art-thérapie*.

3) L'art-thérapeute peut utiliser des leviers propres à la position de directeur d'acteur pour orienter l'activité artistique

Lorsque l'art-thérapeute fait face au patient-acteur dans la situation du jeu dramatique, il est pour lui, nous l'avons dit, comme un guide pour un aveugle. Cette position est délicate dans la mesure où le patient-spectateur, dans sa position de fragilité, peut être dans la crainte d'un jugement sur sa personne. Elle nécessite donc ce que Grotowski appelle une « ouverture chaude » de celui qui regarde à celui qui agit⁴⁶, c'est à-dire un accompagnement empathique et bienveillant. Nous retrouvons ici la notion de chaleur amenée par Anne ANCELIN SHÜTZENBERGER. Toutefois le positionnement est différent. Le psychologue ainsi que l'art-thérapeute apportent au patient une attitude contenante, et tous deux exploitent la maïeutique* socratique. Toutefois tandis que le psychologue utilise sa position pour faire émerger la vérité psychique de la personne, l'art-thérapeute l'utilise pour guider le patient dans la définition et la réalisation de son envie esthétique. Si le psychologue apporte son « écho affectif » au groupe, l'art-thérapeute partage avec les patients l'émotion esthétique, s'incluant parfois au cœur du système action-production. Cet investissement peut être nécessaire pour mettre les personnes en confiance, pour créer une dynamique ; il arrive que les patients aient besoin de voir que l'art-thérapeute est prêt à « se mouiller » lui aussi, pour être rassurés quant à leur propre mise en danger.

Au théâtre, la situation observé-observateur est un préalable à toute création : le théâtre est essentiellement un art collectif. Ce que le public va voir n'est que très rarement l'œuvre d'une seule personne ; le schéma classique de la production théâtrale est triangulaire : auteur-comédien(s)-metteur en scène ; nous pouvons rajouter à ces trois éléments le public, dont les réactions influent parfois sur la qualité, voire sur le style, de la production. Dans le cadre d'une séance d'art-thérapie* à dominante théâtre, l'art-thérapeute, comme le serait le professeur de théâtre dans un cadre pédagogique, occupe nécessairement la place dévolue au « metteur en scène ». Toutefois cette appellation n'est pas correcte en ce qui le concerne ; en effet, dans une production artistique « ordinaire », le spectacle est « signé » par le metteur en

⁴⁶ J. GROTOWSKI, *Vers un théâtre pauvre*, p 44

scène : c'est lui qui détermine le style de la production en fonction de son idéal esthétique personnel. En art-thérapie*, l'enjeu est de faire émerger l'idéal esthétique du patient, donc, en l'occurrence, de l'acteur. Une appellation est ainsi plus conforme à la fonction qu'occupe l'art-thérapeute lorsqu'il fait face au patient : celle de directeur d'acteur.

Le directeur d'acteur, au théâtre, est un « accoucheur » ; il aide le comédien à se sentir à l'aise dans son rôle, à se débarrasser de ses tics et autres manifestations de pudeur, il le pousse à explorer des pistes de jeu que le comédien a esquissé sans forcément s'en rendre compte... Le directeur d'acteur peut se mettre au service d'un idéal esthétique autre que le sien. L'art-thérapeute-directeur d'acteur est donc en mesure de servir l'idéal esthétique du patient-acteur, et de le diriger, l'orienter, le guider, dans la direction choisie par celui-ci ; de l'amener à dépasser une difficulté, de faire en sorte que ses propositions de jeu dramatique « fonctionnent ». Le directeur d'acteur face au comédien est un peu comme un marionnettiste : il connaît des fils sur lesquels il peut jouer afin d'amener le comédien dans une direction intéressante. Cette notion de manipulation ne doit pas être interprétée dans un sens péjoratif car l'acteur est tout sauf passif, mais elle a son intérêt dans une démarche de soin, l'enjeu du soi étant d'amener des personnes d'un point A à un point B ; il y a un élément de « lâcher-prise », de confiance de la part de l'acteur vis-à-vis du directeur d'acteur qui permet son confort dans la mesure où cela lui évite d'avoir à se surveiller lui-même. Cela fait en art-thérapie* que le patient-acteur n'est pas seul dans sa recherche, il s'agit toujours d'une co-construction. L'art-thérapeute-directeur d'acteur peut mettre à profit les différents outils et méthodes empiriques qu'il tient de sa technique artistique pour orienter le pouvoir et les effets de l'Art dans le sens du soin.

Cet accompagnement, ce guidage, diffère de celui du metteur en scène et de celui du pédagogue quant aux objectifs et aux moyens. Le rapport au temps et à l'effort est très différent également : on peut demander à un élève de refaire un exercice qu'il ne maîtrise pas, dans l'idée qu'il y a là un acquis nécessaire à obtenir ; en revanche un patient – en particulier en addictologie – se décourage très vite. Les exercices proposés doivent donc toujours permettre la réalisation immédiate de quelque chose. Voici un tableau récapitulatif des divergences d'approche entre le metteur en scène, le pédagogue et l'art-thérapeute :

	Mise en scène	Pédagogie	Art-thérapie
Lieu	Théâtre	Ecole de théâtre	Lieu de soin
Nature de l'engagement	Contrat	Inscription administrative, voire paiement anticipé	Volontariat et/ou contrat passé avec la clinique
Rapport au temps	Une échéance : la première du spectacle	Inscription dans une durée définie (une année scolaire, un mois...). Souvent, mise en place d'une échéance, sous la forme d'une présentation de travail	Deux façons possibles d'envisager le temps : le temps de l'hospitalisation le temps de la séance

Objectifs	La beauté de l'œuvre	Les progrès techniques de la personne et la mise à disposition de son talent	Les progrès de la personne au regard d'objectifs thérapeutiques (élan vital, confiance en soi, estime de soi, etc)
idéal esthétique	Celui du metteur en scène	Variable en fonction de l'objectif pédagogique	Celui du patient
Moyens	Recherche collective organisée par une personne	Apprentissage par la répétition, l'observation...	Mise en place de boucles de renforcement Définition d'une stratégie thérapeutique
Méthodes	Travail plus ou moins directif d'imprégnation, d'improvisation, de mises en situation...	Travail technique (placement de voix, diction, training physique, écoute de l'autre, gestion de l'espace...), jeux, exercices.	Jeux, exercices, travail technique, imprégnation...
Rapport à l'effort	Nécessité pour le comédien de fournir des efforts ; il est toutefois souvent possible de contourner les difficultés afin d'exploiter ce qui est déjà acquis	Possibilité de demander à l'élève de travailler sur un élément qu'il ne maîtrise pas, en comptant sur les progrès à venir	Eviter autant que possible la confrontation à la difficulté et à l'échec

Afin d'éclairer notre propos, voici maintenant quelques exemples de « manipulation » en pédagogie, en mise en scène et en art-thérapie.

Lucie, huit ans, suit un atelier théâtre encadré par une comédienne intervenante en pédagogie. Pour le spectacle de fin d'année, elle doit incarner une fée malicieuse ; elle a appris un court texte adapté à son âge. A un moment donné, la petite fée taquine son interlocuteur en lui disant « tu m'as crue, patate crue ! » sur l'air des lampions. Au moment de dire sa phrase, la petite fille, pourtant à l'aise dans son personnage, prononce : « tu m'as crue patate crue ? », sur un ton interrogatif, en appelant au secours son professeur un regard anxieux. La scène s'interrompt, les copains rigolent et chacun s'évertue à scander la phrase pour lui montrer comment faire. L'enfant essaye à nouveau, n'y arrive pas. Elle se dandine d'un pied sur l'autre, contemple ses chaussettes – blocage. Pour l'aider à passer ce cap, la pédagogue demande à d'autres élèves de la rejoindre sur scène pour former une ronde et tous ensemble chantonnent « tu m'as crue, Lustucru, tu m'as crue, patate crue, nananananèèère ! » tout en dansant. Prise par l'effet d'entraînement du groupe, Lucie perd son inhibition et réussit à dire

sa phrase. L'objectif pédagogique intermédiaire ici était la transmission d'une forme littéraire imposée. Le site d'action* (si l'on peut dire) était la timidité de Lucie face aux autres enfants. Le moyen utilisé a été la stimulation sensorielle par le jeu, le chant et la danse, ainsi que la mise à contribution du groupe, afin de faire disparaître les observateurs (donc juges) en les transformant en acteurs (donc partenaires). Ces différentes méthodes sont utilisables en art-thérapie*, même si dans le contexte du soin, la transmission d'une forme imposée n'est pas nécessairement un objectif intermédiaire intéressant.

L'exemple de direction d'acteurs dans le cadre d'une mise en scène est emprunté à Augusto BOAL. Au cours d'un spectacle professionnel, un acteur, pointant un revolver sur sa propre tempe, déclame avec une grande intensité émotionnelle un monologue dans lequel il exprime son envie de se suicider. Interrogé sur les moyens techniques de parvenir à un tel impact sur le public, le comédien explique qu'il s'imagine sur le point de prendre une douche glacée. BOAL appelle ce phénomène un « transfert »⁴⁷ ; si des thématiques aussi morbides paraissent inappropriées dans le cadre d'un atelier d'art-thérapie*, la méthode a été fréquemment exploitée dans cette expérience de stage. En voici un exemple : un patient-acteur devait feindre une grande répugnance pour son partenaire ; ne parvenant pas à exprimer le dégoût, il a été invité à imaginer l'autre patient sous la forme d'une limace géante. Le fait de surmonter ainsi par l'humour une difficulté passagère l'a renforcé dans sa confiance en soi et a créé une valorisation positive aux yeux des patients-spectateurs. Ce « truc » de direction d'acteurs a donc participé à la création d'une boucle de renforcement.

La discussion a mis en évidence qu'il existe deux disciplines thérapeutiques distinctes exploitant le théâtre dans des finalités thérapeutiques différentes. Toutes deux s'adressent à la personnalité du sujet, toutefois la nature de leur action n'est pas la même. Le psychodrame est un outil de la psychologie, tandis que l'art-thérapie* est une discipline thérapeutique à part entière. Voyons maintenant comment la distinction des deux disciplines, étayée par le cadre thérapeutique, permet à l'art-thérapeute d'orienter son action, d'encadrer les phénomènes associés et de se positionner comme membre d'une équipe de soin, dans laquelle chacun a un rôle distinct et complémentaire.

⁴⁷ A. BOAL, *Jeux pour acteurs et non acteurs*, p 64-65

C – Le cadre thérapeutique permet de gérer les phénomènes associés

1) L'art-thérapeute doit connaître et maîtriser les limites de son champ d'action

Pour être efficace l'art-thérapeute doit connaître et maîtriser les limites de son champ d'action. La recherche en art-thérapie* s'efforce de les définir : est-il possible par exemple d'agir par l'art-thérapie sur les capacités mnésiques d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Les praticiens se divisent sur cette question, et des études approfondies sont encore à effectuer. Quelle que soit la pathologie, l'art-thérapie* est indiquée avant tout pour améliorer les qualités expressives et relationnelles, les troubles de la confiance en soi, de l'estime de soi et de l'affirmation de soi, l'élan vital, l'inscription temporelle, l'autonomie... Dans certains cas elle peut être utilisée dans des objectifs de rééducation : FORESTIER rapporte l'exemple d'une femme souffrant d'un syndrome du canal carpien, orientée par son rhumatologue successivement en kinésithérapie, et en art-thérapie à dominante musique. Tandis que le travail de motricité proposé par le kinésithérapeute générait chez la personne une anxiété qui créait un « blocage à la rééducation », la pratique d'un instrument de musique adapté à ses possibilités motrices, dans le cadre des séances d'art-thérapie, lui a permis de lever ce blocage grâce au plaisir esthétique⁴⁸.

La stagiaire a été désorientée à son arrivée à la clinique la Concorde par la nature particulière de la pathologie addictive. Elle s'est trouvée face à des personnes hospitalisées dans le but d'accomplir une transformation comportementale et psychique, confrontés à l'interrogation de leur propre volonté, de leurs limites, de leur vécu. Dans un lieu comme celui-ci, l'atmosphère collective a quelque chose d'ascétique et de potentiellement explosif en même temps. Les patients passent entre eux des moments très forts, ils font le point sur eux-mêmes, ils évoquent leur passé, leur avenir ; chacun « soigne » chacun, et en même temps, l'autre est toujours susceptible de vous entraîner dans la mauvaise direction. Face à cette somme d'enjeux difficiles à démêler au départ, la stagiaire a trouvé, dans les objectifs de santé fixés dans un premier temps de manière théorique, matière à structurer son action. Prenons l'exemple de M. C. Tout au long de son séjour, ce patient a vécu des événements difficiles et notamment des rechutes. Dans la foulée de l'une de ces rechutes, il a éprouvé le besoin de se justifier auprès de l'art-thérapeute entre deux séances, en employant ce qu'il a reconnu par la suite avoir été des mensonges. Peu préparée à cet échange, la stagiaire l'a écouté attentivement sans le contredire, tout en le renvoyant vers les autres praticiens : addictologue et psychologue. Dans le cadre de la prise en charge, elle s'en est tenue aux objectifs fixés initialement, à savoir l'estime de soi et la confiance en soi, en passant par la valorisation des capacités restantes et la favorisation de la prise d'initiative. L'incident n'a plus été évoqué, non plus que ses motivations. En définitive, le bilan de la prise en charge montre des progrès au regard des objectifs définis. Si le problème de la ré-alcoolisation n'a pas été traité directement en art-thérapie*, il n'en demeure pas moins que M. C n'a plus été contrôlé positivement par la suite (du moins sur le temps du stage). Il est donc tout à fait possible d'en déduire que la prise en charge pluridisciplinaire a fonctionné dans ce cas : le travail effectué en art-thérapie* sur l'estime de soi et la confiance en soi ayant pris la place « possible » de l'art-thérapie* dans cet accompagnement. L'art-thérapeute n'a pas travaillé sur le problème d'alcool en lui-même, non plus que sur l'analyse psychique de ses motivations, mais sur des mécanismes humains bien spécifiques, dont on sait qu'ils influent sur l'abstinence*.

⁴⁸ R. FORESTIER : *Tout savoir sur l'art thérapie*, p 56 à 58

De nombreux travaux ont été effectués au sein de l'AFRATAPEM afin de définir les spécificités de l'art-thérapie* et de la psychologie. Le mémoire de Carole DIMPRE, à la fois psychologue et art-thérapeute, compare avec pertinence les approches de l'art-thérapie* et de la psychologie des âges de la vie, dans la spécificité de leurs concepts, références théoriques, méthodes et outils. Il pose que les deux disciplines travaillent la question de l'autonomie sous un angle différent. Le psychologue travaille sur « l'autonomie psychique : « Etre autonome, c'est connaître son Moi personnel et avoir sa propre pensée sur soi. C'est s'affirmer, agir, créer. C'est aussi s'adapter et interagir. », dit-elle. L'art-thérapeute travaille sur l'autonomie « mentale < par l'affirmation de soi et l'intentionnalité >, physique < par la mobilisation du corps dans l'action créatrice > et relationnelle »⁴⁹.

Nous proposons ci-dessous un tableau récapitulatif des différences d'approches du théâtre par le psychodrame et par l'art-thérapie, au regard de l'action thérapeutique effectuée, des dimensions thérapeutiques mises en jeu, de la manière d'exploiter l'Art et de la fonction du groupe.

	Psychodrame	Art-thérapie* à dominante théâtre
Action thérapeutique	<p>Autonomisation psychique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépassement d'un traumatisme - apaisement des angoisses - analyse des phénomènes interpersonnels et intrapsychiques - réapprentissage de la relation à autrui 	<p>Autonomisation mentale, physique et relationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elan vital - Développement d'une intentionnalité favorisant le passage à l'action - Estime de soi, confiance en soi, affirmation de soi - Inscription temporelle
Moyens	<p>Travail sur le vécu de la personne</p> <p>Exploitation du discours de la personne</p> <p>Travail sur la nature signifiante du langage</p> <p>Travail sur l'image de soi</p>	<p>Travail sur l'idéal esthétique de la personne</p> <p>Exploitation du phénomène artistique (intention-action-production)</p> <p>Utilisation de la sensorialité</p> <p>Travail sur estime de soi, confiance en soi, affirmation de soi sous le prisme de la théorie de l'art opératoire</p>

⁴⁹ C. DIMPRE : mémoire de fin d'études du DU de l'université de médecine de Tours, p 82.

Manière d'exploiter l'Art	Exploitation du pouvoir révélateur de l'Art	Exploitation du pouvoir expressif et relationnel de l'Art Exploitation du pouvoir d'entraînement de l'Art
	La catharsis *	Le plaisir
	La production vise le VRAI (passé-présent, futur-présent)	La production vise le BEAU (fond-forme, mimésis-heuristique)
	Interprétation des œuvres	Pas d'interprétation des oeuvres
fonction du groupe	Miroir "résonance affective" (MORENO)	Stimulation "Sympathie" (FORESTIER)

2) L'art-thérapeute pose un cadre thérapeutique

L'art-thérapeute travaille donc avec le théâtre d'une manière différente du psychologue, et il utilise pour se faire des compétences qui lui sont spécifiques. Le protocole thérapeutique est en soi un processeur qui lui permet de guider son action et de se prémunir des phénomènes associés indésirables évoqués en première partie de cette discussion. Ce protocole définit pour les patients :

- La nature de l'activité et ses enjeux thérapeutiques (présentée lors des entretiens individuels)
- La position de l'art-thérapeute comme acteur de santé (membre de l'équipe pluridisciplinaire, intervenant de préférence sur indication médicale)
- Le cadre spatio-temporel de la prise en charge
- Eventuellement quelques règles de conduite (ponctualité, respect, usage du téléphone...)

Le protocole constitue un cadre au sein duquel la relation patient/art-thérapeute est définie de manière saine. Ceci est la base d'un rapport thérapeutique, qui limite les phénomènes de transferts ; il est également ce qui permet de limiter la gêne entre un médecin et son patient lorsque ce dernier doit se dénuder, par exemple. Il limite aussi les phénomènes de « manque » lorsque la prise en charge prend fin.

L'art-thérapeute lui-même adapte son comportement : d'une part il est accessible et bienveillant, dans une attitude empathique, voire « sympathique », selon le mot de Richard FORESTIER. D'autre part, il adopte une attitude contenante assortie d'une distance thérapeutique, particulièrement nécessaire vis-à-vis des personnes addicts pour ne pas se laisser entraîner sur un plan personnel, et notamment pour être à même de gérer l'ambivalence (investissement fluctuant, rechutes..) caractéristique de cette population et qui crée la déception et le découragement de l'entourage. Quelques éléments très simples suffisent à poser cette distance : le vouvoiement, le calme, le fait de ne pas évoquer sa vie privée...

Le cube harmonique est un autre élément qui permet au patient de prendre du recul sur son activité et d'entretenir le lien thérapeutique. Cet instrument d'auto-évaluation développé par l'école d'art-thérapie de Tours est exploité par les différents praticiens selon des modalités très variables ; il s'adapte aux personnes et aux pathologies : il peut être présenté sous la forme d'un boulier, d'un schéma graphique, d'un jeu de mime... Dans cette expérience de stage, il a été présenté aux patients de manière très sobre, sur le modèle classique des questionnaires de santé soumis aux patients dans un lieu de soin (voir par exemple la présentation du test de Fagerström, pour la dépendance tabagique). Ce choix d'une sobriété dans la présentation du cube harmonique a été décidé afin d'inscrire le parcours en art-thérapie dans le cadre global de la prise en charge pluridisciplinaire, avec un caractère de « sérieux ». D'autre part, les prises en charges étant collectives, cela permettait un espace d'échange plus personnel entre l'art-thérapeute et le patient, à l'abri du groupe. Cette communication sous une forme différée (les petits papiers étant distribués en fin de séance et remplis individuellement côte à côte, en dehors du champ visuel de l'art-thérapeute), permettait une forme d'expression un peu plus à l'abri de l'autocensure que l'on peut craindre dans un rapport duel en face à face.

Le fait de donner à la personne le choix de sa technique artistique et la liberté de ne pas faire est fondamental avec cette population. La personne doit se sentir libre pour développer son autonomie. Un des enjeux principaux étant de l'aider à développer une intentionnalité, il faut mettre en place les conditions d'un désir. La dominante théâtre en particulier, du fait qu'elle implique de demander à une personne de se laisser regarder par d'autres, ne peut pas être imposée ; il serait très intrusif de demander à quelqu'un de monter sur une scène contre son gré, car on touche ici à la pudeur de la personne. Puisqu'il s'agit de son corps, c'est d'autant plus à elle de décider de son engagement. Cet engagement peut faire l'objet de discussions, voire d'un contrat avec l'art-thérapeute ou avec la structure. Chaque praticien détermine les modalités de son cadre thérapeutique ; dans cette expérience de stage, l'art-thérapeute, en dépit de conseils qui lui avaient été prodigués en ce sens, n'a pas jugé souhaitable de « sanctionner » l'absentéisme, afin que chaque personne présente en séance ait conscience de son libre arbitre vis-à-vis du soin.

Il existe enfin des contre-indications en art-thérapie*. Chez certains patients, l'Art peut susciter un débordement émotionnel, une décompensation. L'exemple le plus connu de ces contre-indications est le syndrome de Stendhal : pour certaines personnes, la contemplation d'œuvres d'art peut provoquer une émotion si intense qu'elle peut causer des crises d'hystéries ou des réactions psychosomatiques extrêmes (palpitations, suffocation, vertiges...). Une autre contre-indication peut résider dans une situation où l'Art enferme davantage la personne dans sa pathologie. On peut imaginer par exemple un patient alcoolique passionné d'écriture, mais ayant eu l'habitude de boire tout en écrivant pour « trouver l'inspiration ». Dans un tel cas, la pratique de cette technique artistique présenterait le risque, à considérer, de réveiller chez lui le besoin de consommer. L'art-thérapeute sait repérer ces contre-indications, et doit en conséquence mettre fin à la prise en charge s'il estime le patient dans une situation à risque.

3) L'art thérapeute travaille en équipe

Les travaux de l'AFRATAPEM établissent que l'art-thérapie* est plus efficace lorsqu'elle est intégrée à un projet de soin pluridisciplinaire. Les différents membres de l'équipe de soin gagnent à connaître leurs compétences et leur champ d'action respectif, et à communiquer

entre eux. L'art-thérapeute, qui a des notions de médecine, de pharmacologie et de psychopathologie dans son parcours de formation, prend des informations auprès des autres membres de l'équipe qui peuvent l'aider dans l'élaboration de sa stratégie. Prenons pour exemple M. L. L'agitation importante du patient au début de la prise en charge a été discutée en réunion de service avec les différents professionnels. La psychologue, n'ayant pas de suivi individuel pour ce patient (celui-ci n'en avait pas fait la demande parce qu'il était déjà suivi par un psychiatre à la ville), n'a pas été en mesure d'apporter son expertise ; en revanche, l'art-thérapeute a pu bénéficier de l'avis du médecin addictologue, selon lequel les troubles observés pouvaient fort bien n'être que des symptômes neurologiques sujets à disparaître avec le sevrage. La prise en charge a donc eu lieu suite à cette expertise, qui par la suite s'est avérée correcte.

D'autre part, lorsque l'art-thérapeute se trouve face à une situation qu'il ne peut pas gérer, il oriente le patient vers le professionnel concerné, fait des rapports ou des signalements lors des réunions de service (comme ça a été le cas pour M. C). L'art-thérapie*, en particulier dans la dominante théâtre, a, nous l'avons dit, une dimension révélatrice de mécanismes défaillants : on peut y observer une désorientation spatio-temporelle, une confusion dans le discours, une difficulté somatique de la personne, ou encore des fragilités dans la relation à l'autre, etc. De plus, de part la spécificité de la relation entre l'art-thérapeute et le patient, il peut se produire que l'art-thérapeute recueille des confidences de la part du patient. De ce fait, l'art-thérapeute peut faciliter le travail des autres professionnels (médecin, psychologue, mais encore kinésithérapeute, assistante sociale...). D'une manière générale, l'art-thérapeute aide à faire émerger l'expression, ce qui est un atout pour le psychologue.

Enfin, l'art-thérapeute, au sein de l'équipe, peut être un liant entre les acteurs de santé et les patients. La mise en place de séances ouvertes, l'élaboration d'un spectacle, peut améliorer la relation soignant-soigné en ce que l'équipe spectatrice, à son tour, regarde le patient-acteur dans l'affirmation de son goût, de son style, de son engagement. Ceci peut créer un support d'échange relationnel – ce que FORESTIER nomme le « traitement mondain » p 183-184, au sein duquel le patient est valorisé, et l'approche des différents professionnels enrichie. Cet enrichissement du travail des soignants peut être tout à fait pratique (le psychologue, par exemple, va pouvoir profiter de ce moment pour interpréter les productions au prisme de ses compétences) ; il y a aussi une dimension récréative et stimulante pour les soignants en eux-mêmes, ce qui de fait améliore leurs conditions de travail.

CONCLUSION

Tout au long de mon stage, j'ai rencontré des personnes dont la souffrance résidait dans le sentiment d'avoir perdu le contrôle de leur existence. Le recours au produit, qu'il ait été motivé initialement par un contexte festif, la recherche de sensations fortes ou l'envie de se détendre, était devenu une solution systématique visant à décrocher du réel face aux problèmes de la vie. Peu à peu, il avait généré des troubles importants dans la vie de ces personnes, leur faisant bien souvent perdre leurs acquis sociaux (licenciement, chômage, perte de logement). La baisse d'estime de soi et la perte d'élan vital découlant du sentiment d'échec les avait rendus inaptes à sortir de cette boucle d'inhibition.

Le sevrage en milieu hospitalier propose à ces personnes un accompagnement afin de les aider à réaliser un tournant dans leur existence. L'art-thérapie* peut prendre une place capitale dans ce processus de soin en ce qu'elle participe à rendre au sujet sa capacité d'agir et sa fierté. La dominante théâtre en particulier propose à ces patients un espace où ils s'amuse des représentations sociales et des conduites humaines en investissant leur corps physique au service d'un idéal esthétique. Dans ce lieu de réflexion dynamique sur l'être humain qu'est le théâtre, chacun quitte la position de patient pour devenir agissant et exprimer sa personnalité au travers de son style.

J'ajouterais que la capacité à se jouer des apparences et à figurer des personnes que l'on n'est pas permet d'introduire de la souplesse dans les modes de fonctionnements, ou, selon la formule du dramaturge Michel VINAVER, d'« ouvrir un passage à une configuration nouvelle des idées, des sentiments et des valeurs »⁵⁰ ; en effet, incarner un personnage, c'est essayer de se mettre à la place de quelqu'un d'autre, de comprendre ce qu'il ressent et les motivations de ses actes. Il s'agit donc d'un « art de l'empathie ». Au théâtre, le regard sur l'autre change ; tout corps posé sur la scène devient « parlant » d'un point de vue esthétique, et il n'y a pas de difformité physique qui ne soit une plus-value. De ce fait le patient-acteur, qui est aussi un patient-spectateur, prend la mesure, en regardant l'autre jouer, de la richesse de sa différence et de son appartenance à la communauté des hommes.

L'expérience pratique m'a permis de comprendre le fonctionnement de la pathologie addictive, de trouver le mode relationnel adapté à ces patients et d'expérimenter différentes façons d'orienter le pouvoir et les effets du théâtre dans une démarche art-thérapeutique. La distinction entre art-thérapie* à dominante théâtre et psychodrame a été primordiale pour comprendre les limites de mon champ d'action, et ainsi définir la place que peut prendre un art-thérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Enfin, l'écriture du mémoire a été un moyen de prendre du recul sur ma pratique et de mieux assimiler les notions abordées au cours de ma formation pratique.

⁵⁰ M. VINAVER, *Ecrits sur le théâtre*, p 35

BIBLIOGRAPHIE

- ANCELIN SCHÜTZENBERGER A.: *Le psychodrame*, Payot & Rivages 2003 (1^{re} édition 1966)
- AUDIBERT C. : *L'incapacité d'être seul, essai sur la solitude, l'amour et les addictions*, Payot & Rivages 2008
- BOAL A. : *Théâtre de l'opprimé*, Ed François Maspero coll « malgré tout » 1977
- BOAL A. : *Jeux pour acteurs et non-acteurs, pratique du théâtre de l'opprimé*, La Découverte/poche 1978-1997
- BROOK P. : *L'espace vide*, Seuil 2003 (*The Empty Space*, 1968)
- DIMPRE C. (Dir RAIMBAULT H-O.) : *Un atelier d'art-thérapie à dominante art plastique favorise l'autonomie de certains adultes déficients intellectuels accueillis dans une section annexe à un établissement et service d'aide par le travail*, mémoire de fin d'études du D.U. d'art-thérapie de l'université de médecine de Tours, 2009
- DARRIULAT J. : Aristote : la théorie de la mimésis, in *introduction à la philosophie esthétique* (site web, 2007)
- DUVIGNAUD J. : *L'acteur*, L'archipel 1993 (1^{ère} édition 1965)
- Fédération de l'Hospitalisation Privée : *Projet médical - VI, SSR spécialisés en addictologie*, groupe de travail mars 2012.
- FORESTIER R. : *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 6^{ème} édition, Favre 2009 (1^{ère} édition 1999)
- GUICHARD L. , *Télérama* no 3252, 9 mai 2012, entretien avec Marion COTILLARD
- GROTOWSKI J. : *Vers un théâtre pauvre*, l'Age d'or, 1971-1993
- HUIZINGA J. : *Homo Ludens, Essai sur la fonction sociale du jeu*, coll Tel Gallimard 1988
- MEFFRE P. : Article sur Image de soi, in *Dictionnaire international de la psychanalyse*, dir A. de MIJOLLA, Calmann-Lévy 2002
- Dir. MOREL A., COUTERON J-P, FOUILLAND P. : *L'aide-mémoire d'addictologie*, Dunod 2010
- SOURIAU E. : *Vocabulaire esthétique*, Presses Universitaires de France, 1990
- STANISLAVSKI C. : *La formation de l'acteur*, Payot 1984
- VINAVER M. : *Ecrits sur le théâtre*, réunis et présentés par M. HENRY, l'Arche, 1998
- WINNICOT D. W. : *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Folio Essai 2010 (*Playing and reality* 1971)
- .

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphiques concernant la prise en charge de M. C :

- Graphique 1** : Engagement dans l'activité.....p 31
- Graphique 2** : Implication relationnelle.....p 32
- Graphique 3** : Jugement porté sur ses capacités.....p 33
- Graphique 4** : Affirmation du style.....p 37

Graphiques concernant la prise en charge de M. T :

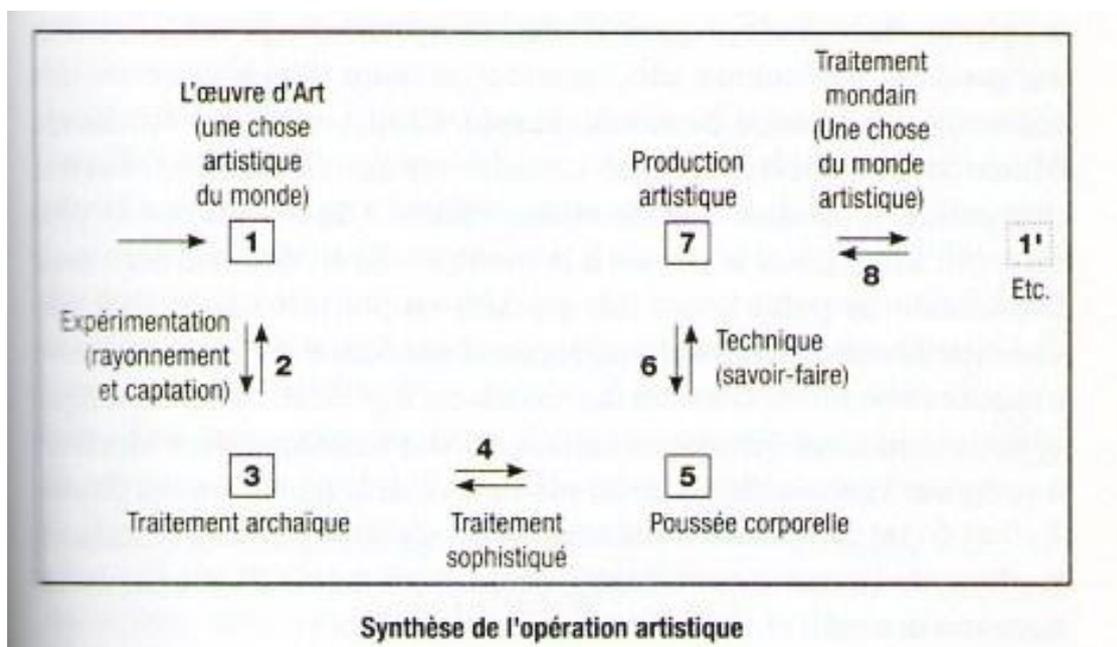
- Graphique 3** : Autonomie relationnelle.....p 39
- Graphique 4** : Affirmation du style.....p 40

Graphiques concernant la prise en charge de M. L

- Graphique 5** : Etat émotionnel et cognitif.....p 46
- Graphique 6** : Phénomène relationnel.....p 47
- Graphique 7** : Affirmation du style.....p 48

ANNEXE : Schéma recapitulatif de l'opération artistique

Le schéma suivant est extrait de l'ouvrage de Richard FORESTIER : *Tout savoir sur l'art-thérapie*, supplément à la 5^{ème} édition, p 187.



**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM**

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

Soutenu en **2012**
Par : **Aurélie MEST**

**UNE EXPERIENCE D'ART THERAPIE A DOMINANTE THEATRE
AUPRES DE PATIENTS ADDICTS EN SEVRAGE**

Résumé : L'addiction est une pathologie biologique, psychologique et sociale, qui altère le rapport au monde du sujet et l'enferme dans une spirale d'échec pouvant mener à la rupture des liens sociaux. L'art-thérapie à dominante théâtre, intégrée à un projet de soin, accompagne la personne addict dans sa volonté de changement de manière dynamique, en créant une boucle de renforcement. Son action se situe sur le plan de l'élan vital, de l'estime de soi, de la confiance en soi, de l'affirmation de soi, de l'autonomie et des habiletés sociales. Ce mémoire présente trois études de cas, et propose une discussion sur la spécificité de l'exploitation du théâtre par l'art-thérapie par rapport à celle effectuée par le psychodrame, et sur le cadre thérapeutique.

Mots-clés : art-thérapie, théâtre, addiction, désinsertion sociale, psychodrame

Abstract : Addiction is a biological, psychological and social disease; which alters the subject's relation to the world and locks them in a downward spiral of failure, which can lead to the severance of social ties. When art therapy (mainly theatric) is integrated into a care project, it accompanies the addict's desire to change dramatically by creating a reinforced circuit in the individual. This is in terms of vital impulse, self-esteem, self-confidence, assertiveness, independance and social skills. This paper presents three case studies and provides a discussion about the specificity of using theatre as a form of art therapy compared to the usage made of it by psychodrama, and about the therapeutic setting.

Keywords : art-therapy, theater, addiction, social disintegration, psychodrama